

Oorspronkelijk artikel

Oudere depressieve patiënten in drie psychiatrische ziekenhuizen: behandeling en behandelresultaat

door T.J. Heeren, P. Derksen, B.F. van Heycop ten Ham en P.P.J.M. van Gent

Samenvatting

Volledig herstel na behandeling van oudere depressieve patiënten komt in naturalistisch onderzoek altijd minder voor dan in klinische trials. Dit is mogelijk het gevolg van onderbehandeling door het ontbreken van duidelijke behandelrichtlijnen.

Dit onderzoek is een naturalistisch prospectief onderzoek van opgenomen depressieve ouderen in drie Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen. Patiënten werden in het onderzoek opgenomen wanneer zij voldeden aan de DSM-III-R-criteria voor een depressieve stemmingsstoornis. De ernst van de depressie werd gemeten met behulp van de Montgomery-Asberg depressieschaal.

Meer dan 90% van de patiënten kreeg antidepressiva voorgeschreven. In meer dan 50% van de gevallen betrof dit slechts één behandeling. De dosis was in 55% van de gevallen lager dan de aanbevolen dosis voor volwassenen. Volledig herstel werd bij minder dan de helft van de patiënten bereikt (33-45%).

Een laag percentage volledig herstel werd gevonden in dit onderzoek. Een combinatie van lage verwachtingen van de behandeling en terughoudendheid voor een doortastende antidepressieve behandeling lijken hierbij een belangrijke rol te hebben gespeeld.¹

Inleiding

Een depressie heeft grote invloed op het dagelijks functioneren en het welbevinden; zeker bij ouderen kan een depressie de zelfredzaamheid ernstig bedreigen. In het algemeen kan men stellen dat een behandeling van depressie bij ouderen goed mogelijk is en waarschijnlijk even effectief is als in jongere leeftijdsgroepen (Meats e.a. 1991). In onderzoek van de Pittsburg-groep bleek dat strikte toepassing van een antidepressief protocol leidde tot herstel bij 79% van de onderzochte ouderen (Reynolds e.a. 1992). Er bestaat echter slechts een smalle wetenschappelijke basis op grond waarvan aanbevelingen gedaan kunnen worden over de beste behandelstrategie bij ouderen, zoals is gebleken uit de NIH Consensus Development Conference over diagnose en behandeling van depressies bij ouderen (Schneider e.a. 1994). De afwezigheid

van een duidelijke behandelstrategie voor depressieve ouderen kan gemakkelijk leiden tot onderbehandeling. Een voorbeeld vormt het wijd verspreide idee (maar niet gebaseerd op onderzoeksresultaten), dat iedere oudere voldoende heeft aan eenderde tot de helft van de aanbevolen dosering voor volwassenen. Een tekortschietende behandeling is waarschijnlijk een van de redenen waarom in een viertal naturalistische studies naar de uitkomst van de antidepressieve behandeling bij ouderen de resultaten met een volledig herstel variërend tussen 46% en 69% achterbleven bij het boven geciteerde onderzoek (Cole 1983; Baldwin & Jolley 1986; Rubin e.a. 1991; Zubenko e.a. 1994). Alleen in de studie van Rubin werd de aard van de behandeling gerelateerd aan de uitkomst; daarbij bleek dat 78% van de patiënten die met ECT waren behandeld volledig herstelde, tegenover 42% herstel bij degenen die niet met ECT behandeld werden.

In Nederland vond, met uitzondering van een kleine retrospectieve studie waar 54% volledig herstel bij ontslag werd gevonden (Meijer e.a. 1992), geen onderzoek plaats naar de uitkomst van antidepressieve behandeling van ouderen.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een naturalistische prospectieve studie die werd uitgevoerd op de ouderenafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen.

