Sociale steun en depressieve klachten

door B. Garssen, P.J.G. Schreurs, T.I. Oei en F.M. Zwart

Inleiding

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van het onderzoek naar de rol van sociale steun bij ontstaan en instandhouden van psychiatrische klachten.

De term 'sociale steun' heeft betrekking op verschillende vormen van steun, die men ervaart in relaties die men met andere personen onderhoudt. De algemene stelling is, dat het ontbreken van sociale steun de kans op het optreden van depressieve klachten verhoogt. In dit literatuuroverzicht wordt nagegaan hoe groot de evidentie voor deze stelling is. Daarvóór worden de verschillende vormen van sociale steun besproken, zoals die in onderzoek zijn onderscheiden. Tevens komen aan de orde de factoren die de mate van ondervonden steun bepalen en de interactie tussen stressvolle levensgebeurtenissen en sociale steun.

Verschillende maten voor sociale steun

Het is belangrijk om nauwkeurig te weten wat sociale steun inhoudt. Een aantal auteurs heeft daaraan een theoretische verhandeling gewijd (Cobb 1976; Dean en Lin 1977; Thoits 1982a, b). Men kan ook een andere weg bewandelen en nagaan welke vormen van steun in onderzoek zijn onderscheiden en hoe deze verschillende vormen van steun samenhangen met het klachtenniveau.

Er zijn op het gebied van sociale steun vele vragenlijsten ontwikkeld. In deze grote diversiteit is een onderscheid te maken tussen 'inventari-

Schrijvers zijn respectievelijk verbonden als psychofysioloog aan de Psychiatrische Kliniek, als klinisch psycholoog aan het Instituut voor Klinische Psychologie en Psychotherapie, als zenuwarts en als researchpsycholoog beiden aan de Psychiatrische Kliniek van de Rijksuniversiteit Utrecht; contactadres: B. Garssen, Researchafdeling Psychiatrie, S. v.d. Kolkstraat 10, 3511 HS Utrecht.

satievragen' en 'waarderingsvragen'. Bij inventarisatievragen wordt bijvoorbeeld gevraagd naar (1) de aanwezigheid van een levenspartner, (2) contacten met vrienden, buren en familieleden en (3) het lidmaatschap van een kerkgenootschap, een sociale of politieke organisatie, of van een hobby- of sportclub. Aan de hand van deze vragen wordt het sociale netwerk waarvan men deel uitmaakt in kaart gebracht. Bij waarderingsitems wordt gevraagd of er – in de ogen van de persoon zèlf – adequate steun door anderen wordt geboden. Voorbeelden van waarderingsvragen zijn: 'Kunt u met anderen persoonlijke problemen bespreken?', of 'Zijn er anderen die u kunnen opbeuren als u in een verdrietige stemming bent?'.

Bij waarderingsvragen kan een onderscheid gemaakt worden naar gelang de soort steun. De meeste auteurs richten zich op emotionele steun in de vorm van hulp (het tonen van aandacht en meeleven) bij problemen en het ervaren van aandacht en waardering van anderen. Andere vormen die worden onderscheiden zijn informatieve steun (het krijgen van informatie en adviezen hoe te handelen om het probleem te boven te komen) en praktische steun.

Verschillende vormen van sociale steun – De veronderstelling dat emotionele steun wél en praktische steun niet samenhangt met het aantal psychologische klachten is in onderzoek bevestigd (Norbeck en Peterson-Tilden 1983; Cohen en Hoberman 1983). Méér emotionele steun ging gepaard met minder psychologische klachten. In beide studies gold, dat voor lichamelijke problemen wél een relatie optrad met praktische steun en niet met emotionele steun.

De lijst van Cohen en Hoberman had vier subschalen: (1) praktische, (2) emotionele steun, (3) 'gemeenschappelijke activiteiten' (samen met anderen activiteiten ondernemen; behoren tot een groep) en (4) 'zelfwaardering' (wat ons meer een persoonlijkheidstrek lijkt, dan een vorm van sociale steun).

De veronderstelde en werkelijke beschikbaarheid van steun – In de bovengenoemde vragenlijst van Cohen en Hoberman werd gevraagd of men in probleemsituaties zou kunnen rekenen op (de vier vormen van) steun. In een andere lijst werd gevraagd naar de werkelijk ontvangen steun in de afgelopen maand.

De relatie tussen de veronderstelde beschikbaarheid van sociale steun en de klachtenmaten was zoals verwacht: hoe meer steun des te lager was de depressiescore (significant) en des te lager was tevens de lichamelijke klachtenscore (niet significant). Wat de werkelijk ontvangen steun betreft was de relatie echter afwijkend van de verwachting: hoe meer steun werd ontvangen, des te *hoger* was de depressiescore (niet significant) en des te hoger was tevens het aantal lichamelijke klachten (significant). Dit merkwaardige resultaat wordt begrijpelijk, als men bedenkt dat de hoeveelheid steun die in werkelijkheid is ontvangen in de afgelopen maand waarschijnlijk samenhangt met het aantal problemen in die periode. Op zijn beurt is er een verband te

verwachten tussen het aantal problemen en de mate van depressie.

