

Affectiviteit en zelfbeoordeling van depressie en angst

door F.P.M.L. Peeters, R.W.H.M. Ponds, M.T.G. Vermeeren

Gepubliceerd in 1996, no. 3

Samenvatting

Bestaande zelfbeoordelingslijsten voor het meten van de ernst van een depressie blijken weinig specifiek. Vooral de afgrenzing van angststoornissen blijkt problematisch; enkele redenen hiervoor worden in dit artikel toegelicht. Vervolgens wordt de aandacht gevestigd op een theoretisch model betreffende de rol van positieve en negatieve affecten bij depressie en angst. Dit model biedt een aanvullende mogelijkheid voor differentiatie van beide stoornissen op grond van specifieke profielen. Een zelfbeoordelingslijst voor het meten van affecten (de PANAS) wordt kort gepresenteerd. Tot slot volgt er een verslag van onderzoek met een Nederlandstalige versie van deze lijst bij gezonde vrijwilligers en depressieve patiënten. De betrouwbaarheid en validiteit bleken goed. Daarnaast kon een voor depressie specifiek profiel bij de patiëntengroep worden gerepliceerd.

Inleiding

Al enige decennia bestaan er voor het vaststellen van de ernst van een depressie zowel expert- als zelfbeoordelingsvragenlijsten. Hoewel ze veel worden gebruikt, komt uit de praktijk en de literatuur steeds weer onvrede naar voren over de bruikbaarheid van deze lijsten. Het doel van dit artikel is drieledig. Allereerst zal worden ingegaan op redenen voor de beperkingen van bestaande zelfbeoordelingslijsten. Vervolgens wordt de aandacht gevestigd op de mogelijkheden van het meten van affecten en op de theoretische en praktische relevantie ervan voor depressieve en angststoornissen. Ten slotte wordt er onderzoek gepresenteerd naar het meten van affectiviteit bij normale proefpersonen en patiënten met een depressie.

De beperkte waarde van bestaande zelfbeoordelingslijsten

De meest gebruikte zelfbeoordelingslijsten voor het bepalen van de ernst van een depressieve stoornis zijn lijsten die in kwantitatieve zin symptomen meten die als kenmerkend worden beschouwd voor het syndroom depressie. Bekende voorbeelden zijn de Beck Depression Inventory (BDI; Beck e.a. 1961), de Zung Self-Rating Depression Scale (SDS; Zung 1965), de depressiesubschaal van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis e.a. 1973) en de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff 1977).

De beperkingen van de bestaande lijsten zijn, in psychometrische termen uitgedrukt, met name gelegen in de validiteit. Een meetinstrument wordt beschouwd als valide indien het inderdaad meet waarvoor het bedoeld is. De validiteit wordt verder onderverdeeld naar onder andere inhouds- en begripsvaliditeit (Stolker en Zitman 1994). De inhoudsvaliditeit hangt samen met de mate waarin de inhoud van een test adequaat de te meten stoornis representeert. De begripsvaliditeit slaat op de mate waarin de resultaten van een test passen binnen bestaande theoretische concepten over de betreffende stoornis. De matige validiteit van de lijsten hangt samen met de volgende factoren:

1. De inhoudsvaliditeit wordt negatief beïnvloed door het feit dat er maar matige overeenstemming is over datgene wat in kwantitatieve en kwalitatieve zin als kenmerkende symptomatologie van een depressie moet worden beschouwd (Coryell e.a. 1994; Farmer en McGuffin 1989; Kendell 1976; Van den Hoofdakker 1978; Grove en Andreasen 1992). Ook de brede acceptatie van een classificatiesysteem zoals de DSM-III-R (APA 1987) heeft dit probleem maar ten dele opgelost. Waar op fundamenteel niveau reeds verwarring en meningsverschillen bestaan, is het onvermijdelijk dat op het niveau van het meten van de intensiteit van de stoornis een aantal van deze problemen zich eveneens openbaart (Snaith 1993). Zo loopt de inhoud van de diverse lijsten nogal uiteen; de BDI bevat nogal veel cognitief georiënteerde items, de SDS is meer gericht op lichamelijke klachten. Voor een uitgebreid overzicht van deze inhoudelijke verschillen verwijzen wij naar Gotlib en Cane (1989).

