

Duur van depressieve episoden en determinanten van beloop

J. SPIJKER, R.V. BIJL, W.A. NOLEN

ACHTERGROND Kennis over de duur van de depressieve episoden en determinanten van beloop is voor de clinicus van belang bij het geven van een prognose.

DOEL Een overzicht geven van onderzoeksgegevens over de duur van depressieve episoden en de determinanten van het beloop.

METHODE Bevindingen van relevant buitenlands onderzoek en van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) worden beschreven. De onderzoeken zijn op grond van hun methodologische kwaliteit geselecteerd.

RESULTATEN De mediane duur van (op)nieuw ontstane (DSM-III-R of -IV) depressieve episoden ligt tussen de 3 en 5 maanden. Chroniciteit (duur van depressie van 2 jaar of meer) ontstaat bij 9 tot 20% van de personen met een depressieve episode. De beste voorspellers voor het persisteren van een depressie zijn ziektekenmerken als de ernst van de depressie en een langere duur van eerdere episoden. Verder zijn ook eerdere (lichamelijk of psychiatrische) aandoeningen, gebrek aan sociale steun en het ondervinden van langdurige levensmoeilijkheden van invloed.

CONCLUSIE Als depressieve patiënten niet binnen 3 tot 5 maanden herstellen, is het risico van een chronisch beloop aanzienlijk. Het is daarom belangrijk om de huidige duur en overige prognostische kenmerken voor persistentie een rol te laten spelen in de indicatiestelling voor behandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)4, 229-235]

TREFWOORDEN depressieve periode, determinanten, duur, prognose

Bij behandeling van depressieve stoornissen is het van groot belang om tevoren een prognose te kunnen maken over het te verwachten beloop. Dit kan helpen bij behandelbeslissingen en kan dienen om het behandelresultaat te evalueren (Van den Brink e.a. 2001). Om tot een prognose te komen is kennis nodig over het natuurlijke beloop en over determinanten van dat beloop.

Een klinisch zeer relevante beloopsvorm van de depressieve stoornis is de persisterende depressie (Judd 1997). In vergelijking met depressies met een gunstiger beloop, gaat dit patroon gepaard met meer lichamelijke en psychiatrische comorbi-

diteit (Keller 1994) en met een toename van zorggebruik (Spijker e.a. 2001).

Het dynamische stress-kwetsbaarheidmodel (Ormel & Neeleman 2000) wordt momenteel veel gehanteerd als theoretisch kader om de verschillende determinanten voor het persisteren van een depressie te ordenen. Volgens dit model is er op individueel niveau een wederzijdse beïnvloeding van levensgeschiedenis, omgevingsfactoren, levensgebeurtenissen en ziektekenmerken en is de resultante psychische (on)gezondheid van het individu.

In dit artikel wordt de huidige kennis over

duur van een depressieve episode en de mate van voorkomen van een chronisch beloop bij volwassenen (18-65 jaar) beschreven. Ook zal aan de hand van het dynamische stress-kwetsbaarheidmodel beschreven worden welke determinanten van het persisteren van een depressieve episode bekend zijn.

METHODE

Met 'depressieve stoornis' wordt in dit artikel zowel naar de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) als naar de DSM-III-R-classificatie van depressie in engere zin (American Psychiatric Association 1987) verwezen en met 'chronisch' wordt een depressieve episode van twee jaar of langer bedoeld. Volgens de DSM-III-R is er sprake van een chronisch beloop als de depressie niet hersteld is binnen twee jaar, terwijl in de DSM-IV twee jaar voldaan moet zijn aan alle criteria van een depressieve stoornis.

Eerder is door de auteurs van dit artikel literatuuronderzoek verricht met behulp van PsychLit, Medline en Excerpta Medica met als zoektermen 'chronic depression', 'major depression' en 'course' (Spijker & Nolen 1998). Alle artikelen van 1980-1998 werden geselecteerd die aan de volgende criteria voldeden: (major) depressie volgens de criteria van de DSM-III/III-R/IV, of ICD-9/10, de Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer e.a. 1978), en de Bedford College Criteria (BCC; Finlay-Jones e.a. 1980); er is duidelijk gemaakt op welke wijze deze diagnose is vastgesteld; mogelijk voorspellende factoren zijn met gestandaardiseerde instrumenten gemeten; het beloop is prospectief onderzocht; drop-out is vermeld en beschreven; er wordt een definitie van herstel met vermelding van aard en ernst van de symptomen en duur van herstel gegeven; en relevante informatie over behandeling wordt vermeld (indien van toepassing).