Sandler en Barrera (1984) gebruikten een vergelijkbare sociale-steunmaat en ook zij vonden een positieve correlatie tussen de werkelijk ontvangen steun en het aantal negatieve gebeurtenissen. Eveneens trad een positieve (niet significante) correlatie op tussen de werkelijk ontvangen steun en de psychologische-klachtenmaat. Vragen naar de werkelijk ontvangen steun stichten dus verwarring, omdat het aantal meegemaakte problemen in belangrijke mate de beantwoording kan beïnvloeden.

Overigens hebben de meeste sociale-steunmaten die in onderzoek worden gebruikt, betrekking op de steun waarop de persoon meent te kunnen rekenen, of op langdurige relaties (voorbeeld: 'goede vrienden'). Dergelijke sociale-steunmaten vertonen géén significante correlatie met het aantal levenssituaties (Lin e.a. 1979; Habif en Lahey 1980; Aneshensel en Frerichs 1982; Sandler en Barrera 1984), of een negatieve correlatie (Dean en Ensel 1982; Lin en Ensel 1984). Bij toepassing van de gebruikelijke maten voor sociale steun doet zich bovengenoemd probleem dus niet voor.

Inventarisatie- versus waarderingsvragen. Het zou zinvol zijn om te weten of alleen de aanwezigheid van relaties belangrijk is, of dat de waardering van de – door deze relaties geboden – steun doorslaggevend is. Het onderzoek van Sarason e.a. (1983) sluit bij deze vraagstelling aan. Bij de gebruikte vragen naar emotionele steun werd per item gevraagd naar: a) hoeveel personen de steun verschaften en b) hoe deze steun werd gewaardeerd. Het bleek dat beide steunmaten significant en ongeveer even hoog waren gerelateerd met de psychologische-klachtenmaat.

In drie studies was het aantal psychologische klachten echter wél duidelijker gerelateerd met de ervaren steun, dan met de uitgebreidheid van het sociale netwerk (Wilcox 1981; Aneshensel en Stone 1982; Billings en Moos 1984). Hetzelfde vonden Sandler en Barrera (1984), doch zij brachten een differentiatie aan in het sociale netwerk. De waardering van de steun zal volgens hen afhangen van degenen die de steun verschaffen. Sandler en Barrera vroegen welke personen, die de steun hadden verleend in de afgelopen maand, tevens vaak fungeerden als bron van interpersoonlijke conflicten. Het bleek dat de omvang van het 'conflictueuze' sociale netwerk positief was gecorreleerd met de klachtenmaat, terwijl de omvang van het 'niet-conflictueuze' netwerk tendeerde tot een negatieve samenhang met het klachtenniveau. Hieruit blijkt dat de grootte van het netwerk geen eenduidige maat is. Ook in dit onderzoek bleef gelden dat de waarderingsmaat duidelijker samenhing met het aantal psychologische klachten dan het aantal steunverleners, ook al bestonden deze uitsluitend uit 'niet-conflictueuze' personen.

Intieme versus oppervlakkige relaties – De inventarisatie-items uit de vragenlijsten, die in de literatuur worden beschreven, kunnen wor-

den onderscheiden al naar gelang de nabijheid en intensiteit van de relatie. Bij een indeling zoals de volgende: (1) levenspartner, (2) vrienden of nauwe verwanten en (3) buren, kennissen of mensen van het werk, clubs of verenigingen zal men verwachten dat het belang van relaties afneemt in deze volgorde. Onderzoek lijkt deze verwachting te bevestigen (Warheit 1979; Husaini e.a. 1982; Billings en Moos 1982, 1984; Holahan en Moos 1983).

Billings en Moos (1982) en Holahan en Moos (1983) vroegen naar de waardering van de steun verschaft door familieleden en door mensen op het werk. Voor vrouwen gold dat steun door de familie wél, maar steun door werkrelaties niet was gerelateerd met de depressiescore en met het aantal 'psychosomatische' klachten. Voor mannen waren beide vormen van steun belangrijk. (Dit onderzoek betrof uiteraard vrouwen en mannen die allen een baan hadden.) Ook Billings en Moos (1984) vonden bij depressieve patiënten voor steun door de familie een hogere correlatie met de depressiescore dan voor steun van mensen op het werk.

