

# Angst- en stemmingsstoornissen bekeken met behulp van de SCL-90, een zelfbeoordelingsklachtenlijst, in het licht van de revisie van de DSM-III-classificatie

door *E.A.M. Knoppert-van der Klein* en  
*T.S.O.M. Hiddema*

## Samenvatting

Angstklachten en depressieve verschijnselen komen vaak gezamenlijk voor. Dit blijkt ook bij het bekijken van angst- en stemmingsstoornissen met behulp van de SCL-90, een zelfbeoordelingsklachtenlijst. De revisie van de DSM-III waardoor het mogelijk is bij een depressie ook een angststoornis te diagnosticeren is een verbetering.

## Inleiding

Op de Jelgersmapolikliniek melden zich veel patiënten aan met angst- en stemmingsstoornissen. Angstklachten en depressieve verschijnselen komen vaak gezamenlijk voor (Barlow, DiNardo en Vermilyea, J. Vermilyea en Blanchard 1986). Het is niet altijd onmiddellijk duidelijk of er sprake is van een angststoornis, een depressieve stoornis of beide. Het laatste woord over het onderscheid tussen angst en depressie is dan ook nog lang niet gezegd of geschreven. De literatuur hierover is zeer omvangrijk, met name ook over het gebruik van (zelf)beoordelingsschalen om te onderscheiden tussen angst- en stemmingsstoornissen (Lipman 1982; Dobson 1985).

In de veel gebruikte DSM-III-classificatie voor psychiatrische ziekten, waarover eerder werd geschreven, is sprake van een hiërarchische structuur (Rooymans 1987). Dit houdt in dat de ene diagnose een andere kan uitsluiten. Een bekend voorbeeld is de diagnose depressie in engere zin die hoger staat in de hiërarchie dan de diagnose agorafobie of paniekstoornis. Deze diagnoses kunnen niet tegelijkertijd gesteld worden. Wel mag de diagnose agorafobie of paniekstoornis gesteld worden bij een dysthyme stoornis (= neurotische depressie).

De DSM-III probeert derhalve een scheiding te maken tussen ernstige depressieve stoornissen en angststoornissen. Het resultaat is dat de angstcomponent bij depressieve stoornissen en de depressieve component bij angststoornissen in een aantal gevallen onderbelicht dreigt te worden bij het stellen van de diagnose.

Men kan zich afvragen of dit terecht is. Bestaan er puur depressieve

stoornissen zonder angstverschijnselen en omgekeerd pure angststoornissen zonder depressieve kenmerken zoals hierdoor gesuggereerd wordt?

De exclusiecriteria hebben in de DSM-III een belangrijke plaats ingenomen, hoewel er weinig discussie in de literatuur is geweest over de rationale ervan en er ook nauwelijks empirisch onderzoek naar is verricht (Boyd, Burke, Gruenberg, Holzer III, Rae, George, Karno, Stoltzman, McEvoy en Nestadt 1984).

In dit onderzoek trachten wij na te gaan in hoeverre het met behulp van de SCL-90 – een zelfbeoordelingsklachtenlijst – mogelijk is onderscheid te maken tussen een angststoornis en een depressieve stoornis volgens DSM-III-criteria. Wij willen kijken of hiermee steun gegeven kan worden aan de hiërarchische regels van de DSM-III of juist niet.

Tabel 1: SCL-90-dimensies

01. Agorafobie (7 items)
02. Angst (10 items)
03. Depressie (16 items)
04. Somatische klachten (12 items)
05. Paranoïdie (18 items)
06. Obsessief-compulsief gedrag (9 items)
07. Slaapproblemen (3 items)
08. Woede en hostiliteit (6 items)
09. Restcategorie (9 items)
10. Totalscore.

Tot de aanmeldingsprocedure van de Jelgersmapolikliniek behoort het invullen van een aantal vragenlijsten. Eén van deze lijsten is de SCL-90 (Symptom Checklist), een zelfbeoordelingsklachtenlijst. De SCL-90 bestaat uit 90 items die verdeeld zijn over 8 symptoomdimensies, een restcategorie en een totalscore. Het aantal items per cluster is verschillend (zie tabel 1). Elk van de 90 items wordt gescoord op een zogenaamde vijfpuntsschaal welke loopt van 'helemaal niet' tot 'heel erg'. De tijd die nodig is om deze zelfbeoordelingsklachtenlijst in te vullen bedraagt ongeveer 20 minuten. Voor het ontstaan, het onderzoek naar en het gebruik van de SCL-90 en de afzonderlijke items verwijzen wij naar de recent verschenen handleiding (Arrindell en Ettema 1986). Hierin worden normen voor poliklinische psychiatrische patiënten en personen uit de 'normale' bevolking verstrekt.

