

Copingstijlen, Depressieve Klachten en Somatische Klachten bij opgenomen Depressieve Patiënten

Jaak Vermeiren

scriptiebegeleider: dr. S. van Hooren

tweede begeleider: dr. C. Bolman

Augustus 2005

Faculteit Psychologie

Afstudeerrichting Gezondheidspsychologie

Open Universiteit Nederland

Inhoud

		Pagina
	Dankwoord	3
	Samenvatting	4
	Summary	5
1	Inleiding	6
2	Methode van onderzoek	10
2.1	Onderzoeksgroep	10
2.2	Meetinstrumenten	10
2.3	Procedure	11
2.4	Data-analyse	12
3	Resultaten	13
4	Discussie	18
	Literatuur	22
	Bijlagen:	24
	1 Verzoekbrief ziekenhuizen	24
	2 Vragenlijsten deelnemers	25
	3 Informatiebrief deelnemers	31
	4 Biografische gegevens deelnemers	32
	5 Diagnostische- en andere ziektegegevens	33
	6 Statistieken en betrouwbaarheden van de variabelen	34

Dankwoord

Allereerst wens ik de twee begeleiders van deze scriptie, dr. Susan van Hooren, scriptiebegeleider, en dr. Catherine Bolman, tweede begeleider, te danken voor hun corrigerende en begeleidende rol. Met veel geduld maar vooral met een bijzondere soort helderheid heeft dr. Susan van Hooren mij naar dit eindresultaat begeleid waarvoor ik haar zeer dankbaar ben. Ik wens ook alle andere medewerkers van de Open Universiteit te danken en meer speciaal de medewerkers van de studiecetra Antwerpen en Breda die altijd klaar stonden om de nodige ondersteuning te geven.

De samenwerkingsmomenten met medestudenten in diverse studiecetra vond ik altijd fijn en leerrijk. Dikwijls kwam er een inbreng, meermaals van studenten die ik niet kende, wat inzicht gaf en me stimuleerde om door te gaan.

Voor het thema van dit eindwerk heb ik een sterke duw gekregen van stagebegeleider, lic. Paul Bosiers, klinisch psycholoog van de afdeling angst- en stemmingsstoornissen in het psychiatrische ziekenhuis Bethanië te Zoersel. Hierbij wens ik hem daarbij te erkennen en te danken. Zonder de deelnemende ziekenhuisteam en de medewerking van de patiënten had ik dit onderzoek niet kunnen verrichten. Mijn dank gaat uit naar de betrokken psychologen en afdelingsoversten en naar de patiënten die zo gewetensvol alle vragen hebben beantwoord.

Mijn gezin, familie en vrienden hebben mij tijdens deze vijf-jarige studieperiode van dichtbij en intens gesteund. Mijn vrouw Ria Geerts was zoals steeds mijn beste supporter. Zij moedigde mij aan om de studie te beginnen en te voltooien. Van harte bedankt.

Samenvatting

Depressieve patiënten gebruiken ineffectieve copingstrategieën die somatische klachten in stand houden of zelfs verhogen. Wij onderzochten de invloed van copingstijlen op de relatie tussen depressieve en somatische klachten door middel van multiple regressieanalyses. Binnen een cross-sectioneel onderzoek werden 74 patiënten onderzocht die opgenomen waren voor de behandeling van depressie in zes verschillende psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen (België). Wij stelden een zwak maar significant verband vast tussen depressieve klachten en somatische klachten en het verband is belangrijker bij vrouwen dan bij mannen. Bij patiënten met depressieve klachten geldt een zwak en significant verband tussen probleemoplossende coping en depressieve klachten en dit verband is belangrijker bij mannen dan bij vrouwen. Bij patiënten met somatische klachten werd geen significant verband vastgesteld tussen copingstijlen en somatische klachten. Rekening houdend met de hoeveelheid depressieve klachten ervaren patiënten die meer probleemoplossende coping gebruiken meer somatische klachten. Wanneer rekening wordt gehouden met somatische klachten ervaren patiënten die meer probleemgerichte- en emotiegerichte coping hanteren minder depressieve klachten. Het copingniveau heeft geen modererende invloed op het verband tussen depressieve klachten en somatische klachten. Dit onderzoek suggereert dat probleemoplossende coping van klinisch belang kan zijn voor patiënten die behandeld worden voor depressieve en somatische klachten. Prospectief vervolgonderzoek kan het causale verband aantonen tussen de onderzochte variabelen en het verdient ook aanbeveling de invloed van persoonskenmerken en aandachtgericht cognitief vermogen op de variabelen verder te onderzoeken.

Summary

Depressive patients use ineffective coping strategies which preserve or even deteriorate somatic complaints. We examined the effect of coping styles on the relation between depressive and somatic complaints by means of multiple regression analyses. In a cross-sectional study, we examined 74 clinical inpatients treated for depression in six different psychiatric hospitals in Flanders (Belgium). We found a weak but significant relationship between depressive and somatic complaints and the relationship is more important for women than for men. For patients with depressive complaints, a weak and significant relationship was found between problem solving coping and depressive complaints, and this relationship is more important for men than for women. For patients with somatic complaints, there was no significant relationship between coping styles and somatic complaints. When the amount of depressive complaints is taken into account, patients using more problem solving coping styles experience more somatic complaints. When somatic complaints are taken into consideration, patients employing more problem-focused coping and more emotion-focused coping experience less depressive complaints. The relationship between somatic complaints and depressive complaints is not mediated by the level of coping styles. This examination suggests that problem solving coping can be clinically important for patients treated for depressive and somatic complaints. Additional prospective studies can demonstrate the causal relationship between the variables examined and it is also recommended to further examine the effect of personality characteristics and mindfulness cognitive abilities on the variables.

1. Inleiding

De relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten is door veel onderzoek en literatuur aangetoond (Costa & McCrae, 1980; 1985;1987, in Sarafino, 1997; De Wester, 1996). Bij zowel depressieve als lichamelijke klachten spelen coping en cognitieve processen een belangrijke rol. Het is echter onduidelijk op welke manier coping en cognitieve processen invloed uitoefenen op depressieve en lichamelijke klachten (Wei, Heppner & Mallinckrodt, 2003). Deze studie heeft als doel de invloed van copingstijlen (copinggedrag) te onderzoeken op de relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten bij depressieve patiënten.

Depressieve klachten komen veel voor en worden al heel lang gedocumenteerd. Uit een grootschalig epidemiologisch depressieonderzoek in de westerse wereld (Angst, 1997) blijkt dat de levensprevalentie voor een majeure depressie (ernstige depressieve episode) ongeveer 17% bedraagt. Tezelfdertijd is depressie gekoppeld aan een relatief hoog terugvalrisico. De kans op terugval bedraagt 50% na een eerste episode en zelfs 70 tot 80% voor diegenen met een geschiedenis van twee of meer depressieve episodes (Belsher & Costello, 1988, in Corveleyn, Luyten & Blatt, 2005). Depressieve patiënten hebben ongeveer 6% tot 13% kans om chronisch depressief te worden en elke nieuwe episode verhoogt het risico op chroniciteit. De ernstige lijdensdruk die ervaren wordt door de depressieve persoon en haar/zijn omgeving wordt nog overtroffen door het hoge aantal suicides dat met depressie geassocieerd wordt: de prevalentie van suïcide bij de (majeure) depressieve stoornis bedraagt naar schatting 15% (APA, 1994; Lönnqvist, 2000, in Schotte, Van den Bossche, Van den Bergh, Claes & Cosyns, 2003).

