

De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij patiënten verwezen naar een fysiotherapeut

D.E. Woudhuizen
H.G.L.M. Grundmeijer

Woudhuizen DE, Grundmeijer HGLM. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij patiënten verwezen naar een fysiotherapeut. Huisarts Wet 1997; 40(12): 585-8.

Samenvatting Huisartsen verwijzen veel patiënten naar de fysiotherapeut. Bij 78 procent van deze verwijzingen gaat het om klachten zonder objectiveerbaar organisch substraat. Frequent wordt verondersteld dat deze klachten in relatie staan met psychiatrische stoornissen. Bij 41 patiënten die waren verwezen naar een fysiotherapiepraktijk, werd nagegaan of dit het geval was. De resultaten werden vergeleken met de prevalenties in de algemene bevolking en in de huisartspraktijk. In het jaar vóór het onderzoek bleek bij 58 procent van de onderzochte patiënten één of meer psychiatrische diagnosen van toepassing. Met uitzondering van één patiënt werd in deze groep bij alle patiënten de diagnose angststoornis gesteld, al of niet in combinatie met een andere psychiatrische diagnose. Van de verwijzdiagnosen had iets meer dan de helft betrekking op psychische klachten; de diagnose angststoornis werd echter slechts eenmaal vermeld.

Drs. D.E. Woudhuizen, fysiotherapeut;
dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts te
Diemen, verbonden aan de vakgroep
huisartsgeneeskunde van de Universiteit van
Amsterdam.

Correspondentie: drs. D.E. Woudhuizen,
Kennemerstraatweg 105, 1814 GE Alkmaar.

Inleiding

In Nederland verwijst de huisarts gemiddeld één op de twaalf patiënten naar de fysiotherapeut. In 78 procent van de gevallen gaat het daarbij om aandoeningen zonder objectiveerbaar organisch substraat, zoals rugpijn, nekklachten, hoofdpijn, myalgieën, surmenage en hyperventilatie.¹ Deze klachten hebben mogelijk te maken met een psychische aandoening.²

Omdat een organische verklaring van de klachten vaak niet tot voldoende therapieresultaten leidt, is er onder fysiotherapeuten een toenemende belangstelling voor de psychische en psychosociale achtergronden van dergelijke klachten.³ Indien men bij de patiënt een psychosociale achtergrond vermoedt, wordt er meer aandacht besteed aan uitleg over de achtergrond van de klachten en wordt therapeutisch gebruik gemaakt van relaxatietraining in combinatie met bewegingstherapie en/of massagetherapie.³

Met het oog op een adequate behandeling is het voor de fysiotherapeut van belang te weten of een psychiatrische diagnose in het geding is. Bij sommige depressies kunnen conditietraining⁴ of lichttherapie uitkomst bieden, en bij angststoornissen zou gekozen kunnen worden voor relaxatietraining. Patiënten met psychiatrische stoornissen die (nog) niet toegankelijk zijn voor psychotherapie, hebben mogelijk ook baat bij deze vorm van fysiotherapie. De patiënt kan bijvoorbeeld beter leren omgaan met spanningen of hierdoor gemotiveerd raken voor psychotherapie.

Het is niet bekend hoe groot de kans is, dat fysiotherapeuten patiënten verwezen krijgen die (ook) lijden aan een psychiatrische stoornis. Wij hebben getracht hierin enig inzicht te krijgen door middel van een onderzoek met de volgende vraagstelling:

- Wat is de prevalentie waarmee psychiatrische aandoeningen voorkomen bij patiënten die verwezen zijn naar een fysiotherapeut, en wat is de aard en omvang van de geconstateerde psychiatrische aandoening ten opzichte van de Nederlandse bevolking en van spreekuurbezoekers van de huisarts?

- Met welke diagnose werd de patiënt verwezen en wat is de relatie tussen verwijzing en psychiatrische diagnose?

