

Depressie bij ouderen in de bevolking

door A.T.F. Beekman, W. van Tilburg en D. Deeg

Samenvatting

In deze literatuurstudie worden gegevens over prevalentie, incidentie en beloop van depressie bij ouderen besproken. Depressie in engere zin blijkt een zeldzame aandoening te zijn bij ouderen in de bevolking. Depressieve syndromen komen echter veel voor.

De betekenis van deze milde depressieve syndromen is vrijwel ononderzocht. Uit de gegevens die beschikbaar zijn ontstaat een weinig optimistisch beeld. Ook het beloop van 'depressies in engere zin' is bij ouderen vaak niet gunstig.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht blijkt leeftijd een weinig consistent effect te hebben op depressie. Sekse, sociaal-economische variabelen, lichamelijk functioneren en sociale steun hebben de meeste invloed. Verandering van lichamelijk functioneren is hiervan de belangrijkste. Persoonlijkheidsvariabelen zijn vrijwel ononderzocht.

Gepleit wordt voor beloopstudies waarbij depressieve verschijnselen in samenhang met andere aspecten van functioneren in de tijd worden vervolgd. Op grond hiervan kan worden beoordeeld of er een blinde vlek in onze huidige psychiatrische classificatiesystemen bestaat.

Het is de vraag of er een grote groep ouderen is die een potentieel heilzame behandeling van hun depressieve symptomen wordt onthouden. Deze vraag kan alleen worden beantwoord aan de hand van interventiestudies.

1. Inleiding

Het voorkomen van depressies bij ouderen is het afgelopen decennium veelvuldig onderzocht. Er zijn drie redenen voor deze belangstelling.

Depressies komen veel voor. Afhankelijk van de manier waarop depressie wordt gedefinieerd en onderzocht, worden prevalentiecijfers gevonden tot 20% in bevolkingsstudies bij ouderen (zie tabellen 1 t/m 4). Naast dementie en angststoornissen zijn depressies de meest voorkomende psychiatrische stoornissen bij ouderen (Myers 1984; Bosma 1988).

Depressies hebben een grote invloed op welbevinden en autonomie van ouderen. In meerdere studies wordt een verband gevonden tussen

depressiviteit en behoefte aan en gebruik van voorzieningen (Gurland 1983; Aneshensel 1984).

Vanuit het perspectief van preventie en behandeling is er op het gebied van depressies bij ouderen waarschijnlijk nog veel winst te behalen. Depressies zijn meestal met relatief eenvoudige middelen te behandelen. Verder is een aantal van de determinanten van depressies bij ouderen met gerichte zorg beïnvloedbaar (Kennedy 1989; Gurland 1983).

Ondanks toenemende belangstelling is er nog steeds onduidelijkheid over elementaire vragen als de prevalentie, incidentie en het natuurlijk beloop van depressie bij ouderen. Onderzoek naar de rol van etiologische en prognostische determinanten levert tegenstrijdige bevindingen.

Dit artikel is de weerslag van een literatuurstudie die dient als achtergrond voor een langer durende beloopstudie naar depressie bij ouderen in de bevolking (Longitudinal Aging Study Amsterdam: Deeg 1992). De literatuurstudie heeft de volgende vraagstelling:

1. Wat is bekend over prevalentie, incidentie en beloop van depressie bij ouderen in de bevolking?
2. Welke factoren zijn het meest van invloed op het ontstaan en beloop van depressie bij ouderen? Hoe hangen de verschillende factoren met elkaar samen?

De vraag of depressie bij ouderen werkelijk een belangrijk gezondheidsprobleem is, wordt in de conclusie opnieuw besproken. Tevens wordt in het licht van de besproken onderzoeksresultaten gezien of het reëel is verbetering te verwachten van preventieve maatregelen of eenvoudige interventies.

De literatuur is geselecteerd op basis van vergelijkbaarheid van methode van onderzoek en de populatie waarin men onderzoek verricht heeft. Voor zover mogelijk beperkt deze studie zich tot 'community-based' onderzoek bij ouderen. Gegevens over ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen zijn niet onderwerp van deze studie.

2. Prevalentie van depressie bij ouderen

2.1 *Caseness en populatie* – Vaak wordt gesteld dat prevalentiecijfers voor depressie zeer sterk variëren en daarom weinig waarde hebben. Deze spreiding is voor een deel te verklaren door de uiteenlopende populaties waarin men onderzoek heeft gedaan. Onderzoek uitgaande van (poli)klinische populaties heeft het nadeel dat de uitkomsten sterk zijn vertekend door selectie van respondenten. Dit geldt in mindere mate als mensen worden onderzocht die verblijven in verzorgings- en verpleeghuizen, of ten tijde van een bezoek aan de huisarts. Beperken we ons tot zelfstandig wonende ouderen in de algemene bevolking, dan is er nog steeds een enorme spreiding in prevalentiecijfers (0.1%-20%: zie tabel 1 t/m 4).

