

SAMENVATTING

SAMENHANG TUSSEN DEPRESSIE, ANGST EN LICHAMELIJKE GEZONDHEID

INLEIDING

In de algemene bevolking hebben veel patiënten klachten van zowel geestelijke als lichamelijke aard. Op het spreekuur van de huisarts komen bijvoorbeeld patiënten die zowel suikerziekte als een depressieve stoornis hebben. Het hebben van zowel lichamelijke als geestelijke ziekten leidt vaak tot veel problemen voor het individu - bijvoorbeeld minder goede inname van reactie op de medicatie, en verminderd beroepsmatig en sociaal functioneren -, maar ook voor de maatschappij ten gevolge van hoge kosten in de zorg en verminderde productiviteit op de arbeidsmarkt.

Er is tot op heden aanzienlijk onderzoek verricht dat uitwijst dat het hebben van een depressieve stoornis een negatieve invloed uitoefent op het beloop van pijnklachten en verschillende chronische ziekten. Zo hebben patiënten met suikerziekte en een depressie vaak meer moeite zich aan leefregels en medicatie voorschriften te houden, kunnen zij hun bloedsuikers minder goed op peil houden en hebben ze meer risico op complicaties zoals schade aan bloedvaten en zenuwen. Voor angststoornissen is er minder onderzoek verricht, maar ook angst lijkt een negatieve invloed op het beloop van pijnklachten en verschillende chronische ziekten te hebben. Aan het effect van pijn en chronische ziekten op het ontstaan en het beloop depressieve en angststoornissen over de tijd is tot nu toe veel minder aandacht besteed. Dit proefschrift richtte zich daarom op de longitudinale relaties (relaties over de tijd) tussen pijn (locatie, duur en ernst, vastgesteld middels zelf-rapportage gedurende een interview) en depressieve en angststoornissen. En daarnaast ook op de relaties tussen chronische ziekten (uit de zelf-gerapporteerde ziekte-groepen: hart- en vaatziekten en suikerziekte, longziekten, maag darm lever ziekten, neurologische ziekten, ziekten van het bewegingsapparaat, schildklierziekten en kanker) en depressieve en angststoornissen over de tijd heen. De hiervoor gebruikte gegevens zijn afkomstig van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). Voor NESDA werden 2981 deelnemers, met een leeftijd tussen de 18 en 65 jaar, onderzocht met als doel het beloop van depressie en angst en factoren die daaraan gerelateerd zijn beter in beeld te krijgen. Door gebruik te maken van deze gegevens hebben we antwoorden gezocht op de volgende vragen: - Is er een relatie tussen (specifieke) gezondheidsproblemen en het herkennen van depressieve en angststoornissen door huisartsen? - Zijn (specifieke) chronische ziekten en pijn geassocieerd met het ontstaan, de aanwezigheid en de prognose van depressieve en angststoornissen? - En hoe hangen veranderingen in depressieve en angststoornissen samen met veranderingen in pijn over de tijd?

HERKENNING VAN DEPRESSIE EN ANGST DOOR HUISARTSEN

In *Hoofdstuk 2* lieten we de relatie zien tussen lichamelijke gezondheidsproblemen - chronisch ziekten en pijn - en de herkenning van depressieve en angststoornissen door huisartsen.

Lichamelijke gezondheidsproblemen werden gedefinieerd als de rapportage van een specifieke chronische ziekte of het beleven van pijnklachten. Door gegevens uit de elektronische patiënten dossiers van de huisartsen te vergelijken met de gegevens van de diagnostische interviews van NESDA (die we beschouwden als de 'gouden standaard'; de beste manier om een depressie of angst diagnose vast te stellen), vonden we dat huisartsen 60% van de patiënten als depressief of angstig herkenden. Huisartsen herkenden depressieve en angststoornissen beter in patiënten die pijn rapporteerden, wat grotendeels te wijten was aan ernstiger depressie en angstsymptomen bij deze patiënten. Met de gegevens die we hadden, konden we niet bepalen of huisartsen de diagnose op het spoor kwamen op basis van de pijnklachten die de patiënten rapporteerden of op basis van het rapporteren van depressie of angstklachten. Maar de bevinding is wel geruststellend aangezien patiënten met pijn een hoger risico hebben op het ontwikkelen van een slechter beloop van depressieve en angststoornissen (zie *Hoofdstuk 4,5,7* en hieronder). Het hebben van specifieke chronische ziekten (bijvoorbeeld astma, diabetes, reuma) had geen positieve of negatieve invloed op herkenning van depressie of angst, met andere woorden, de herkenning van depressie of angst bij mensen met een chronische ziekte was vergelijkbaar met de herkenning van depressie of angst bij mensen zonder een chronische ziekte.

