

Overzichtsartikel

Voorspellende factoren voor chroniciteit van een depressie

Een literatuuronderzoek

door J. Spijker en W.A. Nolen

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een literatuuronderzoek naar voorspellende factoren voor een chronisch beloop (met een duur van ten minste twee jaar) van een (major) depressieve episode bij volwassenen. Bij 9% tot 19% van de depressieve patiënten blijkt een chronisch beloop van de depressie voor te komen. De belangrijkste voorspellende factoren voor chroniciteit zijn klinische kenmerken: de duur en de ernst van de depressie, eerdere depressies en comorbiditeit (met somatische aandoeningen, alcoholverslaving, angststoornissen en mogelijk dysthymie). Premorbide neuroticisme en een lagere sociale status voorspellen ook chroniciteit, maar levensgebeurtenissen niet, terwijl de rol van sociale steun en interpersoonlijke problemen nog onduidelijk is.

Er zijn aanwijzingen dat een snelle start van (medicamenteuze) behandeling van de depressie van belang is om chroniciteit te voorkomen, met name bij patiënten met een verhoogd risico op een chronische depressie.

Inleiding

Depressies zijn lang beschouwd als psychiatrische stoornissen met een gunstig beloop. Een depressie werd veelal als van voorbijgaande aard beschouwd. De invloed van Kraepelin, die de goede prognose van de manisch-depressieve stoornis in tegenstelling tot die van schizofrenie benadrukte, werkte hierin sterk door. Met de introductie van de anti-depressiva in de jaren vijftig nam het therapeutisch optimisme nog verder toe (Paykel 1994). Pas de laatste decennia is er meer aandacht gekomen voor het toch vaak chronische karakter van de depressieve stoornis (Van den Hoofdakker & Ormel 1987; Scott 1988; Keller 1994a, b). In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een literatuuronderzoek naar de voorspellende factoren voor een chronisch beloop van een depressie bij volwassenen. Aangegeven wordt welke consequenties hieruit getrokken kunnen worden ten aanzien van de

behandeling en op welke terreinen verder onderzoek nodig is.

Met chronische depressie wordt bedoeld de chronische vorm van de unipolaire depressieve stoornis ('major depression') volgens de criteria van de Diagnostic and Statistical Manual, DSM-IV (American Psychiatric Association (APA) 1994), maar voor ons literatuuronderzoek hebben we ook gekeken naar depressie vastgesteld volgens andere classificatiesystemen zoals de DSM-III(-R) (APA 1980, 1987), de International Classification of Diseases (ICD) versie 9 of 10 (World Health Organization 1978, 1992), de Research Diagnostic Criteria (RDC; Spitzer e.a. 1978) en de Bedford College Criteria (BCC; Finlay-Jones e.a. 1980).

Het beloop van een depressieve episode kan sterk variëren. In de praktijk is er vaak geen sprake van een volledig herstel, maar slechts van vermindering van de symptomen van de depressie (partiële remissie). Volgens schattingen bereikt van de adequaat behandelde depressies 40% tot 60% volledige remissie, 30% een partiële remissie en 20% verbeterd helemaal niet (Fawcett 1994; Cornwall & Scott 1997). Het is van belang om herstel, remissie en partiële remissie goed te definiëren. Wij verwijzen hiervoor naar Frank e.a. (1991) en Prien e.a. (1991). De gemiddelde duur van een depressieve episode bedraagt zes maanden (Angst 1988). Chroniciteit bij depressie wordt wisselend gedefinieerd: met een duur van meer dan één jaar of meer dan twee jaar, met een voorkeur voor de twee-jaarsdefinitie (Angst 1988). Er bestaat geen consensus in de literatuur wat betreft de criteria waaraan het beloop van een depressie moet voldoen alvorens van chroniciteit te kunnen spreken. In de DSM-IV wordt een chronische depressie gedefinieerd als een depressie waarbij ten minste gedurende de voorafgaande twee jaar voortdurend is voldaan aan de volledige criteria voor een depressieve episode, terwijl bij Scott (1988) en bij Keller e.a. (1986) een twee jaar durende depressie ook een periode met symptomatische 'non-recovery' mag omvatten, zodat een periode met partiële remissie ook binnen de definitie valt. Een probleem daarbij is dat er in het beloop van een depressie vaak wel een teruggang in aantal en ernst van symptomen optreedt, maar dat dit (nog) niet gepaard gaat met een verbetering in sociaal en beroepsmatig functioneren (Scott 1988).