Deze spreiding wordt vooral veroorzaakt doordat onderzoekers ver-

Tabel 1: Gebruik van rating scales en ruime definitie van depressie

<i>Auteur en jaar</i>	<i>n</i>	<i>Instr.</i>	<i>Prevalentie</i>
Blazer 1980	997	OARS	14.7%
Frerichs 1981	126	CES-D	16.7%
Eaton 1981	338	CES-D	14.8%
Murrell 1983	1617	CES-D	13.7% (m) 18.2% (vr)
Roma- niuk 1983	2146	OARS	4.0% (m) 8.0% (vr)
O'Hara 1985	3159	CES-D	9.0%
Berkman 1986	2806	CES-D	11.3% (m) 19.2% (vr)
Kennedy 1989	2137	CES-D	11.1% (m) 19.9% (vr)
Blazer 1991	3998	CES-D	9.0%

Tabel 2: Gebruik van diagnostische criteria voor depressie in engere zin

<i>Auteur en jaar</i>	<i>n</i>	<i>Instr.</i>	<i>Prevalentie</i>
Weissman 1978	111	RDC	major dep. 5.4%
Blazer 1980	997	DSM-III	major dep. 1.8%
Weissman 1985	2588	DIS	major dep. 0.9% (m) 2.3% (vr)
O'Hara 1985	3159	RDC	major dep. 1.2%
Bland 1988	358	DIS	major dep. 0.9% (m) 1.4% (vr)
Bosma 1990	328	DIS	alle aff. 4.1%
Weisman (ECA) 1988	5499	DIS	major dep. 0.4% (m) 1.4% (vr)

Noten:

- Prevalentiecijfers voor 'major depression' (depressie in engere zin) zijn gegeven waar mogelijk. Van één studie zijn cijfers van alle affectieve stoornissen opgeteld weergegeven.
- De studies van Weissman uit 1985 en 1988 betreffen gedeeltelijk dezelfde populatie.
- RDC-criteria voor 'depressie in engere zin' zijn iets ruimer geformuleerd dan de criteria van het DIS.

schillende definities van 'depressie' hanteren en daarmee corresponderend verschillende onderzoeksinstrumenten gebruiken.

Copeland (1986) stelt dat het noodzakelijk is de criteria voor 'case-ness' helder te formuleren. Deze criteria variëren met de vraagstelling van het onderzoek. Hij stelt voor de volgende 'case-terminology' te gebruiken.

1. symptom case;
2. syndrome case;
3. diagnostic case;
4. criterion case.

Tabel 3: Andere onderzoeksinstrumenten

Auteur/jaar en instr.		Prevalentie			n
Gurland	CARE/ICD	major dep.	1.9%		841
1983		pervasive dep.	12.0%		
Kay	GMS/DSM	major dep.	10.2%		274
1985		pervasive dep.	16.0%		
Copeland	GMS-AGE-CAT	man		vrouw	x
1987		depressive neurosis	5.9%	10.0%	8.3%
		depressive psychosis	1.7%	3.6%	2.9%
Livingston	CARE	pervasive dep.	15.9%		813
1990					
Morgan	SAD	depression	9.8%		1042
1987					

Noten:

- Met GMS/AGECAT wordt depressie op verschillende niveaus gemeten. De classificatie sluit niet aan bij DSM, maar bij de ICD.
- De prevalentie van 'pervasive depression' komt overeen met de in tabel 1 genoemde studies.

Tabel 4: Oudere studies

Auteur en jaar	Instr.	Prevalentie	
Essen Moller 1956	–	endogene depressie	< 2%
Nielsen 1963	–	endogene depressie	1.2%
Kay 1964	–	endogene depressie	1.3%
Parsons 1965	–	endogene depressie	0.9%
Bollerup 1975	–	depressive states	1.8%
Persson 1980	–	endogene depressie	1.0%

Noten:

- Deze studies zijn overwegend van voor de tijd van de DSM-classificatie. Diagnostiek werd verricht door psychiaters, zonder gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten. De studies van Bollerup en Persson zijn van recentere datum, maar komen methodologisch het meest overeen met de oudere studies.
- Het valt op dat het klinisch oordeel van psychiaters een lage prevalentie geeft en dat de bevindingen van de zes studies sterk overeenkomen.

De vier niveaus van 'caseness' zijn steeds nauwer omschreven en komen overeen met een oplopende ernst van depressiviteit.

In tabel 1 t/m 4 zijn de prevalentiecijfers uit verschillende onderzoeken gegroepeerd naar caseness en bijbehorende methode van onderzoek. Op een enkele uitzondering na betreft het steeds zelfstandig wonende ouderen (65+) die aan een bevolkingsonderzoek deelnemen.

Voor de prevalentie van depressies bij ouderen geldt dan ongeveer hetzelfde als bij jongere populaties (zie Boyd en Weissman 1981). De spreiding in resultaten neemt sterk af als onderzoeken gegroepeerd worden naar onderzoeksinstrument.

