

Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren

*door A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg, T.G. van Tilburg,
R.A. Schoevers, J.H. Smit, C. Hooijer en W. van Tilburg*

Samenvatting

Nederlandse gegevens betreffende het voorkomen van depressieve stoornissen bij ouderen in de algemene bevolking zijn schaars. Internationaal bestaat onenigheid over basale vragen als hoe vaak depressies bij ouderen voorkomen en of de classificatiesystemen die zijn ontwikkeld bij jongere groepen patiënten, bruikbaar zijn bij ouderen. Door depressie zowel op een breed syndromaal niveau als op een enger diagnostisch niveau te definiëren en meten kon deze tegenstelling worden overbrugd. In een aselecte groep van 3056 ouderen (55-85), verdeeld over drie regio's van Nederland, bleek dat depressies bij ouderen veel voorkomen (prevalentie 14,9%). Een minderheid bleek te voldoen aan strenge diagnostische criteria. De prevalentie van depressie in engere zin ('major depression', DSM-III-criteria) was 2,0%, terwijl de prevalentie van alle overige depressieve stoornissen ('minor depression') 12,9% was. Onderzoek naar risicofactoren liet grote verschillen zien tussen beide typen depressie. Major depression is bij ouderen meestal een exacerbatie van een chronisch-intermitterende ziekte, die haar wortels heeft in een reeds lang bestaande, persoonlijke kwetsbaarheid. Minor depression is vaker een reactie op de stresserende gebeurtenissen en omstandigheden waar ouderen veel mee te maken krijgen.

Inleiding

Met het toenemen van het aantal ouderen in de bevolking komt er meer belangstelling voor de depressies die voorkomen op latere leeftijd. Veel gestelde vragen zijn of de prevalentie en risicofactoren van depressies veranderen met het ouder worden en in hoeverre de huidige classificatiesystemen voor affectieve stoornissen bruikbaar zijn in de ouderenpsychiatrie. De toegenomen belangstelling is begrijpelijk, aangezien depressies veel voorkomen bij ouderen (Blazer 1989; Beekman e.a. 1993), het welbevinden en het dagelijks functioneren ernstig kunnen verstoren (Wells e.a. 1989; Gurland 1992; Ormel e.a. 1994) en geassocieerd zijn met zowel een kortere levensduur als een groter gebruik van voorzieningen (Gurland 1983; Burvill en Hall 1994). Alhoewel depressies ook bij ouderen meestal goed te behandelen zijn, blijkt dat herkenning en behandeling in veel gevallen niet totstandkomen (Beekman e.a.

1996a; Copeland e.a. 1992; Kirmayer e.a. 1993).

In Amerikaans georiënteerd onderzoek, zoals de ECA-studies, worden meestal zeer lage prevalentiecijfers gerapporteerd (minder dan 3%; Weissman e.a. 1988; Beekman e.a. 1995). In deze studies gebruikt men strenge diagnostische criteria, die zijn ontwikkeld onder jongere patiënten in de klinische psychiatrie. In Engels en Australisch georiënteerd onderzoek, waar men een bredere definitie van depressie hanteert, worden veel hogere prevalentiecijfers gevonden (10%-20%; Beekman e.a. 1995). In deze studies gaat men meestal uit van de ernst van de symptomatologie en de vraag of een clinicus interventie nodig zou vinden, zonder gebruik te maken van strenge exclusiecriteria.

De geschetste divergentie van bevindingen heeft geleid tot een debat over de validiteit van onze huidige diagnostische criteria en classificatiesystemen voor depressieve stoornissen bij ouderen (Snowdon 1990; Blazer 1994). Ook Amerikaanse onderzoekers pleiten er nu voor om epidemiologisch onderzoek bij ouderen niet te beperken tot depressieve stoornissen die voldoen aan strenge diagnostische criteria (Blazer 1994). Men stelt voor streng gediagnosticeerde depressieve stoornissen ('major depression') en de grote groep mildere depressieve stoornissen die waarschijnlijk ook klinisch relevant zijn ('minor depression'), naast elkaar te onderzoeken (Blazer 1994). Verwarrend hierbij is dat in DSM-IV inmiddels een nog nader te onderzoeken categorie 'minor depression' is opgenomen, die veel smaller is gedefinieerd (APA 1994). Tot voor kort werd de term 'minor depression' echter vaak gebruikt als verzamelnaam voor alle depressieve stoornissen die wel klinisch relevant waren, maar niet voldeden aan criteria voor 'major depression' (Tannock en Katona 1995). In dit artikel zal daarom de volgende terminologie worden gehanteerd: met 'major depression' wordt bedoeld de depressie in engere zin uit DSM-III, gediagnosticeerd volgens strikte diagnostische criteria; met 'minor depression' worden alle overige klinisch relevante depressieve syndromen aangeduid.