### Patiëntengroepen en methode

Vanaf 1985 werd bij alle aangemelde patiënten de SCL-90 afgenomen alsmede de DSM-III-diagnosen bepaald op drie verschillende momenten: bij het intake-gesprek, bij het versturen van de intake-brief (doorgaans na drie zittingen, dat wil zeggen ongeveer twee maanden na het intake-gesprek) en bij het ontslag.

Teneinde de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen kwamen alleen de gegevens van die patiënten in aanmerking bij wie een concluderende diagnose was gesteld op (minimaal) twee van de drie tijdstippen.

Patiënten die voldeden aan de volgende DSM-III-diagnosen werden geselecteerd voor ons onderzoek:

- depressie in engere zin
- dysthyme stoornis
- paniekstoornis
- agorafobie met of zonder paniekaanvallen
- algemene angststoornis

Er bleken 10 patiënten te voldoen aan de criteria van meerdere van de genoemde diagnosen, dat wil zeggen dat er sprake was van een angststoornis én een depressieve stoornis (de dysthyme stoornis). Gezien het geringe aantal werden de gegevens hiervan niet verwerkt.

## Resultaten

Uit de aanmeldingen van 1985 en 1986 (1079 patiënten) voldeden in totaal 208 patiënten aan de door ons gestelde eisen (zie tabel 2).

Tabel 2: Aantal patiënten per diagnose

Depressie in engere zin	62
Dysthyme stoornis	40
Paniekstoornis	43
Agorafobie	43
Algemene angststoornis	20

De SCL-90-scores werden geanalyseerd met behulp van SPSS-X. Er werd gekeken of er statistische verschillen gevonden konden worden tussen de 102 depressieve stoornissen (depressie in engere zin, dysthyme stoornis) en de 106 angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie met of zonder paniekaanvallen, algemene angststoornis).

De SCL-90-clusters, waarin de depressieve groep gemiddeld significant hoger scoorde dan de angstgroep, hadden betrekking op depressie, paranoia, obsessief-compulsief gedrag, slaapproblemen en hostiliteit. De angstgroep scoorde significant hoger op het agorafobiecluster ( $p < 0.01$ ) (zie tabel 3).

Tevens werd een variantieanalyse verricht, om de vijf afzonderlijke diagnosen te bekijken. We spreken nu verder van een verschil als het statistisch significant is ( $p < 0.05$ ). De agorafobiescore was hoger bij agorafobie dan bij de andere vier stoornissen. Deze score was bij de paniekstoornis hoger dan bij de dysthyme stoornis. Wat betreft de angstscore en de somatisatiescore waren er geen verschillen tussen de groepen.

De depressiescore verschilde niet bij depressie en dysthyme stoornis.

Tabel 3

	Gemiddelde	Standaard- deviatie	Range	Significante verschillen*
Agorafobie				
Groep 1 <sup>°</sup>	14.3	7.31	7-35	2 > 1
Groep 2 <sup>∞</sup>	21.2	8.41	idem	
Angst				
Groep 1	29.0	9.50	10-50	1 = 2
Groep 2	31.4	9.01	11-49	
Depressie				
Groep 1	51.4	12.27	17-73	1 > 2
Groep 2	41.2	13.06	19-77	
Somatisatie				
Groep 1	29.3	10.47	12-54	1 = 2
Groep 2	31.7	9.59	17-52	
Paranoïdie				
Groep 1	41.2	14.71	19-80	1 > 2
Groep 2	35.8	14.63	17-82	
Obsessief-compulsief gedrag				
Groep 1	24.2	7.35	12-43	1 > 2
Groep 2	20.8	8.33	9-44	
Slaapproblemen				
Groep 1	9.1	3.80	3-15	1 > 2
Groep 2	7.2	3.42	idem	
Hostiliteit				
Groep 1	12.0	5.35	6-29	1 > 2
Groep 2	10.0	3.47	6-19	
Psyneu totaalscore SCL-90				
Groep 1	229.3	54.05		
Groep 2	215.2	58.33		

<sup>°</sup> Groep 1 = depressieve stoornissen

\* =  $p < 0.01$

<sup>∞</sup> Groep 2 = angststoornissen

nis, maar vertoonde wel een verschil tussen depressie en angststoornissen en de dysthyme stoornis en algemene angststoornis: depressie en dysthyme stoornis scoorden hoger.