Bij ouderen worden vooral hoge prevalenties gevonden als men 'depressie' ruim definieert en rating scales gebruikt voor de diagnostiek (tabel 1). Zodra diagnostische criteria worden gehanteerd dalen de prevalentiecijfers dramatisch (tabel 2 en 3). Vooral als DSM-III-criteria worden gebruikt blijken er maar weinig depressies voor te komen bij ouderen. In studies uit de tijd voor DSM gebruikt men geen gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten, maar komt men op vergelijkbare prevalentieschattingen voor 'endogene depressie' (tabel 4).

Als we ons beperken tot goed gediagnostiseerde 'depressie in engere zin' in de bevolking bij ouderen, blijkt er een redelijke overeenstemming te bestaan tussen verschillende onderzoeken. De prevalentie varieert van ongeveer 0,5%-2,5%.

Geconcludeerd kan worden dat depressie in engere zin bij ouderen een zeldzame aandoening is, en daarmee een veel minder groot gezondheidsprobleem dan door velen wordt verondersteld.

In de verschillende rating scale-onderzoeken wordt echter herhaaldelijk een grote groep ouderen gevonden met veel depressieve symptomen (tabel 1). Ongeveer 10%-20% van de ouderen heeft een depressief syndroom. Men geeft deze groep verschillende namen als 'pervasive depression' (Gurland 1983), 'senile dysphoria' (Baldwin 1986), of 'significant depression' (Blazer 1980). De overgrote meerderheid van deze groep is niet onder te brengen in een van de psychiatrische classificatiesystemen (DSM-III-R; ICD9). Dit blijkt uit grote bevolkingsstudies waar men tegelijkertijd rating scales en diagnostische criteria gebruikt (Blazer 1980; O'Hara 1985; Gurland 1983). Overigens wordt ook aan de criteria voor dysthymie en depressie NAO niet voldaan.

De in tabel 3 genoemde studies hanteren uiteenlopende definities van 'depressie' en onderzoeksinstrumenten. De prevalenties variëren tussen de hoge cijfers uit tabel 1 en de lage cijfers uit tabel 2.

De meeste studies naar de determinanten van depressie bij ouderen gaan uit van de genoemde rating scales. Resultaten van dit type onderzoek hebben dus niet betrekking op depressie volgens DSM-III-R maar op de veel ruimer omschreven groep met 'significant depression'. In termen van Copeland komt dit overeen met 'syndrome-caseness'.

2.2 Validiteit – Het is de vraag wat de betekenis is van deze milde depressies. Is het een artefact dat ontstaat wanneer grote groepen mensen vragenlijsten invullen? Betreft het een klinisch niet-relevant gevolg van veroudering? Of is het een blinde vlek in onze classificatie waardoor een belangrijke groep patiënten over het hoofd wordt gezien? Deze vragen kunnen alleen worden beantwoord in beloopstudies waarbij de depres-

sieve verschijnselen in samenhang met andere aspecten van functioneren in de tijd worden vervolgd.

Zowel rating scales, diagnostische interviewschema's als diagnostische criteria zijn ontwikkeld vanuit klinische patiëntenpopulaties. In de literatuur waarschuwt men voor zowel onder- als overdiagnostiek als deze instrumenten in de bevolking worden gebruikt (zie b.v. Berkman 1986).

Het is zeer wel mogelijk dat betekenisvolle verschijnselen behorend bij mildere depressie gemist worden met onderzoeksinstrumenten die ontwikkeld zijn vanuit de kliniek. Bekend is dat symptoompatronen veranderen naarmate de ernst van de depressie toeneemt (zie b.v. Duncan-Jones 1986). Vooral bij bevolkingsonderzoek worden milde depressies gemakkelijk gemist.

Ouderen hebben relatief veel lichamelijke ziekte. De verschijnselen hiervan kunnen overlappen met depressieve symptomen. Voorbeelden zijn gebrek aan eetlust, afvallen en slecht slapen. Deze overlap is een bron van overdiagnostiek.

Verder wordt in onderzoeksinstrumenten gevraagd naar cognities die bij ouderen wellicht eerder berusten op een realistische inschatting van hun situatie dan dat gesproken kan worden van 'depressie' (Berkman 1986). Voorbeelden hiervan zijn vragen naar zorg over lichamelijke toestand, en denken aan de dood.

Kay en Henderson (1985) hebben getracht een vragenlijst te construeren waarin zoveel mogelijk overlap tussen symptomen van dementie en depressie vermeden werd. Dit bleek maar zeer ten dele mogelijk te zijn. Men behield ongeveer 30% overlap tussen depressie en dementie. Deze overlap met lichamelijke ziekte, dementie en verschijnselen behorend bij normale veroudering is een bron van overdiagnostiek.

3. Incidentie en natuurlijk beloop

Om de incidentie te kunnen vaststellen moet een groep niet-depressieve personen gedurende enige tijd intensief worden gevolgd. Omdat de meeste mensen niet depressief worden, moet de onderzoeksgroep veel mensen beslaan en bevatten verreweg de meeste metingen geen nieuwe bevindingen. Het is geen wonder dat dit type onderzoek niet populair is. Gegevens over incidentie van depressie bij ouderen in de bevolking ontbreken nagenoeg. In één studie werd een incidentie van 5% in een halfjaar gevonden (Phifer 1986) voor depressieve syndromen. Over de incidentie van depressie in engere zin bij ouderen zijn bij de auteurs geen gegevens bekend.

