

Nieuwe cijfers over de duur van depressieve episoden in de algemene bevolking; resultaten van NEMESIS-2¹

M. TEN HAVE, B.W.J.H. PENNINX, M. TUIHOF, S. VAN DORSSELAER, M. KLEINJAN, J. SPIJKER, R. DE GRAAF

ACHTERGROND Er is relatief weinig onderzoek uitgevoerd op basis waarvan psychiaters, psychologen en huisartsen hun patiënten met een depressie een goede schatting kunnen geven hoe lang hun aandoening ongeveer zal duren. In de behandelrichtlijn depressie wordt ervan uitgegaan dat de helft van de mensen met depressie binnen 3 maanden verbetert.

DOEL Presenteren van bevindingen uit Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2) over de duur van depressieve episoden in de algemene bevolking en risico-indicatoren daarvan.

METHODE Respondenten die bij aanvang geen depressie hadden, maar die deze tussen de eerste 2 vervolgmetingen kregen, werden geselecteerd; 286 met een klinische depressie conform DSM-IV (MDD) en 107 met een subklinische depressie (MinDD). Met het levensloopinterview (Life Chart Interview) werd de duur van de depressie bepaald.

RESULTATEN Van de mensen met MDD herstelde de helft binnen 6 maanden en was 12% binnen 3 jaar nog steeds niet hersteld van hun depressie. De gemiddelde duur van MDD was 10,7 maanden. Naarmate mensen voor de depressie lichamelijk en psychisch beter functioneerden, duurde de depressie korter. Indien mensen ten tijde van de depressie een comorbide dysthymie of angststoornis hadden, duurde de depressie langer. De mediane duur van MinDD was vergeleken met MDD de helft korter (3 maanden), maar de gemiddelde duur (8,7 maanden), het percentage dat niet herstelde binnen 3 jaar (10%), alsook de risico-indicatoren voor MinDD waren vergelijkbaar.

CONCLUSIE In de richtlijn voor depressie wordt ervan uitgegaan dat de helft van de mensen met een MDD binnen 3 maanden verbetert. Wij vonden een 2 keer zo lange mediane duur voor MDD. Dit betekent dat alleen een korte periode zonder behandeling verdedigbaar is. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat MinDD niet kan worden beschouwd als een kortstondige toestand die vanzelf overgaat.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 364-373

TREFWOORDEN bevolkingsonderzoek, depressie, episodische duur, risico-indicatoren



ARTIKEL



Wereldwijd is depressie één van de meest voorkomende psychische aandoeningen bij volwassenen (Bromet e.a. 2011) die vaak gepaard gaat met aanzienlijke functionele beperkingen (Ormel e.a. 2013). Hoewel het vóórkomen van depressie sinds 1980 in diverse grootschalige bevolkingsstudies is onderzocht (Kessler e.a. 2004), blijft een fundamentele vraag – hoe lang duurt een depressieve epi-

sode? – nog steeds onbeantwoord. Dat komt omdat in deze studies veelal niet naar het beloop van psychische aandoeningen is gekeken, met als gevolg dat psychiaters, psychologen en huisartsen hun patiënten veelal geen goede schatting kunnen geven hoe lang een depressie ongeveer zal duren en wat patiënten zelf het beste kunnen doen. De duur van een depressie kan het beste worden onder-

zocht in een psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudie (Eaton e.a. 2008), omvat veel mensen met een depressie geen gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg (ggz). Degenen die dat wel doen, zijn er vaker slechter aan toe (Ten Have e.a. 2013) en zijn dus niet representatief voor alle mensen met een depressie.

In acht bevolkingsstudies werd de duur van een depressieve episode bepaald met slechts één vraag. De gemiddelde duur van een depressie, vastgesteld in de afgelopen 12 maanden, varieerde in deze studies van 1,5 maand tot 4 maanden (Kendler e.a. 1997; Haarasilta e.a. 2001; Kessler e.a. 2003; Patten e.a. 2016), terwijl de duur van de langste depressie ooit in het leven tussen 6 en 16 maanden lag (Kessler e.a. 1997; Hasin e.a. 2005).

In 2 longitudinale bevolkingsstudies werd de duur van een depressieve episode vastgesteld met een gestandaardiseerd instrument om het beloop ervan in kaart te brengen, het zogeheten levensloopinterview (Spijker e.a. 2002; Eaton e.a. 2008). In beide studies, uitgevoerd in de jaren 80 en jaren 90, waaronder de eerste *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS-1), werd een mediane duur van een depressie van 3 maanden gevonden. Het is echter de vraag of deze bevindingen nog houdbaar zijn, omdat er sindsdien veel initiatieven zijn gerealiseerd om de herkenning en behandeling van depressie bij zowel patiënten als huisartsen te vergroten. Bovendien was de andere studie, de *Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up Study* (Eaton e.a. 2008), gebaseerd op een relatief klein aantal respondenten met een depressieve stoornis die over een lange tijd (11-12 jaar) terugkeken om informatie te geven over hun depressie, en maakte men in beide studies gebruik van relatief oude diagnostische instrumenten.