Het registratieproject

Het registratieproject startte als vervolg op de Joint Meeting van Nederlandse en Engelse ouderenpsychiaters (Cambridge 1987), waar de behandeling van depressies bij ouderen en de resultaten daarvan centraal stonden. Het gebrek aan Nederlandse research op dit gebied en de verschillen in behandelstrategie (vrijwel geen ECT in Nederland) was reden voor de Sectie Ouderenpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie om ouderenpsychiaters uit een aantal psychiatrische ziekenhuizen uit te nodigen deel te nemen aan een studiegroep over dit onderwerp. In de studiegroep werd besloten een registratieformulier te ontwikkelen waarmee op gestandaardiseerde wijze de klinische behandeling van oudere depressieve patiënten kon worden vastgelegd. Het registratieformulier, waarvan ook een computerversie werd gemaakt, omvat demografische variabelen, variabelen die betrekking hebben op de depressieve stoornis (o.a. symptomen, psychiatrische en familievoorgeschiedenis), variabelen die betrekking hebben op de lichamelijke gezondheid (o.a. mobiliteit, aantal en aard geneesmiddelen) en ten slotte variabelen over vooral de medicamenteuze antidepressieve behandeling (o.a. aard en dosering van het middel, aantal behandelingen).

Na een periode van testen en aanpassen van het formulier startte het registratieproject op 1 januari 1992.

Populatie en methoden

Drie opnameafdelingen voor ouderen uit drie psychiatrische ziekenhuizen (PC Bloemendaal (PCB), HC Rümke groep (HCR) en Zon en Schild (ZS)) participeerden in het registratieproject. De registratieperiode startte op 1 januari 1992 en eindigde op 1 januari 1994; de evaluatiedatum was 1 april 1994.

Patiënten werden in de registratie opgenomen wanneer ze voldeden aan de DSM-III-R-criteria voor een depressieve stemmingsstoornis, met daarbij inbegrepen aanpassingsstoornis, depressief type en de organische stemmingsstoornis, depressief type. Patiënten die voldeden aan de DSM-III-R-criteria voor een dementiesyndroom, werden uitgesloten. De ernst van de depressie werd gemeten met behulp van de Montgomery-Asberg Rating Scale (MADRS) (Montgomery & Asberg 1979); cognitie werd gemeten met de Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein e.a. 1975). Er werden geen veranderingen aangebracht in de gebruikelijke behandeling per afdeling. Een nieuwe behandeling werd gedefinieerd als de start van een ander antidepressivum of het toevoegen van een neurolepticum of een stemmingsstabilisator. Een verandering in dosis was dus geen nieuwe behandeling.

Het resultaat bij ontslag werd door de behandelaar vastgelegd in vier categorieën: volledig herstel, gedeeltelijk herstel (restsymptomen, pre-morbide niveau van functioneren niet bereikt), geen herstel of overleden tijdens opname.

De statistische analyse vond plaats met gebruik van programma's van STATA statistische software (STATA 2.1 1988).

Resultaten

Populatie – Gedurende de registratieperiode voldeden 225 patiënten (80 PCB, 67 HCR en 78 ZS) aan de DSM-III-R-criteria voor een depressieve stoornis. In tabel 1 worden de demografische kenmerken, de algemene gezondheidskenmerken en de scores op de MMSE samengevat.

De gemiddelde leeftijd in de PCB-groep was significant hoger dan in de andere twee groepen, waarschijnlijk als gevolg van een hogere leeftijdsgrens voor opname (65 i.t.t. 60 in de andere ziekenhuizen). Het is aannemelijk dat dit ook het lagere percentage zelfstandig wonenden verklaart. In de PCB-groep wordt een lagere mediane MMSE-score gevonden en hebben meer patiënten een CVA in de voorgeschiedenis, mogelijk opnieuw als gevolg van de hogere gemiddelde leeftijd. De diagnose depressie in engere zin werd bij een meerderheid van de patiënten gesteld, waarbij het in eenderde van de gevallen ging om een eerste episode (tabel 2). Psychotische verschijnselen kwamen bij 34% van de patiënten voor.