Methode

Het onderzoek vond plaats in een praktijk voor fysiotherapie in de kop van Noord-Holland. Ten tijde van het onderzoek telde de praktijk vijf fysiotherapeuten – één full-time en vier in deeltijdverband – allen met een speciale belangstelling voor psychosomatische klachten. In het jaar vóór het onderzoek werden gemiddeld 40 nieuwe patiënten per maand naar de praktijk verwezen.

Patiënten kwamen in aanmerking voor het onderzoek als ze voldeden aan de volgende criteria: >14 jaar, voldoende beheersing van de Nederlandse taal en minimaal vier weken bestaande klachten. Aan alle patiënten werd gevraagd wat de reden was geweest de huisarts te consulteren. Binnen een week na de gebruikelijke intake door de fysiotherapeut werden de geselecteerde patiënten psychiatrisch geïnterviewd met behulp van de computerversie van het Diagnostisch Interview Schema (C-DIS⁵). Het DIS is een sterk gestructureerd interview,⁶ dat is opgebouwd rond een drietal psychiatrische classificatiesystemen: de 'Feighner Diagnostic Criteria', de 'Research Diagnostic Criteria' en de 'Diagnostic Statistical Manual' (DSM-III-R).⁷ Uitgangspunt van de 263 vragen zijn de classificatie-assen 1 (klinische syndromen) en 2 (ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen) van de DSM-III-R. Uit onderzoek is gebleken dat de diagnostische uitkomst van het DIS-interview in 79 tot 96 procent van de gevallen overeenkomt met het oordeel van een panel van negen psychiaters.⁸

De gevonden prevalenties werden vergeleken met de prevalentiecijfers uit de Filterstudie.⁹ In dit onderzoek werd het DIS-interview op identieke wijze afgenomen als in deze studie.

Resultaten

In een periode van zeven weken meldden zich 58 patiënten. Op grond van de selec-

Tabel 1 Het percentage patiënten in de onderzoeksgroep met een psychiatrische diagnose volgens DSM-III-R, vergeleken met de prevalentie bij huisartsbezoekers en in de Nederlandse bevolking

Psychiatrische diagnose	Fysiotherapeut n=41			Huisarts n=315			Bevolking n=517		
	(Lifetime)	Jaar	Maand	(Lifetime)	Jaar	Maand	(Lifetime)	Jaar	Maand
Angststoornis	59	54	54	37	23	20	34	17	16
Affectieve stoornis	29	22	17	27	14	11	16	7	5
Alcohol afhankelijkheid	17	7	5	14	4	2	17	7	5
Somatisatie stoornis	7	7	7	–	–	–	–	–	–
Drugs afhankelijkheid	–	–	–	3	1	1	4	2	1
Schizofrenie	–	–	–	2	1	0	1	0	0
Totaal met DIS/DSM-III-R diagnose	61	58	54	55	31	26	51	26	23

Tabel 2 Verwijsdiagnosen in relatie tot DSM-III-R diagnosen

Verwijzing fysiotherapie	Aantal	Geen DSM- diagnose	fob ¹	Angststoornis pan ²	obs ³	alg ⁴	Affectieve stoornis dys ⁵ bip ⁶ dep ⁷			Overige som ⁸ alc ⁹	
Somatische verwijsdiagnose¹⁰											
Pijnklachten											
– hoofdpijn/ migraine	5	4			1						
– pijnklachten CWK ¹¹	3	2				1					
– schouder- & hoofdpijn	2	1				1					
– spierpijn	2	1	1							1	
– algehele pijnklachten	1					1					
– buikpijn	1		1		1						
Tachycardie	2		1	1							
Chronische vermoeidheid	1								1		
Hypermobiliteit gewrichten	1	1									
Subtotaal	18	9	3	1	2	3	–	–	1	1	–
Psychische verwijsdiagnose											
Depressie	1				1						
Angst	1		1	1			1				
Hyperventilatie	7	3	3		1	1	1		1		
Surmenage	4		4	1	1		2	1		1	3
Spanning	4	2	1			1					
‘Psychosomatisch’	2		1	1			1	1		1	
Stress	2	1									1
Insomnia	2	2									
Subtotaal	23	8	10	3	3	2	5	2	1	2	4
Totaal	41	17	13	4	5	5	5	2	2	3	4