In de DSM-IV zijn twee vormen van chronische depressie opgenomen: de chronische (major) depressie en de dysthyme stoornis. Het onderscheid berust met name op het aantal symptomen en de persistentie. In het beloop van een dysthyme stoornis kan ook een major depressie voorkomen: de zogenaamde 'dubbele depressie' (Keller & Shapiro 1982).

Methode

De beschikbare studies naar het beloop van depressie worden gekenmerkt door een groot aantal methodologische problemen, waardoor ze ook onderling slecht vergelijkbaar zijn: verschillende patiëntselecties;

Tabel

| Onderzochte populatie | Follow-up | Diagnostische classificatie ¹ | (Major) depressie (n) | Belooft-instrumentarium ² | Drop-out | (Major) depressie > 1 jaar | (Major) depressie > 2 jaar | Predictors voor chroniciteit |
|--|-----------|--|-----------------------|--------------------------------------|----------|---|----------------------------|--|
| Sargeant e.a. (1990) Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) | 1 jaar | DSM-III | 423 (6 mnd.) | DIS | 18.7% | 19% (opnieuw of nog steeds depressief) | 19% | vrouw > 30 jaar duur depressie lage opleiding ernst depressie voorgeschiedenis |
| Coryell e.a. (1994) | 6 jaar | RDC-criteria | 575 | LIFE | 28% | 30% non-recovery | 15% non-recovery | behandeling voorspelt chroniciteit secundaire depressie comorbiditeit met paniek-stoornis en dwangstoornis |
| Ormel e.a. (1993) | 3.5 jaar | Bedford College-criteria | 20 | PSE | 20% | 21% non-remissie | 12% non-remissie | comorbiditeit met angststoornissen |
| Scott e.a. (1992) | 2 jaar | RDC-criteria | 55 | HRDS | 11% | 50% non-recovery | 9% non-recovery | interval voor behandeling neuroticisme |

| | | | | | | | | |
|---|---------|---------------------------------|-----|------|-----|--------------------------------------|-------------------------|---|
| Keller e.a. (1992); Keller (1994a, b) Collaborative study of the Psychobiology of Depression (CDS) | 17 jaar | RDC-criteria | 431 | LIFE | 6% | 30% non- recovery | 19% non- recovery | ernst depressie duur van vooraf- gaande episode secundaire depressie eerdere opnames lager inkomen gehuwd zijn |
| Keitner e.a. (1992) | 1 jaar | DSM-III | 78 | HRDS | 10% | 50% non- recovery | | jongere leeftijd bij begin slecht gezins- functioneren eerdere opnames comorbiditeit duur opname |
| Brown e.a. (1994) | 2 jaar | Bedford College- criteria | 125 | PSE | 19% | 41% non- remissie | 16% non- remissie | negatieve jeugd- ervaringen interpersoon- lijke problemen |
| Paykel e.a. (1996) | 15 mnd. | DSM-III-R | 70 | HRDS | 9% | 14% (15 mnd.) non- remissie | | |

1. DSM = Diagnostic and Statistical Manual; RDC = Research Diagnostic Criteria

2. DIS = Diagnostic Interview Schedule; LIFE = Longitudinal Interval Follow-up Evaluation; PSE = Present State Examination;
HRDS = Hamilton Rating Scale for Depression

verschillende definities die gebruikt worden om het beloop vast te leggen; verschillende duur van follow-up; en verschillende meetinstrumenten om de depressie of de ernst vast te stellen. Daarbij komt nog dat de diverse factoren die het beloop blijken te bepalen, ook elkaar beïnvloeden, waardoor 'confounding' optreedt (Maj 1994).