Op latere leeftijd lijkt het voorkomen van major depression af te nemen, terwijl minor depression juist meer voorkomt (Newman 1989). Zoekt men hiervoor een verklaring, dan biedt het vulnerabiliteit-stressmodel (Brown en Harris 1978) een handzaam denkraam. Zo neemt het voorkomen van stressfactoren als lichamelijke ziekte en het verlies van dierbare personen met de leeftijd toe. Anderzijds is bekend dat depressie geassocieerd is met een kortere levensduur, waardoor de meest kwetsbare mensen ondervertegenwoordigd zijn in de hogere leeftijdsgroepen (Burvill en Hall 1994). Het netto-effect van deze aan leeftijd gerelateerde verschuivingen in risicofactoren kan zijn een toename, afname of een met de leeftijd stabiele prevalentie van depressies. De vraag of veroudering geassocieerd is met depressie kan daarom pas worden beantwoord als de leeftijdgerelateerde prevalentiecijfers worden beschouwd in samenhang met leeftijdgerelateerde verschui-

vingen in risicofactoren (vulnerabiliteit en stress).

De belangrijkste hypothese voor de huidige studie was dat leeftijd een op zichzelf weinig belangrijke factor is voor de etiologie van depressies. Verwacht werd dat het voorkomen van risicofactoren met de leeftijd sterk zou veranderen, maar dat de impact van individuele factoren stabiel blijft. Major en minor depression werden geacht samen te hangen met verschillende groepen risicofactoren, hetgeen zou kunnen verklaren waarom de prevalentie van de ene groep depressieve stoornissen toeneemt met de leeftijd, terwijl de andere groep afneemt.

In dit artikel worden Nederlandse data gepresenteerd betreffende (1) de prevalentie van beide typen depressies, en (2) de aan leeftijd gerelateerde veranderingen in hun associatie met vulnerabiliteit en stress.

Methode van onderzoek

Steekproef en uitval – In het kader van de ‘Longitudinal Aging Study Amsterdam’ (LASA; Deeg e.a. 1993) wordt een grote groep ouderen (55-85), verspreid over drie regio’s in Nederland, gedurende tien jaar gevolgd. Gebruikmakend van de bevolkingsregisters uit elf gemeenten is een gerandomiseerde, naar leeftijd en geslacht gestratificeerde steekproef getrokken. Personen ouder dan 85 jaar werden niet in het onderzoek betrokken, omdat de verwachte deelname aan het onderzoek te laag werd geacht. Om economische redenen werden respondenten eerst geïnterviewd in het kader van het NESTOR-onderzoek Leefvormen en Sociale Netwerken (respons 62,3%; Broese van Groenou e.a. 1995). Ongeveer tien maanden later bleek dat 3107 (81,7%) van alle 3805 NESTOR-LSN-respondenten bereid en in staat waren om deel te nemen aan het eerste LASA-interview (Smit en De Vries 1994). De uitval was hoger onder de ouderen ($p < .001$), en toe te schrijven aan weigering (394 respondenten, 10,4%), ziekte of cognitieve achteruitgang (143, 3,5%), overlijden tussen de beide interviews (126, 3,3%), of omdat men onvindbaar bleek te zijn (44, 1,2%). Door item-non-respons vielen 51 respondenten uit, hetgeen resulteerde in een steekproef van 3056 mensen.

Voor de diagnostiek van depressies werd een ‘two-stage screening’-procedure gevolgd. Op basis van de score op de screeningsvragenlijst werd een groep respondenten geselecteerd voor een tweede, diagnostisch interview, dat twee tot acht weken na het eerste LASA-interview werd afgenomen (gemiddeld interval: 32,6 dagen). De respons was hier 86,0%, vergeleken met het LASA-baseline-interview. Opnieuw was de uitval gerelateerd aan leeftijd ($p < .001$), maar niet aan sekse.

Alle interviews werden bij de respondenten thuis afgenomen, door intensief getrainde en gesuperviseerde interviewers. Voor de diagnostiek werd gebruikgemaakt van een aparte groep interviewers, zodat screening en diagnostiek nooit door dezelfde interviewer konden wor-

den verricht. Ter controle van de datakwaliteit werden alle interviews op band geregistreerd. De interviews werden afgenomen tussen oktober 1992 en september 1993.

Meetinstrumenten voor depressie – Onder minor depression werden gerangschikt alle klinisch relevante depressieve stoornissen die niet voldeden aan DSM-III-criteria voor depressie in engere zin. In aansluiting op vooral Amerikaans onderzoek werd gebruikgemaakt van de Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D; Radloff 1977). De CES-D bevat twintig items en is speciaal ontwikkeld voor gebruik in bevolkingsonderzoek (Beekman e.a. 1994). De schaal is inmiddels veel gebruikt bij ouderen (Himmelfarb en Murrell 1983; Hertzog e.a. 1990; Radloff en Teri 1986), en heeft ook bij Nederlandse ouderen gunstige psychometrische eigenschappen (Beekman e.a. 1994). De overlap met symptomen van lichamelijke ziekten is meermalen onderzocht en minimaal gebleken (Berkman e.a. 1986; Foelker en Shewchuk 1992). De CES-D levert een totaalscore op die kan variëren van 0 tot 60. Meestal wordt een score ≥ 16 aanbevolen als het gebied waarboven de kans groot is dat sprake is van een klinisch relevante depressieve stoornis.

