

Het voorkomen van depressie in België

Stand van zaken en reflecties voor de toekomst¹

R. BRUFFAERTS, A. BONNEWYN, K. DEMYTTENAERE

ACHTERGROND Depressie is een maatschappelijk probleem en een gezondheidsprobleem. Er is maar weinig bekend over epidemiologische aspecten van dit ziektebeeld in de Belgische context.

DOEL Integreeren van alle beschikbare epidemiologische onderzoeksgegevens over depressie in België: vóórkomen, impact op het dagelijks leven en gebruik van zorgvoorzieningen.

METHODE Literatuuronderzoek naar 'epidemiologie', 'voorkomen' en 'depressie' en 'België' in PubMed, PsychInfo, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), in de interactieve database van de Nationale Gezondheidsenquête en in zogenaamde 'grijze literatuur' zoals ongepubliceerde documenten en beleidsrapporten.

RESULTATEN Er werden 22 publicaties op basis van bovenstaande zoekstrategie geïncordeerd. Depressie bleek een vaak voorkomend ziektebeeld met een significante impact op het dagelijks leven. Bij het gebruik van zorgvoorzieningen lag het pijnpunt vooral in het lange uitstellen vooraleer hulp werd gezocht: 14% kwam zonder uitstelgedrag in de hulpverlening terecht in hetzelfde jaar waarin de stoornis zit voordeed; 94% zette ooit een stap naar de hulpverlening.

CONCLUSIE Ondanks het vaak vóórkomen en de grote impact van depressie wordt het zoeken van hulp lang uitgesteld. De mogelijkheden tot primaire preventie van depressie zijn eerder beperkt; secundair preventieve strategieën kunnen zich daarentegen richten op het lange uitstellen van hulp zoeken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)10, 655-665]

TREFWOORDEN Belgische bevolking, depressie, epidemiologie, impact

Depressie vormt één van de kerngebieden van de geestelijke (of 'mentale') gezondheid en neemt zowel binnen de gespecialiseerde zorg als in de algemene volksgezondheid een belangrijke plaats in. In het rapport *Burden of Disease* van de Wereldgezondheidsorganisatie stelt men dat de unipolaire depressie één van de belangrijkste aandoeningen zal zijn die een samenleving kent (Murray & Lopez 1996). Dit impliceert de behoefte aan duidelijkheid en helderheid over epidemiologische aspecten van dit ziektebeeld.

Uit beschikbaar onderzoek kan een aantal consistente conclusies worden getrokken. Ten eer-

ste: depressies komen vaak voor. Grosso modo kan men stellen dat 4-10% van de algemene bevolking van geïndustrialiseerde landen binnen de tijdspanne van 1 jaar aan de criteria van een depressie voldoet (Demyttenaere e.a. 2004). Een tweede conclusie heeft betrekking op het zorggebruik van personen met een depressie. Vaak refereert men aan een zogenaamd 'treatment gap': hoewel depressies vaak vóórkomen, wordt er erg weinig hulp voor gezocht (Wang e.a. 2005), ondanks hun impact op het dagelijkse leven en ondanks de lijdensdruk waarmee ze gepaard gaan (Alonso e.a. 2004).

Hoewel bestaande buitenlandse epidemiolo-

gische studies een schatting geven van de aanwezigheid van depressies in het land waarin de studies zijn uitgevoerd, is het erg tentatief om de bevindingen ervan te extrapoleren naar België. Elk land heeft immers een eigen leefcultuur die de prevalentie van mentale gezondheid bepaalt, maar landen verschillen immers ook in structuur, organisatie en financieringsmodaliteiten van hun (geestelijke) gezondheidsvoorzieningen; die kunnen een impact hebben op de prevalentie van mentale stoornissen in het algemeen en van depressies in het bijzonder.

Daarom verrichtten wij een literatuuronderzoek om epidemiologische gegevens te verzamelen over depressie en de gevolgen ervan in de Belgische context.

METHODE

Bij ons literatuuronderzoek gebruikten wij als trefwoorden 'epidemiologie', 'voorkomen' en 'depressie' en 'België' in de elektronische databases PubMed, PsychInfo, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS) en EMBASE, in de interactieve database van de Nationale Gezondheids-enquêtes van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) (<http://www.iph.fgov.be/epidemo/epinl/index4.htm>), en in zogenaamde 'grijze literatuur' (ongepubliceerde documenten en beleidsrapporten). Er werd, voor zover mogelijk, een onderscheid gemaakt tussen '12-maanden-depressie' (het aantal personen dat binnen een termijn van 12 maanden aan de criteria van depressie voldeed) en 'lifetimedepressie' (het aantal personen dat ooit aan de criteria van depressie voldeed). Wij gingen ook na of er studies bestonden rond het 'lifetimerisico' van depressie. Dit is de proportie personen die een depressie zou hebben doorgemaakt op een (theoretische) leeftijd van 75 jaar (Kessler e.a. 2005).