Depressieve stoornissen komen geregeld samen voor met andere vormen van psychopathologie zoals angststoornissen (Sanderson, Beck & Beck, 1990), alcoholafhankelijkheid (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994), dwangstoornis (Leckam, Merikangas, Pauls, Prusoff & Weissman, 1983) en eetstoornissen (Van der Ham, 1994). Er is ook een grote samenhang gedocumenteerd tussen depressieve stoornissen en somatische klachten. Tussen 30 tot 60 % van de depressieven presenteren zich met somatische klachten en somatoforme stoornissen waarbij voor lichamelijke klachten geen afdoende medische oorzaak kan worden vastgesteld (Smith, 1992, in Van der Feltz-Cornelis & Van der Horst, 2003). Somatische klachten zoals bijv. last hebben van chronische moeheid of pijn treden soms tegelijkertijd met depressieve stoornissen op en zijn hiervan moeilijk te onderscheiden. Onder somatische klachten verstaan wij in deze studie de klachten die met een algemeen gevoeld lichamenlijk disfunctioneren samenhangen. Zij hebben te maken met het autonome systeem (adem, keel, misselijkheid, hart) en met het spierstelsel (hoofdpijn, spieren, rug). Het gaat hier dus niet uitsluitend om somatisatie, een term die veel

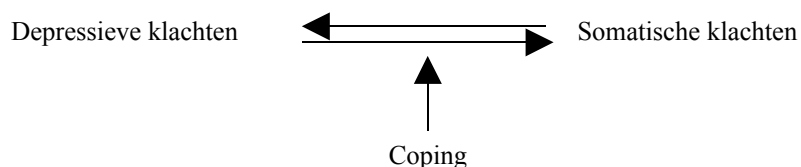
wordt gebruikt als er sprake is van lichamelijke klachten die lichamelijk niet verklaard kunnen worden (Lipowski, 1998, in Van der Feltz-Cornelis & Van der Horst, 2003). Somatische klachten kunnen de activering van depressieve patiënten belemmeren en bijkomend kan er een vicieuze cirkel ontstaan die op zich weer aandacht en behandeling vraagt.

Depressie kan dus somatische klachten uitlokken of verheviggen maar omgekeerd kunnen somatische klachten ook depressie uitlokken. Melzack en Wall (1965; 1982, in Sarafino, 1997) stelden vast dat patiënten met langdurige pijn van meer dan zes maanden ten gevolge van ruggenwervelletzels een significante daling van onder andere depressieve klachten vertoonden na een succesvolle chirurgische ingreep. Mensen werden ook depressief door de stress van chronische pijn als zij hun situatie niet konden veranderen (Andersen, Bradley, Young, McDaniel & Wise, 1985; Turk & Holzman, 1986, in Sarafino, 1997). Somatische klachten zoals bijv. pijn en psychologische factoren zijn interactieve processen en hebben gelijktijdig invloed op elkaar. Aan de basis van de huidige theorie over pijn ligt nog steeds de poortcontrole theorie van Melzack en Wall (1965; 1982, in Sarafino, 1997). Ondanks initiële controverses is er tot op heden geen meeromvattende theorie over pijnmodulatie of een succesvolle weerlegging van deze theorie naar voren gebracht (Sufka & Price, 2002). Hoe pijn waargenomen wordt is een complex geheel van psychologische en neurochemische gebeurtenissen die kunnen worden beïnvloed door een verscheidenheid aan psychosociale processen zoals gedachten over pijnvermindering door medicatie. Pijn beïnvloedt en kan worden beïnvloed door leren, cognitieve processen, sociale ervaringen, coping en stress (Sarafino, 1997).

Hoe depressieve patiënten met pijn en lichamelijke klachten omgaan kan onder andere worden verklaard met begrippen uit de stresspsychologie (Lazarus & Folkman, 1984b; Lazarus, 1991, in Sarafino, 1997). Zij geven een interactionele definitie van stress waarbij copingstrategieën worden ingedeeld in emotie- of individugerichte coping en probleem- of taakgerichte coping. Bij emotiegerichte coping tracht men de emotionele respons op een stressvolle situatie onder controle te brengen door deze te vermijden (bijv. moeilijkheden uit de weg gaan), door emotionele sociale steun te zoeken (bijv. troost en begrip zoeken) en door expressie van emoties (bijv. je ergernis laten blijken). Bij probleemgerichte coping gebruikt men middelen om stressvolle situaties aan te pakken of te veranderen (bijv. een probleem als een uitdaging zien of een probleem van alle kanten bekijken), ontwikkelt men distractieve activiteiten (bijv. zich proberen te ontspannen), zoekt men sociale steun om problemen te bespreken en ontwikkelt men geruststellende gedachten. Emotiegerichte coping en probleemgerichte coping hoeven niet altijd afzonderlijk gebruikt te worden en vaak worden zij naast elkaar gebruikt (Lazarus & Folkman, 1984b, in Sarafino,

1997). Depressieve mensen neigen ertoe ineffektieve copingstrategieën te gebruiken, zoals bijv. zich emotioneel afzonderen, sociaal contact vermijden en piekeren, welke dan op hun beurt lichamelijke klachten in stand houden of zelfs verhogen (Lewinsohn, 1975; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Matheson en Anisman (2003) vonden dat copingprofielen over het algemeen stabiel zijn in de tijd maar dat stemmingsveranderingen wel corresponderende wijzigingen in copingprofielen veroorzaken. Het zijn juist kleine stemmingsveranderingen die depressief denken weer kunnen oproepen, alsof depressie nooit is weggeweest. Oude denkgewoontes, zoals bijv. iedereen is tegen mij of ik zal nooit succes hebben, krijgen daarbij op betrekkelijk automatische wijze de overhand. Nolen-Hoeksema en Morrow (1991, in Segal, Williams & Teasdale, 2004) noemen dit de ruminatieve responsstijl. Een effectieve coping door op een aandachtgerichte manier om te gaan met sombere stemmingen of piekerende gedachten zou terugval/recidive van depressie bij patiënten die drie of meer majeure depressies achter de rug hadden bijna halveren wat in vergelijking met de gebruikelijke behandeling (voortgezette preventieve antidepressiva of cognitieve gedragstherapie) bijna dubbel zoveel is. Bij patiënten die maar twee depressies achter de rug hadden werd er geen verschil in terugval/recidive vastgesteld. Terugval bij patiënten met maar één of twee depressies zou mogelijk veel meer verbonden zijn met belangrijke levensgebeurtenissen zoals een overlijden of een afgebroken relatie dan met het reacteren van meer autonome, terugvalgerelateerde cognitieve processen zoals langdurig piekeren (Segal et al., 2004).

Het doel van deze studie is te onderzoeken of coping invloed heeft op de relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten. De centrale vraagstelling is dan of er bij depressieve patiënten een verband bestaat tussen depressieve klachten en somatische klachten en hoe probleemoplossende copingstijlen zoals probleemgerichte coping en emotiegerichte coping dit verband modereren. Dit conceptuele model is in figuur 1 weergegeven.



Figuur 1. Conceptueel model met drie variabelen: coping modereert het verband tussen depressieve klachten en somatische klachten.

De volgende hypothesen zijn hieruit af te leiden:

1. Hoe minder depressieve klachten, hoe minder somatische klachten bij depressieve patiënten.

2.1. Hoe meer probleemgerichte coping, hoe minder somatische klachten bij depressieve patiënten.

2.2. Hoe meer emotiegerichte coping, hoe minder somatische klachten bij depressieve patiënten.

3. Coping modereert het effect van depressieve klachten op somatische klachten bij depressieve patiënten.

Concreet betekent dit dat bij meer probleemgerichte- of meer emotiegerichte coping meer depressieve klachten niet tot meer ervaren somatische klachten zullen leiden. Bij minder probleemgerichte- of minder emotiegerichte coping zal het negatieve effect van depressieve klachten op somatische klachten juist groter zijn.

4. Hoe minder somatische klachten, hoe minder depressieve klachten bij depressieve patiënten.

5.1. Hoe meer probleemgerichte coping, hoe minder depressieve klachten bij depressieve patiënten.

5.2. Hoe meer emotiegerichte coping, hoe minder depressieve klachten bij depressieve patiënten.

6. Coping modereert het effect van somatische klachten op depressieve klachten bij depressieve patiënten.

Concreet betekent dit dat bij meer probleemgerichte- of meer emotiegerichte coping meer somatische klachten niet tot meer ervaren depressieve klachten zullen leiden. Bij minder probleemgerichte- of minder emotiegerichte coping zal het negatieve effect van somatische klachten op depressieve klachten juist groter zijn.

2. Methode van onderzoek

2.1 Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten opgenomen in een afdeling voor behandeling van depressieve klachten. Exclusiecriteria waren te weinig verbaal vermogen of hersenproblematiek om de vragenlijst in te vullen (3 patiënten), onbeschikbaarheid tijdens de afname wegens het volgen van een andere therapie (3 patiënten), Beck Depression Inventory (BDI) score '0' (1 ontslagnemende patiënt), crisissituaties (2 patiënten) en hoge suicidaliteitsneigingen (2 patiënten). Het aantal exclusies bedroeg elf (12.9%) op een totaal van 85 benaderde patiënten.