Major depression werd gedefinieerd volgens DSM-III-criteria en geoperationaliseerd door middel van het Diagnostisch Interview Schema (DIS; Robins e.a. 1981; Dingemans e.a. 1985). Het DIS is een bij ouderen veel gebruikt diagnostisch instrument, speciaal ontwikkeld voor gebruik in bevolkingsonderzoek. Alle respondenten die bij het eerste LASA-interview ≥ 16 scoorden op de CES-D, en een aselechte steekproef uit de groep die < 16 scoorden, werden benaderd voor een diagnostisch interview. Al met al werd bij 660 respondenten psychiatrische diagnostiek gedaan, van wie 329 (50%) vermoedelijk depressieven (CES-D ≥ 16). Nadeel van deze procedure is dat de tijd tussen screening en diagnostiek varieert. Voor de prevalentieschattingen konden daarom niet alle beschikbare data worden gebruikt. De CES-D heeft een bereik van één week. Het DIS kan voor meerdere tijdsintervallen worden gebruikt, maar symptomen moeten minstens twee weken bestaan voor ze meetellen bij de diagnostiek. Uitgaande van de wens de éénmaandsprevalentie van depressies te kunnen schatten, beperkt het maximaal toelaatbare interval tussen screening en diagnostiek tot zes weken. Deze beperking reduceerde het aantal bruikbare diagnostische interviews van 660 tot 487 (gemiddeld interval = 20,7 dagen). In deze groep was de criteriumvaliditeit van de CES-D voor de depressie in engere zin zeer bevredigend (sensitiviteit 100%, specificiteit 88%; Beekman e.a. 1996b).

Meetinstrumenten voor de onafhankelijke variabelen – Naar aanleiding van een literatuuronderzoek konden elf domeinen van onafhankelijke variabelen worden onderscheiden die mogelijk samenhangen met depres-

sie bij ouderen (Beekman e.a. 1993). Dit waren leeftijd, sekse, urbanisatiegraad, sociaal-economische status, lichamelijke gezondheid, levensgebeurtenissen (recent en in het verleden), sociale steun, persoonlijkheid, comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, genetische vulnerabiliteit en eerdere depressieve ziekteperiodes. Het opleidingsniveau werd gekozen als maat voor sociaal-economische status. Het aantal chronische ziekten (CBS 1989), functionele beperkingen (ADL; Van Sonsbeek 1988) en een globaal oordeel van de respondent over de lichamelijke gezondheid (subjectieve gezondheid; CBS 1989) werden gebruikt als lichamelijke-gezondheidsmaten. Sociale steun werd gemeten met een vragenlijst waarin gedetailleerd werd nagegaan met hoeveel mensen er een belangrijk contact bestond (omvang netwerk), en hoeveel emotionele en instrumentele steun er werd uitgewisseld (Van Tilburg 1995; Van Tilburg e.a. 1995). Eenzaamheid werd met een aparte vragenlijst onderzocht (De Jong-Gierveld en Kamphuis 1985). Een vragenlijst gericht op de 'locus of control' werd afgenomen als persoonlijkheidskenmerk dat geassocieerd is met depressie (Pearlin en Schooler 1978). De 'mini mental status examination' (MMSE; Folstein e.a. 1975) werd gebruikt als maat voor cognitief functioneren. De CES-D en alle bovengenoemde onafhankelijke variabelen waren onderdeel van het eerste LASA-interview. Gegevens betreffende levensgebeurtenissen, de familieanamnese en de psychiatrische voorgeschiedenis zijn alleen beschikbaar bij respondenten bij wie een diagnostisch interview werd afgenomen. Gevraagd werd naar zeer ernstige levensgebeurtenissen in de eerste zes levensjaren (vijf items: verlies van een ouder, ernstige ziekte, verwaarlozing, blootstelling aan agressie, seksueel misbruik), naar extreme ervaringen in de Tweede Wereldoorlog die een blijvende invloed hebben gehad (één item), en naar recente verlieservaringen, separaties of conflicten (zeven items). Verweduwing was één van deze laatste zeven items. Gezien het belang bij ouderen wordt hierover ook apart gerapporteerd. Gegevens over eerdere depressieve episoden werden verkregen met het DIS. Data betreffende het voorkomen in de familie van affectieve stoornissen, angststoornissen, verslavingsproblematiek en gedragsstoornissen werden verkregen door middel van een voor dit onderzoek geconstrueerde vragenlijst. Alle instrumenten zijn eerder bij vergelijkbare groepen in Nederland gebruikt, of in de LASA-pilotstudies gevalideerd (Deeg e.a. 1993).

Data-analyse – Om de éénmaandsprevalentie van major depression te schatten werd gebruikgemaakt van de uitkomsten van het DIS onder respondenten bij wie het tijdsinterval tussen screening en diagnostiek kleiner was dan 42 dagen ($n = 487$). Per CES-D-score werd de kans berekend op een depressie in engere zin. Deze geobserveerde kansverdeling werd vervolgens gebruikt om een gewogen prevalentie te schatten in de totale onderzoeksgroep ($n = 3056$). De prevalentie van minor

depression werd verkregen door de prevalentie van major depression af te trekken van het percentage dat boven het afkappunt scoorde op de CES-D.