Het enige onderzoek met een resultaat in tegenovergestelde richting is dat van Miller en Ingham (1976). Er werd gevraagd naar de aanwezigheid van een vertrouweling en naar relaties met kennissen. Onder een vertrouweling werd verstaan een persoon die helpt bij praktische en emotionele problemen, met wie een wederzijdse vertrouwelijke relatie bestaat en die, indien nodig, beschikbaar is. Bij vrouwen was de relatie met psychologische klachten significant voor wat betreft de aanwezigheid van een vertrouweling en tevens voor het aantal kennissen. Bij mannen gold dit alléén voor het aantal kennissen.

Samenvatting – Hoewel nog te weinig systematische studies zijn verricht om tot een definitieve conclusie te komen, tekenen zich enkele lijnen toch reeds duidelijk af. In de eerste plaats lijkt praktische steun niet en emotionele steun wél gerelateerd te zijn aan het aantal psychologische klachten. In de tweede plaats blijken vragen naar de werkelijk ontvangen steun niet eenduidig. Zij reflecteren zowel het aantal probleemsituaties in de afgelopen tijd als de ervaren steun. Het is beter te vragen naar steun, waarop men meent te mogen rekenen in geval van nood, en/of naar het aantal langdurige, steunverlenende relaties. In de derde plaats blijkt dat de relatie met het aantal klachten duidelijker was voor de waardering van de geboden steun dan voor de uitgebreidheid van het sociale netwerk. In de vierde plaats blijken als regel de intiemere relaties – de relatie met de levenspartner en in mindere mate ook de relaties met vrienden en nauwe verwanten – belangrijker dan de oppervlakkige relaties – de contacten met kennissen en buren en het lidmaatschap van kerk, club of vereniging.

Factoren die de mate van sociale steun bepalen

Een niet onbelangrijke vraag, die tot nu toe weinig aandacht heeft

gekregen, is waardoor personen verschillen in de mate van steun die zij van hun omgeving ontvangen, of ervaren. Gedeeltelijk zal dit van het 'aanbod' afhangen, maar wellicht nog meer van de persoon zélf. De persoon draagt immers bij tot het opbouwen van een sociaal netwerk. Het is te verwachten dat sociale steun zal samenhangen met persoonlijkheidskenmerken en vaardigheden. In onderzoek werd een positieve relatie gevonden tussen de mate van sociale steun enerzijds en extraversie (Sarason e.a. 1983; Duckitt 1984), zelfwaardering (Cohen en Hoberman 1983; Sarason e.a. 1983), 'interne locus of control' (Sarason e.a. 1983) en 'persoonlijke competentie' (Dean en Ensel 1982) anderzijds. De sekse blijkt ook van invloed op de omvang en het belang van sociale steun. Burda e.a. (1984) vonden dat vrouwen beschikten over een groter sociaal netwerk en méér steun ervoeren. Wat de soort steun betreft, ervoeren de vrouwen méér emotionele steun. Er werd echter geen verschil gevonden voor praktische steun, informatieve steun en zich een onderdeel van een netwerk voelen.

Dit lijkt in strijd met het vaker optreden van depressieve klachten bij vrouwen (Weissman en Klerman 1977). Men zou kunnen vermoeden dat vrouwen weliswaar meer steun ontvangen, maar daar om één of andere reden minder van profiteren. De relatie tussen sociale steun en klachten is echter bij vrouwen juist duidelijker dan bij mannen (Miller en Ingham 1976; Husaini e.a. 1982; Sarason e.a. 1983), hoewel de verschillen niet groot zijn.

Overigens lijken verschillende vormen van steun voor mannen en vrouwen een andere betekenis te hebben. Voor werkende vrouwen bleek steun door de familie een sterkere relatie te vertonen met depressieve en lichamelijke klachten dan steun door mensen op het werk. Voor werkende mannen was de steun in de werksituatie wat belangrijker (Billings en Moos 1982; Holahan en Moos 1983).

Belastende situaties en sociale steun

Vaak is gesteld dat sociale steun effect heeft omdat de negatieve invloed van belastende situaties wordt gereduceerd door de steun die de omgeving biedt. Volgens deze opvatting zou sociale steun een 'bufferende rol' spelen tussen stressvolle situaties enerzijds en stressreacties, zoals het optreden van depressieve en/of lichamelijke klachten, anderzijds. Deze bufferhypothese impliceert dat stress en steun een interactief effect uitoefenen op het aantal klachten. Indien zich weinig belastende situaties voordoen zal het weinig uitmaken of er veel of weinig steun wordt geboden. Bij véél stressvolle situaties zal het bieden van steun echter tot een duidelijk lager klachtenniveau leiden dan bij ontbreken van steun. Gebrek aan sociale steun zou echter ook op zichzelf, dat wil zeggen onafhankelijk van het aantal belastende situaties, het klachtenniveau kunnen beïnvloeden. Het ontbreken van emotionele steun, het zich niet gewaardeerd voelen door de naaste

omgeving, het ontbreken van een partner en het hebben van weinig contact met vrienden en naaste familie zouden factoren kunnen zijn, die op zichzelf het optreden van depressieve klachten bevorderen. De meest geëigende methode om na te gaan welk van deze alternatieven de werkelijkheid het best benadert, is het uitvoeren van een regressie- of variantieanalyse. Met behulp daarvan kan een schatting worden gemaakt welk deel van de variantie in het aantal klachten wordt verklaard door sociale steun alléén, door het aantal gebeurtenissen alléén en door de interactie tussen beide variabelen.