Tabel 1: Demografische kenmerken, gezondheidskenmerken en cognitief functioneren in de onderzoekspopulatie

	PCB n = 80	HCR n = 67	ZS n = 78	Totaal n = 225
Gem. leeftijd ¹ (sd) (range)	76.8 (7.2) (65-91)	71.6 (6.6) (60-87)	72.9 (6.1) (60-87)	73.9 (7.0) (60-91)
Vrouwelijk geslacht %	76	66	73	72
Verweduwd (%)	48	36	33	40
Lagere school ² (%)	41	66	46	58
Zelfstandig wonend ³ (%)	68	78	83	76
Bewegingsbeperking (%)	15	15	21	17
Gemiddeld aantal geneesmiddelen (sd)	3.6 (2.1)	3.0 (2.0)	3.0 (1.7)	3.2 (2.0)
CVA in de voorgeschiedenis ⁴ (%)	15	3	6	8
Mediane MMSE-score ⁵ (range)	25 ^a (5-29)	27 ^b (16-30)	26 ^c (12-29)	26 (5-30)

1. Anova $F = 12.38$, $p < 0.001$

2. $\text{Chi}^2 = 18.7$, $p < 0.01$

3. $\text{Chi}^2 = 21.5$, $p < 0.05$

4. $\text{Chi}^2 = 7.45$, $p < 0.05$

5. Kruskal-Wallis: $\text{chi}^2 = 12.96$, $p < 0.005$

a. MMSE volledig $n = 71$; b. MMSE volledig $n = 59$; c. MMSE volledig $n = 77$

De mediane MADRS-score verschilde niet tussen de drie patiëntengroepen. Meer patiënten in de PCB-groep werden voor opname met een antidepressivum behandeld. Samenvattend: de drie groepen bleken, met uitzondering van het verschil in leeftijd bij opname, zeer vergelijkbaar met betrekking tot demografische en ziektegerelateerde kenmerken en hun algemene gezondheid.

Behandeling – Aan 14 van de 225 patiënten werden gedurende hun opname geen antidepressiva voorgeschreven. Dezen hadden een hogere gemiddelde leeftijd (77.9 versus 73.9; $F = 4.83$, $p < 0.05$), een lagere gemiddelde MADRS-score (27.7 versus 34.2; $F = 7.53$, $p < 0.01$), vaker een CVA in de voorgeschiedenis (36% versus 7%; $\text{chi}^2 = 14.4$, $p < 0.001$) en een lager percentage depressie in engere zin (71% versus 93%; $\text{chi}^2 = 9.17$, $p < 0.02$).

Van de overblijvende 211 patiënten overleden 13 tijdens opname en

Tabel 2: Kenmerken van de depressieve stoornis

	PCB n	n = 80 (%)	HCR n	n = 67 (%)	ZS n	(n = 78) (%)	Totaal n	(n = 225) (%)
Depressie i.e.z.	74	(93)	61	(91)	72	(92)	207	(92)
* eerste episode	16	(22)	17	(28)	25	(35)	58	(28)
* recidiverend	58	(78)	44	(72)	47	(65)	149	(72)
* met psychotische kenmerken	21	(28)	21	(34)	29	(40)	71	(34)
Andere depressieve stoornissen	6	(7)	6	(9)	6	(8)	18	(8)
Mediane MADRS-score range	35 (8-56)		33 (12-47)		34 (18-38)		34 (8-56)	
Gebruik van antidepressiva voor opname ¹	45	(61)	34	(51)	38	(49)	117	(52)

1. $\text{Chi}^2 = 18.54, p < 0.005$

was in 8 gevallen de behandeling ten tijde van de evaluatie nog niet afgerond. De resterende 190 patiënten kregen in totaal 338 antidepressieve behandelingen (gemiddeld aantal behandelingen is 1.8), 104 patiënten kregen 1 behandeling, 51 patiënten 2, 19 patiënten 3 en in 16 gevallen werden 4 of meer behandelingen gegeven. Patiënten met een psychotische depressie kregen gemiddeld meer behandelingen dan degenen met een niet-psychotische depressie (1.9 versus 1.5, $F = 5.85, p < 0.05$).