Voor de univariate verbanden met onafhankelijke variabelen werden odds ratios met 95%-betrouwbaarheidsintervallen berekend. Hiertoe werden alle onafhankelijke variabelen gedichotomiseerd. Door middel van gestratificeerde analyses werd nagegaan in hoeverre leeftijds- en sekseverschillen bepalend zijn voor bovengenoemde samenhangen. Gezien het lage aantal respondenten met een éénmaandsprevalentie van een depressie in engere zin werd gebruikgemaakt van de zesmaandsprevalentie. Om de risicofactoren voor major en minor depressie te kunnen vergelijken werden de respondenten met minor depression uit de analyses verwijderd als major depression werd onderzocht, en vice versa. Op deze manier konden beide typen depressie worden vergeleken met dezelfde, niet-depressieve controlegroep.

Resultaten

De onderzoeksgroep – Demografische en aan gezondheid gerelateerde kenmerken van de onderzoeksgroep zijn samengevat in tabel 1. De

Tabel 1: Kenmerken van de onderzoeksgroep

Kenmerk	n	(%)	Kenmerk	n	(%)
Leeftijd 55-64	964	(31,5)	Depressieve symptomen		
65-74	954	(31,2)	CES-D < 16	2602	(83,7)
75-85	1138	(37,2)	CES-D ≥ 16	454	(14,9)
Sekse mannen	1478	(48,4)	MMSE ≥ 24	2567	(84,0)
vrouwen	1578	(51,6)	MMSE < 23	474	(15,5)
Opleiding laag	1340	(43,9)	Chronische ziekten		
midden	1292	(42,3)	geen	1216	(39,9)
hoog	419	(13,7)	één of meer	1833	(60,1)
Woonplaats			ADL-beperkingen		
Amsterdam	840	(27,5)	geen	1787	(58,5)
elders	2216	(72,5)	één of meer	1239	(41,5)
Burgerlijke staat			Subjectieve gezondheid		
getrouwd	1920	(62,8)	zeer goed/goed	1909	(62,6)
niet (meer)			redelijk/slecht	1139	(37,4)
getrouwd	1136	(37,2)			
Woont zelfstandig	2946	(96,4)			
bejaardenhuis	93	(3,0)			
verpleeghuis	17	(0,6)			

verdeling van sekse en leeftijd is een functie van de gevolgde stratificatieprocedure. De gelijkmatige verdeling is gunstig voor een onderzoek naar de invloed van sekse en leeftijd. Het grote aantal mensen dat niet (meer) getrouwd was, met een lichamelijke ziekte of een cognitieve functiestoornis is het gevolg van de oververtegenwoordiging van oudere ouderen. Het laat tevens zien dat uitval er niet toe heeft geleid dat een groep 'gezonde ouderen' is geselecteerd. Het geringe aantal geïnstitutionaliseerden is het gevolg van selectieve uitval.

Prevalentie – De éénmaandsprevalentie van major depression werd geschat op 2,02% (95%-betrouwbaarheidsinterval = 1,90-2,14), de prevalentie van minor depression op 12,9% (11,7%-14,1%), hetgeen tot een geschatte prevalentie van alle depressieve stoornissen tezamen van 14,9% (13,6%-16,2%) leidt. In tabel 2 worden prevalentiecijfers weergegeven naar leeftijd en sekse. Bij beide typen depressie wordt een monotone stijging gezien met de leeftijd ($p < .001$). Behalve in de jongste groep hadden vrouwen steeds een grotere kans op depressies dan mannen. Al met al was de prevalentie van beide typen depressie ongeveer twee keer zo hoog bij vrouwen als bij mannen ($p < .001$). De monotone stijging van de prevalentie van depressies werd alleen gevonden bij vrouwen.

Risicofactoren – Resultaten van univariate analyses zijn samengevat in tabel 3. Het relatief lage aantal ouderen met een depressie in engere zin verklaart de bredere betrouwbaarheidsintervallen. Voor minor depression gold dat een significant verband werd gevonden met alle onafhankelijke variabelen, behalve ver-

Tabel 2: De prevalentie van depressie naar leeftijd en sekse

	54 - 59		60 - 64		65 - 69		70 - 74		75 - 79		80 - 85		totaal		
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	
n	217	214	248	285	279	233	460	295	275	570	276	292	568	1478	
Depressie in engere zin	1,5%	1,1%	0,8%	2,2%	0,6%	1,6%	1,8%	1,1%	3,1%	2,1%	1,9%	2,2%	2,5%	2,7%	1,4%
Minor depression	10,9%	8,0%	6,5%	13,3%	9,9%	6,4%	11,4%	14,9%	12,2%	12,7%	19,7%	16,1%	11,6%	21,5%	16,7%
Alle depressies	12,4%	9,1%	7,3%	15,5%	11,5%	7,0%	17,9%	13,2%	10,6%	18,0%	14,3%	14,6%	22,9%	13,8%	24,7%
Totalen	431	431	533	494	460	570	568	3056	570	568	3056	570	568	3056	