2.2 Meetinstrumenten

Ten behoeve van het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten door alle patiënten ingevuld:

SCL-90 somatische klachten (SCL-90, Arrindell & Ettema, 1986). Deze schaal bevat 12 items en wordt gescoord met een vijf-puntsschaal variërend van helemaal niet (1), een beetje (2), nogal (3), tamelijk veel (4) tot heel erg (5). Voorbeelden van items zijn hoofdpijn, duizeligheid en een brok in je keel. Het is de bedoeling dat respondenten aangeven in welke mate ze last hebben van lichamelijke klachten en hoe ze zich gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij, gevoeld hebben. Een hoge score betekent dat personen klachten ervaren die met een algemeen gevoel van lichamelijk disfunctioneren samenhangen. De Commissie voor Testaangelegenheden Nederland (COTAN, 1988) beoordeelt de betrouwbaarheid en validiteit als goed.

Beck Depression Inventory (BDI). Binnen dit onderzoek wordt de Nederlandse versie voor volwassenen gebruikt (Bouman, Luteijn, Albersnagel & Van der Ploeg, 1985). De BDI bevat 21 rubrieken (symptomen) van elk vier uitspraken. De antwoorden zijn gerangschikt van afwezigheid (score=0) tot en met grote ernst (score=3) van depressieve symptomen. De som-score over alle 21 items geeft de ernst van de depressie aan, met een range van 0 tot 63. De Beck depressieschaal is voldoende betrouwbaar maar de discriminerende validiteit is onvoldoende omdat er overlap is met neuroticisme en angst (Bouman et al., 1985). Niet de differentiële diagnostiek maar het niveau van depressiviteit wordt beoogd in dit onderzoek en daarvoor is de BDI voldoende betrouwbaar.

Utrechtse Copinglijst (UCL). De UCL bevat 47 items en is onderverdeeld in 7 subschalen: actief aanpakken (7 items), palliatieve reactie of distractieve activiteit (8 items), vermijden (8 items), sociale steun zoeken (6 items), passief of depressief (vroegere benaming) reactiepatroon (7 items), expressie van emoties (3 items), geruststellende gedachten (5 items) en drie items die niet zijn opgenomen in de subschalen (Schreurs, Van de Willige, Tellegen &

Brosschot, 1993). De items worden gescoord op een vier-keuzeschaal bestaande uit de antwoordmogelijkheden: zelden of niet (1), soms (2), vaak (3) en zeer vaak (4). De interne consistenties (Cronbach's alfa) vallen binnen de normale range (Schreurs et al., 1993) en de COTAN-beoordeling voor validiteit is voldoende. De UCL werd door Kloens, Barelds, Luteijn en Schaap (2002) onderverdeeld in twee samengestelde schalen, 'probleemgerichte coping' en 'emotiegerichte coping'. Probleemgerichte coping bevat de UCL-subschalen actief aanpakken, palliatieve reactie, sociale steun zoeken en geruststellende gedachten. Een hoge score betekent overwegend rationeel reageren in problematische situaties. Emotiegerichte coping bestaat uit de UCL-subschalen sociale steun zoeken, vermijden en expressie van emoties. Een hoge score op deze schaal (de negatieve subschaal 'vermijden' is positief gehercodeerd) betekent dat anderen op een actieve wijze worden opgezocht om problemen te bespreken. Beide samengestelde schalen geven een indicatie van probleemoplossend vermogen waarbij probleemgerichte coping meer gebruik maakt van rationele capaciteiten en emotiegerichte coping meer gebruik maakt van sociale gevoeligheid.

2.3 Procedure

In de maand december 2004 werd via e-mail en per brief (bijlage 1) een verzoek gericht aan alle Nederlandstalige psychiatrische ziekenhuizen uit de provincies Antwerpen, Brabant, Limburg en Oost-Vlaanderen, die vermeld staan op het website adres 'medcare.be', om mee te werken aan dit onderzoek. In totaal werden 26 ziekenhuizen gecontacteerd en van 16 ziekenhuizen werd reactie ontvangen. Het inclusiecriteria was een opnameafdeling voor behandeling van depressieve klachten en het onderzoek uit te voeren in de periode januari/februari 2005.

Ziekenhuizen die weigerden mee te werken aan het onderzoek gaven volgende redenen op: een al lopend onderzoek, een recentelijk beëindigd onderzoek, geen doelgroep conform de vraagstelling, te weinig beslissingstijd, te kleine patiëntengroep, lopende reorganisatie in de instelling of een te omslachtige deontologische procedure. Met zes ziekenhuizen konden concrete afspraken worden gemaakt voor het afnemen van vragenlijsten (bijlage 2). Bij vier ziekenhuizen werden de vragenlijsten afgenomen door een onderzoeker (in totaal 66 valabele respondenten) en in twee ziekenhuizen gebeurde de afname door een afdelingspsycholoog (8 valabele respondenten). De afnames vonden uiteindelijk plaats tijdens de maanden januari, februari en maart 2005. Afhankelijk van de afdelingsgrootte gebeurde de afname in één, twee of drie sessies waarbij de patiënten zoveel mogelijk in groep werden benaderd. De patiënten werden op voorhand door het afdelingshoofd of door de afdelingspsycholoog op de hoogte gebracht van het onderzoek. Bij de afname werden zij nogmaals mondeling en schriftelijk (bijlage 3) geïnformeerd over de bedoeling van het onderzoek. Daarnaast werd aan de patiënten schriftelijke toestemming gevraagd om de anoniem gemaakte onderzoekgegevens te mogen gebruiken voor strikt wetenschappelijk onderzoek (bijlage 4, eerste bladzijde van de vragenlijst met biografische gegevens). De duur voor het invullen van de vragenlijst varieerde van een kwartier tot ongeveer een uur. Elke ingevulde vragenlijst werd met de patiënt nog eens overlopen om ontbrekende antwoorden tot een minimum te beperken. De psychologen van de twee ziekenhuizen die zelf voor de afname zorgden werden van tevoren telefonisch geïnformeerd over de te volgen werkwijze. Op een totaal van 7.844 vragen (74 vragenlijsten x 106 vragen per vragenlijst) waren er 11 ontbrekende antwoorden of 0.1% van het totaal. De gediagnosticeerde psychische comorbiditeiten (bijlage 5) werden na het invullen van de vragenlijst door de afdelingspsycholoog voor iedere deelnemer apart gerapporteerd (laatste pagina bijlage 2).

2.4 Data-analyse

Allereerst werden de ontbrekende antwoorden met het gemiddelde van betreffende schaal per patiënt aangevuld. Daarna werden de biografische kenmerken en de diagnostische- (DSM-IV) en andere ziektegegevens geanalyseerd en werden de correlaties tussen variabelen en controlevariabelen onderzocht.

Met een enkelvoudige regressieanalyse werd eerst nagegaan of geslacht een significante controlevariabele was op somatische en depressieve klachten. Vervolgens is door middel van multiple regressieanalyses geanalyseerd welke bijdrage depressieve klachten en probleemgerichte- en emotiegerichte coping leveren aan de verklaring van de variantie in somatische klachten en omgekeerd, welke bijdrage somatische klachten en probleemoplossende copingstijlen leveren aan de verklaring van de variantie in depressieve klachten. Geslacht werd als covariaat in de modellen ingevoerd en de samenhang voor mannen en vrouwen werd nadien voor elke sekse afzonderlijk geanalyseerd. Voor het berekenen van de interactietermen (Cohen & Cohen, 1983) werden de voorspellende en modererende variabelen eerst gecentreerd. De door vermenigvuldiging verkregen producten van de gecentreerde voorspellende en modererende variabelen werden gebruikt als interactietermen. De effecten van verandering van probleemoplossende copingstijlen op somatische en depressieve klachten werden in aparte regressiemodellen getoetst. De verschillende modellen, waarbij telkens de 'enter-methode' werd gebruikt, zijn per lijn weergegeven in de tabellen drie en vier van de resultatensectie. De volgorde van invoering van de variabelen was als volgt: geslacht, de hoofdeffecten en de interactietermen.

Met de 'backward methode' werden individuele copingschalen geselecteerd die een significant verband hadden met depressieve of somatische klachten (criterium: $p \leq .05$; Cohen & Cohen, 1983). Met de geselecteerde copingschalen werden bijkomende enkelvoudige of multiple regressieanalyses uitgevoerd.