Wij legden geen specificaties op wat betrof de perioden waarin de onderzoeken plaatsvonden of wanneer artikelen en rapporten werden gepubliceerd. In de publicaties die 'rechtstreeks' konden worden geselecteerd (dat wil zeggen die opgeno-

men waren binnen elektronische databases en op de website van het WIV) gingen wij systematisch na of in de literatuurlijsten van deze werken referenties te vinden waren naar (eerdere) niet-gepubliceerde artikelen, boekhoofdstukken of rapporten omtrent de epidemiologie van depressie in België. Wij voerden geen specifieke selectie uit in de gevonden resultaten, met oog op de volledigheid van het voorhanden materiaal rond het thema.

Aangezien onze eerste doelstelling was te rapporteren over de epidemiologie van depressie in België hebben de hier weergegeven resultaten in de eerste plaats betrekking op de 'depressie in enge zin' conform DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) en de 'depressieve episode' conform DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). In sommige publicaties werd gerapporteerd over het vóórkomen van 'stemmingsstoornissen'. In deze gevallen ging het over respondenten die voldoen aan de criteria van een 'depressieve episode' of een 'dysthymie', allebei conform DSM-IV.

RESULTATEN

De zoekstrategie leverde 22 referenties op die data rapporteerden uit 8 studies (tabel 1): 15 nationale en internationale publicaties die rapporteerden over Belgische data (Baruffol & Thilmann 1993; Bonnewyn e.a. 2005; 2006; 2007; Bracke 1998; 2000; Bracke & Wauterickx 2003; Bruffaerts e.a. 2003; 2004; 2006; 2007; Demyttenaere e.a. 2004; Kittel e.a. 2001; Levecque 2004; Lorant e.a. 2007), 4 niet-gepubliceerde rapporten met Belgische data (Anseau 1996; Anseau e.a. 1999; Anseau & Reggers 1999; Van Rijsselberghe e.a., in bewerking) en drie inter-netrapporten met Belgische data (Bayingana e.a. 2006; Bietlot e.a. 2000; Demarest e.a. 2002). De gevonden publicaties betroffen het vóórkomen van depressie, de impact ervan op het dagelijks leven, suïcidaliteit en het gebruik van zorgvoorzieningen.

TABEL 1 Overzicht van de geïncludeerde studies over de epidemiologie van depressie in België

| Studie | 1ste auteur, jaar | Respon- percentage | 12-maanden- prevalentie | Lifetime- prevalentie | Lifetime- risico | Gebruikt instrument | Gebruikt classificatie- systeem | Doel- populatie |
|--|--|-----------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| - | Baruffol, 1993 | 64% | - | 27% | - | DISSI | DSM-III | Waver |
| - Panel Study Belgian Households | Ansseau, 1996; Bracke, 1998; 2000; 2003; Levecque, 2004 | 50% | 15-16% | - | - | HDL- depressie- schaal | DSM-III-R | België |
| - Nationale Gezondheidsenquête 1997 | Kittel, 2001; Bietlot, 2000 | 59% | 7% | - | - | GHQ-12 | * | België |
| - 1998 Année de la Santé Mentale en Province de Luxembourg | Ansseau, 1999 | 71% | - | 22-24% | - | CIDI-2.1 | DSM-IV | Provincie Luxemburg |
| - Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Liège et leur prise en charge | Ansseau, 1999 | - | - | 34% | - | CIDI-2.1 | DSM-IV | Provincie Luik |
| - Nationale Gezondheidsenquête 2001 | Demarest, 2002 | 61% | 6% | - | - | GHQ-12 | * | België |
| - European Study of the Epidemiology of Mental Disorders | Bruffaerts, 2003; 2004; 2006; 2007; 2008; Demyttenaere, 2004; 2005; Bonnewyn, 2005; 2006; 2007 | 51% | 5-6% | 15% | 23% | CIDI-3.0 | DSM-IV | België |
| - Nationale Gezondheidsenquête 2004 | Bayingana, 2006 | 61% | 6% | - | - | GHQ-12 | * | België |

DISSI = Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview; HDL = Health Daily Living; GHQ-12 = General Health Questionnaire; CIDI-2.1 = Composite International Diagnostic Interview.

*De General Health Questionnaire is niet ontworpen voor de diagnostiek van angst- of stemmingsstoornissen.

