

Psychiatrische aandoeningen: prevalentie en effecten op lichamelijke klachten en beperkingen in de eerste lijn

door M.P.M. Boks

Gepubliceerd in 1995, no. 2

Samenvatting

De prevalentie van psychiatrische aandoeningen ligt in de eerste lijn rond de 23 procent vergeleken met 15 procent in een doorsneepopulatie. Uit de gepresenteerde onderzoeken blijkt dat psychiatrische aandoeningen onafhankelijk van de lichamelijke klachten van de patiënten leiden tot significant meer beperkingen en lichamelijke klachten dan zonder psychiatrische aandoening. De behandeling van psychiatrische aandoeningen leidt tot een duidelijke daling van beperkingen en lichamelijke klachten. Besproken worden mechanismen die de relatie tussen psychiatrische aandoeningen en beperkingen en klachten kunnen verklaren.

Geconcludeerd wordt dat psychiatrische aandoeningen een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren aan het ontstaan van beperkingen en lichamelijke klachten in de eerste lijn.

Inleiding

Uit onderzoeken blijkt dat, afhankelijk van de onderzochte populatie, bij 15 tot 44 procent van de patiënten in de algemene gezondheidszorg sprake is van psychiatrische aandoeningen (Ormel e.a. 1991, von Korff e.a. 1992). Vaak worden deze psychiatrische aandoeningen niet door de behandelend arts herkend (Wells e.a. 1991, Coelehan e.a. 1990, Nielsen e.a. 1980, Ormel e.a. 1991).

De auteur zal door middel van een literatuuronderzoek proberen het effect van psychiatrische aandoeningen op lichamelijke klachten en beperkingen aan te tonen. Om een idee te krijgen van de relevantie van deze effecten zal de prevalentie van psychiatrische aandoeningen in de eerste lijn onderzocht worden in vergelijking met de prevalentie van psychiatrische aandoeningen in een doorsneepopulatie. Ingegaan zal worden op de mechanismen die een verband tussen psychiatrische aandoeningen en de toename van beperkingen en lichamelijke klachten kunnen verklaren.

In dit artikel worden de begrippen 'lichamelijke aandoening, beperkingen' en 'lichamelijke klachten' als volgt gebruikt. Met 'lichamelijke aandoening' wordt hier bedoeld: een lichamelijke aandoening met lichamelijke klachten en een pathologisch substraat. Bij 'lichamelijke klachten' gaat het om de subjectieve beleving van de gezondheidstoestand en dus niet om de ernst van een eventueel pathologisch substraat alleen. Met 'beperkingen' wordt bedoeld: hinder bij, of onvermogen tot, functioneren bij activiteiten van het dagelijks leven, zoals dit door de patiënt zelf wordt aangegeven.

Methode

Met behulp van een CD-ROM werd in het MedLine-bestand gezocht aan de hand van de volgende zoeksleutels: *depression & medical illness, disability & psychiatric & medical, comorbidity & medical illness, psychiatric illness & somatic, disability & comorbidity, prevalence & psychiatric & medical, prevalence & depression & medical, prevalence & psychiatric* en *prevalence & depression*. Alle titels uit de periode tussen juli 1979 en september 1993 uit de collectie van de RU Groningen werden in het

onderzoek opgenomen. Op grond van de abstracts werden de gevonden titels geselecteerd op relevantie. Van alle op deze wijze verkregen artikelen werden de relevante referenties tot 1972 eveneens in het onderzoek betrokken.

Prevalentie van psychiatrische aandoeningen

De tabellen 1a en 1b laten een overzicht zien van recente onderzoeken naar de (punt)prevalentie van psychiatrische aandoeningen in de eerste lijn. Alleen die onderzoeken die voor het bepalen van de prevalentie gebruik hebben gemaakt van een diagnostisch interview zijn in het overzicht opgenomen. Door deze selectie is het beter mogelijk de onderzoeken met elkaar te vergelijken. De prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij patiënten uit de eerste lijn is gepresenteerd in tabel 1a; een belangrijk deel van de psychiatrische aandoeningen bestaat uit depressieve stoornissen. De prevalentie van deze depressieve stoornissen bij patiënten uit de eerste lijn staan apart in tabel 1b. In de kolom 'Gevalsdef.' is het onderzoeksinstrument genoemd met, indien relevant, tussen haakjes de 'cut-off -score. In de kolom 'Prev.' staan de (punt)prevalenties van psychiatrische aandoeningen respectievelijk depressieve stoornissen in procenten uitgedrukt. En ten slotte geeft 'n' de grootte van de steekproef aan.