COMORBIDITEIT VAN LICHAMELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN DEPRESSIEVE EN ANGSTSTOORNISSEN

Pijn, migraine en depressieve en angststoornissen

In hoofdstuk 3 hebben we laten zien dat het hebben van een depressieve of een angststoornis een sterke relatie heeft met het hebben van pijn, onafhankelijk van de precieze locatie. We hadden hiervoor gegevens over pijn aan de nek, rug, aangezicht, borstkas, buik, gewrichten en hoofdpijn (onderverdeeld in geen migraine, waarschijnlijke migraine en strikte migraine). Ook werd hier een verband aangetoond tussen verandering in symptomen over de tijd. Wanneer het aantal pijnlocaties toe- of afnam dan namen ook depressieve en angstklachten respectievelijk toe- of af.

Daarnaast onderzochten we of er een relatie was tussen migraine en andere pijnlocaties, waarbij we rekening hielden met wel of geen bijkomende depressieve of angststoornis. Migraine hing sterk samen met pijn op alle andere locaties. Echter, deze relatie was veel minder sterk na correctie voor het hebben van depressie of angst. Dit suggereert dat het vóórkomen van verschillende pijnklachten naast elkaar zou kunnen worden verklaard door het hebben van een depressieve en angststoornis. Het is daarom van belang dat wanneer studies worden verricht naar meerdere pijnklachten, ook onderzocht wordt of er sprake is van depressie of angst. In de dagelijkse praktijk zouden huisartsen alert moeten zijn op signalen van depressie of angst wanneer patiënten (regelmatig) hun spreekuur bezoeken met meerdere pijnklachten.

Pijn, het ontstaan en het beloop van depressieve en angststoornissen

Omdat pijn en depressieve en angststoornissen zo vaak samen vóórkomen, wilden we onderzoeken of pijnklachten van invloed zijn op het ontstaan en het beloop van depressieve en angststoornissen. Daarnaast wilden we onderzoeken of pijn direct van invloed is op depressieve en angststoornissen, of (ook) indirect via de ernst van de depressie en angstsymptomen.

In *Hoofdstuk 4* lieten we zien dat pijn, vooral wanneer op meerdere locaties en bij toenemende ernst, een risico indicator was voor het ontstaan van depressieve en angststoornissen. Daarentegen was de duur van de pijnklachten - van origine de definitie van chronische pijn - niet van invloed op het ontstaan van depressieve en angststoornissen. We vonden dat de ernst van depressieve en angst symptomen voorafgaand aan de daadwerkelijke depressieve en angststoornis een sterke invloed had op het ontstaan van een stoornis. Toen we rekening hielden met de ernst van deze symptomen, hadden pijn aan de gewrichten en pijnklachten op meerdere locaties nog steeds een negatief effect op het ontstaan van depressieve en angststoornissen.

In *Hoofdstuk 5*, hebben we beschreven dat pijn niet alleen een risico indicator was voor het ontstaan, maar ook voor een slechter beloop van depressieve en angststoornissen. Er was een relatie tussen het hebben van meerdere pijn locaties en toenemende ernst van de pijn en een ernstiger beloop van depressie en angst. Ook het dagelijks gebruik van pijnmedicatie was geassocieerd met een ernstiger beloop. Rekening houdend met de ernst van de depressieve en angst symptomen, die op zichzelf een sterke voorspeller zijn van het beloop, vonden we dat gewrichtspijn nog steeds een negatieve invloed had op het beloop van depressie en angst.

