

C. van Gool. *The course of chronic disease, depression, and health behavior in longitudinal perspective: Findings concerning the epidemiology of aging*. Tilburg: Iskamp Concept Design, 2005. 168 p. ISBN 9090194320

Op 10 juni 2005 verdedigde Coen van Gool aan de Universiteit van Maastricht zijn proefschrift gewijd aan de interactie tussen depressie, chronische ziekten en gezondheidsgedrag. Een belangwekkend onderwerp zowel vanuit de theorie als voor de praktijk. Met name bij ouderen is vaak sprake van het samengaan van ongunstige factoren. Patiënten hebben bijvoorbeeld een lichamelijke aandoening, een ongezonde leefstijl, en ook depressieve klachten. Het is dan vraag of depressie de prognose van lichamelijke ziekten ongunstig beïnvloedt en vice versa. Mogelijk is er sprake van gezamenlijke (biologische) risicofactoren of onderlinge beïnvloeding, mogelijk heeft de samenhang ook te maken met ongunstig 'ziektegedrag'. Wanneer je in onderzoek een dergelijk verband vindt, hoe is dat dan te begrijpen, in welke volgorde komen deze aandoeningen voor, en biedt dit aanknopingspunten voor gerichte interventies? Daarover is nog onvoldoende bekend. Gezien de hoge prevalentie van depressie en chronische ziekten bij ouderen is het van groot belang dat hier onderzoek naar gebeurt. Coen van Gool heeft dit gedaan door in de gegevens van een tweetal longitudinale Nederlandse bevolkingsstudies deze associaties te onderzoeken; LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam) en MAAS (Maastricht Aging Study). Ook deed hij onderzoek in de ADAPT studie, een RCT naar de effecten van dieetmaatregelen en lichaamsbeweging op lichamelijke aandoeningen (Arthritis, Diet and Activity Promotion Trial).

In het eerste hoofdstuk wordt het conceptuele model besproken dat de basis vormde voor dit onderzoek. Het model bevat de reeds genoemde drie elementen; depressie, chronische ziekte en gezondheidsgedrag, waarbij dat laatste uiteenvalt in therapietrouw en leefstijl.

Hoofdstuk twee beschrijft een onderzoek dat deel uitmaakt van de ADAPT studie. In die studie werd

patiënten met overgewicht plus osteoarthritis een leefstijlinterventie aangeboden met als doel om via bewegingsadvies en/of dieetadvies te komen tot verbetering van de lichamelijke gezondheid. Voor deze studie werd specifiek gekeken naar de mate waarin patiënten deelnamen aan bijeenkomsten waarin deze adviezen werden besproken. Het blijkt dat (slechts) iets meer dan de helft van de patiënten hieraan deelnamen, en dat de mogelijkheid om ook thuis oefeningen te doen, alsmede deelname vanaf het begin van de bijeenkomsten samenhangen met een hogere aanwezigheid in de latere fasen van het programma.

In hoofdstuk drie wordt vervolgens gekeken of patiënten die hun oefeningen deden daar ook baat bij hebben gehad. Het blijkt dat patiënten met overgewicht en osteoarthritis die de bewegingsoefeningen netjes volhouden daadwerkelijk vooruit gaan in fysiek functioneren in termen van '6-minute walking distance' en een afname van beperkingen in het functioneren. Waarschijnlijk spelen een afname van de BMI en een afname van pijnklachten hierbij een rol. Geconcludeerd wordt dat oefenen zin heeft om de negatieve gevolgen van gewrichtsklachten en overgewicht te beperken. Dat is prettig om te weten, gezien de moeite die het altijd weer kost om mensen zover te krijgen om hun gedrag te veranderen.

