

De prevalentie van depressie bij ouderen

Een literatuurstudie

H.W.J. VAN MARWIJK
A.A. KAPTEIN
J.D. MULDER Dzn

In dit artikel wordt geprobeerd vast te stellen welke epidemiologische gegevens over het vóórkomen van depressie onder ouderen een betrouwbaar beeld geven van de werkelijke omvang van het probleem in Nederland. Er zijn grote verschillen tussen de gehanteerde definities en diagnostische instrumenten. De betrouwbaarste schatting levert een prevalentie op voor depressieve syndromen bij ouderen van 3 procent in de huisartspraktijk, van 4 procent in het zelfstandig levende deel van de open bevolking en van 10 procent bij mensen in een verzorgingstehuis. Depressieve symptomen en syndromen bij ouderen vormen, mede gezien de toenemende vergrijzing, een belangrijk en omvangrijk probleem. Er zijn echter duidelijke therapeutische mogelijkheden.

Van Marwijk HWJ, Kaptein AA, Mulder Dzn JD. De prevalentie van depressie bij ouderen. Een literatuurstudie. Huisarts Wet 1990; 33(12): 472-7.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.

H.W.J. Van Marwijk, huisarts; A.A. Dr. Kaptein, psycholoog, hoofd sectie wetenschappelijk onderzoek; Prof. dr. J.D. Mulder Dzn, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: H.W.J. van Marwijk.

Dit project wordt gefinancierd in het kader van het NWO Stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde, NWO-project 7.151.43.

Inleiding

Veel ouderen hebben depressieve *klachten* of *symptomen*. In een onderzoek in Geleen werd bij mensen van 75-84 jaar een prevalentie gevonden van 10 procent voor mannen en 22 procent voor vrouwen.¹ In een ander onderzoek werden depressieve klachten tweemaal zo vaak aangetroffen onder de gebruikers van professionele zorg (minstens eenmaal per week gezinszorg of wijkverpleegkundige hulp gericht op ADL-ondersteuning) als onder de niet-gebruikers.²

Op basis van cijfers over depressieve klachten of symptomen kunnen echter geen uitspraken worden gedaan over het voorkomen van depressieve *syndromen*. Niet iedereen die een verdrietige, sombere of depressieve indruk maakt, heeft een – nosologisch classificeerbaar – depressief syndroom.³

Bij mensen ouder dan 65 jaar is dit probleem extra gecompliceerd, doordat zij depressieve klachten en symptomen soms op een eigen, kenmerkende wijze presenteren. Het kan in deze leeftijdsgroep extra moeilijk zijn depressies te onderkennen.⁴ Bij depressieve jongere volwassenen worden gedrukte stemming, somberheid, neerslachtigheid, moeheid en verlies van interesse of plezier genoemd als depressieve symptomen. Bij ouderen worden daarnaast stoornissen in het lichaamsbelevens, regressief gedrag, klaaggedrag, verwardheid en geheugenzwakte beschreven als min of meer kenmerkende symptomen van depressies.⁵

Een andere moeilijkheid is het ontbreken van een objectief criterium voor een depressief syndroom, zoals een biologische parameter. De diagnose wordt gesteld op basis van het *gedrag* van de patiënt, waarbij de *klachten* een doorslaggevende rol spelen.⁶ De mate waarin huisartsen en patiënten klachten als depressieve symptomen benoemen, is van invloed op prevalentie- en incidentiecijfers van depressieve syndromen. Deze cijfers zijn verder afhankelijk van de gehanteerde definities en de gebruikte diagnostische instrumenten.

Volgens verschillende auteurs zou er nogal wat onderdiagnostiek bestaan. Zo vonden *Heeren en Rooijmans* op de afde-

ling Interne van een Algemeen Ziekenhuis dat slechts een kwart van de opgenomen oudere patiënten met depressieve syndromen als zodanig werd herkend door de behandelende staf.⁷ Ook in de huisartspraktijk zou dit probleem zich voordoen: dat althans is de uitkomst van enkele studies waarin de scores op zelfbeoordelingsschalen werden vergeleken met de klinische beoordelingen door huisartsen.^{8,9} Hoogere scores op zelfbeoordelingsschalen hoefden echter nog niet te betekenen dat het werkelijk om een depressief syndroom gaat. Er kan bijvoorbeeld een reactie op een recent verlies zijn. In een ander onderzoek naar depressieve syndromen bij ouderen in Engelse huisartspraktijken bleek geen sprake van onderdiagnostiek, maar wel van onderbehandeling.¹⁰

Een beter inzicht in het aantal ouderen met een depressie is van groot belang. In de eerste plaats zijn depressieve syndromen de meest voorkomende psychische stoornissen in de leeftijdsgroep van 65-80 jaar.⁵ Ten tweede treedt bij depressieve ouderen vaak verwarring op met dementie;¹¹ dit kan grote consequenties hebben voor het beleid: bij een depressief syndroom gaat het om een in principe behandelbare aandoening. Ten derde is het aantal zelfdodingen in de groep depressieve ouderen hoog.¹² Met adequate behandeling kan een aantal suïcides mogelijk worden voorkomen.

In dit artikel proberen wij vast te stellen welke epidemiologische gegevens over het vóórkomen van depressie onder ouderen een betrouwbaar beeld geven van de werkelijke omvang van het probleem.

Literatuur

Voor dit literatuuronderzoek zijn de jaargangen 1980-1990 van de volgende tijdschriften geraadpleegd: Huisarts en Wetenschap, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, Tijdschrift voor Psychiatrie, Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, Nederlands Tijdschrift voor Psychologie, Gedragstherapie, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid en Gedrag & Gezondheid. Onderzoeken werden opgenomen als

ze voldeden aan de volgende criteria: patiëntgebonden informatie over depressieve klachten, en symptomen of syndromen bij ouderen (>65 jaar) in huisartspraktijken of in de algemene bevolking.

Het computerbestand van de Centrale Medische Bibliotheek van de RU Leiden werd nagezocht op proefschriften en boeken van de laatste tien jaar. De literatuurlijsten van overzichtsartikelen werden ge-

bruikt als controle op volledigheid.

Om internationale gegevens te verkrijgen, werd een literatuursearch verricht met Medline over de periode 1984 t/m april 1990 op de volgende trefwoorden: prevalence, primary care, family practice, elderly, psychogeriatric, depression, depressive disorder en psychiatric-status rating scales. Tevens werd Famli nagezocht op deze trefwoorden.

Definities

• Volgens de *huisartsgeneeskundige* IHPPC-2-defined is er sprake van een 'depressieve stoornis' als er geen psychose is en als ten minste drie van de volgende verschijnselen aanwezig zijn:

- bedroefdheid of neerslachtigheid die niet in verhouding staat tot de psychosociale stress;
- zelfmoordgedachten of -pogingen;
- besluiteloosheid, verminderde interesse in de gebruikelijke activiteiten;
- gevoelens van waardeloosheid, zelfverwijten en inadequate en overmatige schuldgevoelens;
- zeer vroeg ontwaken, overdreven slapeloosheid, ochtendmoedigheid;
- angst, geïrriteerdheid, agitatie.¹³

De definitie 'depressieve stoornis' omvat tevens 'niet nader omschreven depressies' en 'depressies waarbij angst op de voorgrond staat'. Kortdurende depressieve reacties ten gevolge van stress vallen buiten deze groep. Als de psychologische symptomen in tijd en inhoud samenhang vertonen met een stressvolle gebeurtenis, matig ernstig zijn en van voorbijgaande aard (korter dan een half jaar), is de diagnose kortdurende depressieve reactie op zijn plaats.

• *Psychiatrisch* gezien wordt een depressie thans vooral opgevat als een syndroom, een samenstel van symptomen. De verstoorde stemming wordt beschouwd als het kernsymptoom, in combinatie met symptomen op het cognitieve, somatische, gedragsmatige en motivationele vlak.⁶ De DSM-III-(R)-criteria worden veelal als standaard gehanteerd.^{14 15} Depressieve stoornissen worden hierin onder andere onderscheiden naar ernst en naar beloop en duur. Eén van de ernstige depressieve syndromen is de depressie in engere zin. Met de inclusiecriteria ontstaan diagnosecategorïeën en er ontstaat een nosologisch systeem. Het is een descriptieve classificatie, zonder nadruk op pathogenetische mechanismen.

De structuur van het systeem en de inhoud van de DSM-III-R-criteria verschillen van de inclusiecriteria die in de huisartsgeneeskundige classificatie worden gebruikt (*tabel 1*). De DSM-III-R-criteria zijn strenger; er wordt een ernstiger ziekte-

Tabel 1 Verschillen en overeenkomsten tussen de criteria voor de diagnose depressieve stoornis volgens de ICHPPC-2-defined en de diagnose depressieve episode in eigenlijke zin volgens de DSM-III-R.

	ICHPPC-2-defined	DSM-III-R
<i>Structuur</i>		
Aantal benodigde symptomen	≥3	≥5
<i>Kernsymptomen</i>		
- sombere stemming	-	+
- interesseverlies	-	+
<i>Inhoud</i>		
Sombere stemming	+	+
Suïcide (-pogingen, -gedachten)	+	+
Interesseverlies	+	+
Besluiteloosheid	+	+
Waardeloosheid, zelfverwijten, schuldgevoelens	+	+
Angst, geïrriteerdheid	+	-
Tijds criterium (weken)	-	≥2
Bijna dagelijks klachten	-	+
<i>Verandering t.o.v. vroeger functioneren</i>		
Psychose	-	+*
<i>Verandering eetlust, gewicht</i>		
Verlies van plezier	-	+
Vermoeidheid, energieverlies	-	+
Minder seksuele interesse	-	+
Concentratieproblemen	-	+
Insomnia	+	+
Hypersomnia	-	+
Psychomotorische remming	-	+
Psychomotorische agitatie	+	+
<i>Geen organische genese</i>		
Geen ongecompliceerde rouw	+	+
Geen kortdurende depressieve reactie	+	-

- behoort niet tot inclusiecriteria; + behoort tot inclusiecriteria; * mag wel aanwezig zijn.

beeld mee gedefinieerd. In de ICHPPC-2-defined mag van een depressieve stoornis worden gesproken bij drie symptomen, in de DSM-III-R bij ten minste vijf symptomen. In de ICHPPC-2-defined worden geen kernsymptomen en tijdsriteria gedefinieerd. In de ICHPPC-2-defined zijn somatische verschijnselen – zoals verandering in eetlust en gewicht – geen inclusiecriteria, in tegenstelling