Patiënten met depressieve en angststoornissen herstellen vaak, en vallen vervolgens weer terug. Wij wilden onderzoeken of het hebben van lichamelijke gezondheidsproblemen van invloed zijn op deze terugval. In *Hoofdstuk 7*, richtten we ons daarom op de invloed van pijn op depressie en angst terugval. We vonden dat verschillende pijnlocaties, toenemend aantal pijnlocaties en toenemende ernst van de pijn geassocieerd waren met depressie terugval. Echter, de hogere ernst van de depressieve en angstige klachten voorafgaand aan de terugval bij mensen met pijn leek de associatie grotendeels te verklaren. Geen enkele van de pijn variabelen was een

voorspeller voor terugkeer van een angststoornis. We hebben in bovenstaande hoofdstukken ook rekening gehouden met het hebben van chronische ziekten als verklaring voor de pijnklachten, maar dit was niet van invloed op de bevindingen.

Samenvattend vonden we dat pijn leidt tot een groter risico op het ontstaan en een slechter beloop van depressieve en angststoornissen, deels via de relatie met de ernst van de depressieve en angstsymptomen. Deze bevindingen lijken te passen bij het idee van een vicieuze cirkel waarin pijn, depressie en angst elkaar versterken.

Als patiënten zich op het spreekuur melden met pijnklachten op meerdere locaties (vooral als ook gewrichten pijnlijk zijn) moeten artsen dus alert zijn, omdat deze patiënten een groter risico hebben op het ontstaan, de terugval en een slechter beloop van depressieve en angststoornissen, zelfs als zij (nog) geen depressieve of angstige symptomen laten zien. Het hebben van restklachten van depressie en angstsymptomen na het doormaken van een stoornis is een belangrijke voorspeller van terugval, en pijnklachten vergrootten het risico op terugval niet verder. Echter, omdat huisartsen veel vaker worden bezocht voor pijnklachten dan voor klachten van neerslachtigheid of angst, is het ook bij deze patiënten met een verleden van een depressieve of angststoornis relevant om na te gaan of er sprake zou kunnen zijn van een terugval.

Chronische ziekten en het beloop van depressie en angst

Omdat diverse chronische ziekten (bijv. migraine, diabetes of COPD) en depressieve en angststoornissen zo vaak comorbide zijn, wilden we onderzoeken of specifieke chronische ziekten geassocieerd zijn met het ontstaan en het beloop van depressieve en angststoornissen. De deelnemers van de NESDA studie waren allemaal volwassenen tussen de 18 en 65 jaar en waren redelijke gezond, ze hadden weinig chronische ziekten. Daarom was het ook niet mogelijk om de relatie tussen specifieke chronische ziekten en het ontstaan van depressie en angst betrouwbaar te onderzoeken. Ook hebben we de ernst van de ziekte niet gemeten. Het is goed om bij het lezen van onderstaande resultaten rekening te houden met het gegeven dat de relatie tussen specifieke chronische ziekten en het beloop van depressie en angst gebaseerd is op redelijk kleine aantallen ziekten.

In *Hoofdstuk 6*, vonden we dat ziekten van het bewegingsapparaat, vooral artrose, geassocieerd waren met een slechter beloop van depressie en angst over twee jaar tijd. Mensen met diabetes hadden een groter risico op terugval na een eerdere episode en op een chronisch beloop van depressie of angst dan op snel herstel over een periode van twee jaar.

In *Hoofdstuk 7*, onderzochten we of het hebben van lichamelijke gezondheidsproblemen van invloed zijn op terugval van depressie en angst. We vonden dat geen enkele van de chronische ziekten (uit de ziekte-groepen: hart- en vaatziekten en diabetes, longziekten, maag-, darm- en leverziekten, neurologische ziekten, ziekten van het bewegingsapparaat, schildklierziekten en kanker) geassocieerd was met een groter risico op terugval in een periode van vier jaar.