In vijf studies werd enige, doch geen overtuigende ondersteuning van de bufferhypothese gevonden (Frydman 1982; Husaini e.a. 1982; Fleming e.a. 1982; Norbeck en Peterson-Tilden 1982; Sandler en Barrera 1984). Wél een overtuigende ondersteuning voor de bufferhypothese vormen de resultaten van Eaton (1978), Wilcox (1981) en Cohen en Hoberman (1983). De interactie voor sociale steun x aantal belastende levenssituaties bleek een belangrijk deel van de variantie in de klachtenmaten te verklaren. Naast deze studies die wezen op het belang van de bufferende rol van sociale steun staan echter diverse onderzoeken waarin géén significante interactie voor steun x aantal stress-situaties werd gevonden (Warheit 1979; Lin e.a. 1979; Williams e.a. 1981; Bell e.a. 1982; Thoits 1982b; Flaherty e.a. 1983; Lin en Ensel 1984).

Het effect van sociale steun als een onafhankelijke factor moet blijken bij toetsing van het hoofdeffect van sociale steun in een regressie- of variantieanalyse. In veel studies bleek dit hoofdeffect significant en was dit hoofdeffect bovendien belangrijker dan het interactie-effect (Warheit 1979; Lin e.a. 1979; Frydman 1981; Williams e.a. 1981; Bell e.a. 1982; Fleming e.a. 1982; Husaini e.a. 1982; Flaherty e.a. 1983; Lin en Ensel 1984). Beide soorten effecten leken ongeveer gelijkwaardig in twee studies (Wilcox 1981; Syrotuik en d'Arcy 1984). De twee hierboven besproken mogelijkheden gaan ervan uit dat er een causale relatie bestaat tussen steun en klachten, in de zin dat veel steun leidt tot minder klachten. Aan dit belangrijke punt is weinig onderzoek besteed. Dit onderwerp wordt hierna besproken.

Evidentie voor de rol van sociale steun

Populatiestudies – Dat er een relatie bestaat tussen de mate van steun die ervaren wordt en het aantal psychologische klachten is in talloze studies aangetoond. Er zijn veel onderzoeken op dit gebied verricht bij grote steekproeven uit de bevolking. In dergelijke populatiestudies werd een significante relatie gevonden tussen sociale steun en de score op depressielijsten (Warheit 1979; Habif en Lahey 1980; Lin e.a. 1981; Aneshensel en Stone 1982; Bell e.a. 1982; Dean en Ensel 1982; Husaini e.a. 1982; Holahan en Moos 1983; Lin en Ensel 1984). De relatie was uiteraard negatief, dat wil zeggen hoe minder sociale steun werd ervaren, des te hoger was de mate van depressie. Er werd eveneens een

negatieve relatie gevonden tussen sociale steun en de score op de 'General Health Questionnaire' (Andrews e.a. 1978; Frydman 1981; Syrotuik en d'Arcy 1984), de 'Mental Health Index' (Williams e.a. 1981), de 'Langner Symptom Checklist' (Wilcox 1981), of zelfontwikkelde psychologische klachtenlijsten (Miller en Ingham 1976; Lin e.a. 1979). De relatie in deze studies was niet voor elke gebruikte maat van sociale steun significant. Deze differentiële effecten zijn hiervoor besproken.

Klinische studies – Flaherty e.a. (1983) onderzochten patiënten met unipolaire depressie. Patiënten die in een ernstige depressieve periode verkeerden werden uitgesloten, om te voorkomen dat de uitkomsten van de vraaglijsten op directe wijze beïnvloed zouden kunnen worden door de depressieve toestand. De depressiescore op de lijst van Hamilton bleek significant gecorreleerd te zijn met de mate van sociale steun ($r = .57$).

Goering e.a. (1983) gingen na welke factoren samenhingen met het ziekteverloop bij patiënten met neurotische klachten. Het bleek dat alleen (het ontbreken van) sociale steun differentieerde tussen de groep die opnieuw opgenomen was geweest in het afgelopen half jaar en de groep patiënten met een gunstiger verloop. Sociale steun was tevens de enige variabele, die verschilde voor patiënten met veel psychiatrische klachten en/of een slecht sociaal functioneren enerzijds en patiënten die het beter deden anderzijds. Variabelen die géén significante voorspelling gaven voor het ziekteverloop waren zeven demografische eigenschappen (zoals leeftijd en huwelijkse status), drie behandelingsvariabelen (zoals behandelingsduur korter of langer dan één maand) en verder: huisvestingscondities, verhuizingen en het aantal ongewenste levensgebeurtenissen.