Ook over het beloop van in de bevolking voorkomende depressie bij ouderen is weinig bekend. Beloopstudies betreffen jongere populaties (Hornstra 1977; Aldwin 1980; Aneshensel 1984; Lin 1985), patiënten van huisartsen (Mann 1981; Hankin 1982; Kessler 1985; Schulberg 1987;

v.d. Brink 1991) of klinisch-psychiatrische patiënten (Post 1962, 1972; Murphy 1983; Baldwin 1986). De genoemde studies zijn verschillend van opzet en onderzoekspopulatie. Geen van hen laat echter een gunstig beloop zien van eenmaal vastgestelde depressie. In tabel 5 en 6 zijn beloopcijfers van verschillende studies samengevat. Het betreft steeds personen die bij een eerste meting depressief waren.

De in tabel 5 gepresenteerde cijfers betreffen veelal jongere populaties. 30%-60% van de eenmaal vastgestelde depressies blijkt na één jaar nog steeds aanwezig te zijn. Er is geen reden te veronderstellen dat dit bij ouderen anders zal zijn. In tabel 6 wordt het beloop van klinisch behandelde depressie bij ouderen weergegeven. 25%-50% heeft een gunstig beloop. 18%-40% is chronisch depressief. Daar tussenin zit een groep die opknapt, maar opnieuw depressief wordt. Deze cijfers wijken niet erg af van het beloop van mildere depressies uit tabel 5.

Tabel 5: Beloopstudies depressie bij jongere populaties

<i>Auteur</i>	<i>n</i>	<i>Populatie</i>	<i>Beloop</i>	<i>Instr.</i>	<i>Beloop/% depressief bij tweede meting</i>
Hornstra 1977	131	bevolking 18+	1 jaar	CES-D	42%
Lin 1984	871	bevolking 18+	1 jaar	CES-D	43%
Mann 1981	93	huisarts 18+	1 jaar	psychiater	24% verbeterd 52% variabel 25% chronisch
Kessler 1985	166	huisarts 18+	6 mnd.	DSM-III	43% chronisch
Schulberg 1987	294	huisarts 18+	6 mnd.	DSM-III	29%
v.d. Brink 1991	106	huisarts 18+	14 mnd.	Bedford college	60% chr./intern.

Conclusies hieruit kunnen niet worden getrokken, omdat er grote verschillen zijn in bij voorbeeld de mate waarin de depressie behandeld werd gedurende het onderzoek. Hoopgevend zijn de gepresenteerde cijfers echter niet. Ook de veel voorkomende milde depressie is waarschijnlijk niet een onschuldige en 'self-limiting' aandoening. Ten slotte valt het gebrek aan gegevens over ouderen in de bevolking op.

4. Factoren die van invloed zijn op ontstaan en beloop

4.1 *De invloed van veroudering* – Ook hier maakt het veel uit of men onderzoek doet met diagnostische criteria of met symptoomlijsten. Oude-

Tabel 6: Beloopstudies depressie bij klinisch-psychiatrisch behandelde ouderen (geciteerd uit Baldwin 1986)

Beloop na 1 jaar		Murphy 1983	Baldwin 1986
	well	35%	58%
	relapse	19%	15%
	chronic	29%	18%
	dead	14%	8%
<i>Langer durende beloopstudies</i>			
	Beloop na 6 jaar (Post 1962)	Beloop na 3 jaar (Post 1972)	Beloop na 42-102 mnd. (Baldwin 1986)
lasting recovery	30%	26%	22%
further episodes	28%	37%	38%
dep. invalidism	23%	25%	32%
continually ill	17%	12%	7%

ren hebben in sommige studies meer depressieve symptomen dan jongeren (Zung 1967; Schwab 1973; Kay 1985), soms is er geen leeftijdsdefect (George 1989; Livingston 1990) en soms hebben jongeren juist meer symptomen (Eaton 1981; Craig 1979).

Binnen de groep ouderen (65+) wordt vaak een toename van symptomen gevonden onder oudere ouderen (zie Newman 1989 voor een overzicht). Er is een aantal redenen waarom deze bevinding op vertekening kan berusten. Oudere ouderen hebben meer lichamelijke ziekte en ongemakken en zijn vaker vrouw. Zowel lichamelijk functioneren als sekse zijn in alle leeftijdscategorieën gecorreleerd aan depressie. Blazer (1991) heeft in een grootschalige bevolkingsstudie gecorrigeerd voor deze 'confounders' en vond dat de relatie tussen leeftijd en depressieve symptomen omdraaide!

Als gekeken wordt naar depressies in engere zin, ontstaat een consistent beeld. De prevalentie hiervan neemt af met de leeftijd en is bij ouderen een relatief zeldzame aandoening (Myers 1984; Newman 1990).