Uit tabel 1a en 1b blijkt dat psychiatrische aandoeningen veelvuldig voorkomen. Rond 23 procent van de patiënten uit de eerste lijn heeft een psychiatrische aandoening, circa 7 procent van deze patiënten heeft een depressieve stoornis. Deze cijfers suggereren dat een substantieel deel van de psychiatrische aandoeningen van depressieve aard is. Interessant is de vergelijking met prevalentiecijfers van een algemene populatie. Door deze vergelijking ontstaat een beter idee van de relevantie van de effecten van psychiatrische aandoeningen op beperkingen en lichamelijke klachten.

Tabel 1a: Prevalentie van psychiatrische aandoeningen in de eerste lijn

Auteurs	Gevalsdef. ¹	Prev. ²	n ³
Barrett '88	SCL-S(9+)&SADS	26,5	260
Kessler '87	DIS	21,7	11142
Ormel '91	GHQ-30(5+)& PSE-ID(5+)	15,0	1994
von Korff '87	DIS	25,0	809

Tabel 1b: Prevalentie van depressie in de eerste lijn

Auteurs	Gevalsdef.	Prev.	n
Coulehan '90	CES-D(27) &DIS	6,6	618
Ormel '91	GHQ-30(5+)& PSE-ID(5+)	7,0	1450
von Korff '87	DIS	8,7	809

1 Gevalsdefinitie: de gebruikte screeningmethode met, indien relevant, de 'cut-off'-score tussen haakjes.

2 Puntprevalentie in procenten.

3 Steekproefgrootte.

Vergelijking met de prevalentie in een algemene populatie - Bij de vergelijking tussen de prevalentiecijfers van psychiatrische aandoeningen in een medische en in een doorsneepopulatie doen zich twee problemen voor. Ten eerste moeten de vergeleken prevalentiecijfers gebaseerd zijn op eenzelfde methode van onderzoek. Dit is in deze vergelijking ondervangen door alleen die onderzoeken te beschouwen die gebruik hebben gemaakt van een diagnostisch interview. Een ander probleem is de vraag over welke periode de prevalentie is beschouwd. De in de tabellen 1a en 1b gepresenteerde onderzoeken onderzochten de puntprevalentie van psychiatrische aandoeningen. Bij een vergelijking van prevalenties met psychiatrische aandoeningen in een algemene populatie moet hiermee rekening gehouden worden.

Zeer betrouwbare prevalentiecijfers voor psychiatrische aandoeningen in een algemene populatie komen uit de *Epidemiologic Catchment Area* (ECA)-studie. Robins e.a. (1991) vonden in het kader van dit grootscheepse bevolkingsonderzoek een eenjaarsprevalentie van psychiatrische aandoeningen van 20 procent. Dit is minder dan de prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij patiënten uit de eerste lijn zoals gepresenteerd in tabel 1a, waar dit percentage rond de 23 procent ligt. Het door Robins e.a. genoemde percentage is echter gebaseerd op de eenjaarsprevalentie. Regier e.a. (1988) vonden op basis van de ECA-data een eenmaandsprevalentie van 15,4 procent. We mogen concluderen dat psychiatrische aandoeningen bij patiënten uit de eerste lijn meer voorkomen dan bij personen in een doorsneepopulatie.

Een tweetal onderzoeken vergeleek de prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij patiënten met en zonder lichamelijke klachten. Kessler e.a. (1987) vonden - 'eveneens op basis van data uit de ECA en in overeenstemming met eerder gepresenteerde onderzoeken' dat de prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij personen met lichamelijke klachten 21,7 procent bedroeg ten opzichte van 16,7 procent bij personen zonder lichamelijke klachten. Wells e.a. (1988b) vonden bij patiënten met een chronische lichamelijke aandoening significant meer psychiatrische aandoeningen dan bij patiënten zonder lichamelijke problemen.