Tabel 3: Odds ratios voor depressieve stoornissen in univariate analyses

Risicofactor	Minor depression	Depressie in engere zin
Burgerlijke staat niet (meer) getrouwd	2,74 (2,21-3,38)	1,8 (1,03-3,14)
Opleidingsniveau laag	1,71 (1,39-2,11)	1,66 (0,95-2,89)
Urbaniciteit woont in Amsterdam	2,04 (1,65-2,54)	0,78 (0,4-1,52)
Chronische ziekten één of meer	2,32 (1,83-2,95)	1,37 (0,76-2,46)
Functionele beperkingen één of meer	4,02 (3,21-5,04)	2,37 (1,35-4,18)
Subjectieve gezondheid redelijk/slecht	4,43 (3,54-5,54)	6,13 (3,25-11,54)
Cognitief functioneren MMSE < 24	2,27 (1,74-2,85)	1,97 (0,9-4,28)
Omvang netwerk < 50 percentiel	2,03 (1,6-2,56)	0,9 (0,5-1,61)
Instrumentele steun ontvangen < 50 percentiel	1,01 (0,81-1,27)	0,51 (0,28-0,95)
Instrumentele steun gegeven < 50 percentiel	1,94 (1,53-2,45)	1,02 (0,57-1,83)
Emotionele steun ontvangen < 50 percentiel	1,36 (1,09-1,71)	0,85 (0,47-1,53)
Emotionele steun gegeven < 50 percentiel	1,13 (0,9-1,42)	0,9 (0,5-1,62)
Eenzaamheid > 50 percentiel	6,26 (4,86-8,08)	10,41 (4,58-23,69)
Externe locus of control > 50 percentiel	4,38 (3,44-5,58)	10,95 (4,55-26,33)

kregen instrumentele steun en gegeven emotionele steun. De verdeling van risicofactoren werd vrijwel niet beïnvloed door leeftijd en sekse (resultaten van analyses niet weergegeven). Het voorkomen van major depression hing samen met burgerlijke staat, functionele beperkingen, subjectieve gezondheid, verkregen instrumentele steun, eenzaamheid en een meer externe locus of control. Opnieuw bleek uit de resultaten van gestratificeerde analyses dat de gevonden samenhangen met risicofactoren vrijwel niet werden beïnvloed door sekse of leeftijd.

Het bleek dat de verdeling van risicofactoren zeer sterk afhing van het type depressie dat werd onderzocht. Bij major depression werd een sterkere samenhang gevonden met subjectieve gezondheid, verkregen instrumentele steun, eenzaamheid en locus of control dan bij minor depression. De samenhang met major depression was zwakker dan met de minor depression voor burgerlijke staat, urbaniciteit, chronische ziek-

Tabel 4: Odds ratios voor depressieve stoornissen bij negatieve 'life-events', een familieanamnese en eerdere depressieve episoden

Risicofactor	Minor depression	Depressie in engere zin
Familieanamnese	1,53 (1,03-2,26)	2,66 (1,45-4,89)
Eerdere depressieve episoden	4,06 (2,25-7,32)	90,82 (39,07-211,13)
Gebeurtenissen: 0-6 jaar	1,78 (1,17-2,71)	1,51 (0,73-3,14)
Gebeurtenissen: oorlog	2,33 (1,52-3,55)	2,08 (1,03-4,2)
Gebeurtenissen: afgelopen jaar	1,35 (0,98-1,87)	1,69 (0,94-3,02)
Verlies partner afgelopen jaar	8,53 (2,51-29,01)	12,78 (3,09-52,76)

ten, functionele beperkingen, de omvang van het netwerk, gegeven instrumentele steun en verkregen emotionele steun (odds ratio voor depressie in engere zin kleiner en buiten het 95%-betrouwbaarheid-sinterval van minor depression).

In tabel 4 worden odds ratios voor een positieve familieanamnese, depressieve episoden in de eigen voorgeschiedenis en potentieel stresserende levensgebeurtenissen weergegeven. Deze data waren alleen beschikbaar voor respondenten bij wie het diagnostisch interview was afgenomen. Zeer ernstige gebeurtenissen uit de vroege jeugd hadden een bescheiden, maar statistisch significante relatie met minor depression. De relatie met major depression was niet statistisch significant. Het hebben doorstaan van extreme ervaringen gedurende de Tweede Wereldoorlog was geassocieerd met een ongeveer twee maal verhoogde kans op beide soorten depressie. Tezamen beschouwd leek er geen significante relatie te bestaan tussen recente verlieservaringen of conflicten en depressie. Echter, wanneer het verlies van de partner apart werd gezien, bleek dit een zeer sterke relatie te hebben met beide typen depressie. De relatie met familieanamnese was significant bij beide soorten depressie, maar het sterkst voor major depression (odds ratio hoger en buiten het 95%-betrouwbaarheidsinterval van minor depression). Bezien we ten slotte de data betreffende de psychiatrische voorgeschiedenis, dan blijkt dat het voorkomen van eerdere depressieve episoden zeer sterk geassocieerd was met vooral major depression (OR major depression = 91; OR minor depression = 4).