Voor dit artikel is een literatuuronderzoek verricht in PsychLit[®], Medline[®] en Excerpta Medica[®] onder de trefwoorden 'chronic depression', 'major depression' en 'course'. Alle artikelen na 1980 die aan de volgende criteria voldoen, zijn geselecteerd: er is sprake van (major) depressie volgens de criteria van de DSM-versies III/III-R/IV, of ICD-9/10, of RDC, of BCC; er wordt duidelijk gemaakt op welke wijze deze dia-gnose 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 gegeven met vermelding van aard en ernst van de symptomen en duur van herstel; en relevante informatie over behandeling wordt vermeld (indien van toepassing). In totaal werden 58 artikelen verzameld. Uiteindelijk werden 8 hiervan op basis van onze criteria geselecteerd (zie tabel). Deze worden hierna besproken, aangevuld met informatie uit enkele andere onderzoeken die indirect belangrijke gegevens over het beloop van depressie vermelden.

Resultaten

Er zijn vele factoren onderzocht die verband zouden kunnen houden met een chronisch beloop van een depressie. De belangrijkste worden hierna besproken, maar eerst wordt de prevalentie van chronische depressie bepaald.

Prevalentie – In klinische populaties (Keller e.a. 1992; Scott e.a. 1992; Brown e.a. 1994; Ormel e.a. 1993; Keller 1994a, b) blijkt de prevalentie van chronische depressie (duur ten minste twee jaar) tussen 9% en 19% te liggen. Dit komt overeen met eerdere schattingen in overzichtartikelen, gebaseerd op oudere literatuur (Angst 1988; Scott 1988).

De National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative Study of the Psychobiology of Depression (CDS) is de grootste klinische studie naar beloop van depressie. Hierin werden 431 patiënten met een (major) depressie elk half jaar onderzocht (Keller e.a. 1982; Keller e.a. 1992; Keller 1994a, b; Hirschfeld e.a. 1986; Coryell e.a. 1990; Coryell e.a. 1994; Mueller e.a. 1996). In deze studie had na twee jaar 19% van de patiënten met een unipolaire depressie nog geen herstel bereikt. Na vijf jaar was 12% nog depressief (Coryell e.a. 1990) en na tien jaar 7% (Mueller e.a. 1996). Vanuit bevolkingsstudies zijn geen prevalentiecijfers voor chronische depressie (duur ten minste twee jaar) bekend.

verschillende definities die gebruikt worden om het beloop vast te leggen; verschillende duur van follow-up; en verschillende meetinstrumenten om de depressie of de ernst vast te stellen. Daarbij komt nog dat de diverse factoren die het beloop blijken te bepalen, ook elkaar beïnvloeden, waardoor 'confounding' optreedt (Maj 1994).

Voor dit artikel is een literatuuronderzoek verricht in PsychLit[®], Medline[®] en Excerpta Medica[®] onder de trefwoorden 'chronic depression', 'major depression' en 'course'. Alle artikelen na 1980 die aan de volgende criteria voldoen, zijn geselecteerd: er is sprake van (major) depressie volgens de criteria van de DSM-versies III/III-R/IV, of ICD-9/10, of RDC, of BCC; er wordt duidelijk gemaakt op welke wijze deze dia-gnose 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 gegeven met vermelding van aard en ernst van de symptomen en duur van herstel; en relevante informatie over behandeling wordt vermeld (indien van toepassing). In totaal werden 58 artikelen verzameld. Uiteindelijk werden 8 hiervan op basis van onze criteria geselecteerd (zie tabel). Deze worden hierna besproken, aangevuld met informatie uit enkele andere onderzoeken die indirect belangrijke gegevens over het beloop van depressie vermelden.

Resultaten

Er zijn vele factoren onderzocht die verband zouden kunnen houden met een chronisch beloop van een depressie. De belangrijkste worden hierna besproken, maar eerst wordt de prevalentie van chronische depressie bepaald.

Prevalentie – In klinische populaties (Keller e.a. 1992; Scott e.a. 1992; Brown e.a. 1994; Ormel e.a. 1993; Keller 1994a, b) blijkt de prevalentie van chronische depressie (duur ten minste twee jaar) tussen 9% en 19% te liggen. Dit komt overeen met eerdere schattingen in overzichtsartikelen, gebaseerd op oudere literatuur (Angst 1988; Scott 1988).