Robins e.a. (1991) vond een eenmaandsprevalentie van depressieve aandoeningen in een doorsneepopulatie van 2,4 procent - een relatief groot verschil vergeleken met de prevalenties van depressieve aandoeningen bij patiënten uit de eerste lijn zoals gepresenteerd in tabel 1b, waar de prevalenties rond de 7 procent liggen.

De gegeven cijfers roepen de vraag op of de hoge prevalentie van psychiatrische aandoeningen bij patiënten uit de eerste lijn vooral door de toename van depressieve stoornissen wordt veroorzaakt. Het verschil tussen de prevalenties van depressieve aandoeningen tussen de vergeleken populaties is immers even groot als het verschil tussen de prevalenties van psychiatrische aandoeningen tussen de beide populaties in het algemeen.

Effecten van psychiatrische aandoeningen

Uit de literatuur blijkt dat patiënten met een psychiatrische aandoening significant meer beperkingen en lichamelijke klachten hebben dan patiënten zonder een dergelijke aandoening. Tabel 2 toont een uitgebreid overzicht vanaf 1977 van onderzoeken naar het verband tussen beperkingen of lichamelijke klachten en de aanwezigheid van psychiatrische aandoeningen bij verschillende categorieën patiënten. De onderzoeken met een 'K' in de kolom 'Klachten/beperkingen' vonden significant meer lichamelijke klachten bij patiënten met een psychiatrische aandoening versus patiënten zonder psychiatrische aandoening. Waar in deze kolom een 'B' staat, werden significant meer beperkingen gevonden bij patiënten met een psychiatrische aandoening ten opzichte van patiënten zonder een psychiatrische aandoening. In de kolom 'Pop.' staat een zeer korte omschrijving van de onderzochte populatie. De onderzoeken boven de streep betreffen populaties waarbij een lichamelijke aandoening niet is vastgesteld; bij de onderzoeken onder de streep is dit wel het geval.

Tabel 2: Effecten van psychiatrische aandoeningen

Auteurs	Controle ¹	Klachten/ beperkingen ²	Pop. ³
	LA		
Barsky e.a. 1992	–	B	1e lijn
Berkman e.a. 1986	–	B	ouderen
Blumenthal e.a. 1975	–	K	doorsnee
Broadhead e.a. 1990	–	K	doorsnee
Casey e.a. 1985	–	K	1e lijn
Chandler e.a. 1988	+	K	APZ
Coulehan e.a. 1990	–	K&B	1e lijn
Craig e.a. 1983	–	K	doorsnee
Frerichs e.a. 1982	+	K&B	doorsnee
von Korff e.a. 1992	+	B	GHZ-verbr. ⁴
Hecht e.a. 1990	–	K	doorsnee
Lyness e.a. 1993	+	B	APZ
Ormel e.a. 1993	+	B	1e lijn
Silver e.a.	–	B	doorsnee
Waxman e.a. 1985	–	K	ouderen
Wells e.a. 1988a, 1989	+	B	doorsnee
Borson e.a. 1992	+	K&B	astma
Carney e.a. 1988	+	B	CAD
Hlatky e.a. 1986	–	B	CAD
Katon e.a. 1989	–	K	medisch
Katon e.a. 1993	–	B	tinnitus
Kennedy e.a. 1987	–	K&B	CAD
Koenig e.a. 1989	+	K&B	medisch
Lichtenberg e.a. 1986	–	K	artritis
Light e.a. 1991	+	K	CAD
Mayou e.a. 1988	–	K&B	ziekenhuis
Shaffer e.a. 1972	–	B	verz.claim ⁵
Silverstone 1990	+	K&B	levensgevaar
Stern e.a. 1977	+	B	hartinfarct
Sullivan (ter perse)	+	K&B	tinnitus
Turner e.a. 1990	–	B	gehandicapten

1 In onderzoeken met een '+' respectievelijk een '-' in deze kolom werd wel, respectievelijk niet de ernst van de lichamelijke aandoening gecontroleerd.