Het gemiddeld aantal behandelingen was het hoogst in PCB (2.3 versus 1.5 in HCR en ZS; $F = 11.69, p < 0.001$). In het geheel werd 65% van de patiënten met een klassiek antidepressivum behandeld (in een van de behandelingen); een modern antidepressivum (dit omvatte de SSRI's, maprotiline, trazodon en mianserine) werd voorgeschreven aan 46% van de patiënten en in 18% van de gevallen werd een 'ander' antidepressivum gegeven (MAOI, lithium). De patiënten die met een klassiek antidepressivum werden behandeld (vergeleken met degenen die in geen van de behandelingen een klassiek antidepressivum kregen voorgeschreven), hadden een hogere gemiddelde MADRS-score bij opname (35 versus 32; $F = 6.00, p < 0.02$), en leden vaker aan een psychotische depressie (39% versus 21%; $\text{chi}^2 = 6.5, p < 0.02$). Patiënten die met een 'ander' antidepressivum werden behandeld, hadden het hoogste gemiddelde aantal behandelingen (2.9 versus 1.5; $F=9.41, p < 0.001$). Een gecombineerde behandeling van een antidepressivum met lithium of carbamazepine werd in 12% van de behandelingen gekozen.

Het bleek dat 55% van de patiënten een lagere dosis kreeg voorge-

schreven dan de aanbevolen dosis voor volwassenen, waarbij het in 39% van de gevallen ging om de helft of minder. Dit laatste kwam het meest voor in PCB (49% versus 29% in HCR en ZS). De klassieke antidepressiva werden vaker in lagere doses voorgeschreven (82%) dan de moderne middelen (36%). De redenen om niet hoger te doseren die gegeven werden door de behandelaars waren achtereenvolgens: goed behandelresultaat (45%), nadelige bijwerkingen (21%), terughoudendheid arts (21%) en weigering patiënt (7%); in 6% van de gevallen werd geen reden opgegeven. Bloedspiegels waren niet beschikbaar. Acht patiënten werden behandeld met ECT, op een na allen afkomstig uit PCB.

Behandelresultaat – Op de evaluatiedatum was in tien gevallen de behandeling nog niet beëindigd. Van de overige 215 patiënten waren er 13 (6%) overleden tijdens de opname. Twee patiënten pleegden suïcide. Een hogere leeftijd bij opname (78.3 versus 73.8; $F = 4.44$, $p < 0.05$) was het enige kenmerk dat geassocieerd was met mortaliteit (suïcides uitgezonderd).

De opnameduur was korter dan 3 maanden bij 109 patiënten (54%), tussen 4 en 12 maanden bij 83 patiënten (41%) en langer dan een jaar bij 10 patiënten (5%). De mediane opnameduur was 12 weken; er waren geen verschillen tussen de drie instituten.

Tussen de 33% en 45% van de patiënten herstelde volledig (VH); partieel herstel (PH) kwam voor tussen de 43% en 66% van de patiënten, en tussen de 1% en 15% van de patiënten toonde geen herstel (GH) (tabel 3). In ZS werd bij alle patiënten ook bij ontslag een MADRS afgenomen. Een score lager dan 10 werd beschouwd als volledig herstel, en partieel herstel werd gedefinieerd door een reductie van minimaal 50%. Volgens deze score bleken 8 patiënten in plaats van partieel hersteld te moeten worden beschouwd als niet hersteld (bij allen was de MADRS-score bij ontslag hoger dan 25), bij 7 patiënten was sprake van partieel in plaats van volledig herstel en bij 3 patiënten het omgekeerde.