Bij de paranoidiescore en de obsessief-compulsieve gedragsscore was er alleen verschil tussen depressie en algemene angststoornis; depressie scoorde hoger. De score wat betreft slaapproblemen was bij depressie hoger dan bij agorafobie. De hostiliteitsscore was bij de dysthyme stoornis hoger dan bij de algemene angststoornis en de agorafobie. De totaalscore was hoger bij de depressie dan bij de algemene angststoornis.

Middels spreidingsdiagrammen werd het geheel gevisualiseerd. Duidelijk was te zien dat er een grote spreiding bestond van waarden in de desbetreffende clusters bij de verschillende stoornissen.

## Beschouwing

Uit deze gegevens blijkt dat bij de depressieve stoornissen nogal wat angstklachten en bij de angststoornissen nogal wat depressieve klachten voorkomen. Dit ondanks het feit dat de menggroep (patiënten met én een depressieve én een angststoornis) werd uitgesloten.

De twee groepen stoornissen zijn door de grote spreiding niet uit elkaar te halen. De overlap is te groot om aan de hand van de score op de SCL-90 patiënten in de ene of de andere groep onder te brengen. De symptoomprofielen lijken veel op elkaar.

Een aantal beperkingen van deze studie dient in ogenschouw genomen te worden. Het gaat hier om een populatie ambulante patiënten bij wie men minder ernstige stoornissen kan verwachten. De depressie in engere zin kan niet onderscheiden worden van de andere stoornissen, zelfs niet wat betreft het depressiecluster. Dit toont mogelijk aan dat het hier gaat om de minder ernstige depressies. De kans bestaat ook dat er bij de meer ernstige depressies geen SCL-90 is ingevuld en/of door opneming van deze patiënten geen twee verschillende tijdstippen voor diagnostiek werden verkregen. Wij hebben dit helaas niet na kunnen gaan, maar de indruk bestaat wel dat er bij de depressie in engere zin vaker gegevens ontbraken. Uit onderzoek is gebleken dat voor patiënten met ernstige depressies, in verband met de psychomotorische remming en de vaak voorkomende stoornissen in het inzicht, een zelfbeoordelingsschaal minder geschikt is (Hartong en Goekoop 1985).

Omdat er gediagnostiseerd werd volgens de DSM-III-classificatie werd bij een depressie in engere zin geen diagnose angststoornis gesteld. Het gebruik van de hiërarchische regels kan zo doorgewerkt hebben dat er vaak maar één diagnose gesteld werd, de hoofddiagnose. Neven diagnoses zijn mogelijk onterecht vaak niet gesteld, zodat het lijkt of er sprake was van twee verschillende groepen, maar dit zeker niet zo hoeft te zijn geweest. Mogelijk is er sprake geweest van één grote menggroep; comorbiditeit komt tenslotte vaak voor (Barlow, DiNardo en Vermilyea, J. Vermilyea en Blanchard 1986). Als de uitgesloten menggroep groot genoeg was geweest had deze vergeleken kunnen worden met de twee andere groepen.

Het lijkt er echter op dat het voor de klinische praktijk beter is de hiërarchische structuur van de DSM-III te verlaten. Dit is inmiddels bij de revisie van de DSM-III gebeurd. In de DSM-III-R zijn de hiërarchische richtlijnen herzien (American Psychiatric Association 1987). Alle depressieve en angststoornissen kunnen bij een patiënt gediagnostiseerd worden, waarbij het natuurlijk wel van belang is te kijken naar hoofd- en neven diagnoses.

Vragen als 'Is de angststoornis secundair aan de depressieve stoornis, omgekeerd, of staan ze los van elkaar?', 'Welke stoornis dient het eerste aangepakt te worden?' en 'Welke stoornissen bemoeilijken de behandeling van de primaire stoornis?' dienen beantwoord te worden

voordat een therapie gestart wordt. Een voorbeeld hiervan werd gegeven in de klinische les 'Agorafobie en (of) depressie?' (Knoppert-van der Klein en Van Dyck 1987).

