

SAMENVATTING

In de huisartsenpraktijk komen veel patiënten met depressieve klachten of een depressie. Gedurende zijn of haar leven maakt bijna twintig procent van de Nederlandse bevolking een depressieve episode door. Het doormaken van een depressieve episode heeft een grote impact op de kwaliteit van leven en leidt tot hoge maatschappelijke kosten door verhoogd zorggebruik en productiviteitsverlies. Wereldwijd is het één van de aandoeningen met de hoogste ziektelast. Een groot deel van deze ziektelast wordt veroorzaakt door het terugkerende karakter van depressie: in de huisartsenpraktijk ontwikkelt 27% van de herstelde patiënten binnen twee jaar opnieuw een depressie. Elke depressieve episode verhoogt de kans op een nieuwe episode met 18%.

Ongeveer de helft van de ziektelast van depressie kan afgewend worden door het voorkómen van terugval van depressie. Daarbij is kennis over factoren die van invloed zijn op het ontstaan van depressie episodes belangrijk voor het gericht kunnen toepassen van effectieve (preventieve) zorg, aangepast op de behoefte van de patiënt. Er zijn al enkele belangrijke factoren bekend, zoals subklinische depressieve klachten en het aantal eerdere depressieve episodes, maar er is meer onderzoek nodig om dit volledig in beeld te brengen. Met name cross-sectionele onderzoeken suggereren bijvoorbeeld dat het ervaren van financiële moeilijkheden en somatisatie (het ervaren van en medische hulp zoeken voor lichamelijk onverklaarde klachten en deze klachten toeschrijven aan een medische oorzaak) gerelateerd zijn aan mentale gezondheidsproblemen maar de precieze relatie met het ontstaan en het beloop van depressie is nog niet volledig bekend.

Vaak worden antidepressiva voorgeschreven om terugval te voorkomen. Veel mensen zijn echter niet bereid om langdurig antidepressiva te slikken. Psychologische behandelingen zoals Preventieve Cognitieve Therapie (PCT) zijn ook geschikt om terugval naar depressie te voorkomen. Psychologische behandelingen vinden echter vaak plaats in de tweedelijnszorg, waar tijd kostbaar is. Een minimaal begeleide psychologische interventie zou een goede uitkomst zijn om terugval naar depressie te voorkomen. De effectiviteit van een begeleide zelfhulpinterventie voor recidiverende depressie in de eerstelijnszorg is nog niet onderzocht. Ook is nog niet bekend voor wie een dergelijke interventie in het bijzonder (kosten)effectief is in het voorkomen van terugval naar depressie.

Dit proefschrift beoogde de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

- Zijn somatisatie en het ervaren van financiële moeilijkheden geassocieerd met het ontstaan, de aanwezigheid en terugval van depressieve en angststoornissen (deel I)?
- Wat is er bekend over de meeteigenschappen van vragenlijsten die somatisatie meten in de eerstelijns (deel II)?
- Is een begeleide zelfhulpinterventie (S-PCT) in de eerste lijn effectief, vergeleken met gebruikelijke zorg, in het voorkomen van terugval naar depressie bij mensen met recidiverende depressies (deel III)?
- Voor welke subgroepen is een begeleide zelfhulpinterventie (S-PCT) gericht op het voorkomen van terugval naar depressie met name (kosten)effectief (deel III)?

DEEL I Ontstaan en terugval van depressie: welke factoren zijn van invloed?

Voor de studies in het eerste deel van deze thesis hebben we gebruik gemaakt van longitudinale data van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). NESDA is een cohortstudie waarin bijna 3000 deelnemers zijn geïncludeerd uit de algemene bevolking, huisartspraktijken en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en voor lange tijd worden gevolgd. Aan NESDA nemen mensen deel die nog nooit een depressie hebben gehad ('controls') maar ook mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie en mensen die bij de start van het onderzoek depressief waren.

In [hoofdstuk 2](#) vonden we dat het ervaren van financiële moeilijkheden geassocieerd was met het hebben van een depressieve of angststoornis, ongeacht het inkomensniveau. We zagen echter geen verband tussen het ervaren van financiële moeilijkheden en het *ontstaan* van een eerste of terugkerende depressieve of angststoornis gedurende de follow-up periode van vier jaar.

