



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

**Subklinische depressie bij reumapatiënten:
de rol van demografische, klinische en psychologische
factoren**

*Minor depression among patients with rheumatic diseases:
the role of demographical, clinical and psychological factors*

Liselot Oonk
Enschede, juni 2008

Medisch Spectrum Δ Twente

afdeling Reumatologie & Klinische Immunologie



Subklinische depressie bij reumapatiënten:
de rol van demografische, klinische en psychologische factoren

*Minor depression among patients with rheumatic diseases:
the role of demographical, clinical and psychological factors*

Bachelorthese

Liselot Oonk – s0132128

Begeleiders

Dr. E. Taal

Dr. C. Bode

Psychologie – Faculteit Gedragwetenschappen

Universiteit Twente, Enschede

27 juni, 2008

Samenvatting

Uit diverse onderzoeken komt naar voren dat de factoren geslacht, leeftijd, fysiek functioneren, pijn, positieve en negatieve (problematische) sociale steun gecorreleerd zijn met een verhoogde depressie bij reumapatiënten. In deze studie worden de factoren onderzocht in hun samenhang met een subklinische depressie bij reumapatiënten.

In de wachtkamer van de polikliniek Reumatologie van het MST te Enschede zijn via computers met touchscreens digitale vragenlijsten afgenomen bij reumapatiënten. Naast de demografische variabelen en de reumatische aandoening werd ook naar het fysiek functioneren gevraagd, via de Health Assessment Questionnaire (HAQ) van de respondenten. Voor het meten van een subklinische depressie is de Geriatric Depression Scale-15 Nederlandse versie (GDS-15) gebruikt. Positieve sociale steun werd gemeten door de Social Support List-Interactions (SSL 12-I) en negatieve (problematische) sociale steun door een Nederlands vertaling (Riemsma et al., 2000) van een schaal ontwikkeld door Revenson et al. (1991)

In totaal namen 239 patiënten deel aan de studie. 8.8 procent daarvan bleek aan de criteria voor een subklinische depressie te voldoen. Er bleek geen significante samenhang tussen verschillende reumatische aandoeningen en een subklinische depressie. Daarnaast bleken ook de factoren geslacht en leeftijd niet samen te hangen met een subklinische depressie. Uit een multiële hiërarchische regressie analyse kwam naar voren dat pijn, fysiek functioneren en zowel positieve als negatieve sociale steun een sterke relatie hadden met de mate van depressiviteit. In totaal verklaarden negen factoren en de interactie tussen positieve en negatieve sociale steun 39 procent van de variantie van het uiteindelijke model. Er was tevens sprake van een buffer effect van sociale steun: positieve sociale steun kon de negatieve invloed van problematische sociale steun verkleinen. Daarnaast kwam uit een logistische regressie naar voren dat fysiek functioneren een significante voorspeller was van een subklinische depressie. Bij deze regressie was echter geen sprake van een sociaal buffer effect: de interactie tussen positieve en negatieve sociale steun bleek niet significant.

Fysiek functioneren is bij deze reumapatiënten een voorspeller van een subklinische depressie. Daarom is het belangrijk dat artsen reumapatiënten met veel beperkingen in het fysiek functioneren monitoren op een eventuele subklinische depressie via het ROMA systeem en daardoor, indien nodig, kunnen ingrijpen. Tevens is het van belang dat reumapatiënten waar nodig positieve sociale steun ervaren, door bijvoorbeeld maatschappelijk werk, om zo het negatieve effect van problematische steun te verkleinen.

Abstract

Numerous studies show that there are certain factors correlated with a raised depression in patients with rheumatic diseases. This study examines a few of these factors, respectively gender, age, physical disability, positive and negative (problematic) social support, in their relation with a minor depression.

In the waiting room of the polyclinic Rheumatology of the MST at Enschede there were digital surveys completed by patients with rheumatic diseases on computers with touchscreens. Beside demographic variables and the rheumatic disease, patients were asked about their physical functioning by the Assessment Questionnaire (HAQ). For the assessment of a minor depression the Geriatric Depression Scale-15 Dutch version (GDS-15) was used. Positive social support was measured by the Social Support List-Interactions (SSL 12-I) and negative social support by a Dutch translation of the scale developed by Revenson et al. (1991)

A total of 239 patients took part at the study. 8.8 percent met the criteria for a minor depression. No significant association was found between different forms of rheumatic diseases and a minor depression. Gender and age also didn't relate with a minor depression. Hierarchical multiple regression showed that pain, physical functioning, positive and negative social support had a strong relation with symptoms of depression. A total of nine factors and the interaction between positive and negative social support accounted for 39 percent of the variance in the final model. There was also found a buffering effect of social support: positive social support could reduce the negative effect of problematic support. Logistic regression showed that physical functioning was found a significant predictor of a minor depression. However, in this regression there was no social buffer effect: the interaction between positive and negative social support turned out to be not significant.

Physical functioning was found to be a predictor of a minor depression in patients with rheumatic diseases. Therefore it is important for physicians to monitor the rheumatic patients with many restrictions in physical functioning on a minor depression by the ROMA system and interfere if necessary. It is also important that rheumatic patients experience positive social support by for example a social worker, so the negative effect of problematic support can be reduced.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	5
1.1 Verschillende reumatische aandoeningen.....	5
1.2 Subklinische depressie	5
1.3 Factoren.....	6
1.2.1 <i>Geslacht</i>	6
1.2.2 <i>Leeftijd</i>	6
1.2.3 <i>Fysiek functioneren</i>	7
1.2.4 <i>Sociale steun & stress</i>	7
1.2.5 <i>Pijn</i>	8
1.2.6 <i>Coping strategieën & zelfeffectiviteit</i>	8
1.4 Onderzoeksvragen	8
2 Methoden	9
2.1 Respondenten	9
2.2 Instrument	10
2.3 Procedure	11
2.4 Data analyse	12
3 Resultaten	12
3.1 Voorkomen van een subklinische depressie bij reumapatiënten.....	12
3.2 Verschillen in reumatische aandoeningen	12
3.3 Subklinische depressie: demografische, klinische en psychologische factoren.....	13
3.3.1 <i>Geslacht</i>	13
3.3.2 <i>Leeftijd</i>	13
3.3.3 <i>Fysiek functioneren</i>	14
3.3.4 <i>Sociale steun</i>	14
4. Discussie	17
4.1 Conclusies en aanbevelingen	19
5 Dankwoord.....	20
6 Referenties	20

1 Inleiding

Reuma is een verzamelnaam voor ruim honderd aandoeningen die allemaal met het menselijke bewegingsapparaat te maken hebben. De aandoeningen kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën, respectievelijk ontstekingsreuma, artrose en weke-delenreuma (Reumafonds, 2007). Reuma is de meest voorkomende chronische ziekte in Nederland en één van de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Teleac, 2004). Bij de meeste vormen van reuma is de oorzaak onbekend en hierdoor is het vaak moeilijk te genezen.

1.1 Verschillende reumatische aandoeningen

De bekendste en wetenschappelijk meest onderzochte aandoening van ontstekingsreuma is reumatoïde artritis (RA). Hierbij zijn een aantal gewrichten langdurig ontstoken. Dit kan leiden tot veel pijn, stijfheid en grote vermoeidheid. De aandoening is chronisch en daarmee niet te genezen (RIVM, 2007). In 2003 waren naar schatting 57.100 mannen en 90.400 vrouwen bij de huisarts in Nederland gediagnosticeerd met de diagnose reumatoïde artritis (prevalentie: 7,1 per 1.000 mannen en 11,0 per 1.000 vrouwen per jaar). In werkelijkheid kan de prevalentie hoger zijn, omdat ook een aantal patiënten niet door de huisarts behandeld wordt (RIVM, 2007).

Naast RA is artrose de meest voorkomende vorm van reuma. Meer dan 1.200.000 Nederlanders hebben deze aandoening. Hierbij verslechtert of verdwijnt zelfs het kraakbeen tussen de gewrichten. De gevolgen hiervan zijn pijnlijk en kunnen invaliderend zijn (Reumafonds, 2008).

De derde en laatste categorie is weke-delenreuma, die zich kenmerkt door langdurige pijn in spieren, peesaanhechtingen en banden. De omliggende weefsels zoals kapsels, spieren, banden, slijmbeurzen, tussenwervelschijven en pezen zijn niet ontstoken, maar overbelast. Ongeveer een half miljoen mensen in Nederland heeft een vorm van weke-delenreuma. Een van de bekendste vormen is fibromyalgie. Deze vorm krijgt veel aandacht omdat het gaat om pijn in bindweefsels en spieren waarvan het lastig is de diagnose te stellen (Reumafonds, 2008).