Conclusies

Nederlandse cijfers betreffende het voorkomen van depressie bij ouderen in de algemene bevolking zijn schaars. Internationaal bestaat er onenigheid over de vraag hoe depressies bij ouderen moeten worden geclassificeerd en onderzocht, hetgeen heeft geleid tot divergente onderzoeksresultaten (Snowdon 1990; Beekman e.a. 1993; Blazer 1994). Deze tegenstelling kon worden overbrugd door gelijktijdig zowel een

breed (syndromaal) als een op strenge criteria (diagnostisch) gebaseerde definitie van depressie te gebruiken. Depressieve stoornissen kwamen veel voor (totale prevalentie 14,9%). De depressie in engere zin (major depression) bleek een relatief zeldzame aandoening te zijn (prevalentie 2,0%). Het merendeel van de gevonden depressieve stoornissen voldeed niet aan strenge diagnostische criteria en werd als minor depression geclassificeerd (prevalentie 12,9%). De cijfers betreffende major depression komen overeen met wat men in de Amerikaans georiënteerde literatuur vermeldt, terwijl de prevalentie van alle depressieve stoornissen geheel overeenkomt met Engels/Australisch georiënteerde studies (Beekman e.a. 1993).

Door stratificatie en uitval in de onderzoeksgroep komt deze niet overeen met de Nederlandse bevolking. Met behulp van CBS-gegevens (1993) betreffende de demografische opbouw van de oudere bevolking in Nederland werden de gevonden prevalentiecijfers daarom gewogen naar de algemene bevolking. Dit leverde vrijwel identieke prevalentiecijfers op (major depression 2,03%, minor depression 12,8%, alle depressieve stoornissen 14,8%). Veel werd geïnvesteerd in het verkrijgen van een onderzoeksgroep waarin mannen en vrouwen in alle leeftijdsstrata ongeveer gelijk verdeeld waren. Dit is optimaal voor een studie naar de invloed van leeftijd en geslachtsgebonden fenomenen en heeft geleid tot een voor onderzoek gunstige verdeling van risicofactoren. De keerzijde is dat juist in de meest kwetsbare groepen (oudere ouderen) onevenredig veel respondenten benaderd moesten worden, hetgeen de respons negatief beïnvloed heeft. Omdat de uitval erg hoog was onder ouderen in ziekenhuizen en verpleeghuizen, kunnen de resultaten niet naar deze instellingen worden gegeneraliseerd. Aangezien eerdere bevolkingsstudies meestal beperkt waren tot zelfstandig wonende ouderen, kunnen de gepresenteerde cijfers echter goed worden vergeleken met die studies.

Op de jongste groep na bleek dat vrouwen een ongeveer twee maal verhoogde kans hadden om depressief te zijn. Een lineair verband met leeftijd werd alleen gevonden bij vrouwen. Voorts bleek dat leeftijd en sekse maar heel weinig invloed hadden op de associaties tussen risicofactoren en depressie. Een vergelijking van de risicofactoren voor major en minor depression leverde daarentegen veel meer verschillen op. Risicofactoren met een sterkere associatie met minor depression waren: niet (meer) getrouwd zijn, wonen in een grote stad (Amsterdam), een slechtere lichamelijke gezondheid (chronische ziekten en functionele beperkingen), een kleiner sociaal netwerk en minder uitwisselen van de meeste maten van sociale steun. Risicofactoren met een sterker verband met major depression waren: subjectieve gezondheid, eenzaamheid, verkregen instrumentele steun, een externe locus of control, een positieve familieanamnese en eerdere depressieve episoden.

Twee bronnen van vertekening in de gevonden relaties tussen risi-

cofactoren en depressie zijn rapportage-bias en geheugen-bias. Als gevolg van hun depressie herinneren en rapporteren depressieve ouderen waarschijnlijk selectief de meer negatieve ervaringen en gebeurtenissen die zij hebben meegemaakt (Raphael en Cloitre 1994). Omdat alle data gebaseerd waren op zelfrapportage van de respondenten en omdat het gaat om een cross-sectionele studie, kan deze bron van vertekening niet worden uitgesloten. Echter, het is te verwachten dat contaminatie van bevindingen een grotere rol speelt bij ernstiger depressies (major depression). Verder zijn niet alle risicofactoren even gevoelig voor contaminatie. Naarmate het subjectieve oordeel van de respondent belangrijker is, wordt meer rapportage-bias verwacht. Bij de oudere ouderen mag wellicht een grotere invloed van geheugen-bias worden verwacht. Een slechtere subjectieve gezondheid en eenzaamheid kunnen worden opgevat als risicofactoren voor depressie, maar kunnen evengoed deel uitmaken van de depressieve symptomatologie. Het is daarom niet verwonderlijk dat deze twee 'onafhankelijke variabelen' een sterker verband hadden met de (meestal ernstiger) depressie in engere zin. De verdeling van de overige risicofactoren was niet compatibel met wat verwacht wordt als rapportage-bias of geheugen-bias een belangrijke rol te spelen. De gevonden verschillen tussen major en minor depression kunnen daarom niet worden toegeschreven aan vertekening door contaminatie. Het blijft daarbij natuurlijk hachelijk om op basis van deze cross-sectionele bevindingen causale verbanden te leggen.

Bovenstaande beperkingen in acht nemende, kunnen we de volgende conclusies formuleren. De impact van de onderzochte risicofactoren lijkt niet afhankelijk te zijn van leeftijd of sekse. Zoals verwacht veranderde het voorkomen van risicofactoren wel sterk met de leeftijd: zo namen het aantal alleenstaanden en het aantal met lichamelijke ziekte sterk toe onder de oudere ouderen (Deeg en Westendorp 1994).