[Hoofdstuk 3](#) liet een associatie zien tussen somatisatie en het ontstaan van depressieve en angststoornissen bij mensen zonder een depressieve of angststoornis in het verleden: een hogere somatisatie-score bij de start van het onderzoek verhoogde het risico op het ontwikkelen van een depressieve of angststoornis gedurende de follow-up periode van vier jaar. Wanneer subklinische depressieve en angstsymptomen in beschouwing werden genomen, nam deze associatie af maar deze bleef statistisch significant. Daarnaast lieten we in [hoofdstuk 4](#) zien, aan de hand van longitudinale regressie-technieken, dat somatisatie tevens het risico op een terugval naar een depressieve of angstepisode verhoogde gedurende een periode van vier jaar, onafhankelijk van het effect van

nog bestaande depressieve en angstsymptomen. Wanneer depressieve en angstsymptomen gemeten werden met een vragenlijst die alleen de stemmings- en cognitieve aspecten van depressieve en angststoornissen meet, veranderden de resultaten niet substantieel.

Uit de studies van deel I kunnen we concluderen dat mensen die financiële moeilijkheden ervaren een grotere kans hebben op de aanwezigheid van een depressieve of angststoornis en dat mensen met een verhoogde mate van somatisatie een hoger risico hebben op het ontstaan en terugval van een depressieve of angststoornis. In de huisartsenzorg dient men alert te zijn op de aanwezigheid van depressieve en angstklachten bij mensen met een verhoogde mate van financiële moeilijkheden en somatisatie. Daarnaast suggereren deze bevindingen dat somatisatie, depressie en angst verschillende maar samenhangende concepten zijn, waarbij depressieve en angststoornissen vaak een reactie op somatisatie zijn.

DEEL II Meten van somatisatie

In de studies in deel I maakten we gebruik van de somatisatie schaal van de Vier-Dimensionale KlachtenLijst (afgekort 4DKL) om somatisatie te meten. In de 4DKL wordt somatisatie gemeten als een hoge frequentie en ernst van lichamelijke klachten. In [hoofdstuk 5](#) zijn vervolgens de meeteigenschappen geëvalueerd van alle vragenlijsten waarmee somatisatie is gemeten bij eerstelijns patiënten, waaronder de 4DKL. De review omvat 24 artikelen over 9 vragenlijsten. De 'Patient Health Questionnaire-15' (PHQ-15) en de 4DKL somatisatieschaal zijn het meest uitgebreid onderzocht. Het onderzoek liet goede interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid, structurele validiteit, constructvaliditeit (PHQ-15), en cross-culturele validiteit (4DKL) zien voor de PHQ-15 en 4DKL. De 'Bodily Distress Syndrome (BDS) checklist' vertoonde goede interne consistentie en structurele validiteit. We vonden enig bewijs voor goede constructvaliditeit en criteriumvaliditeit van de 'Physical Symptom Checklist' (PSC-51) en goede structurele validiteit van de 'Symptom Check-List' (SCL-90-R). Deze laatste drie vragenlijsten zijn echter slechts onderzocht in een beperkt aantal eerstelijns studies. Op dit moment raden we daarom de PHQ-15 en 4DKL somatisatieschaal aan om somatisatie te meten bij eerstelijns patiënten.

DEEL III Preventie van recidiverende depressie

In het derde deel van dit proefschrift staat een begeleide zelfhulpinterventie, gericht op het voorkomen van terugval naar depressie, centraal. We hebben een RCT uitgevoerd onder 248 deelnemers met recidiverende depressies die

bij de start van het onderzoek hersteld waren. Door middel van loting werd bepaald of deelnemers de zelfhulpinterventie (genaamd S-PCT) of alleen de gebruikelijke zorg van de huisarts kregen. S-PCT bestond uit een werkboek met opdrachten en deelnemers ontvingen wekelijks telefonische begeleiding van een getrainde POH-GGZ of psycholoog. De primaire uitkomstmaat was terugval naar depressie gedurende 12 maanden. Ook onderzochten we het effect van S-PCT op depressieve symptomen, kwaliteit van leven, angst, somatisatie, specifieke spanningsklachten ('distress') en waargenomen eigen competentie ('self-efficacy') gedurende 12 maanden.

