

Het beloop van depressie bij ouderen

door A.T.F. Beekman, M.L. Stek en D.J.H. Deeg

Gepubliceerd in 1995, no. 7

Samenvatting

Dit artikel is een weergave van een literatuurstudie naar wat er bekend is over het beloop van depressie bij ouderen. Gegevens over het beloop van in psychiatrische instellingen behandelde ouderen worden vergeleken met het beloop zoals zich dit in de algemene bevolking onder ouderen voordoet. In de psychiatrie reageert 50%-80% van de patiënten gunstig op geboden behandeling. Het risico op terugval of recidief lijkt echter groot, waarna opnieuw een groot deel van de patiënten met behandeling herstelt. Bij een globale vergelijking van vijftien studies blijkt het langer durende beloop in ongeveer 50%-60% gunstig te zijn. Lichamelijke ziekte, de duur en de ernst van de index-episode, de psychiatrische ziektegeschiedenis en comorbide cognitieve en persoonlijkheidsstoornissen hebben een voorspellende waarde voor het beloop. Overige variabelen zijn óf onvoldoende onderzocht óf lijken geen voorspellende waarde te hebben voor het beloop. In bevolkingsstudies lijkt het beloop ongunstiger dan in studies verricht onder psychiatrisch behandelde ouderen. Methodologische tekortkomingen van het beschikbare onderzoeksmateriaal worden besproken aan de hand van tien criteria. Ten slotte worden aanbevelingen gedaan voor de klinische praktijk en voor toekomstig onderzoek.

Inleiding

De belangstelling voor het beloop van depressie bij ouderen bestaat al geruime tijd (Anderson 1936; Roth 1955). Vooral vanuit de klinische psychiatrie is veel onderzoek gedaan. De uitkomsten van deze studies hebben echter geleid tot tegenstrijdige conclusies. Sommige auteurs schetsen een somber beloop (Millard 1983), sommigen zijn optimistischer (Baldwin 1991), en weer anderen vinden het te vroeg om tot conclusies te kunnen komen (Cole 1990; Ames en Allen 1991). Zowel vanuit het oogpunt van planning van voorzieningen, voorlichting, preventie, als de directe behandeling van depressieve patiënten is het van belang dat meer helderheid ontstaat over het te verwachten beloop. In de klinische praktijk wordt van oudsher aan affectieve stoornissen een relatief gunstige prognose toegedacht. Men beziet psychotische stoornissen als chronisch-intermitterende ziekten, en affectieve stoornissen als ziekten met een episodisch beloop. Milde depressieve syndromen worden vaak gezien als een soort psychische verkoudheid die 'self-limiting' is. Deze klinische aannamen hebben grote gevolgen. Milde depressieve syndromen zijn weinig onderzocht en hebben geen plaats in de meeste classificatiesystemen. Het is niet verwonderlijk dat dit type depressie niet vaak wordt herkend of behandeld. Behandeling van depressies in engere zin blijft vaak beperkt tot de acute episode. Vergeleken met de psychotische stoornissen is men veel minder geneigd onderhoudsbehandeling of langer durende controles in te stellen. Het is de vraag of deze handelwijze gerechtvaardigd is. Een tweede vraag is welke factoren het beloop van depressies bij ouderen beïnvloeden. Onder welke omstandigheden mag men een gunstig danwel ongunstig beloop verwachten?

Dit artikel is een weergave van een literatuurstudie naar wat er bekend is over het beloop en de determinanten van het beloop van depressie bij ouderen. Het betreft vrijwel uitsluitend 'naturalistische studies'. Hiermee wordt bedoeld dat het gaat om descriptief onderzoek, waarin de bestaande praktijk systematisch is beschreven. Goed gecontroleerde experimentele studies, waarin het langer durende beloop wordt vergeleken onder verschillende behandelcondities, ontbreken nagenoeg. Een systematische vergelijking van de effectiviteit van verschillende behandelstrategieën op het langer durende beloop is daarom onmogelijk. Ter vergelijking worden de resultaten van kortdurende beloopstudies, waaronder geneesmiddelen-trials, eveneens besproken. Studies verricht in huisartsenpraktijken, somatische (poli)klinieken en verpleeghuizen worden hier niet besproken. Beloopstudies onder ouderen in de algemene bevolking zijn schaars. Gezien het belang van het vergelijken van het natuurlijk beloop in de algemene bevolking met het beloop zoals dit zich in de psychiatrie voordoet, worden ook resultaten van bevolkingsstudies besproken.