1 fobische stoornis; 2 paniekstoornis; 3 obsessief compulsieve stoornis; 4 algemene angststoornis; 5 dysthyme stoornis; 6 bipolaire stoornis; 7 depressie i.e.z.; 8 somatisatiestoornis; 9 alcoholafhankelijkheid; 10 psychische verwijsdiagnose: klachten die als psychisch worden geduid, somatische diagnose: klachten met een somatische klachtenpresentatie; 11 patiënten met diagnosen: cervicaal artrose, cervicale HNP en whiplashtrauma.

tiecriteria vielen 15 patiënten af. Er kwamen dus 43 patiënten in aanmerking voor het onderzoek, 17 mannen en 26 vrouwen. Twee vrouwen weigerden deelname (geen tijd; reden onbekend); van de overige 41 patiënten gaf iedereen zijn goedkeuring door middel van 'informed consent'. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep was 38 jaar (15-70 jaar). Alle patiënten meldden dat wat hun betreft de lichamelijke klachten aanleiding waren geweest voor de verwijzing.

Bij 24 patiënten werd een psychiatrische diagnose gesteld. Volgens de DIS/DSM-diagnostiek bleek het merendeel van de patiënten (23) in het jaar voorafgaande het interview te lijden aan een angststoornis. In 9 gevallen bleek ook sprake van een affectieve stoornis. Uitzonderd één patiënt met uitsluitend een depressie, kwam bij de rest van deze groep de affectieve stoornis voor in combinatie met een angststoornis.

In tabel 1 zijn de resultaten in de onderzoeksgroep vergeleken met de prevalentiecijfers in de Nederlandse bevolking en onder spreekuurbezoekers bij de huisarts.⁹ Tevens zijn de verschillen aangegeven met betrekking tot de stoornissen die het gehele leven voorkomen, stoornissen in het afgelopen jaar en recent voorkomende stoornissen.

In de Nederlandse bevolking is de jaarprevalentie van angststoornissen 17 procent en van affectieve stoornissen 7 procent. Bij huisartsbezoekers zijn deze cijfers respectievelijk 23 en 14 procent. In de fysiotherapeutenpopulatie bleek de diagnose angststoornis ruim tweemaal zo vaak voor te komen als in de huisartspopulatie en driemaal zo vaak als in de Nederlandse bevolking. Bij de onderzoeksgroep werd in drie gevallen een somatisatiestoornis gediagnosticeerd. In de Filterstudie kwam de diagnose somatisatiestoornis niet voor.

Bij 18 verwijzingen werd een somatische verwijsdiagnose opgegeven (tabel 2). In negen van deze gevallen werd een psychiatrische diagnose gesteld: één maal een depressie en acht maal een angststoornis. Bij 23 verwijzingen ging het om een 'psychische' verwijsdiagnose. Bij acht patiën-

ten uit deze groep werd evenwel geen psychiatrische diagnose gesteld.

De somatische verwijsdiagnosen waren vrijwel alle pijnklachten. Als daarbij een psychiatrische diagnose werd gesteld, was dat in vrijwel alle gevallen een angststoornis.

Angststoornissen komen vaak voor in combinatie met een andere psychiatrische stoornis. In deze studie werd bij acht patiënten met de diagnose angststoornis tevens een affectieve stoornis vastgesteld, en drie patiënten bleken naast een angststoornis ook te lijden aan een somatisatiestoornis. Slechts bij één patiënt werd de diagnose depressie gesteld, zonder psychiatrische comorbiditeit. Eén patiënt bleek alleen alcoholafhankelijk. Bij één patiënt met een depressie als verwijsdiagnose werd de diagnose angststoornis gesteld.