2. De begripsvaliditeit van de instrumenten voor depressie kan worden beoordeeld aan de hand van convergerende en divergerende validiteit. Een grote convergentie wordt gevonden als een lijst een hoge correlatie vertoont met andere, reeds bekende, lijsten voor een bepaalde stoornis. Grote divergerende validiteit wordt bereikt als een lijst lage correlaties vertoont met instrumenten die geacht worden een andere stoornis te meten. De gemiddelde convergerende validiteit van depressielijsten is ongeveer 0.70, hetgeen bevredigend te noemen is (Clark en Watson 1991; Gotlib en Cane 1989). Bij de bepaling van de divergerende validiteit van depressiezelfbeoordelingslijsten worden er echter eveneens hoge correlaties gevonden met lijsten die iets anders beogen te meten dan depressiviteit. Hoge correlaties, variërend van 0.40 tot 0.90, worden allereerst gevonden bij vergelijking met schalen die diverse vormen van psychopathologie meten, zoals de SCL-90, en met lijsten voor het vaststellen van hostiliteit, neuroticisme, pessimisme en geringe ik-sterkte (Tanaka-Matsumi en Kameoka 1986).

Er blijken tevens hoge correlaties (zonder uitzondering meer dan 0.50) te bestaan tussen instrumenten voor zelfrapportage van angst en depressie. Hiervoor zijn verschillende redenen. Bij gebruik van gestructureerde interviews en beoordelingslijsten door medici is het ook lastig onderscheid te maken tussen angst en depressie; het is niet een manco dat alleen zelfbeoordelingslijsten treft. In de praktijk leidt dit tot diagnoses van comorbiditeit en secundaire depressie bij angststoornissen bij ongeveer de helft van de patiënten (L.A. Clark 1989). De vele gegevens over genetische, biochemische, klinische en farmacotherapeutische overeenkomsten (en verschillen) tussen depressie en angst wijzen erop dat het probleem het niveau van de psychometrie overstijgt en meer te maken heeft met problemen op het gebied van classificatie en nosologie (Judd en Burrows 1992; L.A. Clark 1989). Het feit dat zelfbeoordelingslijsten voor angst en depressie gemeenschappelijke items bevatten zoals moeheid, prikkelbaarheid en slaapklachten vormt hiervan een illustratie. Gotlib en Cane (1989) komen tot een 'item-overlapping' van 11 tot 17%. Daarnaast zijn er items aanwezig die eerder kenmerkend zijn voor de andere stoornis; een voorbeeld is het item 'hartkloppingen' in de SDS, dat als symptoom van angst kan worden opgevat.

Een tweede reden kan gelegen zijn in het feit dat depressieve patiënten onterecht op items van zelfbeoordelingslijsten voor angststoornissen scoren op grond van een algeheel gevoel van te kort schieten. Een voorbeeld hiervan is het feit dat depressieve patiënten op een lijst voor het meten van obsessief-compulsieve symptomatologie scoorden op grond van besluiteloosheid, hetgeen echter een symptoom van de stemmingsstoornis bleek (Vermeeren 1994).

Een derde reden voor de lage divergerende validiteit wordt gevormd door de notie dat door zowel lijsten voor depressie als angst in belangrijke mate de intensiteit van een gemeenschappelijke niet-specifieke factor wordt gemeten, die in de literatuur omschreven wordt als 'general psychological distress' of 'negative affectivity' (Gotlib 1984; Watson en Clark 1984; Bouman en Luteijn 1986; Mook e.a. 1991). De term komt voort uit een andere traditie op het gebied van zelfrapportage, namelijk die van de zelfrapportage van affect. In het vervolg van dit artikel zal nader worden ingegaan op deze 'negative (en 'positive') affectivity' en de betekenis van deze begrippen voor het onderscheid

tussen angst en depressie.