Methode van onderzoek

Met gebruikmaking van de in *Medline* (1989-1993) geregistreerde studies betreffende het beloop van depressie bij ouderen werden relevante publikaties opgespoord. Met behulp van literatuurverwijzingen uit vier overzichtsartikelen werden nog ontbrekende, vóór 1989 verschenen studies opgespoord (Cole 1990; Burvill e.a. 1991; Ames en Allen 1991; Baldwin 1991). Alleen studies van na 1945 betreffende ouderen (55+) die behandeld werden in psychiatrische instellingen, werden geselecteerd. Het betrof soms ouderen opgenomen in psychiatrische klinieken, en soms poliklinisch behandelde ouderen. Studies waarin men patiënten uitsluitend met ECT behandelde, zijn buiten beschouwing gelaten. Verdere selectiecriteria waren een minimum van 25 deelnemende patiënten, voldoende informatie over de diagnostiek en wijze van registratie van het beloop van depressie, en een minimale follow-up van één jaar. Studies verricht in de algemene bevolking werden op soortgelijke wijze verzameld.

Resultaten

Langer durend beloop van depressie - In totaal konden vijftien studies betreffende 1449 psychiatrisch behandelde ouderen worden vergeleken. In tabel 1 zijn de resultaten samengevat. Wat opvalt is dat niet alleen de resultaten, maar ook de aard en omvang van de patiëntenpopulatie, de duur van het beloop, en de classificatie van de belooptypen sterk variëren. Vooral het gebrek aan gestandaardiseerde criteria voor de omschrijving van het beloop bemoeilijkt onderlinge vergelijking van de studies. Soms werd het beloop op meerdere manieren en met meerdere instrumenten omschreven. In tabel 1 zijn zoveel mogelijk vergelijkbare typering van het beloop opgenomen. Er is geen poging gedaan de belooptypen te vertalen, omdat dit de verwarring alleen maar groter zou maken.

De kolom 'beloop gunstig 1 vs 2' is toegevoegd om tot een globale vergelijking van de studies te kunnen komen. 'Gunstig 1' betekent dat de patiënt is hersteld van de index-episode, en dat zich gedurende de studie geen terugval of recidief heeft voorgedaan. Met dit strenge criterium heeft 18%-68% een gunstig beloop (gemiddeld 42% als de resultaten worden gewogen naar het aantal patiënten). Hierbij moet worden opgemerkt dat 'geen terugval' niet betekent dat de patiënten geheel symptomvrij waren. Naarmate de diagnostische criteria voor inclusie in de studie strenger gehanteerd worden, worden ook de criteria voor een recidief c.q. terugval strenger. Zo vindt men in de studie van Hinrichsen e.a. (1993) een hoog percentage met 'complete recovery' (59%), maar vermeldt men dat 42% van deze geheel herstelden milde depressieve syndromen had gedurende de follow-up!

Onder 'gunstig 2' wordt een ruimere definitie van een gunstig beloop verstaan. Men moet nu zijn hersteld van de index-episode, maar er mag een terugval/recidief zijn opgetreden, waarvan men opnieuw goed is hersteld (Post 1962, 1972), of men moet meer dan 60% van de tijd symptomvrij zijn

geweest (Cole 1983, 1985). Met dit minder strenge criterium heeft 31%-70% een gunstig beloop (gemiddeld 54%). Bezien we alleen studies die zowel een streng als een minder streng criterium voor gunstig beloop rapporteren, dan varieert 'beloop gunstig 1' van 18%- 41%, en 'beloop gunstig 2' van 47%-70%.

Predictoren voor het beloop op langere termijn - In vrijwel alle artikelen zijn resultaten van statistische analyses naar de predictieve waarde van onafhankelijke variabelen voor het beloop opgenomen. De hoeveelheid onderzochte variabelen varieert echter sterk, en er zijn geen twee studies die dezelfde variabelen hebben meegenomen. Verder variëren de manier en de precisie waarmee men onafhankelijke variabelen heeft gemeten. In tabel 2 zijn de resultaten samengevat. Bezien we allereerst demografische variabelen, dan lijkt de leeftijd bij aanvang van de studie geen voorspeller van het beloop te zijn. Alleen in de beide studies van Post hangt een hogere leeftijd samen met een ongunstiger beloop. Alleen in de studie van Baldwin hebben mannen een ongunstiger beloop. Sociaal-economische status lijkt evenmin van invloed op het beloop. Alleen in de studie van Murphy hangt een hogere status samen met een gunstiger beloop. Burgerlijke staat hangt in geen enkele studie samen met het te verwachten beloop.