Er zijn aanwijzingen dat het type symptomen verandert met de leeftijd. Zung wees er in 1967 al op dat depressieve ouderen minder schuldgevoelens rapporteren en meer interesseverlies. Ook Newman vindt een verschil in gerapporteerde symptomen in twee leeftijdsgroepen (Newman 1990, 1991). Ouderen zouden vooral vaak een 'depletion syndrome' hebben, dat gekarakteriseerd wordt door interesseverlies in zichzelf en de omgeving. Uitgesproken somberheid kwam in haar onderzoek meer voor in de jongere leeftijdsgroep.

Veroudering is waarschijnlijk niet een factor die op zichzelf leidt tot

toename van depressiviteit. Waarschijnlijker is juist een afname van typisch depressieve symptomen en een toename van andere, minder gemakkelijk te interpreteren verschijnselen.

4.2 Cohort- en periode-effecten – Meerdere auteurs wijzen erop dat mensen die in verschillende tijdsgewrichten zijn opgegroeid, meer of minder depressieve klachten hebben. Dit zogenaamde cohorteffect is een aanwijzing dat levensomstandigheden een blijvende invloed kunnen hebben op de stemming. Klerman (1985) heeft onze tijd een 'age of melancholy' genoemd. Personen geboren na de Tweede Wereldoorlog zouden vaker depressief worden, en op jongere leeftijd (Klerman 1985; Gershon 1987). Door andere onderzoekers wordt eveneens een cohorteffect gevonden, maar in de omgekeerde richting (Srole 1980).

Met een periode-effect wordt bedoeld dat het voorkomen van depressiviteit in een bepaalde periode onder alle leeftijdscategorieën (cohorten) verhoogd kan zijn. Zo is uit longitudinale studies gebleken dat men in de jaren zeventig meer depressieve symptomen rapporteerde dan in de jaren daarvoor en daarna (zie Roberts 1991 voor een overzicht).

Er is een interactie tussen cohort-, periode- en leeftijdseffecten die in cross-sectionele studies onontwaaarbaar is.

Hasin (1988) toont aan dat ouderen minder geneigd zijn om depressieve verschijnselen als zodanig te herkennen en daarom minder vaak depressieve symptomen rapporteren in interviews over hun welbevinden. Deze bevinding kan worden verklaard als een leeftijds-, maar ook als een cohorteffect.

Geconcludeerd kan worden dat er waarschijnlijk wel cohort- en periode-effecten bestaan, maar dat nog onopgehelderd is welke betekenis deze hebben.

4.3 Sekse – Vrouwen zijn depressiever dan mannen. Dit is wellicht de meest consistente bevinding van epidemiologisch onderzoek naar depressie. Er zijn veel verklaringen voor geopperd (zie b.v. Weissman 1977 voor een overzicht). Leeftijdsverdelingen, kwetsbaarheid voor etiologische factoren en factoren die van invloed zijn op het beloop, zijn verschillend voor mannen en vrouwen (zie b.v. Billings en Moos 1982; Krause 1986b).

Op grond van een meta-analyse concludeert Jorm (1987) dat bij kinderen en ouderen de verschillen tussen mannen en vrouwen klein zijn. In tabel 1 en 2 is te zien dat er echter aanzienlijke verschillen zijn tussen oudere mannen en vrouwen voor zowel depressie in engere zin als mildere depressieve syndromen.

4.4 Sociaal-economische status en woongebied – In vrijwel alle studies wordt een verband gevonden tussen depressie en sociaal-economische status. Dit verband wordt in alle leeftijdscategorieën en voor zowel mannen als

vrouwen gevonden. Zoals te verwachten is, is er meer depressie bij slechtere omstandigheden. Zo is er een verband met huisvesting, opleidingsniveau, beroep en financiële status (Warheit 1973; Romaniuk 1983; Murphy 1983; Gurland 1983; Bosma 1990).

Murphy wijst op de vertekening die optreedt doordat lagere sociaal-economische status meestal samengaat met minder steun en meer ongunstige life-events. Na correctie voor deze factoren viel in haar onderzoek het effect van sociaal-economische klasse weg.

Er is vrij veel onderzoek naar verschillen tussen plattelands- en stedelijke bevolkingsgroepen. Meestal vindt men een lagere prevalentie van depressie op het platteland. Dit geldt voor zowel depressieve syndromen als 'depressie in engere zin' (Weissman 1988). Men verklaart deze bevinding uit verschillen in leefgewoonten, een stabielere opbouw van de bevolking, hechter sociale verbanden, meer steun en minder ongunstige life-events op het platteland (Brown 1981; Mueller 1981).

Door andere onderzoekers worden de voordelen van het platteland gerelativeerd. Zo vond Neff (1983) dat na correctie voor het vertekende effect van leeftijd, geslacht en sociaal-economische status geen verschillen overbleven tussen stad en platteland.

Voor ouderen worden wisselende bevindingen gerapporteerd. Murrell (1983a) vindt meer depressieve symptomen voor oudere mannen op het platteland dan voor mannelijke stadsbewoners. Eaton (1981) en O'Hara (1985) vinden meer depressie bij ouderen in stedelijke gebieden.