2 Onderzoeken met een 'K' in deze kolom vonden significant meer klachten bij patiënten met psychiatrische aandoeningen dan bij patiënten zonder een dergelijke

Verband - Uit tabel 2 blijkt dat patiënten met een psychiatrische aandoening significant meer beperkingen en lichamelijke klachten hebben ten opzichte van patiënten zonder psychiatrische aandoeningen. Dit is zowel het geval bij patiënten zonder lichamelijke aandoening als bij patiënten met een dergelijke aandoening. Een interessante verklaring voor dit verschijnsel is de mogelijkheid dat medicatie op psychiatrische indicatie kan leiden tot een toename van beperkingen of lichamelijke klachten - dit als gevolg van bijwerkingen van deze medicatie of ten gevolge van een negatieve invloed op de lichamelijke aandoening (Carney e.a. 1988b, Robins e.a. 1985).

Een verband tussen psychiatrische aandoeningen en lichamelijke klachten of beperkingen is met de in tabel 2 gepresenteerde onderzoeksresultaten echter niet aangetoond. Het is mogelijk dat de associatie tussen psychiatrische aandoeningen enerzijds en beperkingen en lichamelijke klachten anderzijds ontstaat doordat de lichamelijke aandoeningen bij patiënten met psychiatrische aandoeningen ernstiger zijn. Om dit uit te sluiten moet in de onderzoeken waarin een associatie tussen psychiatrische aandoeningen en beperkingen of lichamelijke klachten wordt aangetoond, de ernst van de lichamelijke aandoening gecontroleerd worden. In de onderzoeken uit tabel 2 met plusjes in de kolom 'Controle' is de ernst van de lichamelijke aandoening onderzocht. Alleen in het onderzoek van Chandler e.a. (1988) was er na controle van de ernst van de lichamelijke aandoening géén significant verband tussen psychiatrische aandoening en lichamelijke klachten.

De mogelijkheid dat het verband tussen psychiatrische aandoeningen en lichamelijke klachten en beperkingen alleen geldt voor bepaalde lichamelijke aandoeningen of voor een bepaalde mate van ernst, is onwaarschijnlijk vanwege het feit dat de lichamelijke aandoeningen in de hier weergegeven onderzoeken zeer uiteenliep, zoals ook uit de tabel blijkt. De ernst van de lichamelijke aandoeningen varieerde van geen aandoening (Broadhead e.a. 1990), oorsuizen (Sullivan e.a. 1993) en astma (Borson e.a. 1991) tot bijvoorbeeld vergevorderde kanker (Silverstone e.a. 1990).

Er bestaan verschillende psychofysiologische verklaringen voor het effect van psychiatrische aandoeningen op beperkingen en lichamelijke klachten. Hierna volgt een kort overzicht:

- autonoom geïnnerveerde organen kunnen beïnvloed worden door emotie via het autonoom zenuwstelsel (Black e.a. 1970);
- de verhoogde tonus van willekeurige spieren kan resulteren in spanningshoofdpijn en andere pijnen (Diamond 1976);
- endocriene en neurocristine activiteit, bijvoorbeeld de effecten van depressie op de cortison- en endorfinehuishouding, zijn uitgebreid onderzocht (Light e.a. 1991, Matthews e.a. 1982, 1986). Hierbij werd bijvoorbeeld duidelijk dat depressieve patiënten of patiënten met veel stress een veranderde pijngevoeligheid kunnen hebben;
- biochemische veranderingen gedurende hyperventilatie kunnen leiden tot een uitgebreid scala van lichamelijke sensaties (Missri e.a. 1978, Kellner 1991);
- angst kan via sympathische activiteit leiden tot lichamelijke sensaties (Tyrer e.a. 1980);
- er kunnen immunologische veranderingen optreden onder invloed van depressie (Baker e.a. 1987). Deze psychofysiologische mechanismen kunnen de lichamelijke aandoening beïnvloeden, maar ook zelfstandig leiden tot beperkingen en lichamelijke klachten.