Table 1: Beloop van depressie: resultaten van in psychiatrische instellingen behandelde ouderen

Auteur/ jaar	n	Duur beloop (mnd)	Beloop	Beloop gunstig:		Leeft. 60+	In/out	Diagnose	
				1	2				
Roth 1955	220	24	discharged in hospital died	64% 18% 18%	-	-	60+	in	psychiater
Kay 1955	175	9-27	well relapse ill died	38% 18% 29% 15%	38%	-	60+	in	psychiater
Post 1962	100	72	lasting recovery relapse + recovery sympt/relapse continually ill	31% 28% 23% 17%	31%	59%	60+	in	psychiater
Post 1972	92	36	lasting recovery relapse + recovery sympt/relapse continually ill	26% 28% 25% 12%	26%	54%	60+	in	psychiater
Gordon 1981	74	12	symptom free relapse rcst	68% 15% ?	68%	-	65+	in	Feighner criteria
Murphy 1983	124	12	well relapse continually ill dementia died	35% 19% 29% 3% 14%	35%	-	65+	in + out	Feighner criteria
Cole 1983	38	7-31	well tolerably well ill died	41% 25% 22% 14%	41%	66%	65+	in	Feighner criteria
Cole 1985	60	24-63	well tolerably well ill	18% 52% 30%	18%	70%	65+	out	Feighner criteria
Baldwin en Jolley 1986	100	12	well relapse continually ill died	58% 15% 18% 8%	58%	-	65+	in + out	Feighner criteria
Magnie e.a. 1988	64	6-24	well or tolerably well ill	31% 69%	-	31%	60+	out	DSM-III
Burvill e.a. 1991	103	12	well relapse dep invalidism continually ill dementia died	47% 18% 13% 11% 0% 11%	32%	47%	60+	in	DSM-III, HAM-D, GDS

Auteur/ jaar	n	Duur beloop (mond)	Beloop	Beloop gunstig:		Leeft. In/out	Diagnose
				1	2		
Meats e.a. 1991	56	12	well relapse continually ill died	68% 13% 4% 16%	68% -	65+ in	Feighner, PSE, HAM-D
Stoudemire e.a. 1993	55	na 15 mond na 4 jaar	clin improved clin improved	72% 84%**	-	55+ in	DSM-III,
Hinrichsen e.a. 1993	127	12	complete recovery recovery/relapse not recovery	59% 13% 28%	59% -	60+ in	RDC, HAM-D
Brodats e.a. 1993	61	17-72	lasting recovery relapse + recovery residual sympt chronic dep died	34% 23% 29% 7% 17%	34% 57%	60+ in	DSM-III, HAM-D, Zung

Recent meegemaakte gebeurtenissen, sociale steun en lichamelijke gezondheid worden vaak van belang geacht voor het ontstaan van depressies. Recent meegemaakte gebeurtenissen voorspellen in één studie een gunstig beloop en in één studie een ongunstig beloop. In vijf studies maakt het niet uit. Beschikbare sociale steun is weinig onderzocht. In twee studies is er geen samenhang met het beloop, terwijl er in één studie een gunstig effect van sociale steun lijkt uit te gaan. Een slechte lichamelijke gezondheid hangt óf niet samen met het beloop (vier studies) óf het voorspelt een slechter beloop (zes studies).

Bezien we tenslotte een aantal kenmerken van de gediagnostiseerde depressies, dan blijkt dat de duur en de ernst van de index-episode óf een slechter beloop óf niets voorspellen. Het type depressie (psychotic vs neurotic) en de vraag of er stemmingscongruente wanen zijn, lijken geen goede voorspellers van het beloop. In één studie voorspelt 'psychotic depression' een beter beloop, en in één studie is het beloop van patiënten met stemmingscongruente wanen veel slechter. Veel aandacht is er voor de vraag of het een 'early-onset' c.q. 'late-onset' depressie betreft. Hiermee wordt bedoeld op welke leeftijd de patiënt voor het eerst depressief is geworden. Meestal is 60 jaar de grens. Late-onset voorspelt een gunstig beloop in vier studies, en voorspelt niets in zes andere. Er wordt nooit een omgekeerde samenhang tussen onset en beloop gevonden. In de meeste studies zijn patiënten die bij aanvang manifest dement waren, uitgesloten. Met 'cognitieve stoornissen' worden daarom óf milde organische beelden óf door de depressie veroorzaakte cognitieve stoornissen bedoeld. In alle vier de studies waarin men deze factor meenam, hingen cognitieve stoornissen samen met een slechter beloop. Persoonlijksdiagnostiek ten slotte is maar in twee studies gedaan. In beide studies hingen persoonlijkheidsstoornissen samen met een slechter beloop.