Billings e.a (1983) vergeleken patiënten die waren opgenomen vanwege unipolaire depressie met een controlegroep van niet-depressieve personen. Er waren verschillen tussen beide groepen in de mate van sociale steun en tevens in het aantal stressvolle situaties die men had ondergaan en de wijze van reageren daarop. In een latere publikatie (Billings en Moos 1984) werden de gegevens over dezelfde groepen depressieve patiënten en niet-depressieve controlepersonen verder uitgewerkt. Het verschil is dat nu een onderscheid werd gemaakt tussen chronische en niet-chronische depressieve patiënten. Het bleek dat bij de niet-chronische patiënten én bij de controlegroep de verwachte correlatie optrad tussen sociale steun en depressiescore. Ook de correlatie tussen het aantal stress-situaties en de mate van depressie was bij deze twee groepen significant. Bij de chronische depressieve patiënten waren deze relaties echter voor de meeste maten afwezig. Het lijkt er dus op dat bij het chronisch worden van het depressieve beeld de invloed van sommige psychosociale omstandigheden minder wordt.

Methodologische bezwaren – Het hiervoor besproken onderzoek is

cross-sectioneel en kan hoogstens een significante relatie aantonen tussen steun en klachtenniveau, maar geen causaal verband. De meest aannemelijke verklaring voor een significante relatie is weliswaar dat het ontbreken van steun bijdraagt tot het optreden van klachten, doch alternatieve verklaringen kunnen niet worden genegeerd. Zo zou het niet-ervaren van steun simpelweg een kenmerk van depressie kunnen zijn. Personen zouden vanwege hun depressieve toestand de aangeboden steun niet als zodanig kunnen ervaren. Dean en Ensel (1982) onderzochten dit probleem door na te gaan hoe andere variabelen (sociodemografische variabelen, persoonlijkheidsvariabelen en aantal levensgebeurtenissen) zich verhouden tot sociale steun en tot depressie. Als gebrek aan steun en depressie op hetzelfde concept betrekking zouden hebben, dan moeten ze zich op dezelfde wijze verhouden tot de andere variabelen, dat wil zeggen correlatiecoëfficiënten vertonen die in dezelfde orde van grootte liggen. Dat bleek niet het geval te zijn.

Een andere benadering van dit probleem werd gevolgd door Billings e.a. (1983). In dit onderzoek bij depressieve en niet-depressieve personen werd het oordeel van het subject vergeleken met het oordeel van een nabijstaande, meestal de huwelijkspartner. Er werden geen aanwijzingen gevonden dat de depressieve patiënt zijn omgeving als minder steunverlenend opvatte dan zijn/haar niet-depressieve partner.

Het probleem dat het ontbreken van sociale steun mogelijk niets meer zou zijn dan een aspect van depressie, lijkt hiermee uit de wereld. Of sociale steun in werkelijkheid een oorzakelijke rol speelt zouden prospectieve studies kunnen vertellen. In de literatuur troffen we enkele prospectieve studies aan waarin het effect op psychiatrische klachten werd onderzocht. Gore (1978) bepaalde de mate van sociale steun bij mannen die ontslag was aangezegd vanwege sluiting van de fabriek waar ze werkten. Eén, zes, twaalf en vierentwintig maanden na de sluiting werden drie effect-variabelen gemeten, namelijk (1) de score op een depressie-vragenlijst, (2) de concentratie van het serum cholesterol en (3) het aantal gerapporteerde lichamelijke klachten. Wat het cholesterolgehalte en het aantal lichamelijke klachten betreft was er sprake van een interactie tussen stress en steun: sociale steun had géén effect bij mannen die snel werk vonden, maar had wél effect bij hen die nog werkloos waren. De depressiescore verschilde niet voor het al dan niet werkloos zijn. De mate van sociale steun had echter wél een significant effect en wel ongeacht of men korte of lange tijd werkloos was.