In hoofdstuk 4 wordt aan de hand van twee metingen (6 jaar follow-up) in de LASA studie nagegaan in hoeverre in de oudere bevolking specifieke chronische aandoeningen (zoals longziekten, cardiovasculaire aandoeningen, en diabetes en gewrichtsklachten) geassocieerd zijn met ongezond gedrag zoals roken, overmatig alcoholgebruik en een 'zittend leven' (gebrek aan lichaamsbeweging). Dit blijkt per aandoening te verschillen. Ook zijn er in de loop van de tijd veranderingen te zien in gezondheidsgedrag bij patiënten met chronische

ziekten, het sterkst bij patiënten met cardiovasculaire aandoeningen. Men vindt echter niet dat een gezondere leefstijl geassocieerd is met een afname van ziektegerelateerde klachten. Hierbij moet worden aangetekend dat dit een beschrijvende, en geen interventiestudie is. Van Gool sluit af met de wens dat op termijn wellicht groepen patiënten kunnen worden onderscheiden die meer of minder geneigd zullen zijn om hun ziektegedrag te veranderen, hetgeen zou kunnen leiden tot specifieke interventies voor deze verschillende groepen. Dat is echter nog toekomstmuziek.

In hoofdstuk 5 komt de relatie tussen leefstijl en depressie meer centraal te staan. In de MAAS studie, met eveneens een 6 jaar follow-up, werd een samenhang gevonden tussen excessief drinken en het later optreden van depressieve klachten. Tevens bleek dat fysieke activiteiten en een normaal gewicht 'beschermen' tegen het later ontwikkelen van depressie. Ook hier wordt met enige voorzichtigheid geconcludeerd dat deze beschrijvende longitudinale gegevens suggereren dat leefstijlveranderingen het optreden van negatieve effecten zoals depressie zouden kunnen voorkomen.

Omgekeerd blijkt in hoofdstuk 6 dat depressieve klachten, en met name aanhoudend aanwezige depressieve klachten, geassocieerd zijn met ongezond gedrag zoals het roken van meer sigaretten en een afname van de lichaamsbeweging. Dit effect staat los van het al dan niet aanwezig zijn van een lichamelijke ziekte.

In hoofdstuk 7 wordt nagegaan of depressieve klachten ook daadwerkelijk het beloop van lichamelijke ziekten onder thuiswonende ouderen beïnvloeden. Wederom met data over 1110 respondenten van de LASA studie, nu echter met twee follow-up metingen na 3 en 6 jaar, werd gevonden dat depressie van invloed is op de ontwikkeling van 'disablement'. Daarbij blijkt dit met name

te gelden in het begin van de achteruitgang (van ziekte naar impairment) en in de laatste stap van de keten (van functionele beperkingen naar 'disability'). Depressie blijkt dus het ontwikkelen van belangrijke beperkingen ten gevolge van lichamelijke ziekte te versnellen, en is dus een ongunstige predictor van het beloop.

Al met al wordt in dit proefschrift op een creatieve manier en slimme manier een ingewikkelde driehoeksrelatie stapsgewijs onderzocht en beschreven, waarbij alle bevindingen wijzen op reciproke beïnvloeding. Depressieve klachten beïnvloeden het beloop (c.q. de handicaps ten gevolge) van lichamelijke ziekte en zijn geassocieerd met een ongezonde leefstijl. Een ongezonde leefstijl op zijn beurt leidt tot een hoger aantal depressieve klachten. En tot slot blijkt dat gedragsbeïnvloeding gericht op het verbeteren van de leefstijl de fysieke klachten en beperkingen ten gevolge van lichamelijke ziekte kan reduceren.

Daarbij werd op een aardige manier gebruik gemaakt van zowel epidemiologische studies onder ouderen, waarvan een aantal toonaangevende in Nederland zijn verricht, als van een RCT waarin is gepoogd daadwerkelijk gedrag te beïnvloeden. Hoewel de gegevens mooi bij elkaar aansluiten, betekent dit overigens niet dat de puzzel nu is opgelost. De onderzochte samenhangen in de bevolkingsstudies zijn interessant en suggestief in een bepaalde richting, maar betekenen niet automatisch dat dergelijke patronen beïnvloedbaar zijn. Dat is, zoals van Gool overigens duidelijk aangeeft in de discussie, immers niet onderzocht. Wat ook niet werd onderzocht, is of gerichte behandeling van depressieve klachten ook de andere parameters beïnvloedt. Maar dat is stof voor een volgend proefschrift.

Dr. R.A. Schoevers, psychiater en A-opleider psychiatrie, Mentrum GGZ Amsterdam en VUMC Amsterdam