3. Resultaten

De 74 patiënten in de responsgroep kwamen uit zes psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen. Er waren 67.6% vrouwen en 32.4% mannen en de gemiddelde leeftijd was 46.9 jaar (SD: 12.4), variërend van 20 tot 72 jaar. De gemiddelde opnameduur bedroeg 17.5 weken (SD: 19.3) met een range van 1 tot 100 weken. De patiënten hadden voorheen gemiddeld 1.9 (SD: 1.06) depressies en hun score op de Beck depressieschaal (BDI) bedroeg gemiddeld 25.8 (SD: 11.1). Tabel 1 vermeldt biografische gegevens van de 74 respondenten in deze studie.

Tabel 1. Biografische variabelen (n=74)

	Gemiddelde	SD	Verhouding : vrouw/man
Leeftijd (jaren)	46.9	12.45	
Geslacht (% vrouw)			67.6
Vorige depressies (aantal)	1.9	1.06	
Duur opname (weken)	17.5	19.28	

De gemiddelden, standaarddeviaties en betrouwbaarheden van de variabelen staan vermeld in bijlage 6. De interne betrouwbaarheid (Cronbach's alfa) voor de UCL subschaal palliatieve reactie ($\alpha=.50$) bleek onvoldoende. Aangezien de UCL gebaseerd is op gefundeerd onderzoek werd deze gehandhaafd. De probleemgerichte copingschaal (samengesteld uit onder andere palliatieve reactie) leverde een bruikbare alfa op van .80. Er werden geen belangrijke verschillen vastgesteld tussen de gemiddelden en standaarddeviaties van patiënten welke gemeten werden door een onderzoeker en deze die gemeten werden door de afdelingspsychologen (somatische klachten: $t=1.06$, $p=.29$; depressieve klachten: $t=-.05$, $p=.96$).

Bij 41 patiënten (55.4%) werden één, bij 12 patiënten (16.2%) twee en bij 4 patiënten (5.4%) drie gediagnosticeerde psychische comorbiditeiten gerapporteerd (bijlage 5). De meest voorkomende comorbiditeit was persoonlijkheidsproblematiek (28 patiënten, 37.8%; er was één patiënt met een dubbele persoonlijkheidsdiagnose). De meeste patiënten (74.3%) rapporteerden tijdens het onderzoek geen andere lichamelijke ziektes. Respectievelijk 4.1% en 5.4% van de patiënten hadden griep of verkoudheid en 16.2% had een niet nader omschreven kwaal.

De correlaties tussen de variabelen zijn weergegeven in tabel 2. Psychische comorbiditeiten en somatische ziektes hadden geen significante correlaties met somatische of depressieve klachten. Comorbiditeiten correleerden wel significant met de copingschaal geruststellende gedachten ($r=.37$, $p<.05$), probleemgerichte coping ($r=.32$,

$p < .05$), emotiegerichte coping ($r = .31$, $p < .05$), vorige depressies ($r = .35$, $p < .05$) en lichamelijke ziektes ($r = .41$, $p < .01$).

De vastgestelde comorbiditeiten betroffen echter te kleine patiëntenaantallen om waardevolle statistische gegevens te kunnen opleveren en werden dan ook niet verder gebruikt. De controlevariabele geslacht bleek significant samen te hangen met somatische klachten ($r = .23$, $p < .05$) en werd mee opgenomen als covariaat in de regressieanalyse.

Tabel 2. Correlaties tussen de variabelen ($n = 74$)

Variabele	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Somatische klachten	-							
2. Depressieve klachten	.33**	-						
3. Actief aanpakken	-.10	-.33**	-					
4. Palliatieve reactie	.06	-.32**	.22	-				
5. Vermijden	.06	.42***	-.15	-.09	-			
6. Sociale steun zoeken	.19	-.10	.15	.37**	-.06	-		
7. Passief reactiepatroon	.21	.61***	-.20	-.14	.49***	-.12	-	
8. Expressie van emoties	.07	-.19	.20	.30*	-.24*	.25*	-.01	-
9. Geruststellende gedachten	.20	-.28*	.47***	.39**	-.16	.25*	-.32**	.17
10. Probleemgerichte coping	.10	-.37**	.70***	.70***	-.16	.64***	-.28*	.33**
11. Emotiegerichte coping	.09	-.37**	.24*	.35**	-.72***	.66***	-.37**	.61***
12. Sekse	.23*	.15	.01	-.09	.10	.03	.10	.14**
13. Leeftijd	-.01	.01	.11	-.18	.07	-.27*	-.08	-.12
14. Opnameduur	.05	.07	.02	.24*	-.01	.18	-.04	.05
15. Vorige depressies	-.01	.41***	-.02	-.15	.11	-.09	.19	-.02
16. Comorbiditeiten	-.05	.24	-.12	-.23	.13	-.21	.15	-.26
17. Ziektes	.21	-.08	.16	.26*	-.13	.14	-.03	-.08

Noot. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabel 2.(vervolg) Correlaties tussen de variabelen ($n = 74$)

Variabele	9	10	11	12	13	14	15	16	17
9. Geruststellende gedachten	-								
10. Probleemgerichte coping	.72***	-							
11. Emotiegerichte coping	.29*	.56***	-						
12. Sekse	.09	.01	-.00	-					
13. Leeftijd	.06	-.10	-.24*	.00	-				
14. Opnameduur	.01	.17	.12	.07	.02	-			
15. Vorige depressies	-.10	-.12	-.12	.00	.01	.24*	-		
16. Comorbiditeiten	-.37*	-.32*	-.31*	-.16	-.12	.10	.35*	-	
17. Ziektes	.14	.26*	.13	.05	.16	.13	-.24*	-.41**	-

Noot. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabel 3 toont de resultaten van de multiple regressieanalyse met de voorspellende variabelen van somatische klachten. Uit de multiple regressieanalyse met geslacht als covariaat blijkt een significante, zwakke samenhang tussen depressieve klachten en somatische klachten ($\beta = .30$, $p < .01$). Als patiënten meer depressieve

klachten ervaren zullen ze ook meer somatische klachten rapporteren. Omdat geslacht als covariaat in het model werd opgenomen werd de betreffende samenhang voor mannen en vrouwen in aparte groepen onderzocht. Vrouwen met depressieve klachten hebben significant meer somatische klachten dan mannen ($\beta=.33$, $p<.05$; resultaat niet in tabel vermeld).

Tabel 3. Multiple lineaire regressieanalyse met de enter procedure voor de voorspellende variabelen van somatische klachten (n=74)

Variabele	B	Std Error B	Gestandaardiseerde B	T	R ²
(constant)	18.537	3.612		5.132***	
Geslacht	4.172	2.076	.230	2.009*	.053
(constant)	13.883	3.864		3.593**	
Geslacht	3.361	2.012	.186	1.670	
Depressieve klachten	.233	.086	.302	2.714**	.142
(constant)	13.244	7.031		1.884	
Geslacht	4.157	2.079	.230	1.999*	
Probleemgerichte coping	.100	.114	.101	.878	.063
(constant)	13.609	7.396		1.840	
Geslacht	4.173	2.082	.230	2.004*	
Emotiegerichte coping	.126	.164	.088	.764	.061
(constant)	-.696	7.744		-.090	
Geslacht	3.066	1.967	.169	1.558	
Depressieve klachten	.307	.090	.397	3.391**	
Probleemgerichte coping	.247	.115	.250	2.155*	.195
Interactieterm ¹	.005	.012	.049	.453	.198
(constant)	-.675	8.142		-.083	
Geslacht	3.121	1.974	.172	1.581	
Depressieve klachten	.303	.091	.392	3.331**	
Emotiegerichte coping	.336	.166	.235	2.019*	.189
Interactieterm ²	.019	.015	.139	1.278	.208

Noot. Interactieterm¹ = probleemgerichte coping x depressieve klachten. Interactieterm² = emotiegerichte coping x depressieve klachten.
* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$.

Er blijkt geen significante samenhang tussen probleemgerichte coping en somatische klachten ($\beta=.10$, $p=.38$) en ook niet tussen emotiegerichte coping en somatische klachten ($\beta=.09$, $p=.45$).