De National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative Study of the Psychobiology of Depression (CDS) is de grootste klinische studie naar beloop van depressie. Hierin werden 431 patiënten met een (major) depressie elk half jaar onderzocht (Keller e.a. 1982; Keller e.a. 1992; Keller 1994a, b; Hirschfeld e.a. 1986; Coryell e.a. 1990; Coryell e.a. 1994; Mueller e.a. 1996). In deze studie had na twee jaar 19% van de patiënten met een unipolaire depressie nog geen herstel bereikt. Na vijf jaar was 12% nog depressief (Coryell e.a. 1990) en na tien jaar 7% (Mueller e.a. 1996). Vanuit bevolkingsstudies zijn geen prevalentiecijfers voor chronische depressie (duur ten minste twee jaar) bekend.

Hoewel de indruk bestaat dat de prevalentie in de algemene bevolking lager is (Kendler e.a. 1997; McLeod e.a. 1992), is het onduidelijk of het beloop wezenlijk anders is dan in een klinische populatie (Costello 1990). Coryell e.a. (1994) vonden qua duur van de depressie geen verschil tussen de klinische populatie in de CDS-studie en een niet-klinische populatie bestaande uit partners en familieleden van patiënten en overige controles verzameld uit de bevolking: 60% herstelde binnen zes maanden en 70% binnen één jaar. Deze populatie is overigens, uiteraard, niet representatief voor de algemene bevolking.

Demografische gegevens – De prevalentie van de depressieve stoornis is, zoals bekend, bij vrouwen hoger dan bij mannen (Blazer e.a. 1994; Bijl e.a. 1997). In klinische populaties (Zlotnick e.a. 1996; Simpson e.a. 1997) wordt geen man-vrouwverschil gevonden wat betreft het risico op een chronisch beloop. In een bevolkingsstudie bleken vrouwen wel een groter risico te lopen dan mannen om chronisch depressief (duur één jaar) te worden, maar dit effect werd alleen gezien bij vrouwen boven de 30 jaar (Sargeant e.a. 1990).

In een klinische populatie lijkt een begin op jonge leeftijd een risicofactor (Keitner e.a. 1992), maar in de algemene bevolking werd dit niet gevonden (Sargeant e.a. 1990).

Wat betreft de sociaal-economische status vonden Keller e.a. (1992, 1994a, b) in de klinische populatie van de CDS-studie een samenhang tussen een laag inkomen en de kans op chroniciteit. Sargeant e.a. (1990) vonden in de algemene bevolking een samenhang tussen lagere opleiding en de kans op chroniciteit.

Klinische kenmerken – Een grote ernst van de depressie, vertaald in aantal symptomen (Sargeant e.a. 1990), of uitgedrukt in de noodzaak tot opname (Keller e.a. 1992; Keller 1994a, b), is een voorspeller van het persisteren van de depressie. Een voorgeschiedenis met eerdere episoden (Sargeant e.a. 1990) of eerdere opnames (Keitner e.a. 1992) bleek ook een risicofactor te zijn. De sterkste voorspeller voor chroniciteit lijkt echter de voorafgaande duur van de depressie te zijn (Sargeant e.a. 1990; Keller e.a. 1992; Keller 1994a, b). Met andere woorden: chroniciteit voorspelt chroniciteit.

Het lijkt ook van belang te zijn of de depressie gevolgd is op een somatische aandoening of op een andere psychiatrische stoornis, de zogenaamde secundaire depressie. Een secundaire depressie heeft een grotere kans op een chronisch beloop dan een primaire depressie (Coryell e.a. 1994; Keller e.a. 1992; Keller 1994a, b).

Comorbiditeit met somatische aandoeningen vergroot de kans op het persisteren van de depressie (Keitner e.a. 1992), evenals comorbiditeit met alcoholverslaving (Mueller e.a. 1994), en met angststoornissen (Coryell e.a. 1994). Dit laatste werd ook gevonden door Ormel e.a.

(1993) in een studie bij patiënten die de huisarts bezochten.