Het schatten van de duur van een depressie met een gestandaardiseerd instrument was vaker het doel in klinisch onderzoek. In 3 studies was de mediane duur van een depressie 3 maanden (Ramana e.a. 1995; De Jonge e.a. 2010; Furukawa e.a. 2000) en in vijf studies varieerde de mediane of gemiddelde duur tussen 6 maanden en 12 maanden (Keller e.a. 1992; Holma e.a. 2008; Vuorilehto e.a. 2009; Penninx e.a. 2011; Whiteford e.a. 2013). Deze schattingen zijn aan de lage kant, omdat de duur van de depressie voordat de patiënt in behandeling kwam niet werd meegeteld. De gevonden variatie in depressieduur gebaseerd op klinisch onderzoek hangt waarschijnlijk samen met verschillen in onderzoekspopulatie (bijv. met of zonder comorbide psychische aandoeningen, wel of geen eerdere behandeling voor depressie), type behandeling ten tijde van de depressie, het instrument dat is gebruikt om de duur van een depressie te bepalen, de follow-upperiode en de definitie van herstel.

AUTEURS

MARGREET TEN HAVE, epidemioloog, Trimbos-instituut, Utrecht.

BRENDA W.J.H. PENNINX, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie, vakgroep Psychiatrie en EMGO Instituut, VU Universiteit, Amsterdam.

MARLOUS TUITHOF, gezondheidswetenschapper, Trimbos-instituut, Utrecht.

SASKIA VAN DORSSELAER, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, Utrecht.

MARLOES KLEINJAN, sociaal psycholoog en epidemioloog, Trimbos-instituut, Utrecht.

JAN SPIJKER, bijzonder hoogleraar Chronische depressie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

RON DE GRAAF, epidemioloog, Trimbos-instituut, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Margreet ten Have, Trimbos-instituut, Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht.

E-mail: mhavet@trimbos.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-11-2017.

In studies waarbij men risico-indicatoren voor de duur van een depressieve episode heeft bepaald, vond men dat zowel de ernst van de depressie (Keller e.a. 1992; Spijker e.a. 2002) als de duur van de depressie voordat men in zorg kwam (Holma e.a. 2008; Penninx e.a. 2011) geassocieerd zijn met een langere depressieduur. Bovendien werden in deze studies doorgaans geen associaties gevonden met demografische kenmerken (Spijker e.a. 2002; Fuller-Thomson e.a. 2014) en comorbide alcoholstoornissen (Eaton e.a. 2008; Spijker e.a. 2002; Penninx e.a. 2011). In sommige studies vond men dat comorbide angstsymptomen geassocieerd waren met een langere depressieduur (Kendler e.a. 1997), terwijl anderen hier geen evidentie voor vonden (Spijker e.a. 2002). Kwetsbaarheidskenmerken en functioneren voorafgaand aan de depressie werden niet vaak als risico-indicator onderzocht.

Samenvattend: het schatten van de duur van depressieve episoden en het onderzoeken van mogelijke risico-indicatoren hiervan is een vergeten onderzoeksterrein in psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudies. In dit artikel willen we hieraan aandacht besteden door gebruik te maken van gegevens uit NEMESIS-2, een landelijke representatieve bevolkingsstudie bij volwassenen. Doordat we gebruik hebben gemaakt van het levensloopinterview om de duur van de depressieve episode te onderzoeken bij respondenten die bij aanvang geen depressie hadden, heb-

ben we enkele beperkingen van eerdere studies proberen te ondervangen. In aanvulling op eerdere studies onderzochten we niet alleen de duur van klinische depressie conform DSM-IV (MDD) maar ook die van subklinische depressie (MinDD).

METHODE

NEMESIS-2 is een psychiatrisch-epidemiologische cohortstudie onder de algemene bevolking. Een aselechte steekproefprocedure werd toegepast. Respondenten moesten bij aanvang 18-64 jaar oud zijn en de Nederlandse taal voldoende beheersen. Aan de eerste meting van november 2007 tot juli 2009 deden 6646 respondenten mee (respons: 65,1%). Respondenten weerspiegelden redelijk goed de Nederlandse bevolking, alleen de jongste leeftijdsgroep van 18-24 jaar was ondervertegenwoordigd. Aan de tweede meting deden 5303 respondenten mee (80,4%) en aan de derde meting 4618 respondenten (87,8%). Voor elke respondent zat er gemiddeld 3 jaar tussen de opeenvolgende metingen. De uitval tussen de eerste en derde meting was niet geassocieerd met de aanwezigheid van psychische aandoeningen in de 12 maanden voorafgaand aan de eerste meting na controle voor demografische kenmerken, met uitzondering voor bipolaire stoornis. Een wegingsfactor werd gemaakt om te corrigeren voor verschillen in uitval en non-respons op de eerste meting bij diverse demografische groepen. Een uitgebreide beschrijving van de opzet van NEMESIS-2 verscheen eerder (De Graaf e.a. 2012). Tijdens de interviews werd het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) 3.0 afgenomen om DSM-IV-diagnosen te bepalen. Dit is een volledig gestructureerd interview dat door getrainde leken kan worden afgenomen en het is een betrouwbaar en valide instrument om de meest voorkomende psychische aandoeningen vast te stellen (Haro e.a. 2006).