Rekening houdend met depressieve klachten blijken probleemgerichte coping ($\beta=.25$, $p<.05$) en emotiegerichte coping ($\beta=.23$, $p<.05$) een significante en middelmatig sterke samenhang te hebben met somatische klachten. Het blijkt dat hoe meer probleemgerichte- en emotiegerichte coping en hoe meer depressieve klachten, des te meer somatische klachten. Uit de multiple regressieanalyse blijkt de gecentreerde interactieterm probleemgerichte coping x depressieve klachten geen significant interactie-effect te hebben ($\beta=.05$, $p=.65$) op de relatie tussen

depressieve klachten en somatische klachten en dit blijkt evenmin het geval te zijn voor de gecentreerde interactieterm emotiegerichte coping x depressieve klachten ($\beta = .14$, $p = .21$).

Tabel 4. Multiple lineaire regressieanalyse met de enter procedure voor de voorspellende variabelen van depressieve klachten ($n = 74$)

Variabele	B	Std. Error B	Gestandaardiseerde B	T	R ²
(constant)	19.977	4.753		4.203***	
Geslacht	3.482	2.732	.149	1.275	.022
(constant)	12.500	5.324		2.348*	
Geslacht	1.799	2.691	.077	.669	
Somatische klachten	.403	.149	.312	2.714**	.114
(constant)	45.435	8.609		5.278***	
Geslacht	3.554	2.546	.152	1.396	
Probleemgerichte coping	-.480	.139	-.375	-3.449**	.162
(constant)	47.213	9.042		5.222***	
Geslacht	3.476	2.545	.148	1.366	
Emotiegerichte coping	-.695	.201	-.375	-3.455**	.163
(constant)	39.343	8.234		4.778***	
Geslacht	1.643	2.442	.070	.673	
Somatische klachten	.460	.136	.355	3.391**	
Probleemgerichte coping	-.526	.131	-.410	-4.026***	.281
Interactieterm ¹	-.008	.018	-.044	-.425	.282
(constant)	41.060	8.660		4.742***	
Geslacht	1.589	2.448	.068	.649	
Somatische klachten	.452	.136	.349	3.331**	
Emotiegerichte coping	-.751	.189	-.406	-3.978***	.277
Interactieterm ²	-.016	.029	-.061	-.544	.280

Noot. Interactieterm¹ = probleemgerichte coping x somatische klachten. Interactieterm² = emotiegerichte coping x somatische klachten.
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabel 4 toont de verschillende stappen van de multiple regressieanalyse met de voorspellende variabelen van depressieve klachten. De controlevariabele geslacht blijkt geen significante samenhang te hebben met depressieve klachten ($\beta = .15$, $p = .21$). Uit de multiple regressieanalyse blijkt een significante, zwakke samenhang tussen somatische klachten en depressieve klachten ($\beta = .31$, $p < .01$) en hoe meer somatische klachten, des te hoger de score op depressieve klachten. Vrouwen met somatische klachten hebben significant meer depressieve klachten dan mannen ($\beta = .33$, $p < .05$; resultaat niet in tabel vermeld).

Probleemgerichte coping ($\beta = -.37$, $p < .01$) en emotiegerichte coping ($\beta = -.37$, $p < .01$) blijken een significant, zwak verband te hebben met depressieve klachten. De samenhang is dusdanig dat hoe meer probleemgerichte- of emotiegerichte coping, hoe minder depressieve klachten. Ook voor deze samenhang werd geslacht als covariaat in

het model opgenomen en werd de betreffende samenhang voor mannen en vrouwen in aparte groepen onderzocht. De samenhang is telkens belangrijker voor mannen dan voor vrouwen (probleemgericht: $\beta = -.47, p < .05$; emotiegericht: $\beta = -.41, p < .05$; resultaten niet in tabel vermeld). De individuele copingschalen actief aanpakken, passief reactiepatroon en palliatieve reactie bereikten het criterium niveau ($p \leq .05$) en werden opgenomen in de regressievergelijking met depressieve klachten (de resultaten werden niet in een aparte tabel gerapporteerd). Hoge scores op de subschalen actief aanpakken ($\beta = -.33, p < .01$) en palliatieve reactie ($\beta = -.31, p < .01$) en een lage score op passief reactiepatroon ($\beta = .61, p < .001$) blijken significante relaties te hebben met minder depressieve klachten. De samenhang met depressieve klachten is zwak voor actief aanpakken en palliatieve reactie en middelmatig sterk voor passief reactiepatroon. De gevonden samenhang voor passief reactiepatroon ($\beta = .66, p < .001$) en palliatieve reactie ($\beta = -.47, p < .05$) bij de afzonderlijk geanalyseerde groepen mannen en vrouwen was sterker bij mannen.

Rekening houdend met somatische klachten blijken probleemgerichte coping ($\beta = -.41, p < .001$) en emotiegerichte coping ($\beta = -.41, p < .001$) een significante, middelmatig sterke samenhang te hebben met depressieve klachten. Het blijkt dat hoe minder probleemgerichte- en emotiegerichte coping en hoe meer somatische klachten, des te meer depressieve klachten. De gecentreerde interactieterm probleemgerichte coping x somatische klachten ($\beta = -.04, p = .67$) blijkt geen significant interactie-effect te hebben op de relatie tussen somatische klachten en depressieve klachten en dit blijkt evenmin voor de gecentreerde interactieterm emotiegerichte coping x somatische klachten ($\beta = -.06, p = .59$).

4. Discussie

Het doel van deze studie was te onderzoeken of coping invloed heeft op de relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten bij opgenomen depressieve patiënten. Om deze vraag te beantwoorden werd allereerst de relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten onderzocht. Er is een zwakke maar significante samenhang vastgesteld tussen depressieve en somatische klachten en dit verband is sterker bij vrouwen dan bij mannen. Depressieve patiënten met meer somatische klachten hebben meer depressieve klachten en dit verband geldt ook in omgekeerde richting. Wanneer depressieve patiënten meer depressieve klachten ervaren, dan wordt er in mindere mate gebruik gemaakt van probleemgerichte- en emotiegerichte coping. Dit geldt meer voor mannen dan voor vrouwen. Rekening houdend met de hoeveelheid depressieve klachten werd gevonden dat patiënten die meer probleemoplossende coping gebruiken, meer somatische klachten ervaren. Verder bleek dat wanneer er rekening werd gehouden met somatische klachten, patiënten die meer probleemgerichte- en emotiegerichte coping hanteren, minder depressieve klachten ervaren. Het copingniveau oefent geen modererende invloed uit op de relatie tussen depressieve en somatische klachten.

De relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten werd in eerder onderzoek meermaals aangetoond (Costa & McCrae, 1980; 1985; 1987, in Sarafino, 1997). Meer recent vonden Ohayon en Schatzberg (2003, in Ohayon, 2004) dat bijna de helft van alle mensen met een majeure depressie chronische fysieke pijn voelen en dat patiënten met somatische klachten dikwijls ook depressieve klachten rapporteren (Ohayon, 2004). De sterkere relatie bij vrouwen houdt verband met het feit dat zowel depressieve klachten als somatische klachten meer worden gerapporteerd door vrouwen (Van den Brink, 1994, in Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 1997; Matza, Revicki, Davidson et al., 2003, in Ohayon, 2004).

Door gebruik te maken van probleemoplossende copingstijlen hebben patiënten minder depressieve klachten, wat wordt bevestigd in voorliggend onderzoek. Matheson en Anisman (2003) vonden dat copingstrategieën kunnen variëren samen met wijzigingen in de affectieve toestand en dat depressieve symptomen verbeteren bij gebruik van een probleemoplossende copingstijl. Copingstrategieën worden ook op verschillende manieren in combinatie met elkaar gebruikt. Een excessief gebruik van ineffectieve copingstijlen zoals piekeren en vermijden en een verminderd gebruik van cognitieve herstructurering en sociale steun zoeken, zijn te associëren met meer depressieve klachten (Lazarus, 2000, in Matheson & Anisman, 2003). Copingstrategieën zoals actief aanpakken en constructieve of recreatieve activiteiten zoeken worden eerder gebruikt als de toestand