Samenvattend kan gezegd worden dat sociaal-economische omstandigheden en woongebied een relatie hebben met depressie, maar dat dit niet een rechtlijnig causaal verband is.

4.5 Lichamelijk functioneren – Er is een onomstreden relatie tussen lichamelijk functioneren en depressie. Dit verband is op vele manieren onderzocht bij ouderen in de bevolking. Zowel prevalentie (Berkman 1986; Blazer 1991), incidentie (Phifer 1986) als beloop (Baldwin 1986; Schulberg 1987) hangen in sterke mate samen met somatische factoren.

Gurland (1983) vindt een cluster van sterk aan elkaar gecorreleerde variabelen die hij het 'frailty cluster' noemt. Dit cluster bestaat uit somatische ziekte, immobiliteit, gestoorde ADL, dementie en depressie.

In een aantal studies is het relatieve belang van somatisch (dys)functioneren vergeleken met andere factoren als leeftijd, sociale steun en life-events. Somatische factoren blijken het sterkst te correleren met depressie (Murrell 1983; Berkman 1986), en de meeste variantie in depressie te verklaren (Kennedy 1989).

De betekenis van deze bevinding is minder duidelijk. Het is voorbarig te concluderen dat lichamelijke ziekte de belangrijkste etiologische factor is voor depressie bij ouderen.

Veelvuldig wordt het probleem van de symptoomoverlap genoemd.

Hoge percentages depressie bij lichamelijk zieken kunnen berusten op een artefact. Voor een aantal onderzoeksinstrumenten is deze overlap-problematiek nader onderzocht (Berkman 1986; Yesevage 1983). Men concludeert dat het meevalt met de overlap en dat er waarschijnlijk een reële stemmingsverandering is onder invloed van lichamelijke verandering.

Op grond van eigen onderzoek en een gedetailleerd literatuuroverzicht stelt Gurland (1988) dat er een wederzijds versterkend effect is van depressie en somatische problematiek. Hij bespreekt de verschillende conceptuele en pathogenetische verbanden tussen depressie en somatiek bij ouderen.

Ook hier worden leeftijdseffecten gevonden. Bij oudere ouderen is het verband tussen somatiek en depressie minder sterk dan bij jongere ouderen. Gurland geeft een groot aantal mogelijke verklaringen hiervoor, die variëren van 'survivor effects' (alleen de sterkeren worden echt oud), 'practice effects' (als men al eens met ziekte heeft leren omgaan gaat dit een tweede keer gemakkelijker), tot neurobiologische veranderingen bij de zeer ouden (dit wordt door Gurland niet nader gespecificeerd).

Een verdere vraag is: welke aspecten van lichamelijk functioneren het meest van invloed zijn op de stemming. Er is een aantal lichamelijke ziekten waarvan bekend is dat er een specifiek verband is met depressie. Meermalen is onderzocht in hoeverre dit van belang is in de algemene bevolking (Murrell 1983; Berkman 1986; Kinzie 1986). Een consistent verband met bepaalde ziekten wordt niet gevonden.

Kennedy (1989) vond dat ziektegedrag en subjectieve beleving van ziekte sterker correleren met depressie dan objectieve maten. Vooral de mate waarin men denkt enige invloed op de gezondheid te kunnen uitoefenen lijkt van groot belang te zijn. Tevens vond hij een interactie van somatiek en sociale steun. Zoals te verwachten is de combinatie van ziekte en gebrek aan steun een belangrijke predictor voor depressie.

Samenvattend kan gesteld worden dat lichamelijk functioneren nauw verwant is aan depressie. Dit is vooral voor ouderen van groot belang, gezien de toename van somatische problemen. De gevonden associatie tussen somatiek en depressie is waarschijnlijk niet een artefact en is ook niet te verklaren uit een toevallige coëxistentie. Zij berust op een complexe samenhang waarover weinig definitief bekend is.

Voor de algemene bevolking geldt dat specifieke verbanden met bepaalde ziekten van minder groot belang zijn. De invloed van ziekte wordt waarschijnlijk in belangrijke mate gemedieerd door factoren als ziektegedrag, beleving en sociale steun. Aangezien deze factoren in principe beïnvloedbaar zijn, pleit dit voor beloop- en interventiestudies waarin aan dit soort factoren aandacht wordt besteed.

4.6 Sociale steun, life-events en persoonlijkheid – Deze factoren worden te

zamen besproken omdat ze meestal in hun samenhang worden onderzocht (zie b.v. Billings en Moos 1982). De genoemde concepten worden echter op uiteenlopende wijze gedefinieerd en geoperationaliseerd. Vooral persoonlijkheidsvariabelen zijn weinig consistent onderzocht bij ouderen.