1.2 Subklinische depressie

De consequenties van reuma zoals pijn, functiebeperkingen, verlies van werk, relaties en waardevolle activiteiten, kunnen leiden tot veranderingen in psychologische staat en resulteren in gevoelens van angst en depressie (Barlow, Cullen & Rowe, 1999). Kenmerken van een depressie zijn een sombere stemming, interessevermindering en een verminderd vermogen om plezier te beleven aan dingen die men eerst wel plezierig vond (Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp, 2004). Er worden veel verschillende omschrijvingen in de literatuur gebruikt voor depressie. Voor de duidelijkheid wordt in deze studie verwezen naar de term subklinische depressie ('minor depressive disorder'). Dit houdt in dat een persoon depressieve episodes van tenminste twee weken heeft met daarin twee tot vier van de diagnostische criteria vereist voor een klinische depressie ('major depressive disorder') (Greenberg, 2007). Over het algemeen komt in Nederland een subklinische depressie voor bij 17 procent van de adolescenten, bij 16 procent van de volwassenen en ongeveer 13 procent van de personen in de leeftijdsgroep 55-85. De gegevens van de klinische depressie bekeken over heel Nederland wijken hier iets vanaf en komen neer op 4.5 procent van de adolescenten, 6.6 procent van de volwassenen (bij de mannen is dat 4.3 procent en bij de vrouwen 8.2) en 5.7 procent bij ouderen (RIVM, 2007). Uit de gegevens over een klinische depressie komt naar voren dat vrouwen een tweemaal zo groot risico lopen op

depressie als mannen, dat depressie relatief veel voorkomt in de leeftijd van 25 tot 45 jaar en minder bij ouderen en jongeren (Trimbos, 2007). Daarnaast bestaan er verschillen in regio's in Nederland wat betreft het voorkomen van psychische klachten (RIVM, 2005).

De afgelopen twintig jaar is er in de reuma literatuur een debat gaande over de causale relatie tussen pijn en depressie. Er zijn zowel resultaten gevonden dat depressie voorafgaat of volgt op pijn bij reumatische aandoeningen (Nicassio, 2007). Reuma beïnvloedt de patiënten dus zowel lichamelijk als psychologisch (Taal, Rasker, Seydel & Wiegman, 1993). Abdel-Nasser, El-Azim, Taal, El-Badawy, Rasker & Valkenburg (1998) beschrijven dat vele onderzoeken de prevalentie van een klinische depressie bij RA patiënten schatten tussen de 14 en 46 procent. Ze beweren dan ook dat depressie het meest voorkomende psychologische probleem is bij reuma. Isik, Koca, Ozturk & Mermi (2007) demonstreerden in hun studie dat depressie en angst significant hoger zijn in de RA groep, indien vergeleken met de gezonde controlegroep. Uit gegevens van het Nemesis onderzoek (Verdurmen, Ten Have, Van Dorsselaer, Van 't Land, Vollebergh, & de Graaf, 2006) blijkt tevens dat mensen met reuma vaker een stemmingsstoornis in het leven hebben gehad, dan mensen zonder reuma en dat deze gegevens niet verklaard kunnen worden door verschillen in sociaaldemografische kenmerken en andere lichamelijke aandoeningen.

1.3 Factoren

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat bepaalde factoren gecorreleerd zijn met de verhoogde depressie bij RA patiënten (Covic, Tyson, Spencer & Howe, 2006; Dickens & Creed, 2001). Een aantal van deze factoren, respectievelijk geslacht (1.1), leeftijd (1.2), fysiek functioneren (1.3), sociale steun & stress (1.4), pijn (1.5) en coping strategieën & zelfeffectiviteit (1.6), worden hieronder kort toegelicht. Deze studie zal zich echter richten op de eerste vier genoemde factoren¹.

1.2.1 Geslacht

Uit gegevens van het RIVM (2007) blijkt dat bij vrouwen zowel vaker reumatoïde artritis als artrose wordt geconstateerd. Het is echter nog onbekend waarom dit zo is (Reumafonds Jaarverslag, 2006). Een van de oorzaken zou de invloed van hormonen kunnen zijn op het ontstaan van reuma, maar onderzoek hiernaar is nog gaande (Wengel, 2001). Het vrouwelijke geslacht blijkt uit onderzoek van Sheehy, Murphy & Barry (2006) tevens één van de factoren te zijn die geassocieerd is met depressie bij reumapatiënten. De verwachting voor deze studie is dan ook dat meer vrouwen als mannen met een reumatische aandoening voldoen aan de criteria voor een subklinische depressie.

1.2.2 Leeftijd

Een tweede factor, die door haar omstredeheid veel aandacht krijgt in de reuma literatuur, is de leeftijd van de reumapatiënten waarop ze een groter risico lopen op depressie. Riemsma et al. (2000) toonden een significante relatie aan tussen depressie bij RA patiënten en hun leeftijd; oudere patiënten waren in dit onderzoek relatief depressiever dan jongere patiënten. Indicaties dat jongere RA patiënten echter een verhoogd risico lopen op angst en depressie komt van Hill et al. (2006). Zij beweren dat, ondanks dat het risico op psychologische distress in de gezonde populatie relatief stabiel blijft wanneer mensen ouder worden, jongere mensen met artritis toch

¹ In deze studie zal de variabele pijn ter controle meegenomen worden in de analyse. De variabelen coping strategieën & zelfeffectiviteit (1.6) worden enkel toegelicht, maar niet meegenomen in de analyse.

vaker psychologisch ongelukkig zijn en hiermee een groter risico lopen op angst en depressie. Wright, Parker, Smarr, Johnson, Hewett & Walker (1998) deelden de deelnemers aan hun onderzoek op in subgroepen van tien jaar (≤ 45 , 46-55, 56-65, 66-75 ≥ 75). Zij vonden tevens een significante relatie tussen leeftijd en depressie; jongere RA patiënten (≤ 45) bleken significant depressiever dan de oudere patiënten. Een verklaring die de auteurs hiervoor geven is dat jongeren minder dicht bij hun pensioenleeftijd zitten en zich meer zorgen maken over het interfereren van de ziekte met hun carrière en het krijgen van kinderen. De verwachting voor deze studie is dat jongere reumapatiënten psychologisch ongelukkiger zijn en hierdoor vaker te maken hebben met een subklinische depressie, dan ouderen met een reumatische aandoening.

1.2.3 Fysiek functioneren

Reuma kan leiden tot een beperkt fysiek functioneren, door bijvoorbeeld stijfheid van de gewrichten. Dit kan zich uiten in functiebeperkingen. Dickens & Creed (2001) beschrijven dat deze mate van fysieke beperkingen geassocieerd is met depressie bij RA patiënten. De patiënten met reuma worden minder mobiel en dit brengt weer veranderingen in sociale relaties met zich mee, wat weer kan leiden tot depressieve gevoelens. Toch kan de depressie ook zorgen voor functiebeperkingen, want er bestaat geen eenduidigheid over de causaliteit tussen afname van het fysieke functioneren en een subklinische depressie. Volgens onderzoek van Hommel, Wagner, Chaney & Mullins (1998) ervaren vrouwen binnen de reuma populatie een grotere afname van functionele capaciteit (meer functiebeperkingen) over de tijd dan mannen. Ze veronderstellen dat depressie hier een rol in zal spelen. De verwachting voor deze studie is dat een laag niveau van fysiek functioneren geassocieerd zal zijn met subklinische depressie. Dat depressie ook van invloed kan zijn op de afname van het fysieke functioneren zal in deze studie niet aan de orde komen, omdat er geen sprake is van longitudinaal onderzoek. Over een eventueel aanwezig causaal verband zal tevens enkel gespeculeerd kunnen worden.

1.2.4 Sociale steun & stress

Sociale steun is een vierde factor die meespeelt in het verhoogde risico op depressie bij reumapatiënten. Dickens & Creed (2001) beweren dat sociale factoren, zoals het ontbreken van sociale steun, sterk geassocieerd zijn met depressie bij RA patiënten. Riemsma et al. (2000) beschrijven positieve (het bieden van hulp) en negatieve sociale steun, ook wel problematische steun genoemd. Dit is steun in de vorm van kritiek, maar kan bijvoorbeeld ook goedbedoelde steun zijn die verkeerd opgevat wordt door de patiënt. Uit hun onderzoeksgegevens blijkt echter dat positieve steun niet direct gerelateerd is aan minder depressieve gevoelens, in tegenstelling tot de problematische, negatieve steun die geassocieerd wordt met meer depressieve gevoelens. Tevens spreken Riemsma et al. (2000) over een sociale buffer; een interactie-effect dat aangeeft dat de negatieve aspecten van problematische steun deels verminderd kunnen worden door positieve steun.