Onderzoekcohort

Voor het in dit artikel beschreven onderzoek gingen we uit van 286 respondenten met MDD en 107 met MinDD in de periode tussen de 2 vervolgmetingen die in de maand voor de eerste vervolgmeting geen depressie hadden. De respondenten met MinDD hadden één van de kernsymptomen van depressie en ten minste één ander depressief symptoom in dezelfde periode.

Uitkomstmaat: duur van de depressie

Met het levensloopinterview werd de duur van de depressieve episode bepaald. Daartoe kregen respondenten een kalender met perioden van 3 maanden sinds hun laatste interview. We hanteerden dezelfde methode om de duur van depressie te bepalen en dezelfde definitie van herstel als Spijker e.a. (2002) eerder gebruikten binnen NEMESIS-1.

Herstel werd gedefinieerd als geen of minimale depressieve symptomen gedurende een periode van 3 maanden.

Statistische analyses

Als eerste beschreven we het onderzoekcohort aan de hand van demografische en andere achtergrondkenmerken. Daarna bepaalden we de mediane en gemiddelde duur van de depressieve episode met de techniek van Kaplan-Meier en de tijdsduur tot herstel van depressie. Vervolgens berekenden we met coxregressieanalyses in welke mate de duur van een depressie samenhangt met demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, woonsituatie, werksituatie en huishoudinkomen), met kenmerken die aan de depressie voorafgingen (kwetsbaarheidskenmerken, lichamelijke gezondheid en functioneren) en met kenmerken die ten tijde van de depressie aanwezig waren (kenmerken van de depressie zelf, comorbiditeit en zorggebruik vanwege psychische problemen).

Kwetsbaarheidskenmerken hadden betrekking op het hebben meegemaakt van kindermishandeling, een negatieve levensgebeurtenis in de 12 maanden voor de eerste vervolgmeting en een psychiatrische voorgeschiedenis bij één van de biologische ouders.

Lichamelijke gezondheid had betrekking op de aanwezigheid van ten minste één van 17 chronische lichamelijke aandoeningen waarvoor men onder behandeling is van een arts en ten minste één uur per week sporten.

Functioneren in de maand voor de eerste vervolgmeting werd bepaald met twee subschalen van de *Medical Outcomes Study Short Form-36* (MOS-SF-36; Ware & Sherbourne 1992): lichamenlijk en psychisch functioneren.

Kenmerken van de depressie hadden betrekking op de aanwezigheid van een allereerste of een recidiverende depressie, gebruik van psychotrope medicatie en suïcidegedachten en/of -pogingen in de periode tussen de 2 vervolgmetingen.

Comorbiditeit werd bepaald met informatie uit het CIDI op alle 3 de metingen: een huidige aandoening (tussen beide vervolgmetingen), een aandoening in het verleden (ooit in het leven op de eerste meting of in de 3 jaar voor de eerste vervolgmeting) en geen aandoening (op alle metingen). Als comorbiditeit werden vastgesteld: dysthymie, enigerlei angststoornis (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie en/of gegeneraliseerde angststoornis) en enigerlei middelengerelateerde (alcohol en/of drugs) stoornis.

RESULTATEN

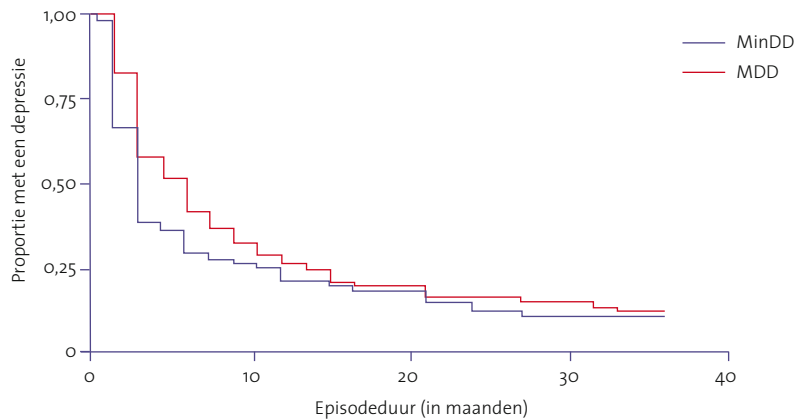
Beschrijving onderzoekcohort

Van de totale groep was de meerderheid vrouw, hoger opgeleid, woonachtig met een partner en had de meerderheid een betaalde baan. Ongeveer de helft van de respon-