In de CDS-studie (Keller 1994a, b) bleek een grote overlap te bestaan tussen dysthymie en (major) depressie; 26% van de patiënten met major depressies volgens RDC had een tegelijkertijd bestaande dysthyme stoornis. Opvallend is dat er in de groep met een dubbele depressie, in vergelijking met de groep met slechts een (major) depressie, een sneller herstel plaatsvond van de depressie, terwijl de onderliggende dysthyme stoornis wel bleef bestaan, maar ook dat er een snellere terugval optrad. In de Medical Outcome Study (MOS) bleek de dubbele depressie ook een slechtere prognose wat betreft herstel te hebben (Wells e.a. 1992), en in een bevolkingsstudie vonden Sargeant e.a. (1990) een langere duur van de depressieve stoornis bij comorbiditeit met dysthymie, echter alleen bij mannen. Een tegelijkertijd bestaande dysthyme stoornis lijkt dus de prognose voor de major depressie te verslechteren, óf door middel van een groter risico op een chronisch beloop, óf door een grotere recidiefkans. Een juiste interpretatie van de bevindingen wordt overigens bemoeilijkt door de wijzigingen die in de loop der jaren zijn opgetreden in de diagnostische criteria van dysthymie. In de vermelde studies werd dysthymie vastgesteld volgens de DSM-III-criteria waarbij een major depressie wel mag voorafgaan aan de dysthyme periode. Volgens de DSM-III-R en DSM-IV mag in dit geval echter geen dysthymie geassocieerd worden, maar is er sprake van een (major) depressie in partiële remissie.

Persoonlijkheidsfactoren – Tijdens de depressieve episode is het vaak moeilijk om bij een patiënt de aard van de premorbide persoonlijkheid betrouwbaar vast te stellen vanwege het probleem van vermenging van 'trait'- met 'state'-kenmerken (Katschnig & Nutzinger 1988). Toch zijn er aanwijzingen dat premorbide 'neurotische trekken in de persoonlijkheid', gemeten met de Eysenck Personality Questionnaire (EPQ; Eysenck & Eysenck 1975), een chronisch beloop van de major depressie voorspellen (Scott e.a. 1992). Ook wordt verondersteld (Scott 1988) dat door het doormaken van een depressie veranderingen in de persoonlijkheid ontstaan. Shea e.a. (1996) hebben in het CDS-onderzoek de partners en de familieleden van een groep depressieve patiënten, alsmede een controlegroep uit de bevolking in zes jaar tijd twee keer onderzocht. De 28 personen die in deze zes jaar voor het eerst een depressie doormaakten, werden vergeleken met 528 personen die nooit een depressie hadden gehad. Er werd gebruikgemaakt van een uitgebreide serie vragenlijsten om de persoonlijkheid te onderzoeken. Bij de personen die een depressie doormaakten, waren na de depressie geen persoonlijkheidsveranderingen opgetreden, maar wel was er premorbide sprake van een verhoogde score op introversie en emotionele afhankelijkheid. Onderzoek naar chroniciteit van depressie in samenhang met persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-classificatie is nog weinig gebeurd. Er zijn echter wel enkele aanwijzingen dat de respons op

behandeling bij de combinatie van een depressie en een persoonlijkheidsstoornis slechter is (O'Boyle & Hirschfeld 1994). Daaruit mag een groter risico op chroniciteit verondersteld worden.

Levensgebeurtenissen en sociale steun – In de geselecteerde studies zijn geen aanwijzingen gevonden voor een invloed van recente levensgebeurtenissen (life-events) als voorspeller van chroniciteit. Opgemerkt dient echter te worden dat verschillende instrumenten werden gebruikt om levensgebeurtenissen te meten. In een onderzoek bij depressieve vrouwen die onder behandeling waren, vonden Brown e.a. (1994) echter wel een samenhang tussen negatieve jeugdervaringen (seksueel en fysiek misbruik en verwaarlozing) en een chronisch beloop. Ook huidige interpersoonlijke problemen bleken een relatie te hebben met chroniciteit. Deze bevindingen werden bevestigd in een identieke studie in de algemene bevolking, bij vrouwen uit de lagere sociale klasse (Brown & Moran 1994). In deze onderzoeken werd overigens een lange duur van de depressie als exclusie criterium gehanteerd, waardoor recent begonnen depressies oververtegenwoordigd waren.