Beschouwing

Het voor dit onderzoek gebruikte DSM-classificatiesysteem is nog niet gevalideerd voor toepassing in eerstelijns onderzoek. De vraag of fysiotherapiepatiënten die voldoen aan de criteria voor een bepaalde DIS/DSM-diagnose hetzelfde soort probleem hebben als psychiatriepatiënten met dezelfde diagnostische criteria, is dus nog onbeantwoord. Heeft een eerstelijns patiënt met een DSM-diagnose een vergelijkbare voorgeschiedenis en prognose en zal deze patiënt op dezelfde wijze reageren op een bepaalde therapie als een patiënt met dezelfde DSM-diagnose in een psychiatrische behandel situatie?¹⁰ Het is voorstelbaar dat psychosociale stress ook leidt tot angst- en/of stemmingsstoornissen, maar van een milder type en met een daaraan gerelateerde prognose en therapie. Er bestaat echter nog geen goed instrument om de diagnose stress te stellen en voorlopig is er geen geschikt meetinstrument voor dit soort epidemiologisch onderzoek.^{11,12}

De kans dat een naar de onderzochte fysiotherapiepraktijk verwezen patiënt leed aan een psychiatrische stoornis in termen van de DSM-III-R, bleek groot. Daarbij ging het met name om angststoornissen. Deze

diagnose kwam bovendien vaak voor in combinatie met een affectieve stoornis, vaker dan in de literatuur wordt vermeld (11-76 procent).^{13,14} In drie gevallen bleek een somatisatiestoornis aanwezig. Dit is opvallend veel, gezien de zeer lage prevalentie van somatisatiestoornissen.^{9,15}

De onderzochte groep van 41 patiënten is te klein om generaliseerbare uitspraken te kunnen doen. Bovendien waren de verwijzingen gericht aan een praktijk met een speciale belangstelling voor patiënten met psychosomatische klachten, waardoor de gevonden prevalenties mogelijk een overschatting geven van de feitelijke prevalenties van psychiatrische stoornissen in eerstelijns fysiotherapiepraktijken.

De verwijsdiagnosen waren voor het overgrote deel symptoomdiagnosen; bij tien patiënten werd een nosologische diagnose geregistreerd. Een angststoornis werd eenmaal als verwijsdiagnose genoemd. Men kan verwijsdiagnosen niet zonder meer vergelijken met via een psychiatrisch interview gestelde diagnosen; de verwijsdiagnose heeft immers een ander doel. Toch rijst de vraag of de huisarts op de hoogte was van de angststoornis en of kennis van deze diagnose het beleid niet zou moeten beïnvloeden. In de Filterstudie bleek de huisarts vaak niet op de hoogte van de angststoornissen van patiënten⁹ en in huisartsgeneeskundige registratiesystemen wordt de diagnose angststoornis zelden geregistreerd.¹⁶ Mogelijk is de angststoornis veel vaker dan gedacht de bron van vage lichamelijke klachten waarmee huisartsen en fysiotherapeuten veel te maken krijgen. In ieder geval lijkt het van belang dat de huisarts, indien hij op de hoogte is van een psychiatrische stoornis, dit vermeldt bij verwijzing. Angststoornissen gaan immers per definitie gepaard met neurovegetatieve klachten en klachten van het bewegingsapparaat.⁷

De fysiotherapeut behandelt functiestoornissen en handicaps, met het lichaam als aangrijpingspunt. Uit dit onderzoek blijkt dat lichamelijke klachten vaak in combinatie met angststoornissen voorkomen. Mogelijk is er een causaal verband. Fysiotherapie zou een rol kunnen spelen in het

doorbreken van de cirkel angst-spanningsklachten-angst.^{17,18} Het is dan wel van belang dat huisarts en fysiotherapeut lichamelijke klachten van psychiatrische oorsprong vroegtijdig herkennen, zodat een optimale behandeling kan worden aangeboden en iatrogene schade kan worden voorkomen.