Noch demografische, noch ziektegerelateerde kenmerken, noch behandelinggerelateerde kenmerken waren gecorreleerd met het behan-

Tabel 3: Resultaat bij ontslag

	PCB (n = 78) n (%)	HCR (n = 54) n (%)	ZS (n = 70) n (%)	Totaal (n = 202) n (%)
Volledig herstel	35 (45)	23 (43)	23 (33)	81 (40)
Partieel herstel	37 (47)	23 (43)	46 (66)	106 (53)
Geen herstel	6 (8)	8 (15)	1 (1)	15 (7)

delresultaat bij ontslag. Het behandelresultaat verschilde niet tussen psychotische en niet-psychotisch depressieve patiënten, noch tussen degenen met een eerste respectievelijk een herhaalde episode. Daarbij moet worden opgemerkt dat de afwezigheid van enige correlatie van patiënt- of behandelkenmerken met het behandelresultaat waarschijnlijk te maken heeft met de mate waarin adequaat behandeld is.

Vergelijking van de groepen met een verschillend aantal behandelingen wijst in die richting. Hieruit blijkt namelijk dat degenen bij wie na één behandeling gestopt werd *geen* grotere kans bestond op volledig herstel dan bij degenen die meerdere behandelingen ontvingen. Zo herstelden in de groep met één behandeling 37% volledig, 57% gedeeltelijk en 6% niet. Hoewel niet gevraagd is naar de reden om af te zien van een volgende behandeling, kunnen de redenen die gegeven zijn voor het niet verder ophogen van de dosis (zie eerder), wel een indicatie geven. Bij de 71 patiënten met slechts één behandeling in een suboptimale dosering werd bij 76% aangegeven dat een goed behandelresultaat de reden was om niet verder op te hogen, terwijl in deze groep slechts bij 46% sprake bleek van volledig herstel bij ontslag.

Hetzelfde patroon kwam naar voren in de groep waar de behandeling na twee behandelingen niet werd voortgezet ($n = 51$). In deze groep bestond bij 49% een suboptimale dosering en was bij 68% het goede behandelresultaat de reden om niet verder op te hogen, terwijl slechts in 35% volledig herstel werd bereikt bij ontslag. Dus lijkt het erop dat 'goed behandelresultaat' niet hetzelfde betekent als volledig herstel, maar mogelijk wel wordt gebruikt om van verdere behandeling af te zien. In totaal was minder dan de helft (44%) van de patiënten bij wie vanwege een goed behandelresultaat van verdere dosisverhoging werd afgezien, volledig hersteld bij ontslag.

Patiënten die twee of meer behandelingen kregen, hadden een hogere gemiddelde score op de MADRS bij opname (36.4 versus 32.1; $F = 9.28$, $p < 0.005$) en hadden vaker een depressie in engere zin, vergeleken met de groep die slechts één behandeling kreeg en die niet volledig hersteld was bij ontslag. Het enige verschil dat werd gevonden tussen de groep waarbij na twee behandelingen werd gestopt zonder volledig herstel bij ontslag en de groep die drie of meer behandelingen kreeg, was het instituut van opname (in PCB was het gemiddeld aantal behandelingen hoger), maar binnen PCB bestonden geen verschillen tussen de groepen.

Discussie

Vergelijking met ander onderzoek – Dit onderzoek is het grootste prospectieve onderzoek van de dagelijkse klinische praktijk in de behandeling van oudere depressieve patiënten, en het eerste dat in Nederland werd uitgevoerd. Vanwege de deelname van drie ouderenafdelingen was het

mogelijk een redelijk representatief beeld te geven van de Nederlandse praktijk. Zoals verwacht, werd slechts een klein deel van de patiënten behandeld met ECT (4%). Vergelijking met ander naturalistisch onderzoek (tabel 4) laat zien dat de resultaten van het huidige onderzoek met betrekking tot volledig herstel relatief slecht zijn. De mate waarin geen herstel optreedt, vertoont grote overeenkomst in de verschillende onderzoeken (met uitzondering van het onderzoek van Zubenko e.a. (1994), waar volgens de auteurs het hoge percentage niet herstelde patiënten werd veroorzaakt door de korte opnameduur). Dus moet een verklaring worden gezocht voor de ongunstige verdeling tussen volledig en gedeeltelijk herstelde patiënten in het huidige onderzoek.