TABEL 1 Kenmerken van het cohort met een depressie in de algemene bevolking naar type diagnose, in percentages en gemiddelden

	Subklinische depressie (n = 107) %	Klinische depressie (n = 286) %	Totaal (n = 393) %	p
Demografische kenmerken				
Vrouwelijke sekse	61,7	64,7	63,9	NS
<i>Leeftijd:</i>				
21-37 jaar	26,2	25,2	25,4	
38-47 jaar	33,6	29,0	30,3	
48-57 jaar	22,4	30,1	28,0	
≥ 58 jaar	17,8	15,7	16,3	NS
<i>Opleiding:</i>				
Lager onderwijs, lbo, mavo	37,4	32,5	33,8	
Mbo, havo, vwo	32,7	33,6	33,3	
Hbo, universiteit	29,9	33,9	32,8	NS
Woonachtig zonder partner	31,8	35,7	34,6	NS
Geen betaalde baan	30,8	27,3	28,2	NS
Niet genoeg geld om van rond te komen	14,0	16,1	15,6	NS
Kwetsbaarheidskenmerken				
Kindermishandeling	37,7	45,2	43,2	NS
Psychiatrische voorgeschiedenis bij ouder(s)	35,5	47,9	44,5	0,028
Negatieve levensgebeurtenis	78,5	83,9	82,4	NS
Lichamelijke gezondheid en functioneren				
Ten minste 1 uur per week sporten	45,3	51,2	49,6	NS
Ten minste 1 chronische lichamelijke aandoening	43,9	48,9	47,6	NS
Lichamelijk functioneren (in gemiddelde score) ¹	74,2	72,7	73,1	NS
Psychisch functioneren (in gemiddelde score) ¹	74,7	72,4	73,1	NS
Klinische kenmerken van de depressie				
Recidiverende depressie	55,1	56,6	56,2	NS
Gebruik van psychotrope medicatie	15,9	23,1	21,1	NS
Suicidegedachten of -pogingen	4,7	15,4	12,5	0,004
Comorbiditeit				
<i>Dysthymie:</i>				
Nooit	93,5	89,2	90,3	
In het verleden	5,6	7,0	6,6	
Huidig	0,9	3,8	3,1	NS
<i>Enigerlei angststoornis:</i>				
Nooit	58,0	44,7	48,3	
In het verleden	22,4	29,4	27,5	
Huidig	19,6	25,9	24,2	NS
<i>Enigerlei middelengerelateerde aandoening:</i>				
Nooit	66,3	70,6	69,5	
In het verleden	23,4	21,3	21,9	
Huidig	10,3	8,1	8,6	NS
Zorggebruik vanwege psychische problemen				
Geen	49,6	29,0	34,6	
Alleen in de algemene gezondheidszorg	19,6	22,0	21,4	
Geestelijke gezondheidszorg	30,8	49,0	44,0	0,000

NS: niet significant; p-waarden die in vet staan weergegeven, waren significant ($p \leq 0,05$) bij tweezijdige toetsing. ¹Deze schaal loopt van 0 (slecht functioneren) tot en met 100 (goed functioneren).

FIGUUR 1 Kaplan-meiercurve van 393 respondenten met een depressie in de algemene bevolking naar type diagnose

denten had een recidiverende depressie en een kwart een comorbide angststoornis. Een comorbide dysthymie of middelengereleerde stoornis kwam veel minder vaak voor.

Van hen had 73% (n = 286) MDD en 27% (n = 107) MinDD in de 3 jaar tussen de 2 vervolgmetingen. Degenen met MDD hadden vaker een ouder met een psychiatrische voorgeschiedenis, rapporteerden vaker suïcidegedachten of -pogingen en maakten vaker gebruik van de ggz vergeleken met degenen met MinDD. Beide groepen verschilden niet van elkaar wat betref demografische kenmerken, het hebben meegemaakt van kindermisbruik en een negatieve levensgebeurtenis, hun lichamelijke gezondheid en functioneren, en ook niet wat betref medicatiegebruik en comorbiditeit (TABEL 1).

Duur van de depressie

De tijdsduur tot herstel van depressie is in FIGUUR 1 weer gegeven. Van de mensen met MDD herstelde de helft binnen

6 maanden van hun depressie (dat was de mediane duur) en was 12% binnen 3 jaar nog steeds niet hersteld. De gemiddelde duur van MDD was 10,7 maanden (TABEL 2). Vergeleken met MDD was de mediane duur van MinDD de helft korter (3 maanden), maar waren de gemiddelde duur (8,7 maanden) en de herstelpercentages binnen 1-3 jaar vergelijkbaar.

Risico-indicatoren van de duur van een depressie

Naarmate mensen voorafgaand aan de MDD lichamelijk en psychisch beter functioneerden, duurde de depressie korter. Indien mensen ten tijde van de depressie suïcidegedachten, een comorbide dysthymie of een angststoornis hadden, medicatie gebruikten of ggz-hulp kregen, duurde de depressie langer. De duur van de MDD-episode verschilde niet tussen een allereerste en een recidiverende depressie. Ook waren kwetsbaarheidskenmerken en voorafgaande lichamelijke gezondheid hiermee niet gerelateerd (TABEL 3).