Dimensies van affectiviteit in relatie tot depressie en angst

De afgelopen decennia werd er door diverse auteurs onderzoek gepubliceerd op het gebied van zelfrapportage van affectiviteit. Hierbij gaat het niet, zoals bij zelfrapportage van psychopathologie, om het meten van bepaalde symptomatologie, maar wordt aan proefpersonen gevraagd in termen van intensiteit of frequentie door hen ervaren affecten te scoren. De items van de gebruikte instrumenten bestonden aanvankelijk uit zinnen, later uit bijvoeglijke naamwoorden die kenmerkend werden geacht voor affecten zoals prikkelbaarheid, trots en schaamte. Er werd op grond van factoranalyses steeds een tweetal dimensies onderscheiden: Positieve en Negatieve Affectiviteit (Tellegen 1985; Watson en Clark 1984; Watson en Tellegen 1985; Zevon en Tellegen 1982). Beide factoren bleken consistent wat betreft tijdsspanne, taal en cultuur (Watson en Clark 1994). Hoewel de termen suggereren dat het twee uitersten op een continuum zijn, gaat het echter om twee van elkaar onafhankelijke en ongecorreleerde dimensies. Positieve Affectiviteit (PA) geeft weer hoe enthousiast, energiek en alert een persoon is; het gaat om 'one's level of pleasurable engagement with the environment' (Watson e.a. 1988, : 347). Het blijkt dat de mate van PA samenhangt met (plezierige) sociale en fysieke activiteit. Verder is er een fluctuatie in relatie tot tijdstip van de dag en het seizoen (Watson 1988; L.A. Clark en Watson 1988). Lage PA lijkt het meest gekarakteriseerd te worden door moeheid en somberheid, hoge PA door gevoelens van alertheid, activiteit en vreugde. Negatieve Affectiviteit (NA) is het beste te omschrijven als 'a general factor of subjective distress' (Watson e.a. 1988: 347). Lage NA is een afspiegeling van rust en kalmte, hoge NA van schuldgevoelens, angst, vijandigheid en nervositeit.

In een uitgebreid overzicht beargumenteren L.A. Clark en Watson (1991) op grond van theoretische en empirische overwegingen dat angst en depressie in meer zuivere vormen onderscheiden kunnen worden op grond van specifieke profielen van affectiviteit. Angst is een toestand die wordt gekenmerkt door een hoge NA, zonder een duidelijke relatie met PA, die dan ook hoog, laag of ergens daar tussenin kan zijn. Depressie is een toestand met eveneens een hoge NA, die zich echter altijd karakteriseert door een lage PA. Depressie, doch niet angst, is gerelateerd aan het ontbreken van enthousiasme, activiteit, interesse en inspiratie. Er zijn enkele studies gepubliceerd waarbij deze relatie tussen affectiviteit, depressie en angst werd bevestigd (Watson e.a. 1988; D.A. Clark e.a. 1994; Jolly e.a. 1994).

Het meten van beide dimensies van affectiviteit biedt op dit terrein een aantal voordelen. Allereerst sluit het meten van affecten aan bij hetgeen door patiënten zelf wordt ervaren, en wordt het niveau van symptomatologie en de bijbehorende verwarring omzeild. Er ontstaat een aanvullende mogelijkheid om angst en depressie te differentiëren op grond van een affectief profiel. Wellicht gaat het om een onderscheid dat te vergelijken is met bevindingen op cognitief gebied, waarbij er specifieke gedachtenvormen en -inhouden werden vastgesteld bij angst en depressie (D.A. Clark e.a. 1989, 1990, 1994).

Verder biedt het de mogelijkheid om op affectief niveau angst en depressie op een dimensionele manier in kaart te brengen. De bestaande categorale diagnostiek dwingt tot een scherp, ter discussie staand, onderscheid tussen angst en depressie. In de literatuur wordt dan ook regelmatig gewezen op de gevaren van het categoriseren en wordt een meer dimensionele diagnostiek bepleit (Van Praag 1993). Het gebruik van affectiviteitsprofielen kan bijdragen aan een plaatsbepaling van de klachten van patiënten in een dergelijke dimensionele diagnostiek; op grond van NA en PA kunnen affectieve dimensies van angst, depressie en mengvormen worden ontwikkeld. Deze laatste groep is in de DSM-IV (APA 1994) opgenomen als gemengde angst-depressieve stoornis. L.A. Clark en Watson (1991) wijzen in dit verband op de mogelijkheid om dimensionele gradaties te onderscheiden binnen deze groep patiënten met klachten over zowel angst als depressie. Dit laatste past binnen hun

'tripartite' model betreffende angst en depressie. Kort samengevat wordt in dit model hoge NA als relatief niet-specifieke factor van zowel angst als depressie beschouwd; deze factor hangt samen met niet-specifieke symptomen (bijv. subjectieve onrust, prikkelbaarheid, concentratieproblemen en slaapklachten) die door zowel depressieve als angstige patiënten worden ervaren. Lage PA is daarentegen relatief kenmerkend voor depressie en niet voor angst. Een tweede differentiërend element wordt gevormd door het begrip 'physiological hyperarousal'. Dit begrip slaat op fysiologische symptomen zoals gevoelens van duizeligheid, benauwdheid, een droge mond en trillende handen. 'Physiological hyper- arousal' zou meer specifiek zijn voor angst (Watson e.a. 1995a; Watson e.a. 1995b).