Sociale steun kan dus een direct effect hebben op het welzijn van de patiënt. Daarnaast wordt echter ook van sociale steun verwacht dat zij modererende effecten heeft op de stress die patiënten ervaren. Dit wordt ook wel het “stress buffering” effect van sociale steun genoemd. De hypothese hierbij is dat mensen die steun krijgen in stressvolle situaties, zoals het hebben van reuma, zich zekerder voelen, minder kwetsbaar zijn voor de negatieve effecten van de ziekte en hierdoor minder depressief zijn (Doeglas et al., 2004). Ten eerste is de verwachting voor deze studie dat negatieve, problematische steun geassocieerd zal zijn met een subklinische depressie bij reumapatiënten. Ten tweede wordt verwacht dat als problematische steun geassocieerd is met

een subklinische depressie de negatieve invloed van de problematische steun verminderd kan worden door positieve steun.

1.2.5 Pijn

Depressie bij RA patiënten is geassocieerd met een verhoogd pijnniveau (Lowe et al., 2008; Dickens & Creed, 2001). Er is echter geen eenduidigheid in de literatuur of depressie een reactie is op de pijn die door de reuma ontstaat, of dat de depressie juist bijdraagt aan de pijnbeleving. Covic et al. (2006) vonden twaalf variabelen die gecorreleerd waren met depressie bij RA patiënten. Pijn bleek een van de sterkste voorspellers, maar opnieuw werden er vraagtekens geplaatst bij het causale verband.

1.2.6 Coping strategieën & zelfeffectiviteit

Coping stijl is de algemene neiging van een persoon om op een bepaalde manier te reageren op gebeurtenissen. Dit uit zich in verschillende coping strategieën (Morrison & Bennett, 2006). McCracken & Semenchuk (2001) deden onderzoek bij patiënten met Systematische Lupus Erythemathodes, een van de vormen van reuma. Uit hun resultaten bleek dat passieve, negatieve coping strategieën, zoals vermijding, wensdenken en jezelf de schuld geven, significant gerelateerd waren aan grotere afnamen van het fysieke functioneren, sociale gebreken en depressie. Tegengestelde resultaten werden gevonden wat betreft de actieve coping strategieën, ook wel 'problem-focused coping'. Deze bleken significant geassocieerd met minder depressie.

Kozora, Ellison, Waxmonsky, Wamboldt & Patterson (2005) vonden in hun studie overeenkomstige resultaten en beschreven tevens onderzoeken die beweren dat patiënten die geloven dat ze effectief kunnen omgaan met een stressor meer actieve coping strategieën gebruiken. Dit gaat over het begrip zelfeffectiviteit en refereert aan de overtuiging van een persoon dat hij of zij succesvol het gewenste gedrag kan uitvoeren. Met andere woorden: het vertrouwen dat iemand in zichzelf heeft om met de ziekte om te kunnen gaan (Wright et al., 1996). Een lage zelfeffectiviteit, het gevoel dat een patiënt geen controle over de ziekte heeft, kan leiden tot gevoelens van angst en depressie. Dit kan weer leiden tot verhoogde percepties van pijn en kan zorgen voor verminderde coping met de ziekte (Taal, Rasker, Seydel & Wiegman, 1993).

1.4 Onderzoeksvragen

De literatuur over bovenstaande factoren toont wisselende resultaten. Hieruit blijkt dat er geen consensus bestaat over wat precies een rol speelt bij depressie of depressieve gevoelens bij reumapatiënten. Deze studie richt zich dan ook op de bovenstaande vier demografische, klinische en psychologische factoren, respectievelijk geslacht, leeftijd, fysiek functioneren en sociale steun. De drie onderzoeksvragen hierbij zijn:

- 1. Bij welk percentage van de reumapatiënten van het Medisch Spectrum Twente in Enschede is er sprake van een subklinische depressie?*
- 2. Bestaan er significante verschillen tussen patiënten met verschillende reumatische aandoeningen wat betreft het voorkomen van een subklinische depressie?*
- 3. Welke demografische, klinische en psychologische factoren zijn geassocieerd met de subklinische depressie bij reumapatiënten van het Medisch Spectrum Twente in Enschede?*

2 Methoden

2.1 Respondenten

De steekproef bestond uit patiënten van de polikliniek Reumatologie van het Medisch Spectrum Twente in de leeftijd van 18 - 87 jaar ($N=239$). De steekproef bevatte relatief meer vrouwen (62.3%, $n=149$), dan mannen (37.7%, $n=90$). Dit komt overeen met het feit dat bij vrouwen vaker reumatoïde artritis en artrose wordt geconstateerd dan bij mannen. De gemiddelde leeftijd van de mannen ($M = 57.11$, $SD = 14.44$) lag iets hoger dan die van de vrouwen ($M = 53.50$, $SD = 14.83$). Tabel 1 toont deze en enkele andere beschrijvende statistieken van de respondenten. In totaal zijn er 613 patiënten gevraagd deel te nemen aan de studie. 356 wilden niet aan het onderzoek deelnemen. De voornaamste redenen om niet deel te willen nemen waren te weinig tijd, te vaak al aan onderzoeken meegedaan en geen zin of interesse. Te weinig tijd bleek tevens de voornaamste reden om vroegtijdig met het onderzoek te stoppen. Hierdoor was er een groot aantal drop-outs van respondenten uit de steekproef ($n=29$). De personen onder de 18 jaar ($n=5$) zijn niet opgenomen in de analyse, waardoor de steekproef uiteindelijk uit 239 reumapatiënten bestond.

Tabel 1. Beschrijvende statistieken van de respondenten ($N= 239$)

	<i>n</i>	% of gemiddelde (<i>SD</i>)
Sexe (vrouwelijk)	149	62.3%
Leeftijd		
- Jong (< 65)	171	48.13 (11.65)
- Oud (>= 65)	68	71.70 (5.05)
Burgerlijke staat		
- Gehuwd	162	67.8 %
- Ongehuwd	77	32.2 %
Opleiding		
- Geen	6	2.5%
- Basis	17	7.1%
- Lager (MAVO)	121	50.6%
- Middelbaar (MTS)	37	15.5%
- Hoger (WO)	58	24.3%
Huidige situatie		
- Fulltime werk	42	17.6%
- Parttime werk	50	20.9%
- Arbeidsongeschikt	40	16.7%
- Gepensioneerd	64	26.8%
- Overig	43	18%
Ziekte duur (jaren)		9.78 (11.26)
Pijn (0-10)		5.05 (2.72)
Fysiek functioneren (0-3)		.90 (.70)

2.2 Instrument

De vragenlijsten die gebruikt werden in deze studie bevatten items over pijn, fysiek functioneren, depressie en sociale steun. Daarnaast werden ook de demografische variabelen en de reumatische aandoening van de respondenten bevraagd.

2.2.3 Demografische variabelen

Aan de respondenten werd gevraagd naar informatie over leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, genoten opleiding en huidige werk situatie.

2.2.4. Klinische variabelen

Fysiek functioneren werd gemeten door middel van de Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI). Deze vragenlijst bevat 20 verschillende items die acht secties met alledaagse activiteiten beslaan zoals aankleden en verzorging, opstaan, eten, lopen, hygiëne, reiken, grijpkracht en activiteiten. De totaalscore werd berekend door per sectie de hoogste score te nemen en vervolgens van deze acht hoogste scores het gemiddelde te berekenen. Dit kon vervolgens hergecodeerd worden naar een score tussen de 0-3, waarbij 0 stond voor weinig tot geen beperking in het fysieke functioneren en 3 voor grote beperking in het fysieke functioneren. Er werd tevens gecorrigeerd voor hulpmiddelen. De antwoordschaal loopt van ‘zonder enige moeite’, ‘met enige moeite’, ‘met veel moeite’, tot aan ‘onmogelijk uit te voeren’. De HAQ-DI bleek een valide en betrouwbaar instrument (Bruce & Fries, 2003). In deze studie was ook de interne consistentie voor deze acht subschalen samen goed ($\alpha = .89$).

Ziekte duur werd gemeten door de vraag: “Sinds wanneer heeft u last van uw reumatische aandoening?”. Respondenten konden hier een jaartal aangeven, bijvoorbeeld 2000.

Pijn werd gemeten door de vraag: “Hoeveel pijn had u als gevolg van uw aandoening in de afgelopen week?”. Respondenten konden een cijfer selecteren dat het best op hen van toepassing was. Het cijfer 0 stond hier voor helemaal geen pijn; 10 voor ondraaglijke pijn.