TABEL 2 Duur en herstel van een depressie in de algemene bevolking naar type diagnose, in mediane en gemiddelde duur en percentages

	Subklinische depressie (n = 107)	Klinische depressie (n = 286)	Totaal (n = 393)
Episodeduur			
Mediaan (95%-BI)	3,0 (3,0-3,0)	6,0 (4,5-6,0)	4,5 (3,0-6,0)
Gemiddelde (95%-BI)	8,7 (6,4-11,0)	10,7 (9,2-12,1)	10,2 (8,9-11,4)
Herstel			
% binnen 1 jaar	79	74	75
% binnen 2 jaar	88	84	85
% binnen 3 jaar	90	88	88

Voor de duur van MinDD werden nagenoeg dezelfde risico-indicatoren gevonden. Analyse van interactie-effecten tussen elke risico-indicator uit **TABEL 3** en diagnose (MinDD of MDD) op de duur van de episode resulteerde niet in significante effecten. Dit betekende dat de risico-indicatoren voor de duur dus vergelijkbaar waren voor zowel MDD als MinDD.

DISCUSSIE

Kernbevindingen

Uit NEMESIS-2 blijkt dat hoewel de mediane duur van een MDD-episode 2 keer zo lang was als die van een MinDD-episode, MDD- en MinDD-episodes niet significant verschillen in gemiddelde duur, herstelpercentages binnen 1-3 jaar en risico-indicatoren voor de duur van een episode.

Beperkingen

Hoewel NEMESIS-2 representatief is voor de volwassen bevolking wat betreft enkele belangrijke demografische kenmerken, zijn deze bevindingen niet geldig voor de groep patiënten met de ernstigste depressieve stoornis in zorg.

Verder wordt herstel vaak gedefinieerd als de aanwezigheid van geen of minimale depressieve symptomen gedurende 2 maanden (Melartin e.a. 2004). Wij hanteerden een periode van 3 maanden, in navolging van 2 eerdere Nederlandse studies naar de duur van depressieve episode op basis van NEMESIS-1 en de *Netherlands Study of Depression and Anxiety* (Spijker e.a. 2002; Penninx e.a. 2011).

Een derde beperking van de huidige studie is dat er geen universeel geaccepteerde definitie van subklinische depressie is. In deze studie definieerden wij deze als de aanwezigheid van één van de kernsymptomen van depressie en ten minste één ander depressief symptoom in

TABEL 3 Risico-indicatoren voor de tijd tot herstel van een depressie in de algemene bevolking naar type diagnose, in hazardratio's (HR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI)

	Subklinische depressie (n = 107) HR (95%-BI)	Klinische depressie (n = 286) HR (95%-BI)	Totaal (n = 393) HR (95%-BI)
Voorafgaand aan de depressie gemeten:			
Demografische kenmerken			
Vrouwelijke sekse	0,81 (0,52-1,25)	1,20 (0,91-1,58)	1,07 (0,84-1,35)
<i>Leeftijd:</i>			
21-37 jaar	0,85 (0,43-1,68)	1,42 (0,91-2,21)	1,21 (0,84-1,76)
38-47 jaar	1,15 (0,61-2,16)	1,67 (1,07-2,59)	1,47 (1,03-2,12)
48-57 jaar	0,95 (0,48-1,90)	1,05 (0,67-1,65)	0,99 (0,68-1,45)
≥ 58 jaar	REF	REF	REF
<i>Opleiding:</i>			
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,96 (0,57-1,62)	0,76 (0,54-1,06)	0,82 (0,62-1,08)
Mbo, havo, vwo	1,18 (0,69-2,01)	1,00 (0,73-1,36)	1,05 (0,80-1,37)
Hbo, universiteit	REF	REF	REF
Woonachtig zonder partner	1,40 (0,90-2,18)	0,95 (0,72-1,25)	1,05 (0,83-1,32)
Geen betaalde baan	1,03 (0,65-1,65)	0,92 (0,68-1,24)	0,96 (0,75-1,24)
Niet genoeg geld om van rond te komen	1,54 (0,87-2,74)	0,78 (0,54-1,13)	0,92 (0,67-1,25)
Kwetsbaarheidskenmerken			
Kindermishandeling	0,90 (0,58-1,40)	1,14 (0,87-1,48)	1,05 (0,83-1,31)
Psychiatrische voorgeschiedenis bij ouder(s)	0,94 (0,60-1,47)	0,93 (0,71-1,21)	0,91 (0,72-1,14)
Negatieve levensgebeurtenis	0,84 (0,51-1,39)	0,98 (0,69-1,39)	0,90 (0,68-1,20)
Lichamelijke gezondheid en functioneren			
Ten minste 1 uur per week sporten	0,83 (0,54-1,29)	1,20 (0,92-1,57)	1,07 (0,85-1,34)
Ten minste 1 chronische lichamelijke aandoening	0,97 (0,63-1,49)	0,90 (0,69-1,17)	0,90 (0,72-1,13)
Lichamelijk functioneren (in gemiddelde score) [†]	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,01)
Psychisch functioneren (in gemiddelde score) [†]	1,01 (1,00-1,03)	1,01 (1,00-1,01)	1,01 (1,00-1,01)