Vóórkomen van depressie

Depressie bleek een vaak voorkomende stoornis. De meeste studies gaven 12-maandenschattingen van 5-7% (Bayingana e.a. 2006; Bietlot e.a. 2000; Bruffaerts e.a. 2004; Demarest e.a. 2002; Demyttenaere e.a. 2004; Kittel e.a. 2001). De proportie volwassen Belgen die beantwoordden aan de criteria van een lifetimedepressie werd geschat op 15% van de algemene bevolking (Bruffaerts e.a. 2004). Een aantal onderzoeken (Ansseau 1996; Ansseau e.a. 1999; Baruffol & Thilmany 1993) gaf lifetimeschattingen van het vóórkomen van depressie

in geselecteerde Belgische regio's: Waver (27%) en de provincies Luik (34%) en Luxemburg (22-24%). Het lifetimerisico werd geschat op 23% (Bonnewyn e.a. 2007).

Depressies vertoonden een hoge aanvangsleeftijd: de mediane leeftijd van aanvang was 38 jaar, met een interkwartielafstand (het aantal jaren tussen percentiel 25 en 75 in de leeftijdcurves) van 23 jaar. Depressies ontwikkelden zich dus niet rond een bepaalde leeftijdsperiode, maar eerder binnen een brede tijdspanne. Depressie bleek bovendien een chronisch fenomeen voor ongeveer één derde van de personen die voldeden aan de cri-

teria van de DSM-IV voor een depressieve episode (Bruffaerts e.a. 2003).

Depressies kwamen ongeveer tweemaal zo vaak voor bij vrouwen, bij jongere en bij gescheiden personen en bij personen van wie de partner overleden was (Bruffaerts e.a. 2004). Dit geslachtsverschil was niet terug te vinden bij de populatie ouder dan 60 jaar (Bonnewyn e.a. 2006). Er bleek geen effect van stedelijkheidsgraad (Bruffaerts e.a. 2003; Hulselmans & Levecque 2003). Een opvallend gegeven was evenwel dat er een cohorteffect was: in vergelijking met personen ouder dan 64 jaar hadden personen geboren na 1967 een elfmaal zo hoge kans op het ooit krijgen van een depressie (Bonnewyn e.a. 2007).

De impact van depressie op het dagelijks leven

Personen met een 12-maandendepressie rapporteerden 16% van de dagen niet of suboptimaal te functioneren (Bonnewyn e.a. 2005). Dit impliceerde dat een depressie zorgde voor 5 dagen per maand, of, omgerekend, 60 dagen per jaar niet of suboptimaal functioneren. Personen met een ernstige depressie (gedefinieerd als voldoen aan méér dan zeven criteria van de DSM-IV voor depressieve episode) rapporteerden bijna het dubbele aantal dagen (i.c. 9 dagen per maand of 108 dagen op jaarbasis) waarin de depressie zorgde voor een niet of suboptimaal dagelijks functioneren (Demyttenaere e.a. 2005). Bovendien was de kans twee-tot viermaal zo groot om een belemmering te ervaren in participatie in het sociaal en familiaal functioneren (OR: 2,16-4,17; $p < 0,05$). Verder voelden personen met een depressie zich dubbel zo vaak gediscrimineerd in de samenleving dan degenen die niet beantwoordden aan de criteria van een depressie (OR: 2,65; $p < 0,05$) (Bonnewyn e.a. 2005).

Depressie en suïcidaliteit

De aanwezigheid van suïcidaliteit (zowel gedachten, ideaties als pogingen) bleek systematisch samen te hangen met depressie. Van de personen met een lifetimedepressie rapporteerde 30%

de aanwezigheid van suïcidegedachten en 17% van suïcideplannen ooit in het verleden (Van Rijsselberghe e.a., in bewerking). Verder rapporteerde 15% ooit een suïcidepoging te hebben gedaan. Van de personen met een 12-maandendepressie rapporteerde 12% de aanwezigheid van suïcidegedachten in het afgelopen jaar en 8% de aanwezigheid van suïcideplannen. Van de personen met een depressie rapporteerde 5% een suïcidepoging in het afgelopen jaar. In kansverhoudingen uitgedrukt betekende dit dat personen met een 12-maandendepressie, in vergelijking met degenen zonder, bijna viermaal zo vaak ooit suïcidegedachten hadden (OR: 3,72; $p < 0,05$), driemaal zo vaak suïcideplannen maakten (OR: 3,31; $p < 0,05$) en viermaal zo vaak een suïcidepoging deden (OR: 3,83; $p < 0,05$). Vooral de ernstige depressies (zoals gezegd: voldoen aan méér dan zeven criteria van de DSM-IV voor depressieve episode) hingen vaker samen met suïcidaliteit: 29% van de Belgen met een ernstige depressie rapporteerde de aanwezigheid van suïcideplannen in het verleden; 27% rapporteerde minstens één suïcidepoging (Demyttenaere e.a. 2005).