Tabel 2: Predictoren van het beloop van depressie

	Gunstig beloop	Geen effect op beloop	Ongunstig beloop
Leeftijd		Roth 1955, Murphy 1983, Cole 1983, Cole 1985, Baldwin 1986, Magni 1988, Burvill 1991, Hinrichsen 1993	Post 1962, Post 1972
Sekse: man vs vrouw		Murphy 1983, Cole 1985, Magni 1988, Burvill 1991, Meats 1991, Hinrichsen 1993	Baldwin 1986
Sociaaleconomische status	Murphy 1983	Post 1962, Cole 1985, Baldwin 1986, Magni 1988, Meats 1991, Hinrichsen 1993	
Burgerlijke staat		Post 1962, Murphy 1983, Cole 1983, Cole 1985, Baldwin 1986, Magni 1988, Meats 1991, Hinrichsen 1993	
Recente levensgebeurtenissen	Burvill 1991	Murphy 1983 (recent), Cole 1985, Baldwin 1986, Magni 1988, Hinrichsen 1993	Murphy 1983 (gedurende studie)
Sociale steun	Hinrichsen 1993	Murphy 1983, Burvill 1991	
Slechte lichamelijke gezondheid		Magni 1988, Burvill 1991, Hinrichsen 1993, Brodaty 1993	Post 1962, Post 1972, Murphy 1983, Cole 1985, Baldwin 1986, Meats 1991
Duur index-episode voor aanvang studie		Baldwin 1986, Hinrichsen 1993, Brodaty 1993	Post 1962, Post 1972, Murphy 1983
Ernst index-episode		Burvill 1991, Meats 1991, Hinrichsen 1993, Brodaty 1993	Post 1962, Post 1972, Murphy 1983, Baldwin 1986
Type depressie (psychotic vs neurotic)	Gordon 1981	Post 1972, Murphy 1983, Burvill 1991, Brodaty 1993	
Stemmingscongruente wanen		Baldwin 1986, Meats 1991, Hinrichsen 1993, Brodaty 1993	Murphy 1983
Familieanamnese affectieve stoornis +	Post 1972	Baldwin 1986, Burvill 1991	
Late-onset vs early-onset	Kay 1955, Cole 1983, Magni 1988, Brodaty 1993	Post 1962, Post 1972, Murphy 1983, Cole 1985, Burvill 1991, Hinrichsen 1993	
Cognitieve stoornis			Kay 1955, Post 1962, Gordon 1981, Magni 1988
Persoonlijkheidsstoornis			Gordon 1981, Brodaty 1993

Kortdurende beloopstudies - Ter vergelijking worden hier de resultaten van korter durende beloopstudies genoemd. Reynolds e.a. (1992) rapporteren het beloop van 73 psychiatrisch opgenomen oudere patiënten die gedurende 26 weken een combinatie van 'interpersonal psychotherapy' en medicatie kregen. Van de 61 patiënten die de studie voltooiden, had 79% een volledig herstel (Hamilton 10), 5% een gedeeltelijk herstel (Hamilton 11-14), en was er in 16% onvoldoende response. Zubenko e.a. (1994) rapporteren het beloop van 205 opgenomen ouderen die gedurende

gemiddeld één maand een gevarieerde klinische behandeling kregen. Bij ontslag behaalde 46% een volledig herstel (Hamilton 10), 5% een gedeeltelijk herstel (50% verlaging van de uitgangsscore op de Hamilton) en was 49% onvoldoende hersteld. Geneesmiddelen-trials worden meestal opgezet om de effectiviteit van verschillende middelen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van placebo te onderzoeken. Bij ouderen wordt een significante respons (Altamura e.a. 1989) en worden responspercentages van 48%-80% gerapporteerd (Feighner e.a. 1985; Cohn e.a. 1990). De follow-up is beperkt (5-8 weken). Amitryptiline, fluoxetine, doxepine, paroxetine en sertraline zijn in verschillende combinaties onderzocht (Feighner e.a. 1985; Altamura e.a. 1989; Cohn e.a. 1990; Dunner e.a. 1992). In geen van de studies wordt een verschil in effectiviteit tussen de middelen gerapporteerd.

Bevolkingsstudies - In totaal werden zes studies betreffende 673 patiënten gevonden die voldeden aan de genoemde criteria (tabel 3). De studie van Kivela e.a. (1991) betreft ouderen afkomstig uit een bevolkingsstudie. Als een depressie werd gediagnostiseerd, werd actief behandeld met steunende psychotherapie, antidepressieve medicatie en andere ondersteunende maatregelen. Dit is de enige bevolkingsstudie waarin werd geïntervenieerd door de onderzoekers. In alle andere studies werd het 'natuurlijk beloop' beschreven. Voor zover men dit onderzocht, rapporteert men dat een zeer laag percentage van de depressieven werd herkend of behandeld (Copeland e.a. 1992; Kua 1993; Forsell e.a. 1994).

De resultaten zijn niet bemoedigend. In totaal wordt bij 6%-59% een gunstig beloop gerapporteerd na één tot vijf jaar. Mildere depressies (CES-D, dysthymie, neurotische depressie) lijken een iets gunstiger prognose te hebben (38%-59% heeft een gunstig beloop) dan ernstiger beelden (6%-45% heeft een gunstig beloop). Opgemerkt moet worden dat patiënten die dement werden of overleden tijdens de studie, niet bij de groep 'gunstig beloop' werden geteld. Het extreem ongunstig beloop in de studie van Forsell e.a. (1994) kan hierdoor gedeeltelijk worden verklaard (men ging uit van 75-plussers, en volgde hen drie jaar).