Keitner e.a. (1992) vonden dat slechte gezinsverhoudingen een negatieve invloed op de duur van de depressie hebben. Keller e.a. (1992, 1994a, b) vonden dat gehuwd zijn een risicofactor is; mogelijk speelde de kwaliteit van de relaties hierbij een rol. In een onderzoek bij depressieve oudere patiënten en 23 depressieve patiënten onder de 65 jaar, die gedurende twee jaar werden gevolgd tot herstel optrad (Alexopoulos e.a. 1996), bleek in de laatste groep de duur van de depressieve episode sterk samen te hangen met het ontbreken van sociale steun.

In een studie bij 70 patiënten met ernstige en recidiverende depressies naar de invloed van psychosociale variabelen op het beloop gedurende vijftien maanden werd daarentegen geen relatie gevonden tussen herstel of terugval en sociale steun en levensgebeurtenissen (Paykel e.a. 1996). Uit de CDS-populatie werd door Hirschfeld e.a. (1986) een groep van 19 patiënten met een chronische depressie vergeleken met een groep van 20 patiënten die binnen een jaar herstelde. Beide groepen werden 'gematched' op leeftijd, sekse, primaire versus secundaire depressie en voorafgaande duur van de depressie. Ook hier bleken levensgebeurtenissen noch sociale steun een verband te vertonen met de uitkomst.

Biologische factoren – Er zijn geen bewezen biologische voorspellers voor chroniciteit, maar er is hiernaar ook maar weinig onderzoek verricht omdat chronisch depressieve mensen vaak uitgesloten worden voor dergelijk onderzoek (Scott 1988). Er zijn alleen aanwijzingen dat een familiale belasting voor stemmingsstoornissen het risico op chroniciteit verhoogt (Scott 1988; Kendler e.a. 1997).

Behandeling – Er lijkt een verband te bestaan tussen chroniciteit en onderbehandeling: veel chronisch depressieve patiënten zijn niet of inadequaat behandeld; in de CDS-studie hadden de patiënten met de langste duur van de depressie vaak ook de laagste doseringen van antidepressiva gehad (Keller 1994a, b). In het onderzoek van Scott e.a. (1992) bij 55 opgenomen depressieve patiënten bleek de duur van de voorafgaande periode zonder behandeling de sterkste voorspeller te zijn voor chroniciteit. De auteurs adviseren op basis van hun bevindingen een vroegtijdige, intensieve behandeling om chroniciteit te voorkomen.

Coryell e.a. (1994) vonden daarentegen dat de groep die behandeling zocht, als voorgeschiedenis ook de langste duur van depressie had. Hun verklaring is dat mensen pas behandeling zoeken voor een depressie als deze persisteert.

Beschouwing

Op de meeste van de door ons geselecteerde studies valt het nodige aan te merken. Zo is de onderzoekspopulatie soms erg klein (Scott e.a. 1992; Ormel e.a. 1993), of is de representativiteit van de patiëntengroep beperkt (de CDS-studie betrof bijv. alleen verwijzingen naar academische centra en de studie van Brown e.a. (1994) betrof alleen vrouwen).

Uit de geselecteerde studies komen desondanks diverse voorspellende factoren voor chroniciteit naar voren: de duur en de ernst van de depressie; eerdere episoden van depressie; een secundaire depressie en premorbide neuroticisme. Daarnaast ook comorbiditeit (met somatische aandoeningen, alcoholverslaving, angststoornissen en mogelijk dysthymie). Over diverse demografische factoren bestaat onduidelijkheid, maar een lage sociale status lijkt een voorspeller. Of levensgebeurtenissen een invloed hebben, is evenmin duidelijk, en de eventuele invloed van sociale steun en interpersoonlijke problemen dient door middel van replicatiestudies bevestigd te worden.

Hoewel het zeer wel mogelijk is dat het overwicht aan studies bij opgenomen patiënten de uitkomsten van ons literatuuronderzoek heeft beïnvloed, komen wij tot de hypothese dat in het lange-termijnbeloop van de unipolaire depressie klinische kenmerken (duur, ernst, eerdere episoden, comorbiditeit) steeds belangrijker worden, terwijl vroeg in het beloop psychosociale factoren een grote rol spelen. Ook ander onderzoek wijst in de richting dat psychosociale factoren vooral belangrijk zijn bij depressies van kortere duur (McLeod e.a. 1992). Dit sluit aan bij de 'kindling'-hypothese van Post (1994) dat eerste depressieve episoden worden uitgelokt door psychosociale factoren en dat latere episoden meer spontaan ontstaan, en bij het begrip kwetsbaarheid (Ormel 1997), bestaande uit een combinatie van klinische kenmerken

en persoonlijkheidsfactoren.