Causaliteit - Het effect van psychiatrische aandoeningen op beperkingen en lichamelijke klachten is mogelijk belangrijker dan wel verondersteld wordt. Lyness e.a. (1993) en Wells e.a. (1989) toonden aan dat de mate van beperking méér beïnvloed werd door de psychiatrische toestand dan door

eventuele somatische aandoeningen; het effect van de somatische aandoening en de psychiatrische aandoening op beperkingen bleek in deze onderzoeken onafhankelijk. Een argument voor een causaal verband tussen psychiatrische aandoeningen en beperkingen en lichamelijke klachten is de synchroniciteit in verandering van beperkingen die optreedt bij verandering in de ernst van de psychiatrische aandoeningen. Een tweetal onderzoeken presenteert deze synchroniciteit in verandering. Von Korff e.a. (1992) onderzochten in een groep van 145 patiënten met ernstige beperkingen en depressie als psychiatrische aandoening de beperkingen en het verloop van de depressie in de loop van één jaar, terwijl zij veranderingen in de ernst van de lichamelijke aandoening controleerden. Ormel e.a. (1993) onderzochten een groep van 225 patiënten met psychiatrische aandoeningen (in de eerste lijn) gedurende een periode van 31/2 jaar. Ook zij controleerden eventuele veranderingen van de ernst van de lichamelijke aandoening. Uit deze onderzoeken kwam voren dat een vermindering van depressiviteit gepaard gaat met een vermindering van de beperkingen; bij gelijkblijvende depressiviteit verminderden de beperkingen niet. Het is echter ook mogelijk dat de veranderingen in de ernst van de psychiatrische aandoeningen én beperkingen worden beïnvloed door veranderingen in de ernst van de lichamelijke aandoening of invloed ondergaan van veranderingen in een andere factor, zoals de blootstelling aan stress (Turner e.a. 1990, Moffic e.a. 1975).

Een mechanisme dat mogelijk een rol speelt bij het verband tussen psychiatrische aandoeningen en beperkingen en lichamelijke klachten, is somatosensore amplificatie, hierna kortweg 'amplificatie' genoemd. Amplificatie refereert aan het cognitief proces waardoor lichamelijke sensaties versterkt worden waargenomen. De drie aspecten van amplificatie zijn (Barsky (1992): - lichamelijke overgevoeligheid inclusief verhoogd zelfbewustzijn en de neiging zich te fixeren op onprettige sensaties; - neiging tot selecteren van relatief zwakke sensaties; en - normale lichamelijke sensaties als pathologisch en verontrustend te ervaren.

Onderzoeken laten een lichamelijke overgevoeligheid zien (Hanback 1978, Tyrer 1980, Merskey e.a. 1975, Gordon e.a. 1986) bij mensen met kenmerken van hypochondrie. Deze lichamelijke overgevoeligheid is omstreden; een afdoende bewijs is de auteur niet bekend. Tegenstanders van deze verhoogde gevoeligheid wijzen op de mogelijkheid dat deze verhoogde gevoeligheid géén cognitief proces is, maar te wijten is aan een verhoogde staat van opwindning - en derhalve een psychofysiologisch proces is.

Kellner (1988) schrijft dat een belangrijk element in het proces waarbij lichamelijke symptomen verergerd worden door emotie de zogenoemde selectieve perceptie is. Hierdoor is de patiënt meer geneigd om lichamelijke sensaties waar te nemen door op dergelijke sensaties erg gespist te zijn.

Behalve de selectieve perceptie is ook de foutieve interpretatie van lichamelijke verschijnselen als belangrijk cognitief element, leidend tot meer lichamelijke klachten, genoemd (Mayou 1976, Warwick e.a. 1990).

Om te onderzoeken wat de invloed is van psychiatrische aandoeningen op beperkingen en lichamelijke klachten zou het effect van psychiatrische interventie op de beperkingen en lichamelijke klachten onderzocht kunnen worden.

Interventiestudies - In het onderzoek van Borson e.a. (1992), een gerandomiseerde trial met placebo en nortriptyline bij patiënten met een chronisch obstructieve longaandoening en depressie, bleek nortriptyline zowel significante verbeteringen van de depressieve symptomen als van de subjectieve symptomen van de longaandoening te geven. De fysiologische ernst van de longaandoening veranderde niet.

Een ander onderzoek betreft een dubbelblind gerandomiseerde trial bij 92 patiënten met chronisch oorsuizen en psychiatrische aandoeningen in de vorm van depressie. Sullivan e.a. (ter perse) onderzochten het effect van nortriptyline op de depressie, de aan oorsuizen gerelateerde beperkingen en de oorsuis-symptomen. Zij toonden aan dat nortriptyline de depressie verminderde evenals de (subjectieve) symptomen van het oorsuizen en de beperkingen ten gevolge van het chronische suizen.