Tot slot is het meten van affecten wellicht een meer valide methode om de ernst van een depressie vast te stellen. Het lijkt immers redelijk om aan te nemen dat een lijst die een belangrijk aspect van een stoornis in kwantitatieve zin goed meet, tevens een goede maat is voor de mate waarin die betreffende stoornis aanwezig is.

In de jaren tachtig werd er een zelfbeoordelingslijst ontwikkeld die beide dimensies goed bleek te meten, de Positive and Negative Affect Schedule, afgekort als PANAS (Watson e.a. 1988). De lijst bestaat uit 20 items, 10 voor zowel NA als PA, die op een 5-punts Likert-schaal worden gescoord in termen van intensiteit. Op beide dimensies bedraagt de minimumscore 10 en de maximumscore 50. De items bestaan uit omschrijvingen van gevoelens en emoties zoals 'trots', 'vastberaden', 'prikkelbaar', 'overstuur' etc. De periode waarover de respondenten hun zelfbeoordeling moeten geven, kan variëren (van 'op dit moment' tot 'in het algemeen'). Voor gebruik bij angst- en stemmingsstoornissen lijkt een beoordelingsperiode van twee weken de voorkeur te verdienen. Voor uitgebreide psychometrische gegevens betreffende betrouwbaarheid en validiteit van de Engelstalige PANAS wordt verwezen naar de literatuur (Watson e.a. 1988; Kercher 1992; Watson en Clark 1994).

In het resterende gedeelte van dit artikel wordt een tweetal onderzoeken beschreven met een Nederlandse vertaling van de PANAS. In het eerste onderzoek werd de PANAS afgenomen bij gezonde vrijwilligers. De belangrijkste onderzoeksvraag betrof de psychometrische kwaliteit van deze lijst. Tevens werden normgegevens vastgesteld. In het tweede onderzoek is bij een groep depressieve patiënten gekeken in hoeverre het eerder beschreven depressieve profiel (hoge NA, lage PA) kon worden teruggevonden.

Positieve en negatieve affectiviteit bij gezonde vrijwilligers en depressieve patiënten

De PANAS bij gezonde vrijwilligers

Proefpersonen - In dit onderzoek werd de PANAS voorgelegd aan 382 gezonde proefpersonen in de leeftijd van 24 tot 82 jaar. Deze proefpersonen werden gezien in het kader van het 'Netherlands Memory and Aging Programme' (NMAP): een grootschalig cross-sectioneel onderzoek naar biologische, psychologische en sociale determinanten van cognitieve veroudering dat wordt uitgevoerd door de vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie van de Rijksuniversiteit Limburg (Jolles e.a. 1995). In de eerste deelstudie van NMAP werd een uitgebreide postale vragenlijst voorgelegd aan ruim 2000 proefpersonen. Uit deze groep werden 468 personen geselecteerd voor een neuropsychologisch testonderzoek. Bij deze selectie was onder meer gestratificeerd naar leeftijd en geslacht. Bij de stratificatie naar leeftijd werd een indeling gemaakt in 12 discontinue leeftijdsklassen (25 jaar 1 jaar, 30 jaar 1 jaar, ..., 80 jaar 1 jaar). Tijdens het neuropsychologisch testonderzoek werd tevens de PANAS afgenomen. Bij een deel van de testgroep was echter een foutieve versie van de PANAS afgenomen. De juiste PANAS was ingevuld door 385 personen. Vijf personen hadden één item van de PA- of NA-schaal niet ingevuld. Ter correctie daarvoor werden de gemiddelde individuele itemscores over de negen resterende items ingevuld. Twee personen hadden twee of meer items van de

PANAS niet ingevuld; bij één persoon bestond er twijfel over de betrouwbaarheid van de afname. Deze drie personen werden niet meegenomen in het onderzoek. De uiteindelijke omvang van de onderzoeksgroep was 382 personen, van wie 181 mannen en 201 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 53.1 jaar (sd. 17.2 jaar, spreiding 24 tot 82 jaar). Het opleidingsniveau werd bepaald aan de hand van een 8-puntsschaal (De Bie 1987), waarbij de score oploopt van 'lager algemeen onderwijs' (score 1) tot 'wetenschappelijk onderwijs' (score 8). Het gemiddelde opleidingsniveau in deze groep bedroeg 3.4 (sd. 1.9, spreiding 1-8), hetgeen correspondeert met middelbaar algemeen en beroepsonderwijs zoals MULO, MAVO of MTS.