Tabel 3: Het beloop van depressie bij ouderen: resultaten van 'community-based' onderzoek

Auteur en jaar	n	Lccf-tijd	Duur beloop	Diagnostiek	% gunstig beloop
Kennedy 1991	211	65+	24 mnd	CES-D	56%
Kivela 1991	264	60+	15 mnd	DSM-III	dysthymie 40% depressie icz 45%
Gachaw 1991	27	55+	12 mnd	CES-D	59%
Copeland 1992	107	65+	36 mnd	GMS-AGECAT	psychotic dep 28% neurotic dep 38%
Kua 1993	31	65+	60 mnd	GMS-AGECAT	42%
Forsell 1994	33	75+	36 mnd	DSM-III	6%

Bespreking - Zoals al gebleken is uit de resultaten, bestaan er nogal wat methodologische verschillen tussen de genoemde studies. Het is daarom onvermijdelijk een aantal basale methodologische criteria te bespreken waaraan beloopstudies moeten voldoen om onderling vergelijkbaar te zijn. In een review

heeft Cole (1990) de toen beschikbare studies getoetst aan de McMaster-criteria voor follow-up-studies. Gecombineerd met door anderen genoemde eisen voor beloopstudies (Burvill e.a. 1991), ontstaat er een lijst van tien belangrijke criteria (tabel 4).

De *eerste twee criteria* uit tabel 4 hebben betrekking op de inclusie van patiënten. Idealiter moeten patiënten op een vroeg en voor allen gelijk moment in de ziektegeschiedenis in het te bestuderen cohort worden opgenomen. Geen van de genoemde klinische studies gaat uit van een wat voorgeschiedenis betreft homogeen cohort patiënten. Zowel de leeftijd waarop men voor het eerst depressief werd, de hoeveelheid eerdere episoden als de duur van de index-episode variëren. In sommige studies heeft men het effect van deze aan de voorgeschiedenis gerelateerde variabelen op het beloop onderzocht. Uit tabel 2 blijkt dat het effect van deze variabelen niet te verwaarlozen is. De vergelijkbaarheid van de studies heeft dus waarschijnlijk te lijden onder verschillen in de onderzochte populaties patiënten. Ook een gedetailleerde beschrijving van verwijspatronen naar de desbetreffende kliniek ontbreekt vaak. Sommige studies zijn uitgevoerd op gespecialiseerde afdelingen, waar men veel gecompliceerde en moeilijk behandelbare patiënten verwezen kreeg. In andere studies gaat het om meer reguliere verwijzingen vanuit de eerste lijn. Het is te verwachten dat dit de resultaten heeft beïnvloed. Vergeleken met de bevolkingsstudies worden in klinische studies vooral chronische en moeilijk te behandelen patiënten geselecteerd, hetgeen waarschijnlijk tot slechtere beloopresultaten leidt. Een van de aanbevelingen van Cole (1990) is dan ook om selectie-bias te beperken door beloopstudies te doen in de algemene bevolking. Nadeel van bevolkingsstudies is echter dat zij meestal te kampen hebben met een veel hogere uitval van respondenten (*criterium 3*). Deze uitval is vaak selectief: ziekere respondenten vallen sneller af. Hiermee wordt opnieuw een selectie-bias geïntroduceerd, maar dan nu in de richting van een gunstiger beloop.

Tabel 4: Criteria voor beloopstudies

-
1. homogeen cohort patiënten
 2. beschrijving van verwijspatroon naar de kliniek
 3. beperkt aantal uitvallers
 4. expliciete diagnostische criteria depressie
 5. valide onderzoeksinstrumenten
 6. minimale duur follow-up
 7. afgrenzing en beschrijving follow-up-periode
 8. objectieve criteria voor resultaten van het beloop
 9. betrouwbare meting van het beloop
 10. standaardisering van resultaat voor prognostisch belangrijke factoren
-

Criteria 4 tot en met 6 spreken voor zich, en waren uitgangspunt voor de selectie van studies voor dit literatuuronderzoek. In de klinische studies richt men zich veelal op de depressie in engere zin, en worden mildere depressieve syndromen buiten beschouwing gelaten. In bevolkingsstudies worden soms milde depressieve syndromen, en soms depressies in engere zin bestudeerd. De duur van de follow-up varieert van ongeveer één tot zes jaar. Het is duidelijk dat dit invloed heeft op de resultaten. Hoe langer de follow-up, hoe meer kans er is op verandering. Bij een langere bestudering van het beloop wordt daarom minder blijvend herstel, meer terugval of recidief, en ook een geringer aantal chronische depressies verwacht. Bij een langer durend beloop is de kans op uitval of overlijden groter, hetgeen opnieuw de resultaten beïnvloedt.