Aneshensel en Frerichs (1982) verzamelden gegevens tijdens vier interviews, gehouden over een periode van één jaar bij een grote steekproef uit de bevolking. Sociale steun en de mate van depressie bleek redelijk stabiel over een periode van één jaar. Van iemand die aangaf over weinig steun te beschikken, was de kans dus redelijk groot dat een jaar later eveneens weinig steun werd aangegeven. Eenzelfde regel gold voor depressie. Het aantal stressvolle situaties fluctueerde wél duide-

lijk tussen de interviews. Uit de stabiliteit in depressie is af te leiden, dat de invloed van psychosociale factoren slechts bescheiden kan zijn, althans gerekend over een periode van één jaar. Sociale steun en depressie, bepaald binnen één sessie, bleken een hoge correlatie te vertonen (groter dan de correlatie tussen levensgebeurtenissen en depressie). Het voorspellend effect van sociale steun bleek echter niet consistent. Sociale steun, bepaald bij de eerste zitting, had op de depressiescore, bepaald bij de volgende drie zittingen, respectievelijk géén, een negatief of een positief effect. Behalve deze directe effecten konden de auteurs met hun analysemethode ook indirecte effecten bepalen (voorbeeld van een mogelijk indirect effect: sociale steun beïnvloedt in gunstige zin de mate van depressie op sessie 2 en deze hangt weer samen met een relatief lage depressiescore op sessie 3). De indirecte effecten van sociale steun op de depressiescore waren in alle gevallen negatief en aanzienlijk in grootte. De omgekeerde relatie, namelijk het effect van depressie op de mate van steun, werd ook onderzocht. Zowel de directe, als de indirecte invloed van depressie was gering en niet consistent. Anders gezegd, er bestonden enige aanwijzingen voor een effect van steun op de mate van depressie, maar geen aanwijzingen voor de omgekeerde relatie.

Ook in ander onderzoek is een vrij hoge mate van stabiliteit gevonden in de mate van sociale steun en het niveau van psychologische klachten (Billings en Moos 1982; Monroe 1983). Daarmee is een probleem geschapen voor het prospectieve onderzoek. Indien sociale steun en klachten, door welke causale relatie dan ook, bij een crosssectionele meting blijken samen te hangen en indien beide maten redelijk stabiel zijn in de loop der tijd, is een relatie te verwachten op louter rekenkundige gronden tussen sociale steun bij de eerste meting en het aantal klachten bij de tweede meting. Om een voorspellend effect van sociale steun op het klachtenniveau te kunnen aantonen, zal gecontroleerd moeten worden voor het aantal klachten bij de eerste meting. Of, en zo ja op welke wijze Aneshensel en Frerichs dit methodologische probleem hebben aangepakt is niet duidelijk, doch Billings en Moos (1982) en Monroe (1983) losten het op adequate wijze op. In beide onderzoeken werd voor de retrospectieve gegevens een relatie tussen steun en psychologische klachten aangetoond, zoals in zovele andere onderzoeken daarvóór was gedaan. Monroe liet vervolgens zien dat de mate waarin steun werd ervaren een significante voorspelling gaf van het aantal klachten bij een latere meting, indien géén rekening werd gehouden met het uitgangsniveau in het aantal klachten. Wanneer daarvoor wél werd gecontroleerd bleek in beide studies géén relatie aantoonbaar tussen steun bij de eerste meting en het aantal psychologische klachten bij een latere meting. Overigens vond Monroe wél, maar Billings en Moos geen voorspellend effect van steun op het aantal lichamelijke klachten.

Tenslotte is nog te vermelden dat Billings en Moos (1982) en Lin en

Ensel (1984) een significante samenhang vonden tussen de *verandering* in de steunmaat en de *verandering* in depressie. Veranderingen in beide maten blijken dus gelijk op te gaan, zonder dat duidelijk is waardoor de samenhang optreedt.

Samenvatting: Er is onmiskenbaar sprake van een relatie tussen de steun die men van de omgeving ervaart en het aantal psychologische klachten, doch voor géén van de causale relaties die ter verklaring daarvan zijn geopperd is een bewijs geleverd.

Experimenteel onderzoek – In twee studies (Sarason 1981; Kiecolt-Glaser en Greenberg 1984) kregen proefpersonen een cognitieve taak te verrichten. De helft van de proefpersonen werd op één of andere wijze sociale steun geboden en de andere helft moest deze steun ontberen. In beide studies leidde het geven van steun tot betere prestaties, met de volgende restricties: in de eerste studie werd een verdeling gemaakt in hoog- en laagangstigen en trad het effect alleen op bij de hoogangstigen. In de tweede studie werd alleen in een stressvolle conditie een effect van sociale steun gevonden.