Tabel 4: Vergelijking van de behandelresultaten bij depressieve oudere klinische patiënten in vijf naturalistische onderzoeken

	Canada Cole 1983	UK Baldwin & Jolley 1986	US Rubin e.a. 1991	US Zubenko e.a. 1994	Nederland deze studie
n	38	100	101	205	215
Gemiddelde leeftijd (sd) range	70 65-88	74 (4.9) 65-88	76 (6.4) –	71 (8.0) –	74 (7.0) 80-91
Vrouwelijk geslacht (%)	74	81	81	69	72
Eerste episode (%)	27	54	–	38	28
Recidiverend (%)	73	46	–	62	72
Psychotische kenmerken (%)	–	44	25	28	34
Gebruik van ECT (%)	niet genoemd	48	46	20	4
<i>Uitkomst bij ontslag (%)</i>					
Volledig herstel	50	69	58 ¹ 78 ²	46	38
Partieel herstel	34	21	38 20	5	49
Geen herstel	11	8	4 2	49	7
Overleden	5	2			6
Gemiddelde opnameduur	10 weken	76% minder dan 3 maanden	6-9 weken	5 weken	19 weken

1. Totaal

2. Met ECT (n = 46)

Niet aan de behandeling gebonden variabelen en het behandelresultaat – Behalve de behandeling kunnen andere factoren verantwoordelijk zijn voor het relatief hoge percentage partiële responders. Het zou kunnen dat de patiëntengroep in dit onderzoek verschilt van de andere (bijvoorbeeld ouder, meer chronisch depressief of vaker psychotisch), waardoor een slechtere prognose zou bestaan. Hiervoor bestaan op grond van de data uit de andere onderzoeken echter geen aanwijzingen (tabel 4); alleen in het onderzoek van Baldwin & Jolley (1986) kwamen relatief meer patiënten met een eerste depressieve episode voor. Ten tweede zou een korte opnameduur (met een ambulante voortzetting van de behandeling) een verklaring kunnen zijn. De gemiddelde opnameduur in het huidige onderzoek was met 19 weken (mediaan 12 weken) echter een van de langste vergeleken met de andere onderzoeken (tabel 4).

Een derde mogelijkheid is dat de behandelaars een conservatieve beoordeling van de toestand bij ontslag hebben gegeven. Gezien de vergelijking met de MADRS-score bij ontslag in ZS lijkt dit niet erg waarschijnlijk.

Ten slotte is het mogelijk dat de somatische comorbiditeit de resultaten heeft beïnvloed, bijvoorbeeld door effect op het voorschrijfgedrag van antidepressiva of door bij te dragen aan het persisteren van 'depressieve' symptomen (zoals minder energie, vermoeidheid, weinig eetlust). Dit kan niet geheel worden uitgesloten, omdat noch in het huidige, noch in de vergelijkingsonderzoeken de somatische comorbiditeit uitgebreid werd onderzocht. Het aantal niet-psychotrope geneesmiddelen dat patiënten gebruikten (als indicator van de gezondheidstoestand), was niet geassocieerd met de toestand bij ontslag.

Behandeling en het behandelresultaat bij ontslag – Vergeleken met de andere onderzoeken bestaat het meest duidelijke verschil in de toegepaste behandeling in het geringe gebruik van ECT in het huidige onderzoek. In het onderzoek van Rubin e.a. (1991) herstelde 78% van de patiënten die met ECT behandeld werden volledig, tegen slechts 42% van diegenen voor wie dat niet gold. Het is verleidelijk om de teleurstellende behandelresultaten in het huidige onderzoek toe te schrijven aan het vrijwel ontbreken van ECT in de behandeling. De resultaten wijzen echter ook op andere vormen van onderbehandeling die wel eens in het algemeen een belangrijke rol zouden kunnen spelen in de behandeling van oudere depressieve patiënten:

