

Korte bijdrage

Het belang van subklinische depressies

door P. Cuijpers

Samenvatting

Subklinische depressies zijn depressieve beelden waarbij sprake is van depressieve klachten zonder dat voldaan is aan de criteria voor een depressieve stoornis. Subklinische depressies zijn ten eerste van belang omdat de gevolgen ervan wat betreft welbevinden en psychosociaal functioneren aanzienlijk zijn, en ten tweede omdat betrokkenen een belangrijke risicogroep vormen voor het ontwikkelen van een klinische depressie. Er is nog onvoldoende duidelijkheid over definitie, beloop en behandeling van subklinische depressies.

Inleiding

Depressieve klachten kunnen beschouwd worden als een continuüm, met aan de ene kant 'normale' gevoelens van somberheid zonder pathologische kenmerken en aan de andere kant langdurige en ernstige gevoelens van somberheid met diverse bijkomende klachten zoals in de DSM-IV beschreven staan. De afbakening tussen depressieve stoornissen en 'gewone' depressieve gevoelens is min of meer arbitrair en willekeurig op dit continuüm geplaatst. Er zijn aanwijzingen dat depressies die niet voldoen aan de DSM-criteria, toch klinisch relevant kunnen zijn. In dit artikel wordt een overzicht daarvan gegeven.

Definities van subklinische depressies

Subklinische depressies kan men omschrijven als depressies die enerzijds niet voldoen aan de criteria voor een depressie volgens de DSM-IV, maar anderzijds wel ernstiger zijn dan 'normale' sombere periodes die ieder mens meemaakt. Deze subklinische depressies worden in de literatuur op verschillende manieren gedefinieerd en geoperationaliseerd.

Depressieve beelden die niet voldoen aan de DSM-IV-criteria voor een klinische depressie – Er zijn in de literatuur verschillende depressieve beelden voorgesteld die momenteel niet in de DSM-IV zijn opgenomen en die niet voldoen aan de criteria van een depressief syndroom. In de DSM-IV

zijn criteria van verschillende van deze beelden opgenomen in een bijlage, bedoeld voor nader onderzoek. Bij een '*minor*' depressie moet naast een depressieve stemming gedurende twee weken voldaan zijn aan twee tot vier symptomen uit een lijst van acht (bij '*major*' depressie vijf of meer). 'Minor' depressie is ook opgenomen in de International Classification of Disorders (ICD-10) en wordt beschreven in de zogeheten Research Diagnostic Criteria, die in veel ouder onderzoek naar depressies gebruikt zijn. Bij de '*brief recurrent*' depressie wordt wel voldaan aan de criteria voor een depressief syndroom, alleen duurt ze korter dan twee weken (doorgaans twee tot vier dagen). De depressieve perioden treden ten minste eenmaal per maand gedurende twaalf achtereenvolgende maanden op. Het kernsymptoom van de *depressieve persoonlijkheidsstoornis* wordt gevormd door excessief negatieve en pessimistische ideeën over zichzelf en anderen. Andere symptomen zijn: kritisch, negatief en beschuldigend tegenover zichzelf en anderen zijn, een negatief zelfbeeld en pessimisme.

Subklinische depressie als hoge score op zelfinvulvragenlijsten – Een andere definitie is afkomstig uit epidemiologisch onderzoek. Daarbij neemt men bij een steekproef uit de algemene bevolking een depressiezelfinvulvragenlijst af, zoals de Center for Epidemiological Studies - Depression scale of de Beck Depression Inventory. Diegenen die boven een afkappunt op zo'n lijst scoren, worden nader onderzocht met een klinisch interview. Diegenen die boven het afkappunt op de zelfinvulvragenlijst scoren maar niet voldoen aan de criteria voor een klinische depressie, kan men beschouwen als 'vals-positieven', maar het kan ook mensen met een subklinische depressie betreffen: een deel van hen heeft wel depressieve klachten, maar voldoet niet aan de DSM-criteria voor een depressie.

Subklinische depressie als de prodromale fase van het depressieve syndroom – De derde definitie van subklinische depressies is eveneens afkomstig uit epidemiologisch onderzoek. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat aan een klinische depressie een prodromale fase voorafgaat waarin de betreffende persoon wel al een aantal klachten heeft, maar nog niet voldoet aan alle criteria voor een klinische depressie. Een subklinische depressie is dan een onderdeel van de prodromale fase van een klinische depressie.

Het is niet duidelijk of en in hoeverre deze drie definities elkaar overlappen. Het lijkt voor de hand te liggen dat depressieve beelden als de '*minor*' en de '*recurrent brief*' depressies ten minste gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor hoge scores op zelfinvullijsten. Ook is afbakening met zowel het depressieve syndroom aan de ene kant als normale sombere gevoelens die ieder mens ervaart, onduidelijk. Verder is het goed denkbaar dat '*minor*' depressie bij een aantal mensen onderdeel is van de prodromale fase die aan een '*major*' depressie voorafgaat.

Gevolgen van subklinische depressies voor welbevinden en functioneren

Er zijn twee redenen waarom subklinische depressies relevant zijn. Ten eerste zijn de gevolgen van subklinische depressies voor welbevinden en psychosociaal functioneren aanzienlijk. Naast enkele andere studies (Broadhead e.a. 1990; Gotlib e.a. 1995) zijn het met name de invloedrijke Medical Outcome Studies die belangrijke inzichten hebben verschaft in de gevolgen van verschillende vormen van depressies voor het welbevinden en psychosociaal functioneren (Wells e.a. 1989). In deze studie vulden meer dan 11.000 patiënten (in de Verenigde Staten) uit verschillende behandelsettings een vragenlijst in waarin de gevolgen van ziekten voor de patiënt in kaart worden gebracht. Zowel depressieve syndromen als subklinische depressies blijken aanzienlijke gevolgen te hebben voor welbevinden, lichamelijk functioneren (beperkingen bij activiteiten zoals sport, lopen, trap op lopen, aankleden, baden), rolfunctioneren (belemmeringen bij werk, huishouden, school/studie) en ervaren van pijn. Hoewel de gevolgen van aandoeningen in het algemeen moeilijk vergelijkbaar zijn, blijkt dat de gemiddelde scores wat betreft de gevolgen voor welbevinden en psychosociaal functioneren groter zijn bij depressies dan bij diverse chronische lichamelijke aandoeningen zoals diabetes, artritis of hypertensie. Ook het aantal dagen doorgebracht in bed is groter bij depressieve aandoeningen. Alleen ernstige hartaandoeningen hebben gevolgen die vergelijkbaar zijn met (klinische en subklinische) depressies. Subklinische depressie is in deze studie geoperationaliseerd als een hoge score op een zelfinvulvragenlijst.

In een follow-upstudie na twee jaar werd gevonden dat de gevolgen voor welbevinden en functioneren weliswaar enigszins verbeterden, zowel bij mensen met een klinische depressie als bij mensen met een subklinische depressie, maar dat de gevolgen ook dan nog aanzienlijk bleven en vergelijkbaar of ernstiger waren dan de gevolgen van genoemde somatische aandoeningen (Hays e.a. 1995).

Subklinische depressie als risicofactor voor een klinische depressie

De tweede reden waarom subklinische depressies van belang zijn, betreft het verhoogde risico om op afzienbare termijn een klinische depressie te ontwikkelen. Er zijn verschillende studies uitgevoerd waarbij onderzocht is in hoeverre de afzonderlijke symptomen uit het depressieve syndroom het krijgen van zo'n syndroom kunnen voorspellen. In tabel 1 zijn deze studies samengevat. Met name de twee grootschalige studies waarin data uit het Epidemiological Catchment Area-programma in de Verenigde Staten geanalyseerd zijn (Horwarth e.a. 1992; Eaton e.a. 1995) vormen sterke aanwijzingen dat subklinische depres-

Tabel 1: Studies naar het risico op klinische depressie bij mensen met subklinische depressie

Studie	N	Steekproef	Definitie subklinische depressie	Risico op klinische depressie
Horwarth e.a. 1992	9.900	algemene bevolking	2 tot 4 symptomen uit het depressieve syndroom	bij 'minor' depressie is kans op klinische depressie binnen 1 jaar 4,4 maal zo groot
Eaton e.a. 1995	7.659	algemene bevolking	depressieve stemming (2 weken) zonder te voldoen aan criteria voor depressie	de kans op klinische depressie binnen 1 jaar is 7 maal zo groot
Weismann e.a. 1986	515	algemene bevolking	depressieve symptomen volgens zelfinvulvragenlijst (zelf samengesteld)	bij hoog niveau van depressieve klachten 25% kans op klinische depressie binnen 6 jaar, bij laag niveau 6%
Wells e.a. 1992	626	patiënten in somatische zorg of ggz	depressieve symptomen volgens zelfinvulvragenlijst (zelf samengesteld)	bij subklinische depressie is er 25% kans op klinische depressie binnen 2 jaar
Clarke e.a. 1995	150	adolescenten met subklinische depressie (controlegroep in interventiestudie)	depressieve symptomen volgens zelfinvulvragenlijst (CES-D* = 23)	binnen 1 jaar ontwikkelde 25% van de niet-behandelde groep vs. 14,5% van de behandelde groep een klinische depressie

CES-D: Center for Epidemiological Studies - Depression scale

sies een belangrijke risicofactor vormen voor klinische depressies.

Interessant is verder het onderzoek van Clarke e.a. (1995), dat niet alleen illustreert dat mensen met subklinische depressies een verhoogd risico op een klinische depressie hebben, maar tevens dat dat risico met een interventie beïnvloedbaar kan zijn. Zij verdeelden 150 scholieren met verhoogde depressieve symptomatologie (zonder klinische depressie) willekeurig over een interventiegroep die een kortdurende psychologische interventie volgde en een controlegroep. Na twaalf maanden had 14,5% van de deelnemers een klinische depressie ontwikkeld, tegenover 25,7% in de controlegroep ($p = .05$).

Discussie

Het onderzoek naar subklinische depressies heeft belangrijke beperkingen. Ten eerste zijn de gebruikte definities weinig duidelijk afgebakend. De verschillende definities overlappen elkaar en het onderscheid met 'normale' stemmingsschommelingen is onbekend. Mede door de onduidelijkheid van definities is er nog veel onbekend over de incidentie, de prevalentie en het beloop van subklinische depressies (Beck & Koenig 1996). Tevens is onduidelijk hoeveel van deze subklinische depressies spontaan overgaan wanneer er hulp gezocht wordt en wanneer niet. Ook naar de effectiviteit van interventies is slechts een enkel onderzoek uitgevoerd, hoewel dit positieve resultaten laat zien (Miranda & Muñoz 1994; Clarke e.a. 1995). Verder is ook naar subklinische depressie als risicofactor voor klinische depressie nog slechts een beperkte hoeveelheid onderzoek uitgevoerd. We moeten dan ook voorzichtig zijn met al te stellige conclusies. Aan de andere kant duiden meerdere studies, waaronder enkele grote en degelijk opgezette epidemiologische onderzoeken, erop dat subklinische depressies een belangrijke risicofactor voor klinische depressies vormen. De Medical Outcome Studies laten nauwelijks een andere conclusie toe dan dat ook subklinische depressies aanzienlijke gevolgen kunnen hebben voor het welbevinden en psychosociaal functioneren.

Wat betreft de behandeling wordt in consensusdocumenten doorgaans geadviseerd om bij mildere depressie geen medicatie, maar alleen kortdurende psychotherapie te geven (cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie; De Groot 1995). Het onderzoek op dit terrein is echter schaars. Indien de subklinische depressie een voorstadium is van een klinische depressie, dan lijkt ook medicatie een probaat middel om erger te voorkomen. Het verdient aanbeveling de behandel mogelijkheden bij subklinische depressies nader in kaart te brengen, evenals de mogelijkheden om via vroegtijdige interventies het ontstaan van klinische depressies te voorkomen.

Summary: The importance of subclinical depressions

Persons with subclinical depressions have depressive symptoms that do not meet the DSM-IV clinical criteria for a depressive disorder. Subclinical depressions are nevertheless relevant in light of the considerable consequences they have for the general well-being and psychosocial functioning of the people they affect and the elevated risk of a major depression they bring. Too little is known about the definition, the course and the treatment of subthreshold depression.

Literatuur

- Beck, D.A., & Koenig, H.G. (1996). Minor depression: A review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 177-209.
- Broadhead, W.E., e.a. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiological survey. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2524-2528.
- Clarke, G.N., e.a. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.
- Eaton, W.W., Badawi, M., & Melton, B. (1995). Prodromes and precursors: Epidemiological data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry*, 152, 967-972.
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Groot, P.A. de (1995). Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237-1241.
- Hays, R.D., e.a. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11-19.
- Horwarth, E., e.a. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 817-823.
- Miranda, J., & Muñoz, R. (1994). Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 136-142.
- Weissman, M.M., e.a. (1986). Depressive symptoms as a risk factor for mortality and for major depression. In L. Erlenmeyer-Kimling en N.E. Miller (red.), *Life-span research on the prediction of psychopathology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wells, K., e.a. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.
- Wells, K., e.a. (1992). The course of depression in adult outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 49, 788-794.

P. Cuijpers is werkzaam als senior-onderzoeker bij het Trimbos-instituut. Correspondentieadres: dr. P. Cuijpers, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. Tel.: 030-2971100, fax: 030-2971111, e-mail: pcuijpers@trimbos.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-5-1998.