2.2.5. Psychologische variabelen

Depressie werd gemeten door de verkorte vorm van de Geriatric Depression Scale (GDS-15). Deze schaal bevat vijftien items met vragen als ‘Verveelt u zich vaak?’ en ‘Hebt u vaak een goed humeur?’, die beantwoord kunnen worden met ja of nee. De totaalscore op de GDS-15 wordt berekend door per item 1 punt op te tellen die duidend is voor een eventuele depressie, waarbij een totaalscore verkregen kan worden tussen de 0 en de 15. Een score op de GDS tussen de 0-4 geeft geen depressieve klachten aan. Een score van 5-8 suggereert een milde depressie, een score tussen de 8-11 suggereert een matige (subklinische) depressie en een score tussen de 12-15 op de GDS suggereert een ernstige (klinische) depressie (Greenberg, 2007). Validiteit en betrouwbaarheid voor het meten van deze schaal bij verschillende leeftijdscategorieën is aangetoond (Weintraub, Saboe & Stern, 2007). In deze studie wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de GDS-15. Deze is tevens valide en betrouwbaar gebleken (Kok, Heeren & Van Heemert, 1993; Van Marwijk, Wallace, De Bock, Hermans, Kaptein & Mulder, 1995). Het afkappunt voor een subklinische depressie op de Nederlandse versie van de GDS-15 is vastgesteld op een score van 8, gebaseerd op de Engelse versie van de GDS (Yesavage et al., 1983). De interne consistentie van de GDS-15 in deze studie bleek goed ($\alpha = .82$). Het meten van depressie bij reumapatiënten kan bemoeilijkt worden door criterion contamination (Pincus & Callahan, 1993). Dit gaat over de aanwezigheid van somatische items in de depressie schalen,

welke eigenlijk een fysieke consequentie van de ziekte zijn (Lowe et al., 2008). De GDS-15 is een schaal die speciaal ontwikkeld is voor de oudere populatie waar dit contaminatie probleem op kan treden. In deze studie wordt er vanuit gegaan dat dit probleem dan ook zo min mogelijk optreedt.

Positieve sociale steun werd gemeten door de verkorte versie van de Social Support List – Interactions (SSL 12-I). Deze schaal bestaat uit drie subschalen met elk vier items, zoals “Gebeurt het wel eens dat men u troost?”. De subschalen zijn onderverdeeld in dagelijkse steun, steun voor eigenwaarde (ook wel waarderingsteun) en steun in verband met de problemen (Van Eijk, Kempen & Van Sonderen, 1994). De schaal bevat vier antwoordcategorieën. Deze zijn: 1 = ‘zelden of nooit’, 2 = ‘soms’, 3 = ‘regelmatig’ en 4 = ‘vaak’. Door de gemiddelde score over de 12 items te berekenen wordt de totaalscore van deze schaal verkregen, lopend van 1 (weinig positieve steun) tot en met 4 (veel positieve steun). Interne consistentie van de volledige schaal met twaalf items bleek goed ($\alpha = .0.89$), evenals de drie afzonderlijke subschalen ($\alpha = .77, .83, .81$). Deze betrouwbaarheden komen overeen met gevonden literatuur (Van Eijk, Kempen & Van Sonderen, 1994).

Negatieve sociale steun werd gemeten door een Nederlands vertaling (Riemsma et al., 2000) van een schaal ontwikkeld door Revenson, Schiaffino, Majerovitz & Giebofsky (1991). Deze schaal bevat vier items met vier antwoordcategorieën. Het eerste item is: ‘Gebeurt het wel eens dat iemand geïrriteerd raakt wanneer u een advies van hem/haar niet opvolgt’. Het tweede item is: ‘Gebeurt het wel eens dat iemand u vertelt hoe u om moet gaan met problemen, op een manier die u niet bevalt’. Het derde item is: ‘Gebeurt het wel eens dat iemand u informatie of suggesties geeft waar u niets aan heeft’. Het vierde en laatste item is: ‘Gebeurt het wel eens dat iemand het moeilijk vindt te begrijpen hoe u zich voelt’. De totaalscore van deze schaal wordt berekend door het gemiddelde van de 4 items te nemen. Hierbij kan een score behaald worden tussen de 0 en 4. De antwoordcategorie loopt van 1 = ‘zelden of nooit’, 2 = ‘soms’, 3 = ‘regelmatig’, 4 = ‘vaak’. Interne consistentie van deze schaal bleek redelijk goed ($\alpha = 0.70$).

2.3 Procedure

In de periode van week 15 tot en met week 17 van 2008 is de data verzameld door zes onderzoekers van de Universiteit Twente. Er zijn, in de wachtkamer van de polikliniek Reumatologie van het Medisch Spectrum Twente te Enschede, via computers met touchscreens digitale vragenlijsten afgenomen via het Reumatologie Online Monitor Applicatie (ROMA) systeem. (Dit systeem slaat alle vragenlijsten digitaal op en hiermee kunnen de patiëntgegevens bijgehouden worden bij elk bezoek aan de polikliniek). Nadat de patiënten de wachtkamer van de polikliniek betraden werd hen gevraagd deel te nemen aan het onderzoek op de computers. Er waren formulieren met informatie over de studie aanwezig. Het invullen van de vragenlijsten duurde gemiddeld 18 minuten² en kon eventueel in samenwerking met een van de onderzoekers gedaan worden indien de patiënt daar behoefte aan had. Na afloop werden de respondenten bedankt voor hun deelname aan het onderzoek en konden eventuele vragen over het onderzoek beantwoord worden. Non-response documentatie werd gedurende het onderzoek door de onderzoekers bijgehouden.

² Er werden naast deze studie meerdere vragenlijsten afgenomen. De gemiddelde duur van de in deze studie gebruikte vragenlijsten was 9.12 minuten.

2.4 Data analyse

De data is geanalyseerd door middel van het statistische computerprogramma SPSS (14.0).

Het percentage van de reumapatiënten waarbij sprake is van een subklinische depressie werd geanalyseerd aan de hand van de beschrijvende statistieken van de respondenten en de score op de GDS-15. De vraag of er eventuele significante verschillen bestonden tussen de patiënten met verschillende reumatische aandoeningen werd beantwoord door middel van een chi-kwadraat toets, nadat de aandoeningen in vier groepen van reumatische aandoeningen verdeeld waren. Vervolgens werden de factoren geslacht, leeftijd en positieve sociale steun door middel van de chi-kwadraat toets geanalyseerd. Negatieve sociale steun en fysiek functioneren bleken niet normaal verdeeld, voor deze is dan ook gekozen voor toetsing met een niet-parametrische toets. Voor het voorspellen van de mate van depressie werd er een multiële hiërarchische regressie uitgevoerd. Als laatste werd er een logistische regressie op de data uitgevoerd, om te kijken welke demografische, klinische en psychologische factoren voorspellers waren van een subklinische depressie bij reumapatiënten.

3 Resultaten

3.1 Voorkomen van een subklinische depressie bij reumapatiënten

Bij 8.8 procent ($n=21$) van de reumapatiënten van het MST ($N=239$, 91.2%) was er sprake van een subklinische depressie (zie tabel 2).

Tabel 2. Depressiviteit bij reumapatiënten ($N= 239$)

	score	<i>n</i>	%	% cumulatief
Normaal	0-4	192	80.3%	100%
Mild	5-8	26	10.9 %	19.7%
Matig ¹	8-11	16	6.7%	8.8%
Ernstig	12-15	5	2.1%	2.1%

Noot: ¹ Een score van ≥ 8 = matige (subklinische) depressie

3.2 Verschillen in reumatische aandoeningen

Tabel 3 toont de verdeling van de verschillende reumatische aandoeningen bij de respondenten.

De aandoeningen zijn onderverdeeld in vier groepen. De eerste groep (ontstekingsreuma) omvat reumatoïde artritis, artritis psoriatica en het syndroom van Reiter. De groep overig bevat de ziekte van Bechterew, S.L.E., fibromyalgie, lage rugpijn, tendinitis, osteoporose, sclerodermie en andere reumatische aandoeningen. Artrose en jicht zijn apart als groep opgenomen. De respondenten die aangaven niet te weten welke aandoening zij hadden ($n=55$, waaronder 4 subklinisch depressieve patiënten), zijn buiten beschouwing gelaten in deze analyse.

Zoals al in de inleiding aangegeven werd, zijn reumatoïde artritis (een vorm van ontstekingsreuma) en artrose twee van de meest bekende en voorkomende vormen van reuma. Dit komt ook in deze studie naar voren; 51.6 procent van de respondenten heeft een vorm van ontstekingsreuma en 17.9 procent van de respondenten heeft artrose. Uit een chi-kwadraat toets bleek dat er geen significante samenhang tussen de patiënten met verschillende reumatische aandoeningen bestond wat betreft het voorkomen van een subklinische depressie ($\chi^2(3, N=184) = 5.56, p > 0.05$). Toch kwam naar voren dat een vrij hoog percentage (18.2 procent) van de artrosepatiënten, hoewel niet significant, voldeed aan de criteria voor een subklinische depressie.