1. het geringe aantal behandelingen: 104 (55%) van de 190 patiënten werden slechts met één antidepressivum behandeld, terwijl maar 39 (37%) van hen volledig herstelden. Slechts 35 patiënten (18%) ontvingen drie of meer behandelingen. Augmentatie met lithium of carbamazepine werd slechts in 12% van alle behandelingen toe-

gepast;

2. de lage dosis van met name klassieke antidepressiva: in 82% van de behandelingen met een klassiek middel werd een dosering gegeven die lager was dan de aanbevolen dosering voor volwassenen, waarbij dit slechts in 28% van de gevallen het gevolg was van nadelige bijwerkingen;
3. de lage verwachting die bestond ten aanzien van verbetering: goed behandelresultaat was de meest vermelde reden om niet tot verdere dosisverhoging over te gaan, terwijl in deze gevallen slechts bij 44% volledig herstel bestond bij ontslag;
4. terughoudendheid bij de behandelaar werd in 20% van de gevallen genoemd als reden om de dosering van de antidepressiva niet te verhogen.

Samengevat: een combinatie van lage verwachtingen ten aanzien van verbetering en angst voor een doortastende behandeling lijkt een belangrijke rol te hebben gespeeld in de keuze van de behandelstrategie in dit onderzoek, wat een verklaring zou kunnen vormen voor het relatief hoge percentage gedeeltelijk herstelde patiënten. Het was onverwacht dat zelfs binnen deze gespecialiseerde afdelingen voor ouderen toch nog een tamelijk pessimistische houding bestond ten aanzien van een actieve behandeling van depressieve oudere patiënten.

Noodzaak van richtlijnen – Het gebrek aan wetenschappelijke data over de beste behandelstrategie en de vaak gecompliceerde behandeling bij ouderen ten gevolge van somatische comorbiditeit of intolerantie voor medicatie, in samenhang met de neiging bij behandelaars om ouderen minder actief te behandelen, kunnen ertoe leiden dat te vroeg de conclusie wordt getrokken dat er sprake is van therapieresistentie en dat verdere verbetering niet te verwachten valt. Bovenstaande combinatie van factoren werd eerder genoemd als mogelijk belangrijk mechanisme bij ouderen bij het ontstaan van een chronische depressie (Bonner & Howard 1995). Recent werd nog eens gewezen op het negatieve effect op het sociaal functioneren en de grotere kans op recidief bij patiënten die slechts gedeeltelijk herstelden van een depressie (Cornwall & Scott 1997). Met het oog hierop bestaat er dringende behoefte aan evidence-based behandelstrategieën voor de behandeling van oudere depressieve patiënten. Zolang die er nog niet zijn, moeten behandelrichtlijnen, gebaseerd op de huidige kennis over jongere leeftijdsgroepen en de huidige klinische ervaring bij ouderen, de basis vormen voor het doorbreken van de afwachtende houding in de behandeling van depressieve ouderen. Dit betekent een voldoende hoge dosering van het gebruikte antidepressivum (indien mogelijk onder controle van de bloedspiegel), een adequate behandelduur, vervolg van de behandeling met een tweede antidepressivum respectievelijk gebruikmaken van augmentatie met lithium. Wanneer dit nog niet tot succes heeft geleid, dient een

MAO-remmer of toepassing van ECT te worden overwogen. Over de plaats van ECT kunnen op basis van deze studie geen conclusies worden getrokken; opvallend is wel dat zelfs bij de 15 patiënten bij wie geen herstel optrad, slechts in één geval behandeling met ECT plaatsvond. Recent werd op grond van een literatuuroverzicht een pleidooi gehouden voor het eerder dan nu gebruikelijk instellen van een behandeling met ECT (Stek e.a. 1997).