Meyer e.a. (1981) vonden bij controle na een jaar in een groep van 62 patiënten die en door een internist behandeld waren en kortdurende psychotherapie ondergaan hadden significant minder beperkingen dan bij hun controlegroep, die alleen door een internist behandeld was. Svendlund e.a. (1983) en Cole e.a. (1991) vonden vergelijkbare resultaten van psychotherapie. Uit deze onderzoeken blijkt dat interventie in de psychiatrische aandoeningen invloed heeft op de beperkingen en de lichamelijke klachten van een lichamelijke aandoening.

Mogelijk is de therapietrouw een factor die het onderzochte verband beïnvloedt. Patiënten met psychiatrische aandoeningen vertonen verminderde therapietrouw (Blumenthal e.a. 1982, Surridge e.a. 1984). Die verminderde therapietrouw kan een direct effect hebben op de lichamelijke aandoening en leiden tot meer beperkingen en lichamelijke klachten.

Conclusie

Psychiatrische aandoeningen leiden bij patiënten tot significant meer beperkingen en lichamelijke klachten ten opzichte van patiënten zonder psychiatrische aandoening. Deze invloed bestaat bij patiënten met en zonder lichamelijke aandoening en is onafhankelijk van de ernst of de aard van een eventuele lichamelijke aandoening. Er bestaan goede verklaringsmechanismen voor dit effect.

Behandeling van deze psychiatrische aandoeningen geeft een significante vermindering van beperkingen en lichamelijke klachten. Dat het hier niet gaat om een onbelangrijk verschijnsel, blijkt uit de hoge prevalentie van psychiatrische aandoeningen in de eerste lijn, rond de 23 procent. Deze prevalentie is in de eerste lijn beduidend hoger dan in een doorsneepopulatie. De vraag hoe groot de bijdrage van psychiatrische aandoeningen aan het ontstaan van beperkingen en lichamelijke klachten precies is, is een terechte vraag, die nader onderzoek behoeft.

Literatuur

Barsky, A.J., P.D. Cleary en G.L. Klerman (1992), Determinants of perceived health status of medical outpatients. Social Science and Medicine, 34, 1147-1154.

Borson, S., G.J. McDonald, T. Gayle e.a. (1992), Improvement in mood, physical symptoms, and function with nortriptyline for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Psychosomatics, 33, 190-201.

Katon, W., M. Sullivan, J. Russo, e.a. (1993), Depressive symptoms and measures of disability: a prospective study. Journal of Affective Disorders, 27, 245-254.

Korf, M. von, J. Ormel, W. Katon e.a. (1992), Disability and depression among high utilizers of health care, a longitudinal analysis. Archives of General Psychiatry, 49, 91-100.

Ormel, J., M. von Korf, W. van den Brink e.a. (1993), Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. American Journal of Public Health, 83, 385-390.

Robins, L.N. en D.A. Regier (1991), Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. The Free Press, New York 1991.

Wells, K.B., A. Stewart, R.D. Hays e.a. (1989), The functioning and well-being of depressed patients results from the medical outcomes study. Journal of the American Medical Association 262, 914-919.

Literatuurlijst op aanvraag bij de auteur.

Summary: Psychiatric disorders: prevalence and relationship with physical complaints and disability in primary care

The prevalence of psychiatric morbidity in primary care is about 23 percent. In this review studies are presented from which can be concluded that psychiatric disorders are an important factor in the etiology of physical complaints and disability. Treatment for psychiatric disorders significantly reduces disability and physical complaints. Mechanisms which can explain the relationship between psychiatric disorders and disability and physical complaints are reviewed. Concluded is that psychiatric disorders are a main factor in the etiology of physical complaints and disability in primary care.

Met dank aan Dr. J. Ormel.

De auteur is als arts werkzaam bij psychiatrisch ziekenhuis voor verslavingsziekten Nieuw Hoog Hullen. Corrspondentieadres: M.P.M. Boks, Essen 20, 9751 NC Haren.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-7-1994.