Tabel 3. Verschillende vormen van reuma bij de respondenten (N=184)

	<i>n</i>	%	%(Sub)klinisch ¹	<i>n</i>	χ^2 (df=3)	<i>p</i>
1 Ontstekingsreuma	95	51.6%	9.5%	9	5.56	n.s.
2 Jicht	13	7.1%	0%	0		
3 Artrose	33	17.9%	18.2%	6		
4 Overig	43	23.4%	4.7%	2		

Noot: n.s. = niet significant, ¹ (n=17)

3.3 Subklinische depressie: demografische, klinische en psychologische factoren

Allereerst zal er ingegaan worden op de in de inleiding gestelde verwachtingen betreffende de factoren geslacht, leeftijd, fysiek functioneren en zowel positieve als negatieve sociale steun. Tabel 4 geeft een overzicht van deze factoren bij de respondenten met en zonder een subklinische depressie.

Tabel 4. Beschrijvende statistieken van de respondenten met (sub)klinische depressie (N= 239)

	<8		≥ 8 (sub)klinisch	
	<i>n</i>	% of gemiddelde (SD)	<i>n</i>	% of gemiddelde (SD)
Sexe				
- Man	82	91.1%	8	8.9%
- Vrouw	136	91.3%	13	8.7%
Leeftijd				
- Jong (< 65)	154	90.1%	17	9.9%
- Oud (>= 65)	64	94.1%	4	5.9%
Ziekte duur	218	9.82 (11.51)	21	9.43 (8.39)
Pijn	218	4.87 (2.73)	21	6.86 (1.74)
Fysiek functioneren ¹	195	.85 (.68)	15	1.54 (.62)
Sociale steun_positief ²	213	2.50 (.56)	18	2.67 (.52)
Sociale steun_negatief	213	1.68 (.47)	18	2.19 (.75)

Noot: ¹Fysiek functioneren (HAQ): N=210, ²Sociale steun positief en negatief: N=231

3.3.1 Geslacht

Bij 8.9 procent van de mannen uit de steekproef was er sprake van een subklinische depressie. Van de vrouwen voldeed 8.7 procent aan de criteria voor een subklinische depressie. De verwachting voor deze studie was dat vrouwen vaker dan mannen in de reumatische populatie voldeden aan de criteria voor een subklinische depressie. Toch kan deze verwachting hier niet bevestigd worden (χ^2 (1, N=239) = 0.002, p = 0.97).

3.3.2 Leeftijd

De verwachting dat jongere reumapatiënten psychologisch ongelukkiger zijn en hierdoor vaker te maken hebben met een subklinische depressie dan ouderen met een reumatische aandoening, werd getest door middel van een chi-kwadraat toets. Na het indelen van de respondenten in twee groepen op basis van de pensioenleeftijd (0 < 65 jaar; 1 >= 65 jaar) bleek dat 5.9 procent van de

ouderen voldeed aan de criteria voor een subklinische depressie, in vergelijking met 9.9 procent van de jongeren (zie tabel 4). Ondanks dat de percentages in de richting duiden dat jongeren vaker zouden voldoen aan de criteria voor een subklinische depressie, bleek dit niet significant ($\chi^2(1, N=239) = 1.000, p = 0.32$).

3.3.3 Fysiek functioneren

De verwachting voor deze studie was dat een laag niveau van fysiek functioneren geassocieerd zou zijn met een subklinische depressie. Wat het fysieke functioneren van de respondenten betrof, bleek dat er bij 7.1 procent van de respondenten die de HAQ invulden sprake was van een subklinische depressie. De gemiddelde score op de HAQ (lopend van 0-3) bij het gedeelte patiënten dat voldeed aan de criteria voor een subklinische depressie was 1.54, in vergelijking met een gemiddelde score van .85 bij de niet subklinische depressieve patiënten (zie tabel 4). De verwachting dat een laag niveau van het fysieke functioneren geassocieerd zou zijn met een subklinische depressie bleek statistisch zeer significant (Mann-Whitney $U=644, p=0.000$). Hieruit blijkt een samenhang tussen het niveau van fysiek functioneren en een subklinische depressie.

3.3.4 Sociale steun

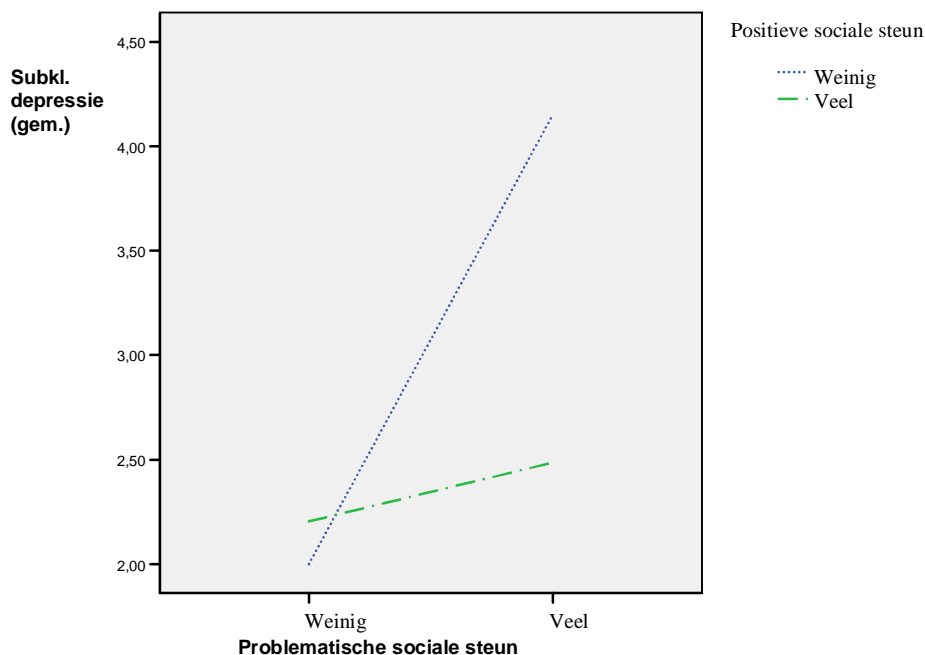
In deze studie werd niet aangetoond dat positieve sociale steun geassocieerd zou zijn met subklinische depressie ($\chi^2(31, N=231) = 43.57, p > 0.05$). Voor de analyse van verwachting over negatieve sociale steun werd een niet-parametrische toets gebruikt omdat de scores op deze schaal niet normaal verdeeld waren. De verwachting dat negatieve, problematische steun geassocieerd zou zijn met een subklinische depressie bij reumapatiënten bleek wel significant (Mann-Whitney $U=1097, p < 0.01$).

Tabel 5. Voorspellers in de mate van depressiviteit ($N=239$)

Voorspellers	Model			R	R ²	ΔR^2	F	ΔF
	1	2	3					
<i>Demografisch</i>								
Leeftijd	-.024	-.118	-.066	.20	.04	.04	2.21	2.21
Geslacht	.147*	-.029	.036					
Opleiding	-.100	-.050	.006					
Burgerlijke staat	-.073	-.032	-.029					
<i>Klinisch</i>								
Ziekte duur	-	.000	.001	.52	.27	.23	10.68***	21.10***
Pijn	-	.205**	.213**					
Fysiek functioneren-		.401***	.334***					
<i>Psychologisch</i>								
Sociale steun_pos			-.243***	.63	.39	.10	12.80***	13.21***
Sociale steun_neg			.216***					
Interactie pos x neg			-.144*					

Noot: * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** $p < .001$, n.s. = niet significant. Leeftijd, geslacht en burgerlijke staat zijn dummy variabelen (0,1). De psychologische voorspellers zijn gebaseerd op gecentreerde scores.