Criteria 7 tot en met 9 hebben betrekking op de manier waarop het beloop is gekarakteriseerd en onderzocht. Er is veel variatie in de manier waarop verschillende onderzoekers de follow-up hebben gedefinieerd. Soms begint de follow-up bij opname, soms bij ontslag uit de kliniek, en soms pas nadat actieve behandeling is gestaakt. Verder is van belang hoe frequent men eventuele stemmingsveranderingen heeft gemeten. In de klinische studies heeft men meestal (maar niet altijd) beschikking over aantekeningen in de status, waarin het beloop wordt bijgehouden. Dit is vaak gestandaardiseerd, maar in de vroegere studies soms niet. In de genoemde bevolkingsstudies heeft men het beloop vastgesteld op basis van twee metingen, die één tot vijf jaar uiteen lagen. Over het beloop in de tussenliggende periode wordt geen informatie gegeven. Het is duidelijk dat dit een grote invloed heeft op de resultaten. Hoe gedetailleerder men het beloop beschrijft, hoe groter de kans dat men veranderingen waarneemt. In de bevolkingsstudies zijn daarom de categorieën duurzaam herstel en chronisch beloop waarschijnlijk oververtegenwoordigd.

Zoals al vermeld bij de resultaten, hanteert men geen gestandaardiseerde criteria om het beloop te classificeren. Wat in de ene studie een 'relapse' is, hoeft dat in een andere studie niet te zijn. Dit maakt dat alleen globale vergelijkingen van de resultaten mogelijk zijn. De betrouwbaarheid waarmee het beloop is gemeten, laat waarschijnlijk eveneens te wensen over. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de meting van het beloop is meestal niet onderzocht. Soms is degene die het beloop beoordeelde, tevens behandelaar geweest.

Met *criterium 10* worden variabelen bedoeld waarvan bekend is dat zij het beloop kunnen beïnvloeden. Voorbeelden zijn lichamelijke ziekte en geboden psychiatrische behandeling. Hiervoor zou moeten worden gecontroleerd bij het vergelijken van de resultaten van verschillende studies. Nemen we de geboden behandeling als voorbeeld, dan is al gezegd dat vergelijking van effectiviteit niet mogelijk is, omdat het steeds naturalistische studies betreft. Standaardisering van de resultaten naar behandeling is daarmee onmogelijk. Wel kan gezegd worden dat de patiënten uit de klinische studies allen specialistisch behandeld zijn, terwijl de overgrote meerderheid van de respondenten uit bevolkingsstudies geen behandeling kreeg.

In zijn review concludeert Cole (1990) dat geen enkele studie aan voldoende criteria voldoet om als 'gouden standaard' te kunnen fungeren. Laat staan dat de resultaten van de studies onderling goed te vergelijken zijn. Deze conclusie moet helaas worden onderschreven. Alleen globale vergelijkingen van het beloop zijn mogelijk. Bij de predictoren van het beloop valt ten slotte op dat de kolom 'geen effect' verreweg het volst is. Alleen cognitieve en persoonlijkheidsstoornissen leveren eenduidige resultaten. Men zou kunnen concluderen dat dit door klinische ervaring gestuurde onderzoek de verkeerde onafhankelijke variabelen heeft geselecteerd. Het lijkt echter waarschijnlijker dat reëel bestaande verbanden door de genoemde methodologische tekortkomingen zijn gemaskeerd.

Conclusies en aanbevelingen

Wat kan er worden geconcludeerd over het beloop van depressie bij ouderen? Uit de kortdurende beloopstudies blijkt dat, mits behandeld, de meerderheid van de patiënten herstelt van een depressie in engere zin. Net als bij jongere volwassenen reageert grofweg 50%-80% gunstig op geboden behandeling. Het risico op terugval of recidief lijkt echter aanzienlijk, waarbij opnieuw een groot deel van de patiënten met behandeling herstelt. Met de minder strenge criteria heeft ongeveer 50%-60% een gunstig beloop op de langere termijn.

In de algemene bevolking is veel minder onderzoek gedaan. Laten we de studie van Forsell e.a. (1994) buiten beschouwing, dan zijn er drie studies waarin depressie op klinisch-diagnostisch niveau is gemeten. In deze drie studies is er in 28%-45% een gunstig beloop. Het beloop in de algemene bevolking lijkt daarmee voorlopig ongunstiger dan in de kliniek. Hierbij is dan nog geen rekening

gehouden met de effecten van selectie-bias, waardoor in de klinische studies chronische en moeilijk behandelbare depressies zijn oververtegenwoordigd, en in de bevolkingsstudies ziekere patiënten waarschijnlijk zijn ondervertegenwoordigd. Zouden we wel kunnen corrigeren voor de effecten van selectie, dan zou de vergelijking nog slechter uitpakken voor de bevolkingsstudies.