controleerbaar is. Gezien het hoge recidivekarakter voor depressie in de onderzoeksgroep wordt een lagere controleerbaarheid verondersteld en door minder gebruik te maken van probleemoplossende coping zouden depressieve klachten kunnen toenemen. De vastgestelde relatie tussen de copingschaal passief reactiepatroon en depressieve klachten wordt verkaard doordat emotionele afzondering en piekeren sterk te associëren zijn met depressie. Nolen-Hoeksema en Morrow (1991, in Segal et al., 2004) stellen dat bij mensen die andere dingen doen als afleiding voor piekerende gevoelens en bij mensen die minder geneigd zijn tot piekeren de depressieve stemming doorgaans van kortere duur is. Mensen die piekeren en wikken en wegen houden hun sombere gevoelens in stand. Volgens Lyubomirski en Nolen-Hoeksema (1995, in Segal et al.) geloven mensen die blijven piekeren wel dat zij zichzelf beter begrijpen maar tonen zij zich minder in staat problemen op te lossen. De relatie tussen probleemoplossende coping en depressieve klachten en tussen de copingschalen palliatieve reactie en passief reactiepatroon met depressieve klachten is sterker bij mannen dan bij vrouwen. Dit resultaat werd niet verondersteld en ook niet verwacht. Een theorie over geheugenspecificiteit bij mannen (Pollock & Williams, 2001; Sidley, Whitaker, Calam & Wells, 1997 in Corveleyn et al., 2005) maakt toespeling op dit onderscheid maar er werd geen empirische onderbouwing gevonden ter ondersteuning. Wanneer rekening wordt gehouden met somatische klachten ervaren patiënten die meer probleemgerichte- en emotiegerichte coping hanteren minder depressieve klachten. Deze relatie werd verwacht en Matheson en Anisman (2003) stellen dat, terwijl copingstijlen over het algemeen stabiel zijn in de tijd, stemmingsverbeteringen of stemmingsverslechtingen samen optreden met wijzigingen in copingstijlen. Probleemoplossende coping heeft niet alleen een correlatie met het stemmingsniveau maar schijnt een antecedente voorwaarde te zijn die de evolutie van ernstige affectieve problemen gunstig kan beïnvloeden.

Er werd geen significant verband gevonden tussen probleemoplossende coping en somatische klachten en dit is tegengesteld aan wat wij hadden verwacht. Robbins en Kirmayer (1991, in Van der Feltz-Cornelis & Van der Horst, 2003) veronderstellen dat de mate waarin mensen aandacht hebben voor lichamelijke sensaties wordt bepaald door stabiele individuele verschillen en dat somatiseren mogelijk dieper geworteld zit in de persoonlijkheid. Rekening houdend met de hoeveelheid depressieve klachten ervaren patiënten die meer probleemoplossende coping gebruiken, meer somatische klachten terwijl in onze hypothese juist minder somatische klachten werden verwacht. Speculatieve theoretische verklaringen werden hierover gevonden in door Blatt gekarakteriseerde pathologische persoonlijkheidsontwikkelingen (Blatt & Shichman, 1983, in Corveleyn et al., 2005) en in de context afhankelijke geheugentheorie van Bower (1981, in Corveleyn et al.). Blatt stelt dat depressieve patiënten ten gevolge van interpersoonlijke conflicten hun depressies maskeren door somatische klachten. Bower geeft aan dat hervallen

depressieve patiënten hun geheugen op een stemmingscongruente manier gebruiken en door hun depressie blijven vastzitten in een spiraal van negatieve herinneringen die hun lichamelijke klachten versterken. Probleemoplossende coping leidt dan niet tot minder maar tot meer somatische klachten. Deze studie kan daarover geen uitspraak doen wegens onvoldoende empirische onderbouwing. Dit zou nader onderzoek vragen, bijv. binnen een normale populatie waarbij er geen sprake is van psychopathologische ziektebeelden. Ook de verwachte modererende invloed van coping op de relatie tussen somatische klachten en depressieve klachten kon niet worden bevestigd door het onderzoek. Dat geen interactie kon worden aangetoond ligt gedeeltelijk aan de onverwachte positieve relatie die probleemoplossende coping uitoefent op het verband tussen depressieve klachten en somatische klachten. In hun onderzoek naar de associatie tussen copingsystemen en depressiviteit suggereren ook Matheson en Anisman (2003) dat het meer aangewezen is om coping in een breder dynamisch systeemperspectief te zien dan als oplossingstrategie voor een specifieke stressor.

Ter aanvulling en verduidelijking worden enkele beperkingen gegeven van het onderzoek. De eerste beperking is dat de oorzakelijkheid van het verband tussen de variabelen niet kon worden aangetoond omdat het een cross-sectionele studie betreft. De richting van de correlatieve en regressionele samenhang tussen de variabelen kan tweezijdig worden geïnterpreteerd zonder prospectief of generaliseerbaar karakter. De tweede beperking is dat de variabelen werden gemeten met zelf-rapportagevragenlijsten. Gezien de cross-sectionaliteit van de meting waren scores van de participanten in principe niet gebiased door kennis van de vragenlijstcores bij een vorige meting. Welke patiënten eerder geconfronteerd werden met vragenlijsten als BDI en SOM is moeilijk te achterhalen en bias is dan ook niet volledig uit te sluiten. Een derde beperking is dat de doelgroep geen representatieve groep depressieve patiënten zou zijn omdat voor de aanvang van het onderzoek geen specifieke diagnoses werden gesteld. Deze beperking is echter minimaal omdat alle patiënten opgenomen waren voor de behandeling van depressie en de gediagnosticeerde psychische comorbiditeiten geen significante correlaties bleken te hebben met depressieve of somatische klachten.

Gezien de vastgestelde correlaties tussen voornamelijk psychische comorbiditeiten op persoonlijkheidsvlak en coping verdient het voor vervolgonderzoek aanbeveling aandacht te besteden aan persoonlijkheidskenmerken zoals hoge afhankelijkheidsniveaus, zelfkritisch-perfectionisme en een te kort aan specifiek aandachtgericht cognitief vermogen. De voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst voor het meten van aandachtgericht cognitief vermogen voldeed niet aan psychometrische criteria. Het zou interessant zijn een dergelijk meetinstrument voor

vervolgonderzoek te ontwikkelen. Een andere aanbeveling is een prospectief longitudinaal onderzoek naar het causale verband tussen de onderzochte variabelen.

Tot besluit werd de relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten bevestigd. Depressieve patiënten met probleemoplossende copingstrategieën vertonen minder depressieve klachten. Dit verband werd ook aangetoond wanneer er rekening gehouden werd met somatische klachten. Probleemgerichte- en emotiegerichte coping blijken geen gunstige invloed te hebben op somatische klachten. Rekening houdend met de hoeveelheid depressieve klachten ervaren patiënten die meer probleemoplossende coping gebruiken meer somatische klachten. Coping heeft geen modererende invloed op de relatie tussen depressieve klachten en somatische klachten. Er kan verder onderzoek worden gedaan naar de rol van persoonskenmerken en aandachtgericht cognitief vermogen op de variabelen en het causale verband tussen de onderzochte variabelen kan worden aangetoond met prospectief longitudinaal onderzoek.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. (1997). A regular review of the long-term follow up of depression. Fortnightly review. *British Medical Journal*, 315, 1143-1146.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Symptom checklist (SCL-90)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bouman, T.K., Luteijn, F., Albersnagel, F.A., & Van der Ploeg, F.A.E. (1985). Enige ervaringen met de Beck Depression Inventory. *Gedrag*, 13, 13-24.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavior Sciences (2nd Edition)*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Corveleyn, J., Luyten, P., & Blatt, S.J. (2005). *The Theory and Treatment of Depression: Towards a Dynamic Interactionism Model*. Leuven: Leuven University Press; Mahwah, New Jersey: Lawrence, Erlbaum Associates.
- COTAN, *Richtlijnen voor ontwikkeling en gebruik van psychologische tests en studietoetsen*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Psychologen, 1988.
- De Wester, J.N. (1996). Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression – Depression in Special Patient Populations. *Journal of Family Practice*, Dec.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams, & Williams.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F., & Schaap, C.P.D.R. (2002). De Waarde van enige Vragenlijsten in de Eerstelijns. *Diagnostiek-Wijzer*, 5, 130-148.
- Leckam, J.F., Merikangas, K.R., Pauls, D.L., Prusoff, B.A., & Weissman, M.M. (1983). Anxiety disorders and depression: Contradictions between family study data and DSM-III conventions. *American Journal of Psychiatry*, 140, 880-882.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In: A. Bergin & S.L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 379-427)*. New York: Wiley.
- Matheson, K., & Anisman, H. (2003). Systems of Coping Associated with Dysphoria, Anxiety and Depressive Illness: A Multivariate Profile Perspective. *Stress*, 6 (3), 223-234.