Om de afzonderlijke voorspellende waarde van de factoren op de mate van depressiviteit te analyseren is er een multiële hiërarchische regressie uitgevoerd (zie tabel 5). Model 1 bestaat uit de demografische variabelen van de respondenten groep. Dit zijn leeftijd, geslacht, opleiding en burgerlijke staat. Model 1 verklaarde 4 procent van de variantie ($R^2 = .04$) en bleek niet significant ($F_{(2, 204)} = 2.21$, n.s.). In Model 2 werden de klinische factoren ziekte duur, pijn en fysiek functioneren als extra voorspellers van de mate van depressiviteit toegevoegd. Deze toevoeging zorgde voor een toename van 23 procent in de verklaarde variantie ($R^2 = .27$), wat een verbetering was op Model 1. De toevoegingen van deze klinische factoren aan het model waren significant ($F_{(7, 201)} = 10.68$, $p < .001$). Pijn bleek in Model 2 een significante voorspeller van de mate van depressiviteit ($\beta = .205$, $p < .01$). Daarnaast was de toevoeging van fysiek functioneren als voorspeller zelfs zeer significant ($\beta = 0.40$, $p < 0.001$). In het derde model werden de variabelen positieve sociale steun en negatieve sociale steun toegevoegd en de interactie tussen beide. Deze laatste toevoeging verhoogde de verklaarde variantie van het model met 10 procent. Model C verklaarde uiteindelijk 39 procent van de variantie in de mate van depressiviteit. De toevoeging van zowel positieve sociale steun en negatieve sociale steun was significant ($F_{(10, 198)} = 12.80$, $p < .001$). In het uiteindelijke model bleken positieve sociale steun ($\beta = -.243$, $p < .001$) en negatieve sociale steun ($\beta = .216$, $p < .001$), zowel als pijn en fysiek functioneren significante voorspellers te zijn van de mate van depressiviteit.



Figuur 1. Interactie tussen positieve en problematische sociale steun

De laatste voorspeller van de mate van depressiviteit was de interactie tussen positieve en problematische sociale steun. De verwachting hiervan was dat de negatieve invloed van de problematische steun verminderd zou kunnen worden door positieve sociale steun. Om deze interactie te analyseren is er gebruik gemaakt van de gecentreerde scores op positieve en negatieve sociale steun. Deze werden verkregen door de ruwe scores van de gemiddelde score af te trekken (Riemsma et al., 2000) De interactie tussen de gecentreerde scores van positieve en negatieve sociale steun is in de multiële hiërarchische regressie opgenomen (zie tabel 5). De

interactie bleek een significante voorspeller te zijn voor de mate van depressiviteit ($\beta = -.144$, $p < .05$). Om te kijken of de interactie tussen beiden het veronderstelde buffer effect beoogde, is er gebruik gemaakt van een mediaan split: weinig of veel positieve sociale steun ($M= 2.67$) en weinig of veel negatieve sociale steun ($M=1.75$). In figuur 1 is te zien dat er inderdaad sprake is van een buffer effect; veel positieve sociale steun drukt de gemiddelde score op de hoogte van de subklinische depressie wanneer er ook sprake is van veel negatieve sociale steun. Tevens valt te zien dat wanneer er weinig positieve sociale steun is, de gemiddelde score op depressiviteit bij veel negatieve sociale steun hoger uitvalt.

Tabel 6. Voorspellers van een subklinische depressie bij reumapatiënten

	<i>Model A</i>	<i>Model B</i>	<i>Model C</i>			
	<i>B (s.e.)</i>	<i>B (s.e.)</i>	<i>B (s.e.)</i>	<i>Exp.(B)</i>	<i>Wald</i>	χ^2
Constante	-2.37 (1.44)	-3.96 (2.06)	-5.06 (2.38)			
Leeftijd	-7.67 (0.80)	-1.86 (1.00)	-1.22 (1.09)	.30	1.23	5.94
Geslacht	.36 (.62)	-.56 (.72)	-.10 (.79)	.91	0.02	
Opleiding	-.01 (.17)	-.01 (.20)	.01 (.20)	1.05	0.00	
Burgerlijke staat	-1.15 (.57)*	-.957 (.62)	-.78 (.67)	.46	1.37	
Ziekte duur	-	-.04 (.04)	-.04 (.04)	.96	0.97	26.15***
Pijn	-	.29 (.16)	.34 (.18)	1.40	3.63	
Fysiek functioneren-		1.51 (.55)**	1.37 (.60)*	3.80	5.00	
Sociale steun_positief -	-	-	-1.00 (.77)	.37	1.71	35.46***
Sociale steun_negatief -	-	-	1.32 (.68)	3.76	3.82	
Interactie pos x neg			-.13 (1.10)	.88	0.01	

*Noot: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001. Leeftijd, geslacht en burgerlijke staat zijn dummy variabelen (0,1). De kolom Exp. (B) beslaat de gegevens uit model C. De psychologische voorspellers zijn gebaseerd op gecentreerde scores.*

Aangezien er met een afkappunt gewerkt werd bij de GDS-15 is er gekozen om tevens een logistische regressie analyse uit te voeren met een afkappunt van acht als dichotome afhankelijke variabele. Tabel 6 laat deze logistische regressie van de verschillende demografische, klinische en psychologische factoren uit de studie zien. Model A in deze tabel bestond uit de variabelen leeftijd, geslacht, opleiding en burgerlijke staat. In model B werden de variabelen ziekte duur, pijn en fysiek functioneren toegevoegd aan model A. Opvallend was de significante toevoeging van fysiek functioneren ($B = 1.51$, $p < .01$). Als laatste werden de variabelen positieve en negatieve sociale steun toegevoegd en hun interactie, wat resulteerde in model C. Opnieuw bleek de toevoeging van fysiek functioneren significant ($B = 1.37$, $p < .05$). Net als in de multiële hiërarchische regressie is er gebruik gemaakt van de gecentreerde scores op positieve en negatieve sociale steun om de interactie tussen beide te berekenen. Opvallend is echter dat, in tegenstelling tot de hiërarchische regressie, de interactie in deze logistische regressie helemaal niet significant is ($p = 0.91$). Er is dus geen sprake van een sociaal buffer effect binnen deze regressie. Wel kan er gezegd worden dat negatieve sociale steun een bijna significante toevoeging aan het model was ($B = 1.32$, $p = 0.051$). Door middel van de chi-kwadraat toets werd bekeken of het laatste model met alle negen factoren en de interactie tussen positieve en negatieve sociale steun (model C), goed bij de data paste. Aangezien deze toets zeer significant bleek te zijn ($\chi^2 (10, N=239) = 35.46$, $p < 0.001$) kon dit inderdaad gesteld worden. Ondanks dat dit een cross-sectionele studie is en er geen sprake is van enig causaal verband, kan toch gezegd

worden dat in deze studie fysiek functioneren een significante voorspeller is van een subklinische depressie.

4. Discussie

In deze studie werd onderzoek gedaan naar het voorkomen van subklinische depressie bij reumapatiënten. Een opvallend resultaat uit de studie is het antwoord op de eerste onderzoeksvraag; namelijk het percentage respondenten dat aan de criteria voor een subklinische depressie voldeed (8.8 procent). Wanneer dit percentage vergeleken wordt met de gegevens van het Trimbos (2007) blijkt dat het iets lager ligt dan het landelijke subklinische depressie percentage. Volgens het RIVM (2005) komt depressie vooral voor in grote steden zoals Amsterdam. Het laagste percentages inwoners met psychische klachten woont in de regio's Noordwest-Veluwe, Friesland en Amstelland- de Meerlanden wonen. Zuid-Holland West en Twente hebben tevens significant lagere cijfers dan het landelijke gemiddelde op psychische klachten. In Twente ervaart (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) 9.4 procent van de bevolking ouder dan 12 jaar psychische klachten, in vergelijking met 15.9 procent in Amsterdam (RIVM, 2005). Deze grote verschillen zouden een verklaring kunnen vormen voor het lage percentage respondenten uit deze studie met een subklinische depressie.

Het percentage respondenten dat aan een klinische depressie voldeed (2.1%) bleek tevens erg laag. Zeker wanneer dit vergeleken wordt met de beschrijving dat vele onderzoeken de prevalentie van een klinische depressie bij RA patiënten schatten tussen de 14 en 46 procent (Abdel-Nasser, El-Azim, Taal, El-Badawy, Rasker & Valkenburg, 1998). Het verschil tussen deze percentages zou verklaard kunnen worden doordat bovengenoemde studie in Egypte is uitgevoerd en er daardoor verschillen bestaan tussen methode, interpretaties van omschreven klachten en cultuurverschillen (RIVM, 2008). Dit is echter weer in tegenspraak met de gegevens dat Nederland hoog op de lijst staat van personen met een stemmingsstoornis (RIVM, 2008).