Factorstructuur en interne consistentie - Om te kunnen vaststellen of de twee factoren PA en NA terugkeerden in de Nederlandse versie van de PANAS, werd een 2-factoren principale-componentenanalyse uitgevoerd met varimaxrotatie (Norusis 1986). De resultaten lieten zien dat de NA-items hoog laden op de eerste (NA-)factor (variërend van .37 tot .77) en laag op de tweede factor (.02 tot .11). De PA-items laden hoog op de tweede (PA-)factor (.39 tot .69) en laag op de eerste factor (.00 tot .09). Beide factoren verklaarden samen 38.4% van de variantie: de NA-factor 20.5% en de PA-factor 17.9%. Interne consistentie van beide factoren of schalen werd bepaald met behulp van Cronbachs alpha. Voor de NA- en PA-schaal bedroegen deze respectievelijk .83 en .79.

In tabel 1 staan de gemiddelde scores en standaarddeviaties weergegeven voor de gehele groep (n = 382) op de 20 PANAS-items, uitgesplitst naar de PA- en NA-schaal.

Tabel 1: Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de 20 PANAS-items

Positief Affect-items*	Gemiddelde		Negatief Affect-items	Gemiddelde	
	score	(sd)		score	(sd)
Aandachtig	3.41	(1.01)	Vijandig	1.41	(0.81)
Geïnteresseerd	3.84	(0.90)	Prikkelbaar	2.40	(1.12)
Alert	3.40	(1.60)	Schuldig	1.54	(0.95)
Uitgelaten	2.33	(1.21)	Beschaamd	1.46	(0.83)
Enthousiast	3.28	(1.05)	Nerveus	2.44	(1.24)
Geïnspireerd	2.99	(1.08)	Rusteloos	2.29	(1.26)
Trots	2.64	(1.18)	Overstuur	1.67	(1.09)
Vastberaden	3.38	(1.08)	Van streek	1.76	(1.07)
Sterk	3.12	(1.05)	Bang	1.63	(1.00)
Actief	3.74	(1.01)	Angstig	1.55	(0.91)

* Maximale score per item bedraagt 5 ('in sterke mate'), minimale score bedraagt 1 ('nauwelijks of helemaal niet')

Samenhang met demografische variabelen - Met behulp van univariate variantieanalyse is gekeken in hoeverre de scores op de PANAS samenhang vertonen met leeftijd, opleiding en geslacht. De proefpersonen werden daartoe ingedeeld in vier leeftijdsgroepen door samenvoeging van de verschillende leeftijdsklassen: een groep van jonge leeftijd (leeftijdsklassen 25, 30 en 35 jaar), van jong-middelbare leeftijd (40, 45, 50 jaar), van oud-middelbare leeftijd (55, 60 en 65 jaar) en een groep van oude leeftijd (70, 75 en 80 jaar). Het opleidingsniveau werd gecompriemd tot drie klassen: laag

opgeleid (opleidingscore 1 en 2), gemiddeld opgeleid (score 3, 4 en 5) en hoog opgeleid (6, 7 en 8). Er werd geen effect gevonden van leeftijd of opleiding op de PA- en NA-schalen. Wel werd er, in tegenstelling tot het onderzoek van Watson e.a. (1988), een effect gevonden van geslacht op de NA-schaal ($F(1.380) = 10.6, p = .001$); vrouwen hadden gemiddeld een significant hogere score in vergelijking tot mannen. Op de PA-schaal werd geen geslachtseffect gevonden.