De factoren die sterker geassocieerd waren met minor depression, zijn indicatief voor een slechtere lichamelijke gezondheid en voor minder contact en uitwisseling van steun met belangrijke anderen. Beide domeinen representeren stressfactoren die veel voorkomen op latere leeftijd. Major depression was sterker geassocieerd met een positieve familieanamnese (erfelijkheid), eerdere depressieve episoden ('kindling'; Post 1992) en locus of control (kwetsbaarder persoonlijkheid). Deze drie factoren representeren een reeds lang bestaande kwetsbaarheid voor depressie. Op grond hiervan kan een etiologisch model worden gepostuleerd waarin het type depressie veel belangrijker is dan leeftijds- of sekseverschillen. Minor depression hangt samen met verschillende stressoren, terwijl major depression vaker verbonden is met persoonlijke kwetsbaarheid. Het extreem sterke verband tussen eerdere depressieve episoden en major depression kan zowel worden opgevat als uiting van toegenomen kwetsbaarheid (Post 1992; Van Ojen e.a. 1995) als van het feit dat major depression nu eenmaal een recidiverende

stoornis is (Kiloh e.a. 1988). Het is verleidelijk om te concluderen dat major depression bij ouderen meestal een exacerbatie is van een chronisch-intermitterende ziekte, die haar wortels heeft in een reeds lang bestaande persoonlijke kwetsbaarheid, terwijl minor depression meestal een reactie is op veranderingen die vaak optreden in de loop van het ouder worden. Veroudering lijkt op zichzelf een weinig belangrijke rol te spelen. Deze voorlopige conclusies moeten nader worden onderzocht in longitudinaal onderzoek. Worden zij bevestigd, dan zou het zeker consequenties hebben voor de behandeling van depressies bij ouderen. Patiënten met minor depression zouden gebaat zijn bij een aanpak gericht op het verminderen of draaglijker maken van stressfactoren als verlies van gezondheid en contacten. Bij major depression zou een primaire behandeling van de depressieve stoornis moeten worden ingesteld, ongeacht de lichamelijke of interpersoonlijke context.

Keren we terug naar het debat in de literatuur over de validiteit van onze huidige classificatiesystemen voor depressies bij ouderen, dan kan gezegd worden dat met de DSM-criteria een groep depressies wordt onderscheiden met een etiologisch profiel dat afwijkt van de meerderheid van de depressieve stoornissen die optreden bij ouderen. Alhoewel de huidige studie de indruk bevestigt dat het merendeel van de depressies van ouderen niet voldoet aan strenge diagnostische criteria, kan niet worden gezegd dat de DSM-classificatie minder valide is bij ouderen.

Dit artikel is een bewerking van een eerder in *The Journal of Affective Disorders* verschenen artikel (Beekman e.a. 1995). De auteurs zijn Elsevier Science erkentelijk voor hun toestemming voor publicatie.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, vierde editie. Washington.
- Beekman, A.T.F., W. van Tilburg en D.J.H. Deeg (1993), Depressie bij ouderen in de bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 154-168.
- Beekman, A.T.F., J. van Limbeek, D.J.H. Deeg e.a. (1994), Een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen in de algemene bevolking: de bruikbaarheid van de Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 25, 95-103.
- Beekman, A.T.F., D.J.H. Deeg, T. van Tilburg e.a. (1995), Major and minor depression in later life: a study of prevalence and associated factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Beekman, A.T.F., D.J.H. Deeg, J.H. Smit e.a. (1996a), Major and minor depression in later life: treatment and use of other health services in the community. Aangeboden voor publicatie.
- Beekman, A.T.F., D.J.H. Deeg, J. van Limbeek e.a. (1996b), Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in the Netherlands. *Psychological Medicine* (in druk).

- Berkman, L.F., C.S. Berkman, S.V. Kasl e.a. (1986), Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124, 372-388.
- Blazer, D.G. (1989), Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 320, 164-166.
- Blazer, D.G. (1994), Epidemiology of late-life depression. *Diagnosis and treatment of late life depression; results of the NIH consensus development conference*. APA, Washington, p. 9-21.
- Broese van Groenou, M.I., T.G. van Tilburg, E.D. de Leeuw e.a. (1995), Data collection. In: C.P.M. Knipscheer, J. de Jong-Gierveld, T.G. van Tilburg e.a. (red.), *Living arrangement and social networks of older adults, first results*. Vrije Universiteit, Amsterdam, p. 185-197.
- Brown, G.W., en T. Harris (1978), *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Free Press, New York.
- Burvill, P.W., en W.D. Hall (1994), Predictors of increased mortality in elderly depressed patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 219-227.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1989), *Health Interview Questionnaire*. Heerlen.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1993), *Statistisch Jaarboek*. Den Haag.
- Copeland, J.R.M., I.A. Davidson, M.E. Dewey e.a. (1992), Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *British Journal of Psychiatry*, 161, 230-239.
- Deeg, D.J.H., C.P.M. Knipscheer en W. van Tilburg (1993), *Autonomy and well-being in the aging population: concepts and design of the Longitudinal Aging Study Amsterdam*. NIG-trendstudies no. 7. Nederlands Instituut voor Gerontologie, Bunnik.
- Deeg, D.J.H., en M. Westendorp-de Seri re (red.), *Autonomy and well-being in the aging population: report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. VU Uitgeverij, Amsterdam.
- Dingemans, P., H. van Engeland, J.H. Dijkhuis e.a. (1985), Het 'diagnostisch interview schedule' (DIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 341-359.
- Foelker, G.A., en R.M. Shewchuk (1992), Somatic complaints and the CES-D. *Journal of the American Geriatric Society*, 40, 259-262.
- Folstein, M.F., S.E. Folstein en P.R. McHugh (1975), 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gurland, B.J. (1983), *The mind and mood of aging*. Haworth Press, New York.
- Gurland, B.J. (1992), The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8, 377-386.
- Hertzog, C., J. van Alstine, P.D. Usala e.a. (1990), Measurement properties of the center for epidemiological studies depression scale (CES-D) in older populations. *Psychological Assessment*, 2, 64-72.
- Himmelfarb, S., en S.A. Murrell (1983), Reliability and validity of five mental health scales in older persons. *Journals of Gerontology*, 38, 333-339.
- Jong-Gierveld, J. de, en F.H. Kamphuis (1985), The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9, 289-299.
- Kiloh, L., E. Andrews en M. Nilson (1988), The long-term outcome of depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 153, 752-757.
- Kirmayer, L.J., J.M. Robbins, M. Dworkind e.a. (1993), Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734-741.
- Newman, J.P. (1989), Aging and depression. *Psychology and Aging*, 4, 150-165.