TABEL 3 Risico-indicatoren voor de tijd tot herstel van een depressie in de algemene bevolking naar type diagnose, in hazardratio's (HR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI) (vervolg)

	Subklinische depressie (n = 107) HR (95%-BI)	Klinische depressie (n = 286) HR (95%-BI)	Totaal (n = 393) HR (95%-BI)
In dezelfde periode als de depressie gemeten:			
Klinische kenmerken van de depressie			
Recidiverende depressie	0,70 (0,46-1,07)	0,98 (0,75-1,29)	0,89 (0,71-1,12)
Gebruik van psychotrope medicatie	0,48 (0,25-0,94)	0,56 (0,40-0,79)	0,53 (0,39-0,72)
Suicidegedachten of -pogingen	1,33 (0,49-3,65)	0,50 (0,33-0,75)	0,54 (0,37-0,79)
Comorbiditeit			
<i>Dysthymie:</i>			
Nooit	REF	REF	REF
In het verleden	0,83 (0,33-2,05)	1,04 (0,61-1,76)	0,95 (0,60-1,49)
Huidig	0,66 (0,09-4,81)	0,34 (0,16-0,74)	0,37 (0,18-0,74)
<i>Enigerlei angststoornis:</i>			
Nooit	REF	REF	REF
In het verleden	0,68 (0,39-1,17)	0,85 (0,62-1,16)	0,79 (0,60-1,03)
Huidig	0,55 (0,31-0,98)	0,59 (0,42-0,83)	0,56 (0,42-0,75)
<i>Enigerlei middelengerelateerde aandoening:</i>			
Nooit	REF	REF	REF
In het verleden	0,91 (0,54-1,53)	1,04 (0,75-1,44)	1,00 (0,76-1,32)
Huidig	1,17 (0,60-2,31)	0,65 (0,39-1,09)	0,81 (0,54-1,21)
Zorggebruik vanwege psychische problemen:			
Geen	REF	REF	REF
Alleen in de algemene gezondheidszorg	1,33 (0,76-2,32)	0,98 (0,68-1,42)	1,05 (0,78-1,43)
Geestelijke gezondheidszorg	0,87 (0,53-1,43)	0,71 (0,52-0,96)	0,74 (0,57-0,95)

REF: referentiecategorie.

¹Deze schaal loopt van 0 (slecht functioneren) tot en met 100 (goed functioneren).

Hazardratio's die in vet staan weergegeven, waren significant ($p \leq 0,05$) bij tweezijdige toetsing.

dezelfde periode, conform een eerdere studie naar subtypen van depressie binnen NEMESIS-2 (Ten Have e.a. 2016).

Duur van een depressie

Voor MDD vonden wij een mediane duur van 6 maanden en een gemiddelde duur van bijna 11 maanden. In eerdere psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudies (Kessler e.a. 1997; Haarasilta e.a. 2001; Kessler e.a. 2003; Patten e.a. 2016) vond men een kortere duur, variërend van 1,5 maand tot 4 maanden. Dat kan komen doordat in deze studies de duur gebaseerd was op slechts één vraag waarin men over een relatief korte periode van 12 maanden terugkeek en men in de berekening geen rekening hield met het feit dat ten tijde van het interview de depressie nog niet voorbij hoefde te zijn.

Onze bevindingen komen meer overeen met die van 2 andere bevolkingsstudies (Kessler e.a. 1997; Hasin e.a. 2005), die hun episodeduur van 6 en 16 maanden baseerden op de langste depressie ooit in het leven. De studie van Spijker e.a. (2002), die zich baseerden op NEMESIS-1-gegevens, komt het meest overeen met de onze in opzet, methode en instrument om het beloop van depressie per periode van 3 maanden te meten. Zij vonden een kortere mediane duur voor MDD. Omdat bij hen de tijd tussen beide vervolgmetingen en dus de maximale tijd tot herstel 24 maanden was, hanteerden wij in additionele analyses diezelfde maximale tijd. In deze analyses vonden wij voor MDD een langere mediane en gemiddelde duur (6 en 11 maanden) en voor MinDD een vergelijkbare mediane en gemiddelde duur (3 en 10 maanden) als die voor MDD in de studie van Spijker e.a. (3 en 8,5 maanden).