Gezien de methodologische bezwaren tegen de genoemde studies is het niet mogelijk gedetailleerd in te gaan op mogelijke redenen voor het slechtere beloop in de algemene bevolking. De factoren herkenning en behandeling kunnen echter niet ongenoemd blijven. Uit de besproken en andere studies blijkt dat ook ernstiger depressies vaak niet als zodanig herkend worden in de eerste lijn (Goldberg en Bridges 1988; Copeland e.a. 1992; Kirmayer e.a. 1993). Voorts bleek in de bevolkingsstudies dat maar een klein deel van de ouderen met een depressie in engere zin een werkzame behandeling kreeg (Copeland e.a. 1992; Forsell e.a. 1994). Gebrek aan herkenning en adequate behandeling is waarschijnlijk een van de redenen waarom het beloop in de algemene bevolking slechter is dan in de kliniek. De tweede vraag van deze studie was welke variabelen het beloop beïnvloeden. Gezegd moet worden dat de meerderheid van de bevindingen in de richting van 'geen effect' gaat. Demografische variabelen lijken weinig predictief voor het beloop. Recente levensgebeurtenissen en sociale steun leveren tegenstrijdige bevindingen. Een slechte lichamelijke gezondheid was in veel gevallen een predictor voor een slechter beloop. Van de klinische aspecten lijken duur en ernst van de index-episode, en mogelijk een 'early-onset' van de psychiatrische ziektegeschiedenis een slechter beloop te voorspellen. Comorbiditeit met milde cognitieve stoornissen, en persoonlijkheidsstoornissen lijken eveneens een slechter beloop te voorspellen.

Op grond van deze bevindingen kan een aantal voorzichtig geformuleerde aanbevelingen worden gedaan voor de klinische praktijk en voor toekomstig onderzoek. Een betere samenwerking met de eerste lijn, waarbij gestreeft wordt naar verbeterde herkenning en behandeling van depressies, lijkt aangewezen. Omdat onbehandelde depressies in veel gevallen chronisch lijken te verlopen, en ook na succesvolle behandeling veel recidieven optreden, lijkt het zinvol depressies meer te gaan zien als (chronisch) intermitterende stoornissen. Het is opmerkelijk dat sommige variabelen die sterk samenhangen met de prevalentie van depressie bij ouderen, niet lijken samen te hangen met het te verwachten beloop. Voorbeelden zijn sekse, sociaal-economische status, burgerlijke staat en recent meegemaakte levensgebeurtenissen (Beekman e.a. 1993). Nader onderzoek naar determinanten van het beloop lijkt gewenst. Het lijkt de moeite waard om behandelingen gefaseerd op te zetten, waarin de eerste acute episode wordt behandeld en daarna gericht aan recidief- preventie wordt gewerkt. Gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van onderhoudsbehandeling ter voorkoming van recidieven ontbreekt nagenoeg bij ouderen, en is eveneens gewenst. Wat het onderzoek betreft is er verder een gebrek aan gegevens betreffende het beloop en de effecten van behandeling bij mildere depressieve syndromen.

Een algemene conclusie van deze literatuurstudie is dat het inzicht in het beloop van depressie bij ouderen geleidelijk groeit. Momenteel is er vooral behoefte aan gecontroleerde beloopstudies, waarbij zowel de depressie in engere zin als mildere depressieve syndromen worden onderzocht. Deze studies zouden moeten worden uitgevoerd in samenwerking met de eerste lijn, zodat resultaten van behandeling beter kunnen worden vergeleken. De verwachting mag worden uitgesproken dat hiermee een bijdrage kan worden geleverd aan een verbeterde prognose van ouderen die lijden aan depressieve stoornissen.

Literatuur

Altamura, A.C., M. Percudani e.a. (1989), Efficacy and tolerability of fluoxetine in the elderly: a double-blind study versus amitryptiline. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*

, 4 (suppl. 1), 103-106.

Ames, D., en N. Allen (1991), The prognosis of depression in old age: good, bad or indifferent. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 477-481.

Anderson, E.W. (1936), Prognosis of depression of later life. *Journal of Mental Science*, 82, 559-588.

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

Baldwin, B. (1991), The outcome of depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 395-400.

Beekman, A.T.F., W. van Tilburg en D.J.H. Deeg (1993), Depressie bij ouderen inde bevolking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*

, 35, 154-168.

Brodsky, H., L. Harris e.a. (1993), Prognosis of depression in the elderly: a comparison with younger patients. *British Journal of Psychiatry*, 163, 589-596.

Burvill, P.W., W.D. Hall e.a. (1991), The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 158, 64-71.

Burvill, P.W., H.G. Stampfer en W.D. Hall (1991), Issues in the assessment of outcome in depressive illness in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 269-277.

Cohn, C.K., R. Shrivastava e.a. (1990), Double-blind, multicenter comparison of sertraline and amitryptiline in elderly depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (suppl. B), 28-33.

Cole, M.G. (1983), Age, age of onset and course of primary depressive illness in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 102-104.

Cole, M.G. (1985), The course of elderly depressed out-patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 217-220.

Cole, M.G. (1990), The prognosis of depression in the elderly. *Canadian Medical Association Journal*, 143, 633-639.

Copeland, J.R.M., I.A. Davidson e.a. (1992), Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *British Journal of Psychiatry*, 161, 230-239.

Dunner, D.L., J.B. Cohn e.a. (1992), Two combined, multicenter double-blind studies of paroxetine and doxepin in geriatric patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (suppl.), 57-60.

- Feighner, J.P., en J.B. Cohn (1985), Double-blind comparative trials of fluoxetine and doxepin in geriatric patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 20-25.
- Forsell, Y., A.F. Jorm en B. Winblad (1994), Outcome of depression in demented and non-demented elderly: observations from a three-year follow-up in a community-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 5-10.
- Gachaw, G., H.C. Hendrie e.a. (1991), Depressive symptoms among elderly residents of public housing: a follow-up study. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 82-84.
- Goldberg, D., en K. Bridges (1988), Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Gordon, W.F. (1981), Elderly depressives: treatment and follow-up. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 110-113.
- Hinrichsen, G.A. (1992), Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1575-1579.
- Hinrichsen, G.A., en N.A. Hernandez (1993), Factors associated with recovery from and relapse into major depressive disorder in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1820-1825.
- Kay, D., M. Roth en B. Hopkins (1955), Affective disorders in the senium: their association with organic cerebral degeneration. *Journal of Mental Science*, 101, 302- 216.
- Kennedy, G.J., H.R. Kelman en C. Thomas (1991), Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *American Journal of Psychiatry*, 149, 174-178.
- Kirmayer, L.J., J.M. Robbins e.a. (1993), Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150, 734-741.
- Kivela, S., K. Pahkala en P. Laippala (1991), The one-year prognosis of dysthymic disorder and major depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 81-87.
- Kua, E.H. (1993), The depressed elderly Chinese living in the community: a five- year follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 427-430.
- Magni, G., O. Palazzolo en G. Bianchin (1988), The course of depression in elderly outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 21-24.
- Meats, P., M. Timol en D. Jolley (1991), Prognosis of depression in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 159, 659-663.
- Millard, P.H. (1983), Depression in old age. *British Medical Journal*, 287, 375-376.
- Murphy, E. (1983), The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 142, 111-119.
- Post, F. (1962), The significance of affective symptoms in old age. *Maudsley mono- graph*, 10. Oxford Press, Londen.

Post, F. (1972), The management and nature of depressive illnesses in late life: a follow-through study. *British Journal of Psychiatry*, 121, 393-404.

Reynolds III, C.F., E. Frank 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.

Roth, M. (1955), The natural history of mental disorder in old age. *Journal of Mental Science*, 101, 281-301.

Stoudemire, A., C.D. Hill e.a. (1993), Long-term affective and cognitive outcome in depressed older adults. *American Journal of Psychiatry*, 150, 896-900.

Zubenko, G.S., B.H. Mulsant e.a. (1994), Impact of acute psychiatric inpatient treatment of major depression in late life and prediction of response. *American Journal of Psychiatry*, 151, 987-994.

Summary: The course of depression in the elderly

In this review the course of depression in elderly patients treated at psychiatric in- or outpatient clinics is compared to results of studies carried out among community- dwelling elderly. With psychiatric treatment 50%-80% of elderly depressed patients have a favourable response. A considerable percentage of patients relapses, of which most recover with treatment. Comparing the findings of 15 studies, employing global criteria, a favourable long term course can be expected in about 50%-60% of treated elderly patients. Physical illness, the duration and severity of the index-episode, age at onset, and comorbid cognitive and personality disorders appear to be predictors of the course. All other variables studied either have no association with the course, or show equivocal results. In community based studies the course of depression appears to be less favourable than among patients treated at psychiatric services. Using 10 criteria, methodological shortcomings of the available studies are elaborated on. In the conclusions section the relevance of these findings for clinical practice and for future research are discussed.

De auteurs zijn allen verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. A.T.F. Beekman is psychiater in de Valerius Kliniek en als onderzoeker verbonden aan de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). M.L. Stek is psychiater in de Valerius Kliniek. D.J.H. Deeg is statistica/gerontologe en projectleidster van LASA. Correspondentieadres: A.T.F. Beekman, vakgroep Psychiatrie, Valerius Kliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 2-1-1995.