- Ojen, R. van, C. Hooijer, D. Bezemer e.a. (1995), Late-life depressive disorder in the community: the relationship between psychiatric history, MMSE and familial determinants of depression. *British Journal of Psychiatry*, 166, 316-319.
- Ormel, J., M. von Korff, T.B. Ustun e.a. (1994), Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1741-1748.
- Pearlin, L.J., en C. Schooler (1978), The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Post, R.M. (1992), Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Radloff, L.S. (1977), The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Radloff, L.S., en L. Teri (1986), Use of the CES-D with older adults. *Clinical Gerontology*, 5, 119-36.
- Raphael, K.G., en M. Cloitre (1994), Does mood-congruence or causal search govern recall bias? A test of life-event recall. *Journal of Clinical Epidemiology*, 5, 555-564.
- Robins, L., J.E. Helzer, J. Croughan e.a. (1991), National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Smit, J.H., en M.Z. de Vries (1994), Procedures and results of the field work. *Autonomy and well-being in the aging population: report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam 1992-1993*. Vrije Universiteit, Amsterdam, p. 7-13.
- Snowdon, J. (1990), The prevalence of depression in old age (editorial). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 141-144.
- Sonsbeek, J.L.A. van (1988), Methodological and substantial aspects of the OECD indicator of chronic functional limitations. *Maandbericht Gezondheid (CBS)*, 88, 4-17.
- Tannock, C., en K. Katona (1995), Minor depression in the aged: concepts prevalence and optimal management. *Drugs and Aging*, 6, 278-292.
- Tilburg, T.G. van (1995), Delineation of the network and differences in network size. In: C.P.M. Knipscheer, J. de Jong-Gierveld, T.G. van Tilburg e.a. (red.), *Living arrangements and social networks of older adults*. VU Uitgeverij, Amsterdam, p. 83-96.
- Tilburg, T.G. van, M.I. Broese van Groenou en F. Thomése (1995), The flow of support. In: C.P.M. Knipscheer, J. de Jong-Gierveld, T.G. van Tilburg e.a., *Living arrangements and social networks of older adults*. VU Uitgeverij, Amsterdam, p. 131-154.
- Weissman, M.M., P.J. Leaf, G.L. Tischler e.a. (1988), Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine*, 18, 141-153.
- Wells, K.B., A. Stewart en R.D. Hays (1989), The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.

Summary: The prevalence and risk factors associated with major and minor depression in later life

Community based findings regarding the prevalence of late life depression in The Netherlands are scarce. Internationally there is no consensus on basic issues, such as how depression in later life should be defined and measured, and consequently, about

the prevalence of depression in later life. By defining and measuring depression at both a syndrome and diagnostic level of caseness in one study, these differences could be resolved. In a large (3056 subjects) random sample of older (55-85) adults, living in three regions of The Netherlands, it appeared that depression was a common disorder (prevalence 14,9%). However, only in a minority of cases the symptoms fulfilled rigorously applied DSM-III criteria for major depression (prevalence 2,0%). The prevalence of all other depressive disorders (minor depression) was 12,9%. Comparing major to minor depression showed large differences in distribution of riskfactors. It appeared that major depression is more often an exacerbation of a chronic-intermittent mood disorder, with roots in long-standing personal vulnerability factors. Minor depression is more often a reaction to the stresses, commonly experienced in later life.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater (vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit), epidemiologe en projectleidster van LASA (vakgroep Psychiatrie VU), methodoloog (vakgroep Sociologie en Sociale Gerontologie VU), AGIO psychiatrie (vakgroep Psychiatrie VU), methodoloog (vakgroep Methoden en Technieken VU), psychiater (Van Foreest Centrum Alkmaar), en hoogleraar/opleider (vakgroep Psychiatrie, VU).
Correspondentieadres: A.T.F. Beekman, vakgroep Psychiatrie, PCA Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-11-1996.