In [hoofdstuk 6](#) vonden we dat, vergeleken met gebruikelijke zorg, S-PCT effectief was in het voorkomen van terugval naar depressie. Ook vonden we dat S-PCT zorgde voor een afname van depressieve klachten en een toename van kwaliteit van leven, gedurende 12 maanden.

In [hoofdstuk 7](#) onderzochten we of de (kosten)effectiviteit van S-PCT verschilde in specifieke subgroepen. Subgroepen werden gemaakt voor, respectievelijk, residuele depressieve symptomen, aantal eerdere depressieve episodes, leeftijd bij eerste depressieve episode, somatisatie, antidepressiva gebruik, waargenomen eigen competentie, leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. We vonden geen subgroepen waarin S-PCT in het bijzonder effectief was. Dit impliceert dat S-PCT aangeboden kan worden aan een verscheidenheid aan patiënten om terugval naar depressie te voorkomen. De moderatie-analyses lieten echter zien dat het aantal depressieve episodes een moderator was van totale kosten gedurende de follow-up van 12 maanden. Onder deelnemers met twee of drie eerdere episodes, rapporteerden de deelnemers die S-PCT volgden hogere kosten gedurende follow-up dan deelnemers uit de controlegroep. Onder de deelnemers die vier of meer depressieve episodes hebben doorgemaakt was er geen statistisch significant verschil tussen S-PCT en de controlegroep. Tenslotte suggereerden de kosteneffectiviteitsanalyses dat S-PCT kosteneffectief is in het voorkomen van terugval naar depressie bij mensen met twee of drie depressieve episodes maar niet als kosteneffectief kan worden beschouwd bij mensen met vier of meer depressieve episodes.

Discussie

Dit proefschrift eindigt met een algemene discussie in [hoofdstuk 8](#) waarin ik de bevindingen samenvat en bediscussieer. Ook benoem ik mogelijke klinische implicaties van onze resultaten en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Klinische implicaties

- Gezien de relatie tussen financiële moeilijkheden en somatisatie enerzijds en depressieve en angststoornissen anderzijds, wordt geadviseerd om alert te zijn op de aanwezigheid van depressieve en angstsymptomen bij mensen die een verhoogde mate van financiële moeilijkheden of somatisatie ervaren.
- De review in [hoofdstuk 5](#) laat zien dat, op dit moment, de PHQ-15 en de 4DKL somatisatieschaal het beste gebruikt kunnen worden om somatisatie te meten in de eerstelijnszorg.
- Begeleide zelfhulpinterventie in de eerstelijnszorg (S-PCT) zou een effectief alternatief of aanvulling kunnen zijn op reguliere psychologische behandelingen om terugval naar depressie te voorkomen.
- S-PCT kan aangeboden worden aan een verscheidenheid aan patiënten. Een belangrijke kanttekening daarbij is dat S-PCT waarschijnlijk niet kosteneffectief is in het voorkomen van terugval naar depressie bij mensen met vier of meer depressieve episodes, vergeleken met gebruikelijke zorg.
- De keuze welk type terugvalpreventie programma moet worden aangeboden zou gebaseerd moeten worden op het risicoprofiel voor terugval naar depressie.

Toekomstig onderzoek

- Wat betreft de operationalisatie en het meten van somatisatie zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op psychologische en gedragsmatige aspecten van somatisatie en op het evalueren van de meeteigenschappen van bestaande vragenlijsten die nog niet gevalideerd zijn in de eerstelijnszorg.
- De (kosten)effectiviteit van S-PCT kan onderzocht worden in onderzoeken met een langere follow-up duur, waarin ook de tijd tot terugval meegenomen wordt.
- Toekomstige onderzoeken zouden zich kunnen richten op de vraag welk type interventie en welke manier van aanbieden het beste werkt voor welk type patiënt.