Normgegevens - Er was sprake van een scheve verdeling van de scores op de NA-schaal met relatief veel lage scores. Bij de PA-schaal daarentegen is er sprake van een normale verdeling. Bij de bepaling van voorlopige normscores voor de PANAS is, door de scheve verdeling op de NA-schaal, niet uitgegaan van het rekenkundig gemiddelde, maar van percentielscores. Daarbij is een indeling gemaakt in 7 klassen: zeer hoog (95e percentiel), hoog (80e percentiel en 95e percentiel), boven gemiddeld (65e percentiel en 80e percentiel), gemiddeld (50e percentiel en 65e percentiel), beneden gemiddeld (35e percentiel en 50e percentiel), laag (20e percentiel en 35e percentiel) en zeer laag (20e percentiel). Door het geslachtseffect op de NA-schaal, zijn voor deze schaal aparte normen berekend voor mannen en vrouwen. De normscores staan weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Normscores PANAS

	Positief Affect mannen/vrouwen	Negatief Affect mannen/vrouwen	
aantal personen	382	181	201
gemiddelde	32.1	17.0	19.2
standaarddeviatie	6.3	5.7	7.04
zeer hoog	≥ 42	≥ 29	≥ 34
hoog	38 - 41	24 - 28	25 - 33
boven gemiddeld	35 - 37	18 - 23	21 - 24
gemiddeld	32 - 34	16 - 17	17 - 20
beneden gemiddeld	30 - 31	13 - 15	15 - 16
laag	27 - 29	≤ 12	13 - 14
zeer laag	≤ 26	-	≤ 12

De PANAS bij depressieve patiënten

Proefpersonen - In dit onderzoek werd de PANAS ingevuld door depressieve patiënten die zich voor behandeling hadden aangemeld bij de RIAGG Maastricht. De werving van patiënten vond plaats bij een van de teams van de afdeling Psycho-Sociale Hulpverlening, waar patiënten met stemmingsklachten deelnemen aan een geprotocolleerde intake. Er namen 49 patiënten deel van wie er 32 voldeden aan de criteria voor een depressie i.e.z., al dan niet met vitale kenmerken. Deze groep bestond uit 16 mannen en 16 vrouwen, de gemiddelde leeftijd bedroeg 39 jaar (sd. 9.3, spreiding 21-62).

Instrumenten - De klachten werden met een Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID; Spitzer e.a. 1988) geïnterviewd volgens de criteria van de DSM-III-R. Daarnaast werd door, hiertoe getrainde, hulpverleners de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale gescoord (MADRS; Montgomery en Asberg 1979). Door de patiënten werd de SDS en de PANAS ingevuld. De gebruikte versies van de MADRS en de SDS waren conform de aanbevelingen die in het verleden in dit

tijdschrift werden gepubliceerd (Zitman e.a. 1989).

Resultaten - In tabel 3 staan de gegevens van de beoordelingsinstrumenten gerangschikt naar classificatie volgens DSM-III-R (de totale groep en uitgesplitst naar al dan niet aanwezige vitale kenmerken).

Tabel 3: Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de verschillende beoordelingsinstrumenten voor de patiëntengroep

	Depressie i.e.z.	Zonder vitale kenmerken	Met vitale kenmerken
n	32	17	15
MADRS	28.7 (6.6)	24.3 (8.4)	29.8 (8.0)
SDS	61.6 (5.8)	59.8 (5.4)	63.5 (5.8)
PANAS-PA			
totale groep	14.2 (3.0)	14.8 (3.4)	13.5 (2.6)
mannen	14.4 (3.6)	15.4 (3.7)	13.4 (3.1)
vrouwen	13.9 (2.5)	14.2 (3.2)	13.6 (1.6)
PANAS-NA			
totale groep	35.3 (8.3)	32.8 (8.6)	38.1 (7.2)
mannen	34.8 (8.8)	32.0 (9.6)	37.5 (7.4)
vrouwen	35.9 (8.1)	33.6 (8.1)	38.8 (7.6)

Afgaande op de scores op de MADRS en de SDS betrof het een groep patiënten met een matig ernstige depressie. De scores op de PANAS geven profielen te zien conform de verwachtingen en de gegevens van het onderzoek dat tot nu toe bij deze patiëntenpopulatie was gedaan. De patiënten scoren gemiddeld wat de PA betreft in de categorie 'zeer laag' (26), de gemiddelde NA komt uit in de categorieën 'hoog' en 'zeer hoog' (33,9). Vrouwen scoren gemiddeld wat hoger op de NA-schaal en wat lager op de PA-schaal in vergelijking met mannen. Deze verschillen zijn echter niet significant.