Gebruik van meetinstrumenten om de ernst van de depressie en het beloop ervan tijdens behandeling vast te leggen dient daarbij een vast onderdeel van de behandeling te zijn om te voorkomen dat te snel wordt geconcludeerd dat er een 'goed resultaat' is behaald. Zeker gezien de wenselijkheid dat ouderen zo lang mogelijk in staat moeten worden gesteld zelfstandig te functioneren en de bovengenoemde negatieve invloed van depressieve symptomen hierop dient naast de symptoomreductie ook het functionele herstel met behulp van meetinstrumenten te worden vastgelegd.

Naar aanleiding van dit registratieproject wordt nu een vergelijkend onderzoek voorbereid naar de meest effectieve strategie om te bereiken dat een partiële respons verandert in volledig herstel.

Noot

1. Dit artikel is de Nederlandse bewerking van het artikel 'Treatment, outcome and predictors of response in elderly depressed in-patients', *British Journal of Psychiatry* (1997), 170, 436-440.

Summary: Elderly depressed patients in three psychiatric hospitals: treatment and outcome

Full recovery rates in naturalistic studies of the treatment of elderly depressives have been invariably lower than in clinical trials. This may be the result of inadequate treatment due to the lack of clear treatment strategy recommendations for the elderly.

The present study is a naturalistic prospective study of depressed elderly inpatients in three Dutch psychiatric hospitals. Patients were included when they suffered from any mood disorder according to the DSM-III-R-criteria. Severity of the depression was measured on the Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS).

Antidepressants were prescribed to more than 90% of the patients. More than half of them only received one treatment. The dose of the antidepressants was in 55% of the cases less than the recommended dose for adults. Full recovery of the depressive episode was achieved in less than half of the patients (33-45%).

In the present study a relatively poor outcome of the antidepressant treatment of elderly depressives has been found. A combination of low treatment expectations and fear of vigorous treatment seem to have played an important role.

Literatuur

Baldwin, R.C., & Jolley, D.J. (1986). The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 149, 574-583.

- Bonner, D., & Howard, R. (1995). Treatment resistant depression in the elderly (editorial). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 259-264.
- Cole, M.G. (1983). Age, age of onset and course of primary depressive illness in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, *28*, 102-104.
- Cornwall, P.L., & Scott, J. (1997). Partial remission in depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 265-271.
- Meats, P., Timol, M., & Jolley, D. (1991). Prognosis of depression in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 659-663.
- Meijer, M., van der Stege, G., Heeren, T.J., e.a. (1992). Het beloop van klinisch behandelde depressie bij ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *136*, 2067-2071.
- Reynolds III, C.F., Frank, E., Perel, J.M., e.a. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1687-1692.
- Rubin, E.H., Kinscherf, D.A., & Wehrman, S.A. (1991). Response to treatment of depression in the old and very old. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *4*, 65-70.
- Schneider, L.S., Reynolds III, C.F., Lebowitz, B.D., e.a. (1994). *Diagnosis and treatment of depression in late life. Results of the NIH Consensus development conference*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- STATA 2.1 (3rd ed.) (1988). Los Angeles: Computing Resource Center.
- Stek, M.L., Beekman, A.T.F., & Verwey, B. (1997). Elektroconvulsietherapie in de behandeling van depressie bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, *28*, 106-112.
- Zubenko, G.S., Mulsant, B.H., Rifai, A.H., e.a. (1994). Impact of acute psychiatric treatment on major depression in late life and prediction of response. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 987-994.

Correspondentieadres: T.J. Heeren, hoogleraar ouderenspsychiatrie, vakgroep psychiatrie, Universiteit Utrecht. Tevens psychiater HC Rümke groep, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist. P. Derksen, psychiater, afdeling ouderenspsychiatrie, Zon en Schild, Amersfoort. B. Heycoop ten Ham, psycholoog, en P.P.J.M. van Gent, psychiater, afdeling ouderenspsychiatrie PC Bloemendaal, Den Haag.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-11-1997.