Literatuur

- 1 Grundmeijer HGLM, Brouwer HJ. De betekenis van fysiotherapie bij aandoeningen van het bewegingsapparaat. *Huisarts Wet* 1988; 31: 44-50.
- 2 Bensing J, Verhaak P. Psychische problemen in de huisartspraktijk veelvormiger en diffuser dan in de psychiatrie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 130-4.
- 3 Swank J, Toet G, In 't Veld H. Psychosomatische fysiotherapie: een integrale benadering. *Jaarboek Fysiotherapie/Kinesitherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995. p. 1-22.
- 4 Bosscher RJ. Hardlopen tegen depressie: feit of fictie? *Jaarboek Fysiotherapie/Kinesitherapie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996. p. 170-91.
- 5 Lee N, Robins PhD, Helzer JE. Diagnostic Interview Schema (DIS) versie III-A. Nederlandse bewerking en vertaling: Werkgroep DIS, Van Alem V, et al. Amsterdam: Psychiatrisch Centrum AZUA, 1991.
- 6 Dingemans P, Engeland H, Van Dijkhuis JH, Bleeker J. De 'diagnostic interview schedule' (DIS). *Tijdschrift Psychiatrie* 1986; 5: 341-60.
- 7 American Psychiatric Association (APA). DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: APA, 1987.
- 8 Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT, et al. A comparison of clinical and diagnostic interview schedule diagnoses. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 657-66.
- 9 Van Limbeek J, Van den Berg CEA, Sergeant JA, et al. Patiënt, stoornis en zorg. Amsterdam: GG & GD, 1994.
- 10 Terluin B, Van der Meer K. Hoe valide zijn de diagnosen ernstige en milde depressie? *Huisarts Wet* 1995; 38: 307-9.
- 11 Terluin B. Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk [dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994. p. 232-41.
- 12 Verhulst FC, Van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 777-81.
- 13 Ormel J, Van den Brink W, Van der Meer K, et al. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 123-6.
- 14 Huyser J. De symptomatologie van depressieve stoornissen en angststoornissen [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1993.
- 15 Van der Zwaard R, Grundmeijer HGLM. Somatisatiestoornis: klinisch beeld, herkenning en behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 595-9.
- 16 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 17 Van Burken P. Het hyperventilatiesyndroom: een vergelijkend effectonderzoek van twee behandelstrategieën. *Ned Tijdschr Fysioth* 1996; juni: 94-104.
- 18 Van Dixhoorn J. Gunstige effecten van adem- en ontspanningsinstructie in de hart-revalidatie: een gerandomiseerd follow-up-onderzoek gedurende 5 jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 530-4. ■

Abstract

Woudhuizen DE, Grundmeijer HGLM. The prevalence of mental disorders in patients referred to a physiotherapist. *Huisarts Wet* 1997; 40(12): 585-8.

General practitioners refer many patients to a physiotherapist; 78 per cent of these referrals concern complaints that do not seem to have any objectifiable organical source. These complaints might be related to mental disorders. In this study 41 patients referred to a physiotherapy practice, were examined for the occurrence of mental disorders. The results were compared with the prevalence found in previous studies among the population and in the GP's waiting-room. In the year preceding this research it appeared that with 58 per cent of the examined patients one or more psychiatric diagnoses were applicable. With the exception of one patient only, anxiety disorder was diagnosed for all patients in this group, combined or not with some other psychiatric diagnosis. Somewhat more than half of the diagnoses for referral were related to psychiatric complaints, among which the diagnosis 'anxiety disorder' was mentioned only once.

Key words Family practice; Mental disorders; Physiotherapy; Referral.

Correspondence D.E. Woudhuizen MA, Kennemerstraatweg 105, 1814 GE Alkmaar, The Netherlands.