Discussie

Het onderzoek naar de rol van sociale steun is de laatste jaren in een stroomversnelling geraakt. Het aantal gepubliceerde studies op dit gebied loopt inmiddels in de tientallen en het merendeel daarvan is de afgelopen 5 jaar gepubliceerd. Er is ondubbelzinnig aangetoond dat er een relatie bestaat tussen (de afwezigheid van) sociale steun en het optreden van depressieve klachten. Met deze constatering rijzen echter methodologische problemen betreffende de causale relatie. Een min of meer triviale verklaring zou zijn dat het ontbreken van sociale steun een uiting zou zijn van de depressieve toestand, doordat men als gevolg van deze toestand de aangeboden steun onderwaardeert en personen uit de omgeving niet als steunverlenend ziet. De weinige beschikbare gegevens die op dit probleem betrekking hebben geven geen ondersteuning voor deze suggestie. De meest aansprekende verklaring voor de significante relatie tussen sociale steun en klachtenniveau is, dat gebrek aan steun (mede) de oorzaak is voor het optreden van klachten. Er moet echter ook rekening gehouden worden met de tegenovergestelde relatie, waarbij de sociale steun is verminderd als gevolg van het optreden van depressieve klachten. Voor géén van deze causale relaties is echter een overtuigend bewijs geleverd. Experimenteel onderzoek gaf weliswaar een ondersteuning voor de stelling dat steun leidt tot betere prestaties en minder stressreacties, doch de stap van de gebruikte experimentele situaties naar werkelijke levenssituaties lijkt groot. We verkeren dus in de situatie dat vrijwel zeker is dat de mate waarin iemand steun van zijn/haar omgeving ontbeert samenhangt met de mate van depressie, doch de oorzaak voor deze relatie niet vast staat. Dit kan men een teleurstellend resultaat noemen, doch daarbij

moet worden aangetekend dat nog weinig prospectief onderzoek is verricht.

Op een aantal punten lijkt wél duidelijkheid te bestaan. Als het gaat om de relatie met psychologische klachten lijkt (1) emotionele steun wél maar praktische steun niet van belang, (2) lijkt als regel de waardering over de geboden steun belangrijker dan de uitgebreidheid van het sociale netwerk en (3) lijken intiemere relaties (met levenspartner, vrienden en nauwe verwanten) van grotere invloed dan oppervlakkige relaties (contacten met kennissen en buren en lidmaatschap van verenigingen e.d.).

Aangenomen dat steun leidt tot weinig klachten, lijkt de veelgenoemde interpretatie dat het effect van sociale steun zou berusten op het dempen van de negatieve effecten van stressvolle situaties zelden van toepassing. Veel belangrijker lijkt het directe effect, in de zin dat het ontbreken van steun op zichzelf de kans verhoogt op het optreden van psychologische klachten, ongeacht het aantal belastende situaties.

Voorts blijken persoonlijkheidsvariabelen, zoals extraversie, locus of control, zelfwaardering en persoonlijke competentie, alsmede de sekse samen te hangen met de mate van steun die men ervaart. Een thema dat slechts terloops aan de orde is gesteld, is dat persoonlijkheidsvariabelen én de sekse het effect van sociale steun kunnen beïnvloeden. Anders gezegd, het effect van sociale steun lijkt van persoon tot persoon te verschillen.

Wat is het klinische belang van het onderzoek naar psychosociale factoren voor depressie? Het onderzoek naar de invloed van belastende levenssituaties en sociale steun is sociologisch van aard. Dat wil zeggen: de gevonden relaties gelden over grote groepen en niet noodzakelijkerwijs voor één bepaald individu. Het ligt dan ook niet in de opzet besloten, dat een behandelingsregiem voor een individuele patiënt wordt gekozen mede op grond van zijn gegevens over stress en sociale steun. In meer algemene zin is de informatie wel degelijk klinisch relevant. Het onderzoek naar de rol van belastende levensomstandigheden heeft de aandacht meer gericht op de invloed van omgevingsfactoren bij het ontstaan van een depressief beeld. Verder onderzoek, vooral bij klinische groepen, naar de rol van sociale steun kan deze richting verder onderbouwen. Indien prospectief onderzoek duidelijker zou wijzen op een causale rol voor sociale steun, zou dit een stimulans betekenen om in het kader van preventie en behandeling van depressieve patiënten te streven naar verbetering van het sociale netwerk in kwantitatieve of kwalitatieve zin.

Literatuur

Andrews, G., C. Tennant, D.M. Hewson en G.E. Vaillant (1978), Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. *J.*