- Ohayon, M.M. (2004). Does depression hurt? Epidemiology of physical symptoms and depression, 867-869. In Schatzberg, A.F. chair. *Depression and Physical Symptoms: The Mind-Body Connection (Academic Highlights)*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (6), 867-876.
- Sanderson, W.C., Beck, A.T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Sarafino, E.P. (1997). *Health psychology: Biopsychological Interactions*. 3d ed.. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schotte, C.K.W., Van den Bossche, B., Van den Bergh, S., Claes, S., & Cosyns, P. (2003). Denken over depressie. Een biopsychosociaal model. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 33 (2), 98-117.
- Schreurs, P.J.G, Van de Willige, G., Tellegen, B., & Brosschot, J.F. (1993). *De Utrechtse Copinglijst (UCL)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2004). *Aandachtgerichte cognitieve therapie bij depressie: een nieuwe benadering om terugval te voorkomen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Sufka, K.J., & Price, D.D. (2002). Gate Control Theory reconsidered. *Brain & Mind*, 3 (2), 277-290.
- Van der Feltz-Cornelis, C., & Van der Horst, H. (2003). *Handboek Somatisatie: Lichamelijke onverklaarde klachten in de eerste en tweede lijn*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van der Ham, Th. (1994). *Psychological factors and the course of adolescent eating disorders*. Utrecht: Academisch proefschrift, Universiteit van Utrecht.
- Van der Molen, H.T., Perreijn, S., & Van den Hout, M.A. (1997). *Klinische psychologie, Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Wei, M., Heppner, P.P., & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived Coping as a Mediator between Attachment and Psychological Distress: a structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (4), 438-447.

Bijlagen

Bijlage 1. Verzoekbrief ziekenhuizen

Brasschaat 8 december 2004

Psychiatrisch Ziekenhuis

Geachte

Betreft: onderzoek depressie

Ik ben aan het afstuderen als student psychologie aan de Open Universiteit Nederland (afdeling Antwerpen) en voor mijn eindwerk (scriptie) onderzoek ik de relatie tussen depressie en somatische klachten en de invloed van copingstijl daarop.

Tijdens mijn praktijkstage in een psychiatrische afdeling voor depressie is dit onderzoeksonderwerp ontstaan en ik richt mij ook tot u omdat er meer patiënten nodig zijn om een volwaardig onderzoek te kunnen doen.

Het onderzoek gebeurt met een vragenlijst, samengesteld uit de BDI voor depressie, de dimensie somatisatie uit de SCL-90 en de UCL voor coping en is gericht op (liefst opgenomen) patiënten die behandeld worden voor depressie. De afname van de vragenlijst neemt een twintigtal minuten in beslag en is gepland in januari / februari 2005.

Graag zou ik willen vernemen of uw ziekenhuis de mogelijkheid geeft om dit onderzoek te doen. Ik zorg voor alle materiaal zodat er zo weinig mogelijk belasting bij uw medewerkers terecht komt. Ik kom mijzelf en de vragenlijst uiteraard op voorhand voorstellen zodat uw behandelteam goed weet wie ik ben en wat er verwacht wordt.

Uw positief antwoord tegemoet ziende verblijf ik, met de meeste hoogachting.

Jaak Vermeiren
Berrélei 38
B-2930 Brasschaat

tel./fax: 03/ 663 28 54
e-mail: jaakvrm@hotmail.com

Bijlage 2. Vragenlijsten deelnemers

Vragenlijst 1: Kies één van de vier uitspraken in iedere groep (van 0 tot 3) die het best weergeeft hoe u zich de AFGELOPEN WEEK, MET VANDAAG ERBIJ, gevoeld heeft. Omcirkel het cijfer dat het meest op u slaat. Lees eerst alle uitspraken van iedere groep voordat u een keuze maakt.

- | | | | |
|-----------|--|------------|---|
| 1. | | 6. | |
| 0 | Ik voel me niet verdrietig. | 0 | Ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word. |
| 1 | Ik voel me verdrietig. | 1 | Ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden. |
| 2 | Ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van mij afzetten. | 2 | Ik verwacht dat ik gestraft zal worden. |
| 3 | Ik ben zo verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer verdragen kan. | 3 | Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word. |
| 2. | | 7. | |
| 0 | Ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst. | 0 | Ik voel me niet teleurgesteld in mezelf. |
| 1 | Ik ben moedeloos over de toekomst. | 1 | Ik ben teleurgesteld in mezelf. |
| 2 | Ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te zien. | 2 | Ik walg van mezelf. |
| 3 | Ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is. | 3 | Ik haat mezelf. |
| 3. | | 8. | |
| 0 | Ik voel me geen mislukkeling. | 0 | Ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders. |
| 1 | Ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand. | 1 | Ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten. |
| 2 | Als ik op mijn leven terugkijk zie ik alleen maar een hoop mislukkingen. | 2 | Ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken. |
| 3 | Ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben. | 3 | Ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt. |
| 4. | | 9. | |
| 0 | Ik beleef overal net zo veel plezier aan als vroeger. | 0 | Ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken. |
| 1 | Ik geniet niet meer zo als vroeger. | 1 | Ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen. |
| 2 | Ik vind nergens nog echte bevrediging in. | 2 | Ik zou een eind aan mijn leven willen maken. |
| 3 | Ik heb nergens meer voldoening van; ik vind alles vervelend | 3 | Ik zou een eind aan mijn leven willen maken als ik de kans kreeg. |
| 5. | | 10. | |
| 0 | Ik voel me niet bijzonder schuldig. | 0 | Ik huil niet meer dan normaal. |
| 1 | Ik voel me vaak schuldig. | 1 | Ik huil meer dan vroeger. |
| 2 | Ik voel me meestal schuldig | 2 | Ik huil nu voortdurend. |
| 3 | Ik voel me voortdurend schuldig. | 3 | Ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het. |

- 11.**
0 Ik erger me niet meer dan anders.
1 Ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger.
2 Ik erger me tegenwoordig voortdurend.
3 Ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik mij vroeger ergerde.
- 12.**
0 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren.
1 Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger.
2 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren.
3 Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren.
- 13.**
0 Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger.
1 Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger.
2 Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen.
3 Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen.
- 14.**
0 Ik heb niet het gevoel dat ik er minder goed uitzie dan vroeger.
1 Ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie.
2 Ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie.
3 Ik geloof dat ik er lelijk uitzie.
- 15.**
0 Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger.
1 Het kost me extra inspanningen om ergens aan te beginnen.
2 Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen.
3 Ik ben tot helemaal niets meer in staat.
- 16.**
0 Ik slaap even goed als anders.
1 Ik slaap niet meer zo goed als vroeger.
2 Ik word 's morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen.
3 Ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen.
- 17.**
0 Ik word niet sneller moe dan anders.
1 Ik word eerder moe dan vroeger.
2 Ik word moe van bijna alles wat ik doe.
3 Ik ben te moe om ook maar iets te doen.
- 18.**
0 Ik heb niet minder eetlust dan anders.
1 Ik heb minder eetlust dan vroeger.
2 Ik heb veel minder eetlust dan vroeger.
3 Ik heb helemaal geen eetlust meer.
- 19.**
0 Ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd.
1 Ik ben meer dan 2 kilo afgevallen.
2 Ik ben meer dan 4 kilo afgevallen.
3 Ik ben meer dan 6 kilo afgevallen.
- 20.**
0 Ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders.
1 Ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijv. als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping enz.
2 Ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken.
3 Ik maak me zoveel zorgen over mijn lichamelijke problemen dat ik aan niets anders meer kan denken.
- 21.**
0 Ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets veranderd is aan mijn belangstelling voor sex.
1 Ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger.
2 Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex.
3 Ik heb mijn belangstelling voor sex helemaal verloren.

Vragenlijst 2: In deze vragenlijst wordt u gevraagd in welke mate u last heeft van lichamelijke en psychische klachten. Wilt u voor elk van de onderstaande klachten aangeven in hoeverre u last heeft. Het gaat er hierbij steeds om hoe u zich GEDURENDE DE AFGELOPEN WEEK, MET VANDAAG ERBIJ, voelde.