Een mogelijke verklaring voor deze verschillen is dat in NEMESIS-1 gebruik werd gemaakt van een oudere versie van het klinisch instrument, het CIDI, met minder strikte criteria voor MDD. Aanvullende analyses bevestigen dat respondenten met MDD in de afgelopen maand in NEMESIS-1 beter scoren qua lichamenlijk en psychisch functioneren dan vergelijkbare respondenten in NEMESIS-2, ook na controle voor verschillen in demografische kenmerken tussen beide groepen (respectievelijk $p = 0,003$ en $p = 0,000$). Dit betekent ten eerste dat de geschatte episodeduur van Spijker e.a. (2002) aan de lage kant is voor MDD conform DSM-IV-criteria. Ten tweede betekent dit dat we geen evidentie hebben gevonden voor een daling in depressieduur ondanks dat er sinds het begin van deze eeuw veel initiatieven zijn gerealiseerd om de herkenning en behandeling van depressie bij zowel patiënten als huisartsen te vergroten.

Risico-indicatoren van de duur van een depressie

De duur van een depressie kan het beste worden onderzocht in psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudies (Eaton e.a. 2008), omdat veel mensen met een depressie geen gebruik maken van de ggz en degenen die dat wel doen er vaker slechter aan toe zijn (Ten Have e.a. 2013). Wij vonden evidentie voor dit type van bias (*referral filter*), aangezien episodeduur geassocieerd was met ggz-gebruik. De bevinding dat de duur van MDD geassocieerd is met enkele indicatoren van de ernst van de depressie (comorbide dysthymie, gebruik van psychotrope medicatie en suïcidegedachten of -pogingen) komt overeen met eerdere studies (Keller e.a. 1992; Spijker e.a. 2002). Een comorbide angststoornis kan ook worden beschouwd als een indicator van de ernst van de depressie, en was geassocieerd met een langere episodeduur. Deze bevinding werd echter niet gevonden in NEMESIS-1 (Spijker e.a. 2002) en in 2 klinische studies (Holma e.a. 2008; Vuorilehto e.a. 2009); in de 2 laatste studies mogelijk omdat een comorbide angststoornis vaak aanwezig is bij patiënten met een depressie in zorg en dus minder een verschil kan maken in episodeduur. Wij vonden dat de helft van de respondenten met MDD en MinDD een recidiverende depressie had en dat de duur van de episode niet verschillend was voor een allereerste of recidiverende depressie. Dit komt niet overeen met de bevinding van Spijker e.a. (2002), maar wel met die van De Jonge e.a. (2010), die geen evidentie vonden voor een verandering in duur naarmate men meer depressies had gehad.

Overeenkomstig eerder onderzoek (Spijker e.a. 2002; Eaton e.a. 2008; Penninx e.a. 2011) hingen demografische kenmerken en comorbide middelengerelateerde stoornissen niet samen met de duur van een depressie.

De enige twee risico-indicatoren die daadwerkelijk aan de depressie voorafgingen en geassocieerd waren met de duur ervan waren de mate van lichamenlijk en psychisch functioneren. Overeenkomstig Solomon e.a. (2008) duurde de depressie korter naarmate men voorafgaand aan de depressie lichamenlijk en/of psychisch beter functioneerde.

Verschillen tussen MDD en MinDD

De respondenten met MDD en MinDD verschilden niet van elkaar wat betreft demografische kenmerken, voorafgaand functioneren, enkele kenmerken van de depressie en comorbiditeit ten tijde van de depressie. Terwijl de mediane duur van MDD beduidend langer was dan die van MinDD, waren de gemiddelde duur, de herstelpercentages binnen 1-3 jaar en de risico-indicatoren van de episodeduur vergelijkbaar voor zowel MDD als MinDD. Toekomstige studies zijn nodig om deze bevindingen te valideren.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat aangezien de helft van de mensen met MDD binnen 6 maanden herstelt, alleen een korte periode zonder behandeling verdedigbaar is. In de richtlijn en zorgstandaard depressie wordt geadviseerd om een afwachtend beleid van 3 maanden aan te houden bij lichte depressies. Met de huidige resultaten is het zinnig dit advies kritisch te evalueren. Een afwachtend beleid van 3 maanden lijkt bij MinDD wel acceptabel, maar bij MDD alleen indien er geen risico-indicatoren voor een langdurend beloop aanwezig zijn. Het risico op onderbehandeling lijkt anders te groot te worden. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat MinDD niet kan worden beschouwd als een kortstondige toestand die vanzelf overgaat.

NOOT

1 Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2017; 136: 300-12), met als titel 'Duration of major and minor depressive episodes and associated risk indicators in the general population'. Afgedrukt met toestemming.