Op theoretische gronden viel te verwachten dat er een verschil zou worden gevonden tussen de niet-vitaal- en vitaal-depressieve patiënten op de PA-schaal, waarbij patiënten zonder vitale kenmerken hoger zouden scoren. Immers, een belangrijk vitaal kenmerk wordt gevormd door anhedonie, dat erg PA-gerelateerd lijkt (Watson en Kendall 1989). Hoewel er een gemiddeld verschil aanwezig was, bleek dit niet significant. Mogelijk is de wijze waarop de classificatie in de DSM-III-R plaatsvindt hiervoor verantwoordelijk; het onderscheid tussen vitaal versus niet-vitaal wordt gemaakt op grond van het aanwezig zijn van een bepaald aantal kenmerken en niet op grond van de aard van deze kenmerken. Wellicht laten patiënten met een depressie i.e.z. en een dysthyme stoornis zich wel goed onderscheiden door een verschil in PA. Overigens was er op de NA-schaal tussen deze groepen ook een gemiddeld doch niet-significant verschil.

In tabel 4 staan de correlaties tussen de verschillende instrumenten voor de gehele groep depressieve patiënten.

Tabel 4: Correlaties tussen de MADRS, de SDS en de PANAS-subschalen

	PANAS-NA	PANAS-PA	MADRS	SDS
PANAS-NA	–			
PANAS-PA	-.01	–		
MADRS	.38*	-.38*	–	
SDS	.66**	-.39	.49**	–

* $p < .05$, ** $p < .01$

Zoals verwacht mocht worden bestaat er nauwelijks een correlatie tussen PA en NA. De hoge correlatie van NA en de geringe correlatie van PA met de SDS vormen een ondersteuning van de reeds gememoreerde veronderstelling dat de SDS in sterke mate specifieke ‘distress’ meet. De MADRS blijkt substantieel te correleren met zowel NA als PA; wellicht wordt dit verklaard door het feit dat deze lijst zowel NA- als PA-gerelateerde items bevat. Mogelijk is het grotere aantal PA-gerelateerde items in klinische depressiebeoordelingslijsten een van de verklaringen voor het feit dat ze een wat grotere divergerende validiteit bezitten dan zelfbeoordelingslijsten voor depressie (L.A. Clark 1989).

Conclusie

In dit artikel werd een vragenlijst gepresenteerd waarmee een tweetal onafhankelijke affectieve dimensies wordt gemeten. De gebruikte Nederlandse vertaling van de PANAS blijkt in vergelijking met de oorspronkelijke versie voldoende psychometrische kwaliteiten te bezitten. Tevens werd aan de verwachting voldaan dat patiënten met een depressie een specifiek profiel tonen op de PANAS. Dit vormt een eerste ondersteuning van het beschreven theoretisch model betreffende de rol van twee dimensies van affectiviteit bij depressie en angst. Het is echter nog niet duidelijk in welke mate de Nederlandse versie van de PANAS divergerende validiteit bezit ten aanzien van depressieve en angststoornissen. Hiertoe worden momenteel gegevens verzameld bij patiënten met een angststoornis, waarover in een later stadium zal worden bericht. Tevens werd er door ons nog geen systematisch onderzoek gedaan naar de gevoeligheid van de PANAS om verbeteringen in een depressief toestandsbeeld te meten. Wel heeft de ervaring inmiddels geleerd dat hermeting bij patiënten wier depressie volledig in remissie was een score laat zien die overeenkomt met die van normale proefpersonen.

De gebruikte Nederlandse versie van de PANAS is verkrijgbaar bij de eerste auteur van dit artikel.

De auteurs danken M. Hoorweg en H.F. Kraan voor hun inspirerende initiatieven.

De literatuurlijst is op aanvraag verkrijgbaar bij de eerste auteur.

Summary: Affectivity and self-report of depression and anxiety

Existing self-report measures for measuring the severity of a depression are not very specific for the disorder concerned. Especially the low divergent validity with regard to anxiety disorders is a problem; a number of reasons are clarified in this article. Attention is paid to a theoretical model concerning the role of positive and negative affectivity in depression and anxiety. This model offers an

additional opportunity for differentiating both disorders based on specific profiles of affectivity. A self-report measure for measuring affectivity (the PANAS) is presented. Concluding, a report will follow of research with a Dutch translation of this measure with healthy volunteers and depressed patients. The reliability and validity appeared satisfactory. In addition a depression specific profile could be replicated in a group of depressed patients.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater (RIAGG Maastricht), neuropsycholoog (vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht) en geestelijke-gezondheidkundige (onderzoeksassistente bij het Dwarsverband Academisering, RIAGG Maastricht). Correspondentieadres: F.P.M.L. Peeters, RIAGG Maastricht, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 26-6-1995.