Veelvuldig wordt de door Cassell (1976) gepostuleerde 'stress-buffering role of social support' onderzocht. Cassell stelt dat de meeste ziekten in de geïndustrialiseerde wereld het gevolg zijn van normaal voorkomende agentia die bij een verlaagde weerstand ('host resistance') pathogeen zijn. De specifieke werking van een agens is in zijn optiek van ondergeschikt belang. Dit heeft grote consequenties voor epidemiologisch onderzoek omdat het zoeken naar specifieke pathogene agentia voor ziekten hiermee weinig zinvol meer is.

In de literatuur over life-events en stress/depressie wordt meestal van een soortgelijk specifiek ziektemodel uitgegaan. Uiteenlopende life-events kunnen in uiteenlopende constellaties van persoonlijkheidsfactoren en sociale omstandigheden tot een zelfde soort psychobiologische reactie leiden.

In epidemiologische studies onderzoekt men of de invloed van sociale steun werkzaam is als buffer voor stress, of dat er vooral een algemene werking van uitgaat (zie Cohen en Wills 1985 voor een overzicht).

Volgens de 'buffertheorie' hebben sociale steun en andere beschermende factoren alleen een (positieve) invloed op de stemming in tijden van stress. Zolang er geen beroep wordt gedaan op bescherming/steun is er geen verschil tussen mensen met veel of weinig sociale steun. Volgens de alternatieve verklaring hebben beschermende variabelen altijd een (positieve) associatie met de stemming.

Deze ogenschijnlijk gedetailleerde vraagstelling is van groot belang voor preventie. Als de 'buffertheorie' juist is, dan kunnen preventieve interventies bij risicogroepen zinvol zijn. Als de alternatieve verklaring juist is, dan hebben steunende interventies altijd een specifiek effect. Identifieren van risicogroepen is weinig zinvol.

Resultaten van onderzoek zijn gemengd en hangen vooral af van de methode van onderzoek (zie Cohen en Wills 1985). Het blijkt dat buffering vooral gevonden wordt als specifiekere verbanden tussen bepaalde stressoren en bepaalde beschermende factoren worden onderzocht. Hiermee wordt een beweging op gang gebracht in de onderzoeksliteratuur naar gedetailleerde vraagstellingen die bij grotere groepen worden onderzocht. De 'communicerende-vatenachtige' benadering van life-events en sociale steun wordt verlaten.

Een voorbeeld is het onderzoek van Krause (1986a). In zijn studie is er geen buffereffect zolang globale maten voor stress en steun worden gebruikt. Er is echter wel een buffereffect van sociale steun op de gevolgen van specifieke gebeurtenissen als verweduwing, slachtoffer zijn van een misdrijf en ruzie met gezinsleden/kennissen.

Vaak wordt gevonden dat de aanwezigheid van een 'confidant' een beschermende functie heeft in tijden van verlies (Murphy 1982; Baldassare 1984; Kendig 1988). Getrouwden en samenwonenden zijn dan ook in de meeste studies minder depressief dan alleenstaanden (Arling 1983; Gurland 1983; Bosma 1988). Na correctie voor vertekende variabelen als sekse en sociaal economische status viel dit effect weg in één studie (Eaton 1981). In één incidentiestudie (Phifer 1986) en in meerdere be-loopstudies (Murphy 1983; Baldwin 1986) werd geen verband gevonden tussen woonvorm/burgerlijke staat en depressie. Murphy (1982) vat het belang van intieme relaties als volgt samen: 'better to have loved and lost than never to have loved at all'.

Men is het erover eens dat objectievere maten als de frequentie van contacten of de uitgebreidheid van het steunsysteem weinig voorspellend zijn voor welbevinden of depressie (Baldassare 1984; Arling 1987).

Zoals verwacht wordt meestal gevonden dat gebrek aan steun in combinatie met stressoren een sterke predictor is voor depressie bij ouderen. Dit blijkt uit zowel cross-sectionele studies (George 1989), uit beloopstudies (Murrell en Norris 1984) als uit incidentiestudies (Phifer 1986).

Vaak worden hierbij sekseverschillen gevonden. Zo vonden Hussaini (1991) en Arling (1987) dat sociale steun voor mannen van minder groot belang is dan voor vrouwen. Vrouwen rapporteerden echter meer ongunstige gebeurtenissen.

Krause (1986b) vond dat de vrouwen in zijn studie meer depressieve symptomen hadden en gevoeliger waren voor de effecten van 'chronic life-strains'. Discrete gebeurtenissen verklaarden maar weinig van het verschil tussen mannen en vrouwen.

Zoals gezegd is bij ouderen een verandering in lichamelijk functioneren waarschijnlijk de meest belangrijke stressor. Andere verlieservaringen verklaren veel minder variantie in depressiviteit in onderzoek onder grote groepen.

Samenvattend blijkt uit meerdere studies dat sociale steun een belangrijk effect heeft op welbevinden en depressie. Er zijn zowel aanwijzingen voor een algemeen als voor een buffereffect. Naarmate onderzoekers specifiekere vragen stellen en bijpassende onderzoeksinstrumenten ontwikkelen, worden specifiekere verbanden tussen belastende en beschermende factoren gevonden. Vooral de relatie tussen persoonlijkheidsvariabelen en depressie is vrijwel ononderzocht bij ouderen.