LITERATUUR

- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, e.a. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 9: 90.
- Eaton WW, Shao H, Nestadt G, Lee BH, Bienvenu OJ, Zandi P. Population-based study of first onset and chronicity in Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 513-20.
- Fuller-Thomson E, Battiston M, Gadalla TM, Brennenstuhl S. Bouncing back: remission from depression in a 12-year panel study of a representative Canadian community sample. *SPPE* 2014; 49: 903-10.
- Furukawa TA, Konno W, Morinobu S, Harai H, Kitamura T, Takahashi K. Course and outcome of depressive episodes: comparison between bipolar, unipolar and subthreshold depression. *Psychiatry Res* 2000; 96: 211-20.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. Opzet van de bevolkingsstudie NEMESIS-2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 17-26.
- Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2001; 31: 1169-79.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, De Girolamo G, Guyer ME, Jin R, e.a. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006; 15: 167-80.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1097-106.
- Have M ten, Lamers F, Wardenaar K, Beekman A, de Jonge P, van Dorsselaer S, e.a. The identification of symptom-based subtypes of depression and an investigation of their clinical correlates and prospective course in a nationally representative cohort study. *J Affect Disord* 2016; 190: 395-406.
- Have M ten, Nuyen J, Beekman A, de Graaf R. Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems. *Psychol Med* 2013; 43: 2203-15.
- Holma KM, Holma IAK, Melartin TK, Rytälä HJ, Isometsä ET. Long-term outcome of Major Depressive Disorder in psychiatric patients is variable. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 196-205.
- Jonge P de, Conradi HJ, Kaptein KI, Bockting CLH, Korf J, Ormel J. Duration of subsequent episodes and periods of recovery in recurrent major depression. *J Affect Disord* 2010; 125: 141-5.
- Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RMA, e.a. Time to recover, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 809-16.
- Kendler KS, Walters EE, Kessler RC. The prediction of length of major depressive episodes: results from an epidemiological sample of female twins. *Psychol Med* 1997; 27: 107-17.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, e.a. The epidemiology of Major Depressive Disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095-105.
- Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13: 93-121.
- Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *J Affect Disord* 1997; 45: 19-30.
- Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 810-19.
- Ormel J, Petukhova MV, Chatterji S, Burger H, Alonso J, Kawakami N, e.a. Disorder-specific disability and treatment of common mental and physical disorders. In: Alonso J, Chatterji S, He Y (eds.). *The burden of mental disorders*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p.171-85.
- Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Bulloch AGM, Wiens K, Wang J. Why is major depression prevalence not changing? *J Affect Disord* 2016; 190: 93-7.
- Penninx BWJH, Nolen WA, Lamers F, Zitman FG, Smit JH, Spinhoven P, e.a. Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *J Affect Disord* 2011; 133: 76-85.
- Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, Hayhurst H, Saxty M, Surtees PG. Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. *Psychol Med* 1995; 25: 1161-70.
- Solomon DA, Leon AC, Coryell W, Mueller TI, Posternak M, Endicott J, e.a. Predicting recovery from episodes of major depression. *J Affect Disord* 2008; 107: 285-91.
- Spijker J, De Graaf R, Bijl R, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 208-13.
- Vuorilehto MS, Melartin TK, Isometsä ET. Course and outcome of depressive disorders in primary care: a prospective 18-month study. *Psychol Med* 2009; 39: 1697-707.
- Ware JE, Sherbourne CD. The Rand-36 Short-form Health status Survey: 1: Conceptual Framework and item-selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.
- Whiteford HA, Harris MG, McKeon G, Baxter A, Pennell C, Barendregt JJ, e.a. Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2013; 43: 1569-85.

SUMMARY

New numbers on the duration of major and minor depressive episodes in the general population; results from NEMESIS-2

M. TEN HAVE, B.W.J.H. PENNINX, M. TUITHOF, S. VAN DORSELAER, M. KLEINJAN, J. SPIJKER, R. DE GRAAF

- BACKGROUND** Relatively little research has been conducted that can reliably be used by psychiatrists, psychologists and general practitioners to estimate the recovery time of their patients suffering from depression. The treatment guideline for depression submits that half of those with MDD will recover within three months.
- AIM** To present the findings from NEMESIS-2 (the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) on both the duration of depressive episodes in the general population and associated risk indicators.
- METHOD** The respondents that had developed a depressive episode between the first two follow-up assessments were selected; 286 with a clinical depression according to DSM-IV criteria (MDD) and 107 with a subclinical depression (MinDD). The episode duration was assessed with the Life Chart Interview.
- RESULTS** Half of the patients with MDD recovered within 6 months and 12% had not recovered after 3 years. The mean duration for MDD was 10.7 months. Better physical and mental health before depression onset predicted shorter duration. Longer duration was associated with comorbid dysthymia or anxiety disorder. In comparison, the median duration of MinDD was half the length of MDD (3 months), whereas the mean duration (8.7 months), the percentage that had not recovered after 3 years (10%) and risk indicators for episode duration hardly differed.
- CONCLUSION** In the guideline for depression it is assumed that half of those with MDD will recover within three months. Our study, however, found the median duration of MDD to be twice as long. Consequently, only a short period without active treatment can be justified. This paper also concludes that MinDD cannot be regarded as a transient, self-limiting mood state.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)6, 364-373

KEY WORDS depression, episode duration, population study, risk indicators