Deze toen geselecteerde artikelen bleken ook nog weer andere methodologische beperkingen te kennen. Ten eerste werden over het algemeen depressieve mensen onderzocht die behandeling hadden gezocht, dus mensen met ernstiger of langer durende depressies. Deze selectiebias is te on-

dervangen door depressieve personen in de algemene bevolking te bestuderen. In bevolkingsonderzoeken worden depressieve patiënten die langdurig opgenomen zijn dan weer gemist. In de tweede plaats werden in de onderzoeken meestal mensen geïnccludeerd met een al bestaande depressie, wat opnieuw een bias geeft naar de langer durende depressies (Cohen & Cohen 1984). Een andere beperking van veel onderzoeken betreft de analyse van de duur van een episode: bij sommige casussen kan het einde van de ziekte buiten de observatieperiode vallen. Dit wordt (rechtszijdige) censurering genoemd. Met behulp van survival-analyse kan de ziekteduur van alle casussen berekend worden, ongeacht of het einde van de ziekte in de observatieperiode voorkwam. De mediane survivalduur is dan het tijdstip waarop 50% van het onderzochte cohort weer hersteld is (Hosmer & Lemeshow 1999).

In dit artikel zullen de resultaten uit het eerdere literatuuronderzoek over de periode 1980-1998 aangevuld worden met die van onderzoeken verricht na 1998 waar bovenstaande soorten van bias vermeden zijn. Het accent zal liggen op resultaten afkomstig uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) (Bijl e.a. 1998).

NEMESIS is een psychiatrisch epidemiologisch onderzoek gericht op het voorkomen, beloop en de gevolgen van psychiatrische stoornissen en hun determinanten onder 18- tot 64-jarigen in de algemene bevolking. Er waren 3 meetmomenten (1996, 1997, 1999). In de eerste meting zijn 7076 mensen geïnterviewd. Het diagnostische instrument in Nemesisis is de Composite International Diagnostic Interview (CIDI 1.1), ontwikkeld door de World Health Organization (1990). Het is een volledig gestructureerd interview om psychiatrische stoornissen volgens de DSM-III-R en ICD-10 vast te stellen en kan door niet-clinici worden afgenomen. Om een goede weergave van het beloop te verkrijgen werd in de 3de meting een zogenaamd Life Chart Interview (Lyketsos e.a. 1994) afgenomen, waarin het beloop over de voorafgaande 2 jaar nauwkeurig in kaart werd gebracht.

Naast de CIDI werden diverse instrumenten

afgenomen om de determinanten van het beloop van stoornissen vast te stellen waaronder sociaal-demografische determinanten (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, arbeidsstatus, woonvorm), persoonlijkheidskenmerken, psychosociale factoren als vroege jeugdervaringen, levensgebeurtenissen, sociale steun en somatische gezondheid (zie verder Bijl e.a. 1998)

RESULTATEN

Duur van de depressieve episode In NEMESIS werd voor een cohort respondenten met een nieuw of opnieuw ontstane depressieve episode een mediane duur gevonden van 3 maanden (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 2,2-3,8 maanden; Spijker e.a. 2002). In een ander bevolkingsonderzoek werd eveneens een mediane duur van 3 maanden gevonden (Eaton e.a. 1997).

In onderzoeken onder populaties van depressieve patiënten werd meestal een wat langere mediane duur gevonden: tussen 3 en 12 maanden (Keller e.a. 1982, 1984; Coryell e.a. 1994; Brown & Moran 1994; Brown e.a. 1994; Ramana e.a. 1995; Furukawa e.a. 2000). Alleen in de National Institute of Mental Health-Collaborative Depression Study (CDS) werden eveneens nieuwe of opnieuw ontstane depressieve episodens onderzocht en dan werd een mediane duur gevonden van 5 maanden (Solomon e.a. 1997).