Omcirkel bij iedere vraag één cijfer dat het meeste op u van toepassing is

	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
1. Hoofdpijn.....	1	2	3	4	5
2. Duizeligheid.....	1	2	3	4	5
3. Pijn in de borst of hartstreek.....	1	2	3	4	5
4. Misselijkheid of een maag die van streek is.....	1	2	3	4	5
5. Pijnlijke spieren.....	1	2	3	4	5
6. Moeilijk adem kunnen krijgen.....	1	2	3	4	5
7. Je soms erg warm, dan weer koud voelen.....	1	2	3	4	5
8. Een verdoofd of tintelend gevoel ergens in je lichaam.....	1	2	3	4	5
9. Een brok in je keel.....	1	2	3	4	5
10. Je lichaam ergens slap voelen.....	1	2	3	4	5
11. Je lichamenlijk ergens slap voelen.....	1	2	3	4	5
12. Zwaar voelen in armen en benen.....	1	2	3	4	5

Vragenlijst 3: De volgende beschrijvingen geven aan hoe men zoal kan denken of doen als er problemen zijn. WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT. Er zijn geen goede of foute antwoorden en wilt u a.u.b. geen zinnen overslaan.

Zet bij iedere zin een kruis in één van de hokjes dat het meeste op u van toepassing is

	Zelden of nooit	Soms	Dikwijls	Zeer dikwijls
1. Je bedenken dat er nog wel ergere dingen kunnen gebeuren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Proberen je te ontspannen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je volledig afzonderen van anderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je ergernis laten blijken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. De zaken somber inzien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je met andere dingen bezighouden om niet aan een probleem te hoeven denken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Laten zien dat je kwaad bent op degene die verantwoordelijk is voor het probleem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Toegeven om moeilijke situaties te vermijden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je neerleggen bij de gang van zaken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je zorgen met iemand delen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Direct ingrijpen als er moeilijkheden zijn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tegen jezelf zeggen dat het allemaal wel mee zal vallen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Problemen als een uitdaging zien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je zorgen tijdelijk verdrijven door er even uit te gaan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. De kat uit de boom kijken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Spanningen proberen te verminderen door bijv. meer te roken, drinken, eten of beweging nemen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Afleiding zoeken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Een probleem van alle kanten bekijken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Moeilijke situaties zoveel mogelijk uit de weg gaan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Optimistisch blijven over de toekomst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kalm blijven in moeilijke situaties.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Verschillende mogelijkheden bedenken om een probleem op te lossen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Doelgericht te werk gaan om een probleem op te lossen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Piekeren over het verleden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Opgewekt gezelschap zoeken als je je zorgen maakt of van streek bent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Proberen je te onttrekken aan een situatie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je spanningen afreageren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wachten op betere tijden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Iemand om hulp vragen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Rustgevendende middelen gebruiken als je je gespannen voelt of nervus bent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wegvluchten in fantasieën.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. De zaken eerst op een rij zetten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Je geheel en al in beslag laten nemen door problemen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Aan andere dingen denken die niet met het probleem te maken hebben..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Op de een of andere manier proberen je wat prettiger te voelen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Je bedenken dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Je bedenken dat na regen zonneshijn komt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Je gevoelens tonen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Troost en begrip zoeken..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Moeilijkheden over je heen laten komen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. De humoristische kant van problemen zien..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Laten merken dat je ergens mee zit..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Met vrienden of familieleden het probleem bespreken..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. De zaak op z'n beloop laten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Je niet druk maken: meestal komt alles op z'n pootjes terecht..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Je niet in staat voelen om iets te doen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Jezelf moed inspreken bij moeilijkheden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vragenlijst 4: De volgende beschrijvingen geven aan hoe men zoal kan denken of doen bij het geven van aandacht bij een aantal situaties. **WILT U ACHTER IEDERE ZIN AANGEVEN HOE U IN HET ALGEMEEN OP DE BESCHREVEN MANIER REAGEERT.** Er zijn geen goede of foute antwoorden en wilt u a.u.b. geen zinnen overslaan.

Zet bij iedere zin een kruis in één van de hokjes

	Zelden of nooit	Soms	Dik- wijls	Ze dikwijls
1. In moeilijke situaties tot jezelf komen door naar je ademhaling te luisteren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lastige gedachten, gevoelens of gewaarwordingen benoemen (of beschrijven) i.p.v. ze te verdringen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dingen die door je hoofd gaan zijn niet per se feiten of waarheden...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je openstellen voor negatieve gedachten en gevoelens en niet meteen ingrijpen om deze af te weren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lastige gedachten, gevoelens of gewaarwordingen al ademend in je bewustzijn houden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In te vullen door de onderzoeker:
Comorb.:

Patiënt nr.:.....

Bijlage 3. Informatiebrief deelnemers

Brasschaat, januari 2005

Beste deelnemer

Betreft: invullen vragenlijst

Mag ik u vriendelijk om uw medewerking vragen aan een onderzoek over depressieve en lichamelijke klachten en de manier waarop u daarmee omgaat. Dit onderzoek gebeurt in het kader van mijn opleiding tot psycholoog aan de Open Universiteit Nederland. De onderzoeksgegevens blijven strikt anoniem en worden vertrouwelijk behandeld zodat u als deelnemer niet kan worden herkend.

Alles wat u moet doen is bijgevoegde vragenlijsten invullen wat ongeveer 15 minuten gaat duren. Gelieve de instructies en de vragen zorgvuldig te lezen. Het gaat enkel om uw mening: er zijn geen goede of foute antwoorden. Let op dat u geen antwoorden overslaat. Wanneer u twijfelt over een antwoord, probeer dan het antwoord te geven dat het meest van toepassing is.

Mijn hartelijke dank voor uw medewerking

Jaak Vermeiren
Berrélei 38
B-2930 Brasschaat

Tel./Fax: 03/663 28 54
email: jaakvrm@hotmail.com

Bijlage 4. Biografische gegevens deelnemers

Vul dit eerst in: ziekenhuis:.....datum:.....

Geslacht: man / vrouw (omcirkel het juiste a.u.b.)

Geboortedatum:.....

Datum laatste opname:.....

Bent u herstellend van een lichamelijke ziekte(n)?

Ja / Neen (omcirkel het juiste a.u.b.)

Zo ja, kunt u specificeren om welke ziekte het gaat? (omcirkel het juiste of verklaar a.u.b.)

- breuk
- verstuiking
- griep
- verkoudheid
- andere.....

Voorafgaand aan deze opname / behandeling heb ik (omcirkel het juiste a.u.b.):

- één ernstige depressieve periode gehad
- twee ernstige depressieve periodes gehad
- meer dan twee ernstige depressieve periodes gehad

Ik geef hierbij toestemming om de gegevens van deze vragenlijst te laten gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek met als voorwaarde dat de onderzoeksgegevens anoniem blijven en dat ik als patiënt niet te herkennen ben.

Ja / Neen (omcirkel het juiste a.u.b.)

 Bijlage 5. Diagnostische- (As-1 en As-2 van de DSM-IV) en andere ziektegegevens (n=74)

	N	Verhouding: Aantal/totaal
Psychische comorbiditeiten		
Persoonlijkheidsstoornis nao	8	10.8
Borderline-persoonlijkheidsstoornis	7	9.5
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	6	8.1
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	3	4.1
Schizoide persoonlijkheidsstoornis	2	2.7
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	1	1.4
Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	1	1.4
Pijnstoornis	5	6.8
Bipolaire stoornis	4	5.4
Dysthymie	4	5.4
Psychotische stoornis	4	5.4
Alcoholproblematiek	3	4.1
Somatisatiestoornis	3	4.1
Posttraumatische stress-stoornis	2	2.7
Overige diagnoses	4	5.4
Niet bekend	33	44.6
Totaal (n=74 + 12 tweevoudige en 4 drievoudige)	74	100
Andere ziektes		
Geen	55	74.3
Griep	3	4.1
Verkoudheid	4	5.4
Andere	12	16.2
Totaal	74	100

Noot. 'Niet bekend' = de comorbiditeit werd (nog) niet gediagnosticeerd.

Bijlage 6. Statistieken en betrouwbaarheden van de variabelen (n=74)

Variabele	M	SD	α
1. Somatische klachten	25.53	8.53	.82
2. Depressieve klachten	25.81	11.05	.87
3. Actief aanpakken	14.24	3.72	.75
4. Palliatieve reactie	16.95	3.10	.50
5. Vermijden	18.04	3.65	.65
6. Sociale steun zoeken	11.59	3.22	.74
7. Passief reactiepatroon	17.73	3.59	.63
8. Expressie van emoties	5.65	1.97	.63
9. Geruststellende gedachten	10.53	2.46	.61
10. Probleemgerichte coping	53.31	8.62	.80
11. Emotiegerichte coping	39.20	5.97	.70