De tweede onderzoeksvraag kon kort en eenduidig beantwoord worden; er bleek geen significante samenhang tussen de patiënten met verschillende reumatische aandoeningen te bestaan wat betreft het voorkomen van een subklinische depressie. Een verklaring voor deze uitkomst zou het kleine aantal reumapatiënten per reumatische aandoening kunnen zijn. Het aantal studies dat RA met andere aandoeningen vergelijkt is zeer beperkt, waardoor vergelijking van de resultaten nog op zich laat wachten. Toch bleek uit deze studie dat van de artrosepatiënten, hoewel niet significant, een groot percentage voldeed aan de criteria voor een subklinische depressie. Dit kan komen doordat het grootste gedeelte van de artrose patiënten onder behandeling staat bij een huisarts. Alleen de patiënten die daar niet behandeld kunnen worden door de ernst van de ziekte komen op de polikliniek Reumatologie van het MST terecht. Deze gegevens komen echter niet overeen met de gevonden literatuur. De studie van Dickens, McGowan, Clark-Carter & Creed (2002) wees namelijk uit dat RA patiënten significant minder depressief zijn dan patiënten met fibromyalgie, maar wel significant depressiever zijn dan patiënten met osteoartritis. De studie van Hill et al. (2006) rapporteerde tevens dat een groter deel van de mensen met artritis een gemiddeld tot hoger risico op psychologische distress bleken te hebben, dan de groep zonder artritis. Dat deze twee studies andere uitkomsten hebben kan resulteren uit het feit dat het een Engels en Australisch onderzoek waren en andere meetmethoden hanteerden. Wel overeenkomstig met de literatuur bleek in deze studie dat het grootste gedeelte van de respondenten een vorm van ontstekingsreuma of artrose had (RIVM, 2007).

Naast het percentage subklinische patiënten en de verschillende reumatische aandoeningen werden er ook een aantal factoren bekeken met betrekking tot een subklinische depressie. Dit waren respectievelijk geslacht, leeftijd, fysiek functioneren, positieve en negatieve sociale steun. Via een multiële hiërarchische regressie analyse werd gekeken naar de voorspellers in de mate van depressiviteit. Pijn, fysiek functioneren, negatieve en positieve sociale steun bleken hiervoor significante voorspellers. Het uiteindelijke model met de negen voorspellers en een significante interactie tussen positieve en negatieve sociale steun verklaarde 39 procent van de variantie in de mate van depressiviteit. Dat er sprake was van een buffer effect van sociale steun waarin de negatieve invloed van de problematische steun verminderd zou kunnen worden door positieve sociale steun, kwam ook uit verschillende andere onderzoeken op dit gebied naar voren (Riemsma et al., 2000; Revenson, Schiaffino, Majerovitz & Giebofsky (1991).

Om antwoord te geven op de derde onderzoeksvraag welke demografische, klinische en psychologische factoren geassocieerd zijn met een subklinische depressie, werd een logistische regressie uitgevoerd. Hieruit bleek dat fysiek functioneren een significante voorspeller was van een subklinische depressie. Uit de literatuur bleek ook dat klinisch depressieve RA patiënten een hogere significant hogere score hadden op fysiek functioneren (Abdel-Nasser et al., 1998). Uit een ander onderzoek bleek echter ook dat negatieve sociale steun een relatie had met depressie (Riemsma et al., 2000). In de logistische regressie binnen deze studie was negatieve sociale steun ook bijna een significante voorspeller. Opvallend aan deze logistische regressie was wel dat de interactie tussen positieve en negatieve sociale steun niet significant was, in tegenstelling tot de significante interactie in de multiële hiërarchische regressie analyse. Omdat bij de hiërarchische regressie gekeken werd naar de mate van depressiviteit, werden ook verschillende niveaus van depressiviteit in de analyse meegenomen. Bij de logistische regressie werd echter onderscheid gemaakt tussen ernstige en minder ernstige depressiviteit, door het gebruik van het afkappunt. Omdat er geen sprake was van een buffer effect zou gezegd kunnen worden dat bij ernstig depressieve mensen positieve sociale steun dus niet als buffer werkt tegen de negatieve, problematische steun. Een tweede verklaring voor het verschil in significantie van de interacties zou kunnen komen door het lage aantal reumapatiënten dat voldeed aan de criteria voor een subklinische depressie.

Deze studie bevatte valide meetinstrumenten. De schalen waren vooraf aan het onderzoek zorgvuldig uitgekozen. Dit zorgde voor een goede betrouwbaarheid van de afzonderlijke meetinstrumenten waarmee gewerkt is en tevens verhoogde dit de betrouwbaarheid van het gehele onderzoek. De bruikbaarheid van de GDS-15 Nederlandse versie bleek goed om een subklinische depressie te meten. Daarmee is deze studie een van de eersten op dit gebied.

Deze studie is tevens een toevoeging aan de schaarse literatuur over de samenhang tussen depressie en verschillende reumatische aandoeningen. Het gebruik van touchscreens was handig en praktisch bij de afname van de vragenlijsten. Hierdoor konden zelfs de oudere patiënten zonder computerervaring of patiënten met zere handen deelnemen aan het onderzoek. De afname van de vragenlijsten in de wachtkamer van de polikliniek in het ziekenhuis resulteerde in een gevarieerde steekproef van verschillende reumapatiënten.

Toch moet er bij de interpretatie van de resultaten voorzichtig worden omgegaan met een aantal mogelijke vormen van bias. De betrouwbaarheid van het onderzoek kan bijvoorbeeld aangetast zijn doordat de vragenlijsten berustten op zelfreport (Kaplan & Saccuzzo, 2005) Bij vragenlijsten die door middel van zelfreport ingevuld worden, wat veelvuldig voorkomt in psychologisch wetenschappelijk onderzoek, is het mogelijk dat er bias ontstaat in de testresultaten. Dit kan voorkomen door sociaal wenselijk antwoorden van de respondenten (Hoogstraten, 2004). In deze studie zou dat kunnen komen door de opstelling van de computers

met de touchscreens. Twee hiervan boden minder privacy, omdat andere patiënten erlangs liepen op weg naar de consulten.

Een tweede vorm van bias in dit onderzoek kan zijn ontstaan zijn door een belemmering van de procedure. In deze studie kwam het namelijk soms voor dat een patiënt al begonnen was met het invullen van de vragenlijsten en tussendoor weggeroepen werd voor het consult met de arts of zuster. Vaak werd het invullen hervat na het consult. Hiermee bestaat echter de kans dat de patiënt tijdens het consult nieuwe informatie gekregen heeft gekregen over de reumatische aandoeningen, waarmee bepaalde items uit de lijsten na het consult anders ingevuld zouden worden. Een voorbeeld hiervan is het invullen van de GDS-15 na een consult met een slecht nieuws gesprek.

Er bleek een groot aantal ($n=29$) drop-outs van respondenten uit de steekproef. Daarmee is 'mortality' een derde vorm van bias in deze studie (Campbell & Stanley, 1966). Het invullen van alle vragenlijsten nam gemiddeld 18 minuten in beslag. Door tijdgebrek of afnemende zin aan deelname kwam het voor dat niet alle vragenlijsten ingevuld werden. Een voorbeeld hiervan is het lage aantal respondenten dat de HAQ ingevuld heeft ($N=210$), doordat deze lijst als laatste kwam. Hierdoor kan het zijn dat er interessante gegevens verloren zijn gegaan bij de respondenten die niet meer aan het invullen van deze lijsten toekwamen. Een voorbeeld is dat juist respondenten die waarschijnlijk hoog zouden scoren op de HAQ-DI niet gemeten zijn, aangezien zij stopten met het invullen door bijvoorbeeld teveel pijn in de handen. Dit zou opgelost kunnen worden door minder (lange) vragenlijsten of aan de patiënten te vragen altijd een kwartier eerder dan de eigenlijke afspraak naar de polikliniek te komen.

4.1 Conclusies en aanbevelingen

Fysiek functioneren blijkt een van de voorspellers van een subklinische depressie. Reumapatiënten kunnen naast medicatie en training weinig aan deze functionele beperkingen doen. Het is dan ook taak voor de arts om reumapatiënten met vele fysiek functionele beperkingen te monitoren aangezien de kans groter dan gemiddeld is bij deze reumapatiënten dat ze een subklinische depressie ontwikkelen. Het ROMA systeem, waarin patiëntgegevens opgeslagen worden bij ieder bezoek aan de polikliniek, speelt een belangrijke rol in dit monitoren. Daarnaast komt uit deze studie naar voren dat negatieve sociale steun een significante voorspeller van een subklinische depressie is. Er is tevens sprake van een buffer effect van sociale steun wanneer gekeken wordt naar de mate van depressiviteit: positieve sociale steun kan dan de invloed negatieve invloed van problematische sociale steun verkleinen. Het is dan ook van belang dat reumapatiënten positieve sociale steun ervaren omdat hiermee de negatieve invloed van problematische sociale steun wordt verkleind en daarmee de kans op een subklinische depressie ook. Opnieuw is hier een rol voor het ROMA systeem en de artsen weggelegd; wanneer blijkt uit de patiëntgegevens dat een reumapatiënt veel problematische sociale steun ervaart kan de arts dit aanstippen tijdens een consult en eventueel een oplossing geven in de vorm van het aanbieden van maatschappelijke hulpverlening. Hierdoor zou het negatieve effect van problematische steun verkleind kunnen worden door positieve sociale steun in de vorm van maatschappelijk werk en de kans verkleind worden op een subklinische depressie.

Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de verschillen in voorkomen van depressiviteit binnen Nederland. In deze studie bleek het percentage subklinische reumapatiënten relatief laag. Interessant zou zijn te kijken of dezelfde onderzoeksresultaten naar voren komen wanneer deze studie gehouden wordt in een grote stad als Amsterdam.

5 Dankwoord

Bij deze richt ik een woord van dank aan degenen die mij geholpen hebben met de totstandkoming van de bachelorthese. Allereerst wil ik mijn begeleiders Dr. E. Taal en Dr. C. Bode bedanken voor hun begeleiding en kritische blik, en de heer A. Brands voor zijn hulp met het invoeren van alle vragenlijsten. Daarnaast wil ik ook graag een woord van dank richten aan Dr. Vonkeman en Prof. Dr. van der Laar en alle respondenten van de afdeling polikliniek Reumatologie & Klinische Immunologie van het Medisch Spectrum Twente.

6 Referenties

- Abdel-Nasser, A.M., Abd El-Azim, S., Taal, E., El-Badawy, A., Rasker, J.J., & Valkenburg, H.A. (1998). Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology*, 37, 391-397.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington DC: American Psychological Association.
- Barlow, J.H., Cullen, L.A., & Rowe, I.F. (1999). Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (<1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (> 10 years duration). *Patient education and counseling*, 38, 195-203.
- Bruce, B. & Fries, J. (2003). The Stanford health assessment questionnaire (HAQ): a review of its history, issues, progress, and documentation. *Journal of Rheumatology*, 30(1), 167-178.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. U.S.A.: Houghton Milton Company.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 469-476.
- De Ruiter, C. & Hildebrand, M. (2006). *Handboek psychodiagnostiek*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Dickens, C. & Creed, F. (2001). The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 40, 1327-1330.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D. & Creed (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic magazine*, 64, 52-60.
- Doeglas, D.M., Suurmeijer, P.B.M., Van Den Heuvel, W.J.A., Krol, B., Van Rijswijk, M.H., Van Leeuwen, M.A., & Sanderman, R. (2004). Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Quality of Life Research*, 13, 1053-1065.
- Greenberg, S.A. (2007). How to try this: The Geriatric Depression Scale: Short Form. *American Journal of Nursing*, 107(10), 60-69.
- Hill, C.L., Gill, T., Taylor, A.W., Daly, A., Dal Grande, E., & Adams, R.J. (2006). Psychological factors and quality of life in arthritis: a population based study. *Clinical Rheumatology*, 26, 1049-1054.
- Hommel, K.A., Wagner, J.L., Chaney, J.M., & Mullins, L.L. (1998). Gender-specific effects of depression on functional disability in rheumatoid arthritis: a prospective study. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 4(3), 183-191.
- Huizinga, E. (2004). *SPSS 12.0 voor Windows en Data Entry*. Den Haag: Academic Service.

- Isik, A., Koca, S.S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 26, 872-878.
- Kaplan, R.M. & Saccuzzo, D.P. (2005). *Psychological testing*. U.S.A.: Thomson Wadsworth.
- Katz, P.P. & Yelin, E.H. (1994). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis: the role of function. *Arthritis Care and Research*, 38, 939-949.
- Kok, R.M., Heeren, Th.J., & Van Heemert, A.M. (1993). The Geriatric Depression Scale. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 35(6), 416-421.
- Kozora, E., Ellison, M.C., Waxmonsky, J.A., Wamboldt, F.S., & Patterson, T.L. (2005). Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14, 363-372.
- Lowe, R., Cockshott, Z., Greenwood, R., Kirwan, J.R., Almeida, C., Richards, P., & Hewlett, S. (2008). Self-efficacy as an appraisal that moderates the coping-emotion relationship: Associations among people with rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, 23(2), 155-174.
- McCracken, L. M., & Semenchuk, E. M. (2001). Cross-sectional and longitudinal analyses of coping responses and health status in persons with systemic lupus erythematosus, *Behavioral Medicine*, 20(4), 179-187.
- Morrison, V. & Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Nicassio, P.M (2007). Understanding the role and significance of gender differences in pain and depression in Chinese elders with osteoarthritis. *Pain*, 6-7.
- Pincus, T., & Callahan, L.F. (1993). Depression scales in rheumatoid arthritis: criterion contamination in interpretation of patient responses. *Patient education and counseling*, 20, 133-143.
- Reumafonds. (z.d.). Verkregen op 11 december, 2007, van https://www.reumafonds.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=209&Itemid=43
- Reumafonds. (z.d.). Verkregen op 14 januari, 2008, van https://www.reumafonds.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=47&Itemid=95
- Reumafonds. (z.d.) Verkregen op 23 januari, 2008, van https://www.reumafonds.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=100
- Reumafonds Jaarverslag. (2006). Verkregen op 26 februari, 2008, van http://jaarverslag.reumafonds.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=522&Itemid=906
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, S.D., & Giebofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social science medicine*, 33(7), 807-813.
- Riemsma, R.P., Rasker, J.J., Taal, E., Griep, E.N., Wouters, J.M.G.W., & Wiegman, O. (1998). Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. *British Journal of Rheumatology*, 37, 1042-1046.
- Riemsma, R.P., Taal, E., Wiegman, O., Rasker, J.J., Bruyn, G.A., & Van Paassen, H.C. (2000). Problematic and positive support in relation to depression in people with rheumatoid arthritis. *Journal of health psychology*, 5, 221-230.
- RIVM. (2005). Verkregen op 17 juni, 2008, van http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o1459n21463.html
- RIVM. (2007). Verkregen op 20 december, 2007, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1715n18370.html
- RIVM. (2007). Verkregen op 6 februari, 2008, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1275n17537.html

- RIVM. (2007). Verkregen op 6 februari, 2008, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1778n18371.html
- RIVM. (2008). Verkregen op 3 juni, 2008, van http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1278n17537.html
- Sheehy, C., Murphy, E., & Barry, M. (2006). Depression in rheumatoid arthritis- underscoring the problem. *Rheumatology*, *45*, 1325-1327.
- Taal, E., Rasker, J.J., Seydel, E.R., & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient education and counseling*, *20*, 63-76.
- Teleac. (2004). Verkregen op 13 december, 2007, van <http://www.teleac.nl/pagina.jsp?n=239847>.
- Trimbos. (2007). Verkregen op 28 januari, 2008, van <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/AF0392%20-%20LSP%20Factsheet%20Preventie%20van%20Depressie.pdf>
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2004). *Handboek psychopathologie*. Houten: Bon Stafleu Van Loghum.
- Van Eijk, L.M., Kempen, G.I.J.M., & Van Sonderen, F.L.P. (1994). A short scale for measuring social support in the elderly: The SSL12-I. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *25*(5), 192-196.
- Van Marwijk, H.W.J., Wallace, P., de Bock, G.H., Hermans, J., Kaptein, A.A., & Mulder, J.D. (1995). Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of General Practice*, *45*, 195-199.
- Van Wengel, W. (2001). *Snelle aanpak reuma werkt*. Verkregen op 24 februari, 2008, van <http://www.refdag.nl/oud/gezo/010130gezo01.html>
- Verdurmen, J., Ten Have, M., Van Dorselaer, S., Van 't Land, H., Vollebergh, W., & De Graaf, R. (2006). *Psychische stoornissen bij mensen met een lichamelijke aandoening*. Verkregen op 11 maart, 2008, via Trimbos Instituut: www.trimbos.nl/Downloads/Producten/AF0679%20Psychische%20stoornissen%20bij.pdf
- Weintraub, D., Saboe, K., & Stern, M.B. (2007). Effect of age on Geriatric Depression Scale Performance in Parkinson's disease. *Movement disorders*, *22*(9), 1331-1335.
- Wright, G.E., Parker, J.C., Smarr, K.L., Johnson, J.C., Hewett, J.E., & Walker, S.E. (1998). Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, *41*(2), 298-305.
- Wright, G.E., Parker, J.C., Smarr, K.L., Schoenfeld-Smith, K., Buckelew, S.P., Slaughter, J.R., Johnson, J.C., & Hewett, J.E. (1996). Risk factors for depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research and Care*, *9*.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B., & Von Leirer, O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*, 37-49.