In NEMESIS was binnen 24 maanden ongeveer 80% (9,5%-BI 74-86%) van de respondenten hersteld (Spijker e.a. 2002). Met andere woorden: ongeveer 20% was chronisch depressief. Behalve NEMESIS zijn er geen bevolkingsonderzoeken verricht naar de mate waarin een chronisch beloop voorkomt onder volwassen respondenten met een depressie. In onderzoeken bij populaties van depressieve patiënten varieert de mate van chroniciteit van 9-19% (Keller e.a. 1982, 1984; Coryell e.a. 1994; Ramana e.a. 1995; Furukawa e.a. 2000). Hierbij moet aangetekend worden dat deze onderzoeken chroniciteit definieerden als 'geen herstel van de depressieve episode' en dat geen (op)nieuw ontstane depressies, maar prevalentie casussen werden onderzocht.

Het is opmerkelijk dat in NEMESIS het hoogste percentage (20%) werd aangetroffen. Mogelijk speelt hierbij een rol dat ook de zogenaamde *sub-threshold*-verschijningsvormen die zich voor en na een depressieve episode kunnen voordoen, werden meegenomen in de uiteindelijke bepaling van de duur. Daardoor betrof de populatie van persistente depressies ook respondenten met een partieel herstel, waarmee naar onze mening het natuurlijke beloop het meest recht wordt gedaan.

Determinanten van duur In eerdere onderzoeken bij populaties van depressieve patiënten bleken kwetsbaarheidfactoren zoals negatieve jeugdervaringen (Brown e.a. 1994; Brown & Moran 1994) en neuroticisme (Scott e.a. 1992) voorspellers voor een langere duur van depressie. Een beperking bij deze onderzoeken was dat deze kwetsbaarheidfactoren gemeten werden ten tijde van de depressie en daardoor minder betrouwbaar zijn. In NEMESIS kon deze *confounding* vermeden worden dankzij de drie meetmomenten waardoor mogelijke determinanten bij de eerste meting bepaald konden worden toen er nog geen sprake was van een depressie. Er werd nu geen verband gevonden tussen deze kwetsbaarheidfactoren en de duur van depressie (Spijker 2002; Spijker e.a. in druk).

Kwetsbaarheid veroorzaakt door eerdere psychiatrische of somatische aandoeningen lijkt echter wel een factor van betekenis te zijn, in overeenstemming met de bevindingen bij ouderen (Geerlings e.a. 2000). In een onderzoek bij een patiëntenpopulatie bleken eerder doorgemaakte psychiatrische (niet depressieve) stoornissen voorspellend te zijn voor een langere duur van een depressieve episode (Keller e.a. 1982, 1984). In NEMESIS bleken eerdere (chronische) somatisch aandoeningen, evenals een langere duur van eerder doorgemaakte depressieve episodens een langere duur van de (huidige) depressieve episode te voorspellen (Spijker e.a. in druk).

Van de sociale kwetsbaarheidfactoren zoals lagere sociaal-economische status bleken in de *Epidemiologic Catchment Area (ECA) study*, een Amerikaans bevolkingsonderzoek, een lager opleidingsniveau (Sargeant e.a. 1990), en in een Ameri-

kaans patiëntenonderzoek een lager inkomen (Keller e.a. 1982, 1984) verband te houden met een langere duur. Deze factoren bleken evenwel in NEMESIS niet voorspellend te zijn (Spijker e.a. in druk). De verklaring voor het verschil is niet duidelijk. Misschien speelt sociale kwetsbaarheid in de Amerikaanse samenleving met zijn grotere sociaal-economische verschillen een grotere rol dan in de Nederlandse samenleving.

Wat betreft *onderhoudende factoren*, zoals meemaken van belangrijke levensgebeurtenissen of gebrek aan sociale steun, bleken aanhoudende levensmoeilijkheden bij vrouwen gecorreleerd te zijn met het voortduren van een depressie. Dit was het geval zowel bij depressieve vrouwen uit de algemene bevolking (Brown & Moran 1994) als bij depressieve vrouwelijke patiënten (Brown e.a. 1994). In NEMESIS bleek gebrek aan sociale steun voorspellend te zijn voor persistentie van depressie (Spijker e.a. in druk).

Onder de diverse factoren blijken ziektekenmerken de meest consistente voorspellers te zijn, zowel in NEMESIS als in diverse patiëntenonderzoeken. Vooral een grotere ernst van de huidige depressie en een langere duur van eerdere depressieve episodens zijn voorspellend gebleken voor een langere duur (Keller e.a. 1982, 1984; Ramana e.a. 1995; Paykel e.a. 1996; Furukawa e.a. 2000; Spijker e.a. in druk). De duur van eerdere episodens kan ook onder de kwetsbaarheidfactoren worden gerekend, in plaats van onder de ziektekenmerken. Over een ander ziektekenmerk zijn de bevindingen tegenstrijdig: een recidief depressieve episode bleek in een patiëntenpopulatie voorspellend voor een langere duur (Solomon e.a. 1997), maar in NEMESIS voor een kortere duur (Spijker e.a. in druk).

Comorbiditeit met andere psychiatrische aandoeningen bleek in NEMESIS geen voorspeller voor persistentie, waarschijnlijk omdat deze comorbiditeit sterk bleek te correleren met de ernst van depressie (Spijker e.a. in druk).

Uiteraard is het een belangrijke vraag of *behandeling* van invloed is op de duur van de depressie. Helaas echter kan in naturalistische onderzoeken hierover geen uitspraak gedaan worden, om-

dat er selectie optreedt ten aanzien van de behandeling, waarbij de meest zieke patiënten (met ook de meest ongunstige prognose) de meest intensieve behandeling krijgen (Spijker e.a. 2001)

BESPREKING

De mediane duur van een depressieve episode bedroeg in NEMESIS 3 maanden en in een onderzoek onder een patiëntenpopulatie 5 maanden. Dit betekent dat van een groep patiënten met een nieuw of opnieuw ontstane depressieve episode 50% na 3 tot maximaal 5 maanden weer hersteld is. In andere onderzoeken onder depressieve patiënten werd een langere mediane duur gevonden, maar dat kan waarschijnlijk toegeschreven worden aan het feit dat in deze onderzoeken geen nieuwe patiënten, maar prevalentie casussen werden geïncludeerd. De mate waarin een chronisch beloop met een duur van minimaal 2 jaar voorkomt, blijkt te variëren tussen 9% en 20%.

Als voorspellers voor persistentie lijken de ziektekenmerken het best te voldoen. Een grotere ernst van de depressie en een langere duur van eerdere episodens zijn voorspellend voor een langere duur en een chronisch beloop. Verder zijn eerdere (lichamelijke of psychiatrische) aandoeningen voorspellers. Onderhoudende factoren als gebrek aan sociale steun en het ondervinden van langdurige levensmoeilijkheden spelen een minder prominente rol dan vanuit de klinische praktijk wellicht verondersteld wordt.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

De mogelijke implicaties van deze bevindingen voor de behandelpraktijk (figuur 1) zijn in het bijzonder van belang voor de eerstelijnsgezondheidszorg, omdat hier de meeste mensen met een depressie behandeld worden. De eerstelijnspopulatie wijkt aanzienlijk af van een ggz-patiëntenpopulatie, daarom zijn de bevindingen uit de algemene populatie hiervoor meer van toepassing: de helft van de mensen met een depressie herstelt binnen 3 maanden. Bij nieuw ontstane depressieve episodens met een duur korter dan 3 maanden en

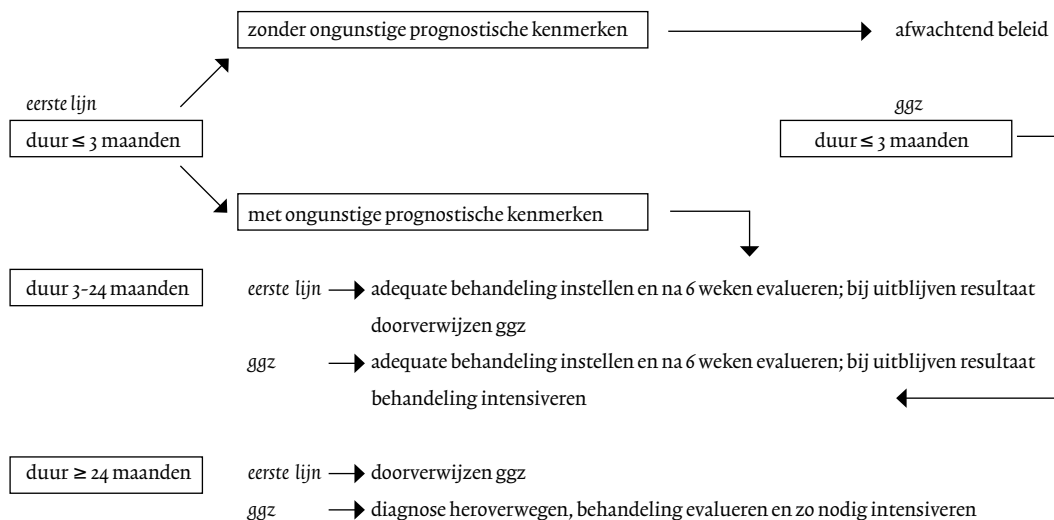
met gunstige prognostische kenmerken (lichte depressie, geen somatische comorbiditeit, geen langdurige eerdere episoden en voldoende sociale steun) kan een afwachtend beleid overwogen worden. Dit wordt nu ook zo expliciet in de in voorbereiding zijnde ‘Multidisciplinaire richtlijn Depressie’ genoemd. Als een depressie echter langer duurt dan 3 maanden, neemt het risico van een chronisch beloop snel toe. De behandeling moet er vanaf dat moment op gericht zijn zo snel mogelijk tot herstel te komen. Als na een adequate behandeling in de eerste lijn herstel uitblijft, zou de huisarts de patiënt moeten verwijzen naar de ggz. Wanneer een patiënt met een depressie door de huisarts is aangemeld, moet de ggz snelheid betrachten: zowel in de aanmeldings- en intakefase als in de behandelfase. Dit geldt des te sterker als er risicofactoren voor een chronisch beloop aanwezig zijn.

Voor ggz-populaties met depressies geldt meer dat de mediane duur van een episode 5 maanden bedraagt. Bij een recent ontstane depressie moet nu geadviseerd worden om wel tot behandeling over te gaan om deze verwachte duur te bekorten. Echter, de meeste depressies waarvoor behandeling in de ggz wordt gezocht, zijn uiteraard geen recent ontstane depressies. Veel depressies bestaan al langer en ook in de aanmeldings- en intakefase gaan vaak maanden verloren. De prog-

nose wordt dan alleen maar ongunstiger met een grotere kans op een chronisch beloop. Het lijkt daarom van belang bij aanmelding rekening te houden met de al bestaande duur van de depressie en ook met de overige prognostische kenmerken voor het beloop. Bij uitblijven van resultaat van een eerste behandeling zouden andere en meer intensievere behandelingen geïndiceerd kunnen worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan een combinatie van psychotherapie en farmacologische behandeling (Keller e.a. 2000) of aan meer intensieve deeltijdbehandeling.

Bij depressies die al chronisch zijn, is in de eerste lijn een verwijzing naar of op zijn minst consultatie in de ggz geboden. In de ggz zou bij chronische depressies een heroverweging van de diagnose en evaluatie van de behandeling plaats moeten vinden en –indien geïndiceerd– een intensivering van de behandeling. Het is echter dan wel van groot belang om de effectiviteit van dergelijke behandelstrategieën in onderzoek vast te stellen.

FIGUUR 1 Beslisboom voor de behandeling van een depressieve stoornis



LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.
- Brink, R.H., Ormel, J., Tiemens, B.G., e.a. (2001). Accuracy of general practitioner's prognosis of the 1-year course of depression and generalised anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 178, 18-22.
- Brown, G.W., Harris, T.O., Hepworth, C., e.a. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II. A patient enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465.
- Brown, G.W., & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1178-1182.
- Coryell, W., Akiskal, H.S., Leon, A.C., e.a. (1994). The time course of non-chronic major depressive disorder. Uniformity across episodes and samples. National Institute of Mental Health Collaborative Program on the Psychobiology of Depression--Clinical Studies. *Archives of General Psychiatry*, 51, 405-410.
- Eaton, W.W., Anthony, J.C., Gallo, J., e.a. (1997). Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 993-999.
- Furukawa, T.A., Kitamura, T., & Takahashi, K. (2000). Time to recovery of an inception cohort with hitherto untreated unipolar major depressive episodes. *British Journal of Psychiatry*, 177, 331-335.
- Geerlings, S.W., Beekman, A.T., Deeg, D.J., e.a. (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30, 369-380.
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (1999). *Applied Survival Analysis: regression modeling of time to event data*. New York: John Wiley & Sons.
- Judd, L.L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- Keller, M.B. (1994). Depression: a long-term illness. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl.), 9-15.
- Keller, M.B., Klerman, G.L., Lavori, P.W., e.a. (1984). Long-term outcome of episodes of major depression. Clinical and public health significance. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 252, 788-792.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., e.a. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Keller, M.B., Shapiro, R.W., Lavori, P.W., e.a. (1982). Recovery in major depressive disorder: analysis with the life table and regression models. *Archives of General Psychiatry*, 39, 905-910.
- Lyketsos, C.G., Nestadt, G., Cwi, J., e.a. (1994). The life chart interview: a standardized method to describe the course of psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4, 143-155.
- Ormel, J., & Neeleman, J., (2000). Towards a dynamic stress-vulnerability model of depression. The role of neuroticism, life events and gender. In T. Harris (Red.), *Where inner and outer worlds meet. Psychosocial research in the tradition of George W. Brown* (pp. 151-169). London: Routledge.
- Paykel, E.S., Cooper, Z., Ramana, R., e.a. (1996). Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychological Medicine*, 26, 121-133.
- Ramana, R., Paykel, E.S., Cooper, Z., e.a. (1995). Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. *Psychological Medicine*, 25, 1161-1170.
- Sargeant, J.K., Bruce, M.L., Florio, L.P., e.a. (1990). Factors associated with 1-year outcome of major depression in the community. *Archives of General Psychiatry*, 47, 519-526.
- Scott, J., Eccleston, D., & Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, 161, 633-637.
- Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., e.a. (1997). Recovery from major depression. A 10-year prospective follow-up across multiple episodes. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1001-1006.
- Spijker, J. (2002). Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). In J. Spijker, *Chronic depression: determinants and consequences of chronic major depression in the general population* (pp. 82-99). Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., e.a. (2001). Care utilization and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 19-24.

- Spijker, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., e.a. (in druk). Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R.V., e.a. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.
- Spijker, J., & Nolen, W.A. (1998). Voorspellende factoren voor chroniciteit van een depressie. Een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 696-708.
- World Health Organization. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (versie 1.0)*. Geneva: World Health Organization.

AUTEURS

J. SPIJKER is psychiater en beoogd A-opleider, werkzaam bij de Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei te Ede en bij het Trimbos-instituut te Utrecht.

R.V. BIJL is socioloog en werkzaam bij WODC, Ministerie van Justitie te Den Haag.

W.A. NOLEN is psychiater en als hoogleraar verbonden aan het academisch ziekenhuis Groningen.

Correspondentieadres: dr. J. Spijker, de Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei, Willy Brandlaan 20, 6716 RR Ede.

E-mail: j.spijker@degelderseroos.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-7-2003.

SUMMARY

Duration of depressive episodes and determinants of the future course of the illness – J. Spijker, R.V. Bijl, W.A. Nolen –

BACKGROUND If clinicians are informed about the duration of depressive episodes and they know what factors determine the future course of the illness they should be able to make more accurate prognoses.

AIM To present an overview of research data relating both to the duration of depressive episodes and to the determinants of the course of the illness.

METHOD Results of research done on this subject in other countries and results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) are presented. Articles were selected by reason of their sound methodology.

RESULTS The median duration of new or recurrent depressive episodes (DSM-III-R or IV) is 3 to 5 months. The condition becomes chronic (the depression lasts for at least 2 years) in 9 to 20% of individuals with depression. The best predictors of the persistence of the depression are factors such as the severity of the depressive episode and the increased longer duration of earlier episodes. Other determinants of persistence are previous (physical or psychiatric) illness, lack of support and experience of difficulties in life over long periods.

CONCLUSION If depressed patients fail to recover within 3 to 5 months, there is a considerable risk that the condition will become chronic. It is important that a treatment programme for depression takes into account the current duration of a patient's depressive episode and other factors that are predictors of persistence.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)4, 229-235]

KEY WORDS depressive disorder, determinants, prognosis, time factors

de Gelderse Roos ... waar het om mensen gaat!

de Gelderse Roos



Gespecialiseerde Psychiatrie Wolfheze

De Gelderse Roos Gespecialiseerde Psychiatrie Wolfheze maakt onderdeel uit van de Gelderse Roos Geestelijke gezondheidszorg, een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in Gelderland.

De forensisch psychiatrische afdeling (FPA) Kompas heeft een supra-regionale functie

voor de behandeling van psychiatrische patiënten met een justitiële titel.

De afdeling beschikt over 24 plaatsen, verdeeld over drie units.

Voor de afdeling FPA Kompas zijn wij op zoek naar een

Psychiater/afdelingsbehandelaar m/v

32-36 uur per week

UW TAKEN Als psychiater/afdelingsbehandelaar bent u verantwoordelijk voor de totstandkoming, uitvoering en evaluatie van de behandelplannen met inachtneming van de professionele autonomie van de medewerkers uit andere disciplines. U draagt zorg voor observatie, diagnostiek, behandeling, behandelingsvoortgang, signalering en verwijzing van patiënten. Uw functie heeft als specifiek aandachtsgebied de verdere ontwikkeling en de kwaliteit van het behandelbeleid van de afdeling, rekening

houdend met de individuele professionele verantwoordelijkheid van medewerkers.

WIJ ZOEKEN iemand die de opleiding tot psychiater heeft afgerond inclusief BIG-registratie en die affiniteit en liefst ook ervaring heeft met het forensisch werkveld. U hecht veel waarde aan samenwerking en overleg en uw aanpak werkt enthousiasmerend, motiverend en stimulerend naar collega behandelaren en forensisch werkers.

WIJ BIEDEN u een functie in een organisatie met vooruitstrevend vakinhoudelijk beleid, onder andere vertaald in de oprichting van vakgroepen en een instituut voor wetenschappelijk onderzoek. Verder bieden wij een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd. Uw arbeidsvoorwaarden zijn geregeld in de CAO-GGZ. Het salaris bedraagt minimaal € 4.246,- en maximaal € 7.420,- bruto per maand bij een 36-urige werkweek, volgens AMS. Er zijn regelingen voor bijvoorbeeld studie, spaarloon, PC-privé en kinderopvang en er is een aantrekkelijk employee benefits pakket. Uw standplaats is Wolfheze.

INTERESSE? Voor meer informatie kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de heer R. de Graaf, afdelingsmanager, telefoon (026) 483 32 41. Een functiebeschrijving kan worden opgevraagd bij mevrouw M. de Groot, secretaresse Personeelszaken, telefoon (026) 483 33 94. Meer informatie over onze organisatie vindt u op www.degelderseroos.nl. Uw sollicitatiebrief kunt u -onder vermelding van vacaturenummer 024/2004- vóór 3 mei 2004 sturen naar *de Gelderse Roos* Gespecialiseerde Psychiatrie Wolfheze, mevrouw J. Hopman, personeelsfunctionaris, Postbus 27, 6870 AA RENKUM of mailen aan j.hopman@degelderseroos.nl. De selectiegesprekken vinden plaats vanaf week 20.

Wij stellen geen prijs op acquisitie naar aanleiding van deze advertentie.

www.degelderseroos.nl