Wat zijn de implicaties voor de behandelingspraktijk? Op basis van de onderzoeken waarin de rol van (medicamenteuze) behandeling werd bestudeerd (Scott e.a. 1992; Coryell e.a. 1994), kan geconcludeerd worden dat ten minste voor een belangrijk deel van de depressieve patiënten, namelijk in elk geval bij diegenen bij wie risicofactoren voor chroniciteit aanwezig zijn, een snelle behandeling na het begin van een depressieve episode noodzakelijk is. Tijdverlies betekent niet alleen langer lijden voor de patiënt, maar lijkt ook het risico op chroniciteit te vergroten. Het bestaande Nederlandse protocol voor de behandeling van de depressie (De Groot 1995) kan daarbij als richtlijn gelden. Niet voor alle depressieve mensen geldt echter dat (snelle) behandeling per se nodig is. Veel depressieve episodes herstellen spontaan; gebeurt dit binnen korte tijd dan lijkt een afwachtend beleid bij deze patiënten wel verantwoord. Adequate herkenning van deze patiënten én van degenen die niet spontaan zullen herstellen, is dan wel essentieel. Verder onderzoek, zowel in klinische populaties als in de bevolking, is hiertoe noodzakelijk. Daarbij zal dan ook duidelijk moeten worden of een snelle start van de behandeling bij patiënten met een verhoogd risico op een chronisch beloop ook inderdaad chroniciteit kan voorkomen.

Summary: Predictive factors of chronicity of depression.

A literature review

In this article a literature review is presented on predictive factors of chronicity (duration two or more years) in major depressive episodes in adult populations. A chronic course occurs in 9% to 19% of the depressive patients. The most significant predictors of chronicity are illness-related factors: length of the depressive episode, severity of illness, number of previous episodes, and comorbidity (with somatic illnesses, alcohol addiction, anxiety disorders and possibly dysthymia). Premorbid neuroticism and low socio-economic status also predict chronicity. Life events do not predict chronicity and the role of social support and interpersonal problems is ambiguous. Early treatment (with antidepressant medication) seems to be important in preventing chronicity in high risk patients.

Literatuur

- Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., e.a. (1996). Recovery in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 305-312.
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 3rd ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). DSM-III-R. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 3rd ed.* Revised. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 4th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. (1988). Clinical course of affective disorders. In T. Helgason & R.J. Daly (red.), *Depressive illness: Prediction of course and outcome* (pp. 1-44). Berlijn/Heide-

lberg: Springer Verlag.

- Bijl, R.V., van Zessen, G., & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *141*, 2453-2460.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., e.a. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 979-986.
- 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.
- 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.
- Cornwall, P.L., & Scott, J. (1997). Partial remission in depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 265-271.
- Coryell, W., Endicott, J., & Keller, M. (1992). Outcome of patients with chronic affective disorder: A five year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 1627-1633.
- Coryell, W., Akiskal, H.S., Leon, A.C., e.a. (1994). The time course of nonchronic major depressive disorder. Uniformity across episodes and samples. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 405-410.
- Costello, C.G. (1990). The similarities and dissimilarities between community and clinical cases of depression. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 812-821.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Inventory (4th ed.)*. Londen: London University.
- Fawcett, J. (1994). Antidepressants: Partial response in chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, *165* (suppl. 26), 37-41.
- Finlay-Jones, R., Brown, G.W., Duncan-Jones, P., e.a. (1980). Depression and anxiety in the community: Replicating the diagnosis of a case. *Psychological Medicine*, *10*, 445-454.
- Frank, E., Prien, R.F., Jarret, R.B., e.a. (1991). Conceptualization and rationale for consensus. Definition of terms in major depressive disorder, remission, recovery, relapse and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 851-855.
- Groot, P.A. de (1995). Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *139*, 24, 1237-1241.
- Hirschfeld, R.M., Klerman, G.L., Andreasen, N.C., e.a. (1986). Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, *148*, 648-654.
- Hoofdakker, R.H. van den, & Ormel, J. (1987). Chronische depressies. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *4*, 401-414.
- Katschnig, H., & Nutzinger, D.O. (1988). Psychosocial aspects of course and outcome in depressive illness. In T. Helgason & R.J. Daly (red.), *Depressive illness: Prediction of course and outcome* (pp. 63-89). Berlijn/Heidelberg: Springer Verlag.
- Keitner, G.I., Ryan, C.E., Miller, I.W., e.a. (1992). Recovery and major depression: Factors associated with twelve-month outcome. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1, 93-99.
- Keller, M.B., & Shapiro, R.W. (1982). 'Double depression': Superposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, *139*, 4, 438-442.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Rice, J., e.a. (1986). The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: A prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 14-28.