Het gebruik van zorgvoorzieningen voor depressie

Binnen een 12-maandenperspectief bleek dat ongeveer 43% van de depressieve personen een eerste contact maakte met professionele hulpverlening (Bruffaerts e.a. 2004). Cijfers uit de Gezondheidsenquête van 2004 (Bayingana e.a. 2006) gaven aan dat slechts 12% van de personen met een (zelfgerapporteerde) 12-maandendepressie in behandeling was hiervoor. Van diegenen met een depressie ging 48% naar een professionele hulpverlener in hetzelfde jaar waarin de stoornis ontstond (Bruffaerts e.a. 2007). De mediane duur tussen de aanvang van de stoornis en het eerste moment waarop men een professionele hulpverlener opzocht, bedroeg 1 jaar. Wanneer wij het lifetimezorggebruik (het aantal personen dat ooit hulp zoekt voor hun depressie) beschouwden, bleek dat de overgrote meerderheid (94%) minstens één contact legde met een professionele hulpverlener. Verge-

lijikbaar hiermee was de 72,6% van de personen met een lifetimedepressie die professionele hulp zocht voor hun stoornis (Anseau e.a. 1999).

Het verschil tussen het 12-maandenzorggebruik (in de 12 maanden vóór het interview) en het lifetimezorggebruik stipuleerde het lange uitstel van een eerste behandlingscontact (tabel 2). Wij kunnen spreken van een zekere cascade in het uitstellen van hulp (Bruffaerts e.a. 2006). Eerst zocht slechts 78% een hulpverlener op uit eigen initiatief. Binnen deze groep stelde nagenoeg 60% het zoeken van hulp minstens één maand uit. Dit kwam neer op de volgende simulatie: van de 100 Belgen met een 12-maandendepressie zochten er 43 hulp in hetzelfde jaar dat deze stoornis zich voordeed, van wie er slechts 34 op eigen initiatief professionele hulp zochten, van deze groep stelden op hun beurt slechts 14 dit niét uit. Dit betekende dus dat van 100 personen er 14 een eerste behandlingscontact maakten zonder dit uit te stellen.

De meeste zelfgerapporteerde redenen waarom het zoeken van hulp werd uitgesteld, was de cognitie dat de depressie vanuit zichzelf wel zou overgaan (74%) en dat men het probleem liever zelf zou oplossen (59%). Opvallend was dat drie personen op tien rapporteerden dat ze niet wisten waarheen ze moesten om professionele hulp te vinden (Bruffaerts e.a. 2006).

Wanneer we kijken naar welke disciplines werden geconsulteerd, zagen we dat de huisarts het vaakst werd gecontacteerd: 86% van de personen met een depressie consulteerde minstens éénmaal de huisarts wegens deze problematiek. Ongeveer 6 op de 10 (61%) consulteerden een psychiater en 6% een psycholoog (Bruffaerts e.a. 2004). Verder bleek dat 36% enkel een huisarts raadpleegde en 11% enkel een psychiater; de combinatie huisarts-psychiater kwam het vaakst voor (50%).

DISCUSSIE

Vóórkomen Depressie is een vaak voorkomend ziektebeeld in België: het 12-maandenvóórkomen wordt geschat op 5-16%, het lifetimevóórkomen op 15-34% en het lifetimerisico op 23%. In

vergelijking met een aantal andere Europese landen schommelt het voorkomen van depressie in België rond een Europees gemiddelde, dat 4-10% bedraagt op jaarbasis (Demyttenaere e.a. 2004). De gevonden risicogroepen zijn vergelijkbaar met die in reeds gepubliceerde epidemiologische onderzoeken. Vrouwen hebben vaker een depressie (Bijl e.a. 1998; Kessler e.a. 1994). Onze resultaten duiden verder ook op een grotere kwetsbaarheid van personen die alleenstaand of gescheiden zijn (Horwath e.a. 2002). We vonden ook evidentie dat jongere cohorten een hoger lifetimerisico hebben. Personen geboren na de Tweede Wereldoorlog zouden een verhoogde kans hebben op een depressie (Klerman & Weissman 1989), van wie het cohort geboren na 1970 een extra kwetsbare groep vormt (Kessler e.a. 2005). De mediane leeftijd waarop depressies ontstaan (38 jaar), ligt hoger dan in de Amerikaanse samenleving (Kessler e.a. 2005). Een implicatie van de lange periode waarin depressies, in tegenstelling tot de angst- en alcoholgerelateerde stoornissen, ontstaan (een interkwartielafstand van 23 jaar) is dat we moeilijk kunnen spreken van een 'kritische periode'. Een depressie lijkt zich dus over een langere tijds-