### Aanbevelingen

Bij verder onderzoek naar het onderscheid tussen angst- en depressieve stoornissen met de SCL-90, moet bezien worden of het nut zou kunnen hebben factor- en discriminantanalyses uit te voeren om hieruit een angst- en depressieschaal te ontwikkelen die minder positief gecorreleerd zijn met elkaar, een grotere interne consistentie vertonen en depressieve- en angststoornissen beter onderscheiden. Het is de vraag of het hier niet beter is verder te werken met specifieke angst- en depressieschalen.

Zo is onderzoek gedaan met de Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HRSD) en de Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) om de depressie in engere zin en de algemene angststoornis te onderscheiden. Dit bleek beter te gaan na het reviseren van deze schalen met behulp van factor- en discriminantanalyses (Riskind, Beck, Brown en Steer 1987). Aan de andere kant is het misschien beter naar samenhang tussen de stoornissen dan naar onderscheid te zoeken. Bij het gelijktijdig bestaan van verschillende stoornissen kan bekeken worden hoe de ontwikkeling ervan verloopt in de tijd en hoe de causale relatie is. Hiermee kunnen gegevens verkregen worden om het te verwachten succes bij een bepaalde therapie te voorspellen.

Het bestuderen van deze samenhang is mogelijk nu de DSM-III gerevisieerd is. Dit lijkt een goede zaak zowel voor de klinische praktijk als voor researchdoeleinden. In beide situaties kan de SCL-90 gebruikt worden om de klachten in het verloop van de tijd te vervolgen.

Concluderend kan gezegd worden dat voor wat betreft de angst- en depressieve stoornissen de DSM-III-R een verbetering lijkt ten opzichte van de DSM-III. De gelijkende SCL-90-profielen van deze stoornissen getuigen hiervan.

### Literatuur

- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (third edition-revised) DSM-III-R*. APA, Washington.
- Arrindell, W.A., en J.H.M. Ettema (1986), *SCL-90 handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Barlow, D.H., P.A. DiNardo, B.B. Vermilyea, J. Vermilyea en E.B. Blanchard (1986), Co-Morbidity and Depression among the Anxiety Disorders. Issues in Diagnosis and Classification. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.
- Boyd, J.H., J.D. Burke, E. Gruenberg, C.E. Holzer, D.S. Rae, L.K. George, M. Karno, R. Stoltzman, L. McEvoy en G. Nestadt (1984), Exclusion Criteria of DSM-III. A Study of Co-occurrence of Hierarchy-Free Syndromes. *Archives*

of *General Psychiatry*, 41, 983-989.

Dobson, K.S. (1985), The Relationship between Anxiety and Depression. *Clinical Psychology Review*, 5, 307-324.

Hartong, E.G.Th.M., en J.G. Goekoop (1985), De Montgomery-Åsberg beoordeelingsschaal voor depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 657-669.

Knoppert-van der Klein, E.A.M., en R. van Dyck (1987), Agorafobie en (of) depressie? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, 1505-1507.

Lipman, R.S. (1982), Differentiating Anxiety and Depression in Anxiety Disorders: Use of Rating Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 18, 69-77.

Riskind, J.M., A.T. Beck, G. Brown en R.A. Steer (1987), Taking the Measure of Anxiety and Depression. Validity of the Reconstructed Hamilton Scales. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 474-479.

Rooymans, H.G.M. (1987), Psychiatrische diagnostiek anno 1986; over DSM-III en andere ontwikkelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, 1301-1306.

Met dank aan ir. M.L. Bouwhuis-Hoogerwerf (afdeling Medische Statistiek) voor haar enthousiaste hulp bij de statistische verwerking van de gegevens en aan drs. Ph. Spinhoven (psycholoog Jelgersmapolikliniek) voor zijn nuttige adviezen.

---

Schrijvers, respectievelijk psychiater en psychologe i.o., zijn als universitair docent en stagiaire verbonden aan de Jelgersmapolikliniek. Adres: Jelgersmakliniek, afd. polikliniek, Rhijngeesterstraatweg 13, 2342 AN Oegstgeest.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 3-1-'89.