Nerv. Ment. Dis. 166, 307-316.
Aneshensel, C.S., en R.R. Frerichs (1982), Stress, support and depression: a longitudinal causal model, *J. Comm. Psychology* 10, 363-376.
Aneshensel, C.S., en J.D. Stone (1982), Stress and depression: A test of the buffering model of social support, *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 1392-1396.
Bell, R.A., J.B. LeRoy en J.J. Stephenson (1982), Evaluating the mediating efects of social support upon life events and depressive symptoms, *J. Comm. Psychology* 10, 325-340.
Billings, A.G., R.C. Cronkite en R.H. Moos (1983), Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed controls, *J. Abnorm. Psychology* 82, 119-133.
Billings, A.G., en R.H. Moos (1982), Social support and functioning among community and clinical groups; a panel model, *J. Behav. Med.* 5, 295-311.
Billings, A.G., en R.H. Moos (1984), Chronic and nonchronic unipolar depression. The differential role of environmental stressors and resources, *J. Nerv. Ment. dis.* 172, 62-75.
Burda, P.C., A. Vaux en T. Schill (1984), Social support resources: variation across sex and sex role, *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 10, 119-126.
Cobb, S. (1976), Social support as a moderator of life stress, *Psychosom. Med.* 38, 300-314.
Cohen, S., en H.M. Hoberman (1983), Positive events and social supports as buffers of life change stress, *J. Appl. Soc. Psychology* 13, 99-125.
Dean, A., en W.M. Ensel (1982), Modelling social support, life events, competence and depression in the context of age and sex. *J. Comm. Psychology* 10, 392-408.
Dean, A., en N. Lin (1977), The stress-buffering role of social support, *J. Nerv. Ment. Dis.* 165, 403-417.
Duckitt, J. (1984), Social support, personality and the prediction of psychological distress: an interactionist approach, *J. Clin. Psychology* 110, 1199-1205.
Eaton, W.W. (1978), Life events, social supports, and psychiatric symptoms: a re-analysis of the New Haven data, *J. Health Soc. Behav.* 19, 230-234.
Flaherty, J.A., F.M. Gaviria, E.M. Black, E. Altman en T. Mitchell (1983), The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression, *Am. J. Psychiatry* 140, 473-476.
Fleming, R., A. Baum, M.M. Gisriel en R.J. Gatchel (1982), Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island, *J. Human Stress* 8, 14-22.
Frydman, M.S. (1981), Social support, life events and psychiatric symptoms: A study of direct, conditional and interaction effects. *Soc. Psychiatry* 16, 69-78.
Goering, P., D. Wasylenki, W. Lancee en S.J. Freeman (1983), Social support and posthospital outcome for depressed women, *Can. J. Psychiatry* 28, 612-618.
Gore, S. (1978), The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment, *J. Health Soc. Behav.* 19, 157-165.
Habif, V.L., en B.B. Lahey (1980), Assessment of the life-stress-depression relationship: The use of social support as a moderator variable, *J. Beh. Assessment* 2, 167-173.
Holahan, C.J., en R.H. Moos (1983), The quality of social support: measures of family and work relationships, *Br. J. Clin. Psychology* 22, 157-162.
Husaini, B.A., J.A. Neff, J.R. Newbrough en M.C. Moore (1982), The stress-buffering role of social support and personal competence among the rural

married, *J. Comm. Psychology* 10, 409-426.

Kiecolt-Glaser, J.K., en B. Greenberg (1984), Social support as a moderator of the after effects of stress in female psychiatric inpatients, *J. Abn. Psychology* 93, 192-199.

Lin, N., A. Dean en W.M. Ensel (1981), Social support scales: a methodological note, *Schizoph. Bull.* 7, 73-89.

Lin, N., en W.M. Ensel, (1984), Depression-mobility and its social etiology: the role of life events and social support, *J. Health Soc. Beh.* 25, 176-188.

Lin, N., R.S. Simeone, W.M. Ensel en W. Kuo (1979), Social support, stressful life events, and illness: a model and empirical test, *J. Health Soc. Behav.* 20, 108-119.

Miller, P., en J.G. Ingham (1976), Friends, confidants and symptoms, *Soc. Psychiatry* 11, 51-58.

Monroe, S.M. (1983), Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effect, *Am. J. Comm. Psychology* 11, 81-97.

Norbeck, J.S., en V. Peterson-Tilden (1983), Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study, J. Health Soc. Behav. 24, 30-46.

Sandler, I.H., en M. Barrera (1984), Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support, *Am. J. Comm. Psychology* 12, 37-52.

Sarason, I.G. (1981), Test anxiety, stress and social support, *J. Personality* 49, 101-114.

Sarason, I.G., H.M. Levine, R.B. Basham en B.R. Sarason (1983), Assessing social support: The social support questionnaire, *J. Person. Soc. Psychology* 44, 127-139.

Syrotuik, J., en C. d'Arcy (1984), Social support and mental health: direct, protective and compensatory effects, *Soc. Sci. Med.* 18, 229-236.

Thoits, P.A. (1982a), Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress, *J. Health Soc. Behav.* 23, 145-159.

Thoits, P.A. (1982b), Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations, *J. Comm. Psychology* 10, 341-362.

Warheit, G.J. (1979), Life events, coping, stress and depressive symptomatology, *Am. J. Psychiatry* 136, 502-507.

Weissman, M.M., en G.L. Klerman (1977), Sex differences in the epidemiology of depression, *Arch. Gen. Psychiatry* 34, 98-111.

Wilcox, B.L. (1981), Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis, *Am. J. Comm. Psychology* 9, 371-386.

Williams, A.W., J.E. Ware en C.A. Donald (1981), A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *J. Health Soc. Behav.* 22, 324-336.