TABEL 2 Redenen waarom personen met een depressie het zoeken van hulp uitstellen

| Reden | % |
|---|----|
| Ik dacht dat het probleem uit zichzelf over zou gaan | 74 |
| Ik had in het begin niet zoveel last van het probleem | 55 |
| Ik wilde het probleem liever zelf oplossen | 59 |
| Ik dacht dat behandeling geen zin zou hebben | 39 |
| Ik wist niet waar ik heen moest of wie ik moest benaderen | 30 |
| Ik was bang dat het te veel geld zou kosten | 22 |
| Ik was al eerder in behandeling geweest en het hielp niet | 17 |
| Ik maakte me zorgen over wat andere mensen ervan zouden denken als ze hoorden dat ik in behandeling was | 14 |
| Het was moeilijk naar de behandeling toe te gaan door problemen bijvoorbeeld met vervoer, kinderopvang of tijdsplanning | 13 |

periode te ontwikkelen en vanaf een latere leeftijd dan angst- en alcoholgerelateerde stoornissen.

Impact Depressies hebben ook een belangrijke impact op persoonlijk, sociaal en maatschappelijk gebied. De impact op het dagelijkse functioneren is vergelijkbaar met die van chronische somatische aandoeningen zoals diabetes, artritis en hart- of longaandoeningen (Alonso e.a. 2004; Ormel e.a. 2001). Depressies hangen ook systematisch samen met suïcidaliteit. Personen met een 12-maandendepressie rapporteren drie- tot viermaal zo vaak als diegenen zonder depressie het vóórkomen van suïcidaliteit. Het vóórkomen van suïcidaliteit in de Belgische bevolking is sterker gekoppeld aan een depressie dan aan andere stoornissen (Van Rijsselberghe e.a. in bewerking).

Zorggebruik In de bespreking van het zorggebruik zijn er twee belangrijke bevindingen. Ten eerste, binnen een 12-maandenperspectief zoekt slechts de minderheid van degenen met een depressie professionele hulp. Het 12-maandenzorggebruik is vergelijkbaar met dat in Nederland (Bijl & Ravelli 2000), maar ligt hoger dan het gemiddelde zorggebruik voor stemmingsstoornissen in Europa, dat 37% bedraagt (Alonso e.a. 2004). In vergelijking met de Verenigde Staten zoeken in België minder personen hulp voor hun depressie (43 versus 63%) (Wang e.a. 2005).

Een tweede vaststelling is dat 9 op 10 personen met een depressie ooit minstens één behan-

delcontact hebben. Het aantal personen dat ooit hulp zoekt, is hiermee vergelijkbaar met dat in de Verenigde Staten (Wang e.a. 2005). Dat 6 op de 10 personen op korte termijn níet komen tot een eerste behandelingscontact wijst erop dat de weg naar de geestelijke gezondheidszorg een aantal drempels kent.

Bij het zorggebruik dient men te bedenken dat België (in vergelijking met een aantal andere Europese landen, Canada en de Verenigde Staten) hoog scoort wat betreft de aanwezigheid van ambulante en residentiële voorzieningen (tabel 3). We zouden daarom verwachten dat het gebruik van zorgvoorzieningen hoger zou liggen in België gezien de hoge densiteit van voorzieningen, de toegankelijkheid van diensten en de aanwezigheid van een goede sociale zekerheid. Toch is dit niet het geval. Dit doet vermoeden dat rond het zorggebruik voor depressie in België de nadruk níet zozeer ligt op deze factoren.

Het is in dezen interessant dat 3 op 10 personen met een depressie aangeven dat zij de professionele hulp uitstelden omdat zij niet wisten waar precies te consulteren. Het lijkt alsof personen met een depressie problemen hebben met, of hinderen ervaren in het vinden van een hulpverlener of voorziening waarvan men denkt dat deze geschikt is om te consulteren.

Implicaties voor preventie Vanuit bovenstaande resultaten kan een aantal implicaties worden geformuleerd voor primaire en secun-

TABEL 3 Enkele ambulante en residentiële behandel mogelijkheden in West-Europa en Noord-Amerika*

| Land | Aantal psychiatrische bedden | Aantal psychiaters | Aantal psychiatrisch verpleegkundigen | Aantal psychologen | Aantal huisartsen |
|---------------------|------------------------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------|-------------------|
| Nederland | 18,7 | 0,9 | 9,9 | 2,8 | 4,9 |
| Frankrijk | 1,2 | 2,2 | 9,8 | 5,0 | 16,2 |
| Duitsland | 7,5 | 1,2 | 5,2 | 5,2 | 11,0 |
| Spanje | 4,4 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 6,0 |
| Italië | 4,6 | 1,0 | 3,3 | 0,3 | 9,5 |
| België | 22,1 | 1,8 | - | 3,2 | 15,3 |
| Verenigd Koninkrijk | 5,8 | 1,1 | 10,4 | 0,9 | 5,8 |
| Verenigde Staten | 7,7 | 1,4 | 0,7 | 3,1 | 2,2 |
| Canada | 19,3 | 1,2 | 4,4 | 3,5 | 8,5 |