Deze bevindingen suggereren dat het hebben van een chronische ziekte geen grote invloed heeft op het beloop van depressie en angst, behalve gewrichtsziekten en diabetes. De bevindingen zouden anders kunnen zijn als alleen kinderen of ouderen onderzocht worden en vooral ook als patiënten met meer ernstige ziekten worden onderzocht in relatie tot het beloop van depressie en angst. Het zou dan ook goed zijn in toekomstige studies meer informatie te verzamelen over de ernst van de ziekte (zoals de pijn veroorzaakt door de ziekte, of de hinder en welke hinder het veroorzaakt in het dagelijks leven). Het zou kunnen dat de bevindingen voor ziekten van het bewegingsapparaat en diabetes (met zenuwschade als complicatie) voor een deel komen door de pijn die deze ziekten kunnen veroorzaken.

Veranderingen in depressie, angst en pijn over tijd

We hebben onderzocht of er longitudinale relaties – relaties over een periode van vier jaar tijd - waren tussen veranderingen in depressieve en angst symptomen en stoornissen, en de veranderingen in pijn. Daarbij wilden we specifiek weten of het beloop van pijn anders is bij mensen die een chronische depressie of angst hebben in vergelijking tot mensen met een depressie of angststoornis van korte duur en tot gezonde controles die geen depressie of angst hadden.

In *Hoofdstuk 8*, vonden we dat als depressieve en angstsymptomen veranderen over een tijdsperiode van vier jaar, dus toe- of afnemen, dat ook pijn symptomen in dezelfde richting veranderen. Dit komt overeen met onze bevindingen over twee jaar tijd in *Hoofdstuk 3*. Vervolgens, toen we niet op symptoom niveau keken, maar naar daadwerkelijke stoornissen, vonden we dat een depressieve of angststoornis - of dat nu in ontwikkeling, in remissie of chronisch was – voorspellend was voor meer ernstige pijn klachten en pijn op meerdere locaties over de tijd, tegenover gezonde controles. Chronisch depressieve en angstige personen hadden de hoogste pijn waarden, maar ook personen die herstelden van hun stoornis hadden pijn waarden die nog steeds significant hoger waren dan bij gezonde personen. Deze bevindingen bleven overeind na correctie voor het wel of niet hebben van chronische ziekten. Deze bevindingen passen bij de gedachte dat het ervaren van pijn, en symptomen van depressie en angst elkaar kunnen versterken en kunnen resulteren in een vicieuze cirkel. Het was verrassend dat we vonden dat mensen die over de tijd heen een depressieve of angststoornis ontwikkelden, al voorafgaand aan die ontwikkeling hoge pijnwaarden hadden, en over tijd stegen deze pijn waarden niet mee. Dit laatste zou kunnen passen bij onze bevindingen van *Hoofdstuk 4* dat pijn een risico indicator is voor het ontstaan van een depressie of angststoornis.

DISCUSSIE

Dit proefschrift eindigt met een general discussion (*Hoofdstuk 9*), waarin de bevindingen van de hoofdstukken 2 tot en met 8 worden gerapporteerd en bediscussieerd. Samenvattend vonden we dat lichamelijke gezondheid niet van grote invloed is op de herkenning van depressieve en angststoornissen door huisartsen. Daarnaast vonden we dat er een bi-directionele relatie lijkt te zijn tussen pijn en depressieve en angststoornissen, dus een effect van pijn op depressie en angst en vice versa. Ten eerste vonden we sterke cross-sectionele associaties tussen pijn, onafhankelijk van welke locatie van de pijn, en depressieve en angststoornissen. Ten tweede, we vonden dat pijn een risico indicator is voor het ontstaan, terugval en chronisch beloop van depressie en angst. Tot slot, het hebben van depressie en angst heeft een negatieve impact op pijn symptomen over de tijd. Deze bevindingen lijken dus te passen bij een vicieuze cirkel waarin pijn en depressie en angst elkaar versterken.

Ook vonden we dat ziekten van het bewegingsapparaat en diabetes gerelateerd waren aan een slechtere prognose van depressie en angst, maar dat er geen andere specifieke chronische ziekte was die een negatieve invloed had op het beloop van depressie en angst. Artsen zouden alert moeten zijn op tekenen van pijn bij patiënten met depressie en angst. Daarnaast is het goed om aandacht te besteden aan de behandeling van zowel de pijnklachten als de depressie of angst stoornis als een patiënt deze lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen beide heeft.