5. Conclusies

De eerste vraag is in welke mate depressie bij ouderen in de bevolking een belangrijk gezondheidsprobleem is. Als men uitgaat van betrouwbaar gestelde diagnosen volgens algemeen erkende criteria, moet gezegd worden dat het meevalt. Depressie bij ouderen is een relatief zeldzame

aandoening. Het is zeer de vraag of er in de bevolking werkelijk een grote hoeveelheid ouderen bestaat met onbehandelde depressie in engere zin. Nogmaals wordt benadrukt dat het hier om zelfstandig wonende ouderen gaat en dat geen uitspraken worden gedaan over instellingen als verzorgings- en verpleeghuizen.

Er zijn echter veel ouderen met voldoende depressieve klachten om van een depressiefyndroom te spreken. Over het beloop hiervan is weinig bekend. Uit de schaarse gegevens ontstaat een weinig optimistisch beeld. Het is waarschijnlijk dat milde depressies bij ouderen niet vanzelf overgaan en lang duren.

Het belang van deze milde depressies wordt verder duidelijk uit de wederzijdse beïnvloeding van depressie enerzijds, en lichamelijk functioneren en sociaal netwerk anderzijds (Gurland 1983).

Ouderen met veel depressieve klachten bezoeken vaker hun huisarts, gebruiken meer medicijnen, en worden vaker en langer opgenomen in ziekenhuizen (Weissman 1985; Murrell 1983; Gurland 1983; Kinzie 1986; Livingston 1990).

Er zijn een groot aantal factoren die de stemming beïnvloeden. In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht blijkt de leeftijd een weinig consistent effect te hebben op depressie. Ouderen hebben eerder minder dan meer depressieve symptomen. Verder verandert de inhoud van de gerapporteerde symptomen met de leeftijd. Consistentere effecten gaan uit van sekse, sociaal-economische variabelen, lichamelijk functioneren en sociale steun. Bij ouderen is verandering van lichamelijk functioneren waarschijnlijk de belangrijkste determinant voor ontstaan en beloop van depressieve symptomen. De invloed van andere verlieservaringen is beperkt. De invloed van somatische veranderingen wordt waarschijnlijk in belangrijke mate gemedieerd door sociale steun en met de persoonlijkheid samenhangende factoren. De precieze samenhang tussen deze determinanten is onbekend.

Dit komt omdat onderzoek tot nu toe beperkt is gebleven tot cross-sectionele en exploratieve studies waarbij conclusies worden getrokken uit statistische verbanden. Onderzoek naar het beloop en de effecten van interventies ontbreekt nagenoeg. Een volgende stap in het onderzoek is het volgen van groepen ouderen in de tijd. Hiermee kan het belang van milde depressie in samenhang met verschillende determinanten worden onderzocht.

De genoemde determinanten van depressie bij ouderen zijn voor een deel met relatief simpele interventies beïnvloedbaar. Voorbeelden van beïnvloedbare factoren zijn: de mate waarin men het gevoel heeft enige invloed te kunnen uitoefenen op de gezondheid, de mate waarin men in het dagelijks leven wordt gehinderd door verlies van functies en de mate van sociale steun.

Ook de depressieve klachten zelf zouden theoretisch met relatief simpele interventies moeten kunnen verbeteren. Of dit werkelijk zo is, kan

niet gezegd worden. De hiervoor benodigde interventiestudies ontbreken helaas.

De vraag of met deze milde depressie bij ouderen sprake is van een blinde vlek in onze classificatiesystemen en of wellicht veel ouderen een potentieel effectieve behandeling van hun depressieve klachten wordt ontzegd, kan daarom nog niet worden beantwoord.

Een uitgebreide literatuurlijst is op aanvraag verkrijgbaar bij de auteurs.

Summary: Depression in the community elderly

Research regarding the prevalence, incidence and the course of depression in the community-dwelling elderly is reviewed in this article. Major depression appears to be a rare disease, whereas depressive syndromes are common.

Very little is known about the significance of these mild depressions in the elderly. The course of both mild and major depression is probably unfavourable in many cases.

Aging is commonly associated with an increase in depression. Recent research contradicts a simple relation between aging and depression. More consistent are the effects of gender, socio-economic variables, physical functioning and social resources. Physical functioning appears to be the most important of these. There is a lack of research on the significance of personality-factors on depression in the elderly.

Longitudinal studies in which changes in depressive phenomena are studied in the context of other aspects of functioning are necessary to determine the clinical significance of mild depressive syndromes.

The adequacy of current psychiatric classification systems is questioned. The lack of intervention-studies regarding mild depression in the elderly precludes definite answers to this question.

Auteurs zijn verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit. A.T.F. Beekman als psychiater, W. van Tilburg als hoogleraar en opleider. D. Deeg is gerontologe, statistica en projectleider van LASA (Longitudinal Aging Study Amsterdam). Correspondentieadres: A. Beekman, vakgroep Psychiatrie, Valerius Kliniek, Valerius Plein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 21-8-1992.