*Per 10.000 inwoners (Alonso e.a. 2002; Manderscheid & Henderson 2002; Wendt 1999; World Health Organization 2005).

daire preventie van depressie. De risicogroepen van depressie zijn eerder 'statisch' en de facto voor weinig beïnvloeding vatbaar. Hierdoor worden preventieve strategieën die zich toespitsen op de primaire preventie van depressie erg beperkt (zie bijvoorbeeld Smit e.a. 2004). Zowel de lange wachttijd tussen het ontstaan van depressie en het moment waarop hulp wordt gezocht als de factoren gekoppeld aan het uitstelgedrag kunnen belangrijk zijn bij secundaire preventie. In de literatuur wordt immers gesuggereerd dat een snelle toegang tot de hulpverlening het ontstaan van comorbide en secundaire stoornissen kan beïnvloeden (Kessler & Price 1993). Hier kunnen strategieën die als doel hebben de aanwezige hulpverlening voor het publiek te verduidelijken en het stigma te verminderen mogelijke ingangspoorten zijn om het lange uitstel te beïnvloeden.

Beperkingen van dit onderzoek De prevalentieschattingen die in dit artikel zijn opgenomen, vertonen enige discrepantie. De volgende beperkingen illustreren waarom prevalentieschattingen erg kunnen variëren.

Ten eerste gebruikten de geïncludeerde studies vaak een ander instrument om het vóórkomen van depressie te meten. In een aantal onderzoeken gebruikte men geen psychiatrisch-epidemiologische instrumenten om depressie te detecteren (Bietlot e.a. 2000; Demarest e.a. 2002) of geen instrumenten die indicatief zijn voor een diagnose van depressie (Ansseau 1996; Bracke & Wauterickx 2003). Zo komen depressies in de ESEMED-studie wat minder vaak voor dan in de Belgische gezondheidsenquêtes in 1997 (Bietlot e.a. 2000; Kittel e.a. 2001) en 2001 (Demarest e.a. 2002). Dit is te verwachten aangezien in deze onderzoeken gebruik werd gemaakt van niet-diagnostische instrumenten, met name de *General Health Questionnaire-12* (Goldberg 1972) en de *Symptom Check List-90* (Arrindell & Ettema 1986).

Ten tweede moeten wij opmerken dat de aanwezigheid van depressie werd nagegaan conform criteria in verschillende versies van de DSM: conform DSM-III (Baruffol & Thilmany 1993), DSM-

III-R (Ansseau 1996; Bracke & Wauterickx 2003; Levecque 2004) en DSM-IV (Ansseau e.a. 1999; Ansseau & Reggers 1999; Bruffaerts e.a. 2003; 2004; 2006; 2007; Demyttenaere e.a. 2004; Bonnewyn e.a. 2006; 2007). Bovendien gebruikte men bij de Nationale Gezondheidsenquêtes geen formeel psychiatrisch classificatiesysteem.

Ten derde heeft een aantal onderzoeken niet de algemene Belgische populatie als doelpopulatie. Het zijn juist deze studies die een systematische hogere schatting geven (Ansseau 1996; Ansseau e.a. 1999; Baruffol & Thilmany 1993). Of er in de doelpopulaties waarbij het onderzoek is uitgevoerd, een werkelijke verhoging is van depressie, is erg tentatief. De gegevens uit deze studies zijn, in tegenstelling tot die van de andere geïncludeerde onderzoeken, niét statistisch gewogen naar de opbouw van de Belgische algemene bevolking. Ook de validiteit van gestructureerde vragenlijsten zelf is lange tijd een thema geweest van controverse. Deze zouden niet steeds een valide meting gegeven hebben van het 'reële' vóórkomen van depressie (Anthony e.a. 1985; Eaton e.a. 2000).

Met een participatiegraad van 51-71% kan men bovendien de vraag opperen of de resultaten van de studies überhaupt representatief zijn voor de bevolking. Een lage participatiegraad wordt immers vaak in verband gebracht met een hogere prevalentie van mentale stoornissen (Eaton e.a. 1992; De Graaf e.a. 2000). In twee van de in dit artikel opgenomen studies zijn pogingen ondernomen om een schatting te krijgen van de non-respons. In het ESEMED-project werd het effect van non-respons op twee manieren nagegaan. Allereerst werd 20% van degenen die initieel niet reageerden opnieuw benaderd om een gedeelte van deze personen alsnog in de uiteindelijke steekproef op te kunnen nemen (Bonnewyn e.a. 2006). Bovendien toonde een vergelijking tussen de verschillende Europese landen aan dat lage responscijfers in de ESEMED-studie net wel samenhangen met hogere prevalentie van mentale stoornissen (Alonso e.a. 2004). Ook in de *Panel Study of Belgian Households* werd de lage participatiegraad geanalyseerd, maar een externe validatie aan de

hand van de volkstelling uit 1991 (Jacobs & Marynissen 1993) toonde aan dat de geïncludeerde personen representatief waren voor de Belgische algemene bevolking.

CONCLUSIES

Ten eerste komen depressies vaak voor in de Belgische algemene bevolking en zijn meer prevalent bij vrouwen, gescheiden personen of weduwen/weduwnaars. De mediane leeftijd waarop depressies aanvangen, bedraagt 38 jaar, met een trend naar een verhoogd risico voor jongere cohorten. Er is geen evidentie dat depressies ontstaan in een specifieke leeftijdsperiode.

Ten tweede hebben depressies een grote impact op het dagelijkse leven: depressieve personen functioneren 60 dagen per jaar niet of suboptimaal; bij ernstige depressies loopt dit op tot meer dan 100 dagen. Depressieve personen rapporteren drie- tot viermaal zo vaak suïcidegedachten, -plannen of -pogingen als anderen.

Ten derde is er een sterk uitstelgedrag in het zoeken van hulp. Gezien de hoge densiteit van voorzieningen doet dit de vraag rijzen in welke mate deze verschillende voorzieningen optimaal zijn afgestemd om een behandelingsaanbod te bieden voor personen met een depressie.

NOOT

- 1 Dit artikel is een bewerking van een rapport over de epidemiologie van depressie in België dat eerder werd gepresenteerd op de RIZIV-consensusvergadering 'Het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie', Brussel, 11 mei 2006.

LITERATUUR

- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., e.a. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMEd/MHEDEA 2000) Project: rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.
- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., e.a. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders

(ESEMEd) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-46.

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ansseau, M. (1996). *Epidemiologie van depressie in België. Socio-economische aspecten van depressie in België*. Brussel: Belgische Liga voor Depressie.
- Ansseau, M., Reggers, J., & Nickels, J. (1999). *Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Luxembourg*. Luxembourg: Plate-forme de concertation psychiatrique dans la province de Luxembourg.
- Ansseau, M., & Reggers, J. (1999). *Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Liège et leur prise en charge*. Liège: Plate-forme Psychiatrique Liégeoise.
- Anthony, J.C., Folstein, M., Romanoski, A.J., e.a. (1985). Comparison of the lay Diagnostic Interview Schedule and a standardized psychiatric diagnosis. Experience in eastern Baltimore. *Archives of General Psychiatry*, 42, 667-675.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets.
- Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., e.a. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. IPH/EPI Reports Nr. 2006.
- Baruffol, E., & Thilmann, M.C. (1993). Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatrica Belgica*, 93, 136-153.
- Bietlot, M., Demarest, S., Tafforeau, J., e.a. (2000). *Gezondheidsenquête 1997. De Gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten*. Brussel: F-Twee Uitgeverij.
- Bijl, R., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bijl, R., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.
- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime risk and age-of-onset of mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 522-529.

- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Van Oyen, H., e.a. (2005). L'impact des troubles mentaux sur le fonctionnement quotidien de la population belge. *Revue Médicale de Liège*, 60, 849-854.
- Bonnewyn, A., Van Buggenhout, R., Bruffaerts, R., e.a. (2006). Het voorkomen van psychische stoornissen en suïcidaliteit in de Belgische bevolking ouder dan 60 jaar. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, 89-95.
- Bracke, P. (1998). Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 420-429.
- Bracke, P. (2000). The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Social Science and Medicine*, 51, 51-64.
- Bracke, P., & Wauterickx, N. (2003). Complaints of depression in a representative sample of the Belgian population. *Archives of Public Health*, 61, 223-247.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demarest, S., e.a. (2003). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 75-85.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demarest, S., e.a. (2004). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 790-799.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2006). Epidemiologische ontwikkelingen op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg in België. Situatieschets en aandachtspunten voor de toekomst. *Acta Hospitalia*, 46, 7-23.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 937-944.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2008). Mental health in Belgium: current situation and future perspectives. In R.C. Kessler, & T.B. Üstün (Red.), *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys*. (pp. 279-304), New York: Cambridge University Press.
- Demarest, S., Van der Heyden, J., Gisle, L., e.a. (2002). *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2001*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. IPH/EPI Reports nr. 2002-25.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., & Bruffaerts, R. (2005). Depression: prevalence, impact, suicide, and treatment. Symposium 'The Theory and treatment of depression: towards a dynamic interactionism model', 16 March 2005, Brussels, Belgium.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., e.a. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Eaton, W.W., Anthony, J.C., Tepper, S., e.a. (1992). Psychopathology and attrition in the epidemiologic catchment area surveys. *American Journal of Epidemiology*, 135, 1051-1059.
- Eaton, W.W., Neufeld, K., Chen, L.S., e.a. (2000). A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 217-222.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Graaf, R. de, Bijl, R., Smit, F., e.a. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology*, 152, 1039-1047.
- Horwath, E., Cohen, R., & Weissman, M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In M.T. Tsuang, & M. Tohen (Red.), *Textbook in psychiatric epidemiology*, (pp. 389-426). New York: Wiley.
- Hulselmans, H., & Levecque, K. (2003). Psychiatric morbidity in the general population in Belgium: is there a link with urbanization? *Archives of Public Health*, 61 (Suppl 1), 569.
- Jacobs, T., & Marynissen, R. (1993). *Panel Study van Belgische Huishoudens. Methodebericht*. Antwerpen: Universitaire Instelling.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., e.a. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., & Price, R.H. (1993). Primary prevention of secondary disorders. A proposal and agenda. *American Journal of Community Psychiatry*, 21, 607-633.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S. e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kittel, F., Ribourdouille, M., & Dramaix, M. (2001). Mental health data analysis from the National Health Survey, Belgium 1997. *Archives of Public Health*, 50, 347-357.
- Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *The Journal of the American Medical Association* 261, 2229-2235.
- Levecque, K. (2004). The social distribution of depression in Belgium: a comparison of the Belgian Health Interview Survey 2001 and the Panel Study of Belgian Households. *Archives of Public Health*, 62, 271-290.

- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., e.a. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 293-298.
- Manderscheid, R.W., & Henderson, M.J. (2002). *Mental Health, United States, 2002*. Rockville: Department of Health and Human Services.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Ormel, J., Neeleman, J., & Wiersma, D. (2001). Determinanten van psychische ongezondheid: implicaties voor onderzoek en beleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 245-257.
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., e.a. (2004). Selecting key variables for depression prevention: results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 81, 241-249.
- Van Rijsselberghe, L., Van Heeringen, C., Portzky, G., e.a. (in bewerking). Suicidal thoughts, plans, and attempts in Belgium. A general population study. *European Journal of Public Health*.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., e.a. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.
- Wendt, T. (1999). *Health services for children in Denmark, Germany, Austria and Great Britain*. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.
- World Health Organization. (2005). *Mental health atlas 2005*. Geneva: World Health Organization.

AUTEURS

R. BRUFFAERTS is licentiaat psychologie en dr. medische wetenschappen en is werkzaam als psycholoog/diagnosticus in het UZ Gasthuisberg en als docent aan de Katholieke Universiteit Leuven.

A. BONNEWYN is licentiaat Psychologie en is werkzaam als onderzoeker en gerontopsycholoog in het UZ Gasthuisberg, Leuven.

K. DEMYTTENAERE is psychiater, gewoon hoogleraar en diensthoofd Psychiatrie van het UZ Gasthuisberg, Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. R. Bruffaerts, Dienst Neurowetenschappen en Psychiatrie, Afdeling Psychiatrie, UZ Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven.

E-mail: ronny.bruffaerts@uz.kuleuven.ac.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-1-2008.

SUMMARY

The epidemiology of depression in Belgium. A review and some reflections for the future – R. Bruffaerts, A. Bonnewyn, K. Demyttenaere –

BACKGROUND Little is known on epidemiological aspects of depression in the Belgian general population, despite the fact that this disorder is known as a burdensome disorder.

AIM To present the results of a systematic literature search on the epidemiological aspects of depression in Belgium: prevalence, impact on daily life, and service use.

METHOD A systematic literature search was performed using ‘epidemiology’, ‘prevalence’ and ‘depression’, ‘Belgium’ in PubMed, PsychInfo, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), the (interactive) database of the National Health Survey and in so-called ‘grey literature’.

RESULTS Twenty two reports were included in the study. Depression is a common disorder that yields an enormous impact on daily life, on both work loss and suicidality. The proportion of persons seeking help was generally very low, with only 14% making a first treatment contact in the year of the disorder onset. Lifetime treatment rates were about 94%.

CONCLUSION Despite the high prevalence and significant impact of depression in daily life, delays between disorder onset and seeking help are impressive. Primary prevention of depression seems rather limited. Secondary preventative strategies may be focused on the delays in help-seeking.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)10, 655-665]

KEY WORDS Belgian general population, depression, epidemiology, impact