- Keller, M.B., Lavori, P.W., Mueller, T.I., e.a. (1992). Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 809-816.
- Keller, M.B. (1994a). Depression: A long-term illness. *British Journal of Psychiatry*, *165* (suppl.), 9-15.
- Keller, M.B. (1994b). Chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity in severe depression and the role of maintenance treatment. In L. Grunhaus & J.F. Greden (red.), *Severe depressive disorders* (pp. 111-139). Progress in Psychiatry.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., & Kessler, R.C. (1997). The prediction of length of major depressive episodes: Results from an epidemiological sample of female twins. *Psychological Medicine*, *27*, 107-117.
- Maj, M. (1994). Predictors of course of depression. *Current Opinion in Psychiatry*, *7*, 22-25.
- McLeod, J., Kessler, R.C., & Landis, K.R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 2, 277-286.
- Mueller, T.I., Lavori, P.W., Keller, M.B., e.a. (1994). Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 701-706.
- Mueller, T.I., Keller, M.B., Leon, A.C., e.a. (1996). Recovery after 5 years of unremitting major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 794-799.
- O'Boyle, M., & Hirschfeld, R.M.A. (1994). Recurrent depression: Comorbidity with alcoholism, and impact on quality of life. In L. Grunhaus & J.F. Greden (red.), *Severe depressive disorders* (pp. 141-158). Progress in Psychiatry.
- Ormel, J., Oldehinkel, T., Brilman, E., e.a. (1993). Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave study of psychopathology and disability. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 759-766.
- Ormel, J. (1997). Kwetsbare mensen. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van de Leerstoel Sociale Psychiatrie aan de Faculteit der Medische wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen op dinsdag 1 april 1997. Sociale Psychiatrie, Groningen.
- Paykel, E.S. (1994). Historical overview of outcome of depression. *British Journal of Psychiatry*, *165* (suppl. 26), 6-8.
- Paykel, E.S., Cooper, Z., Ramanda, R., e.a. (1996). Life events, social support and marital relationships in the outcome of severe depression. *Psychological Medicine*, *26*, 121-133.
- Post, R.M. (1994). Mechanism underlying the evolution of affective disorders: Implication for long-term treatment. In L. Grunhaus & J.F. Greden (red.), *Severe depressive disorders* (pp. 23-65). Progress in Psychiatry.
- Prien, R.F., Carpenter, L.L., & Kupfer, D.J. (1991). The definition and operational criteria for treatment outcome of major depressive disorder. A review of the current research literature. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 796-800.
- 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. (1988). Chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, *153*, 287-297.
- Scott, J., Eccleston, D., & Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, *161*, 633-637.
- Shea, M.T., Leon, A.C., Mueller, T.I., e.a. (1996). Does major depression result in lasting personality change? *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1404-1410.
- Simpson, B.H., Nee, J.C., & Endicott, J. (1997). First-episode major depression; few sex differences in course. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 633-639.

- Spitzer, R.L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Wells, K.B., Burnam, A., Rogers, W., e.a. (1992). The course of depression in adult outpatients. Results from the medical outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 788-794.
- World Health Organization (1978). *Mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases*. Genève: World Health Organization.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève: World Health Organization.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., e.a. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events, and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1021-1027.

J. Spijker is werkzaam als psychiater bij De Gelderse Roos, locatie Rivierenland, Tiel, en Trimbosinstituut Utrecht. W.A. Nolen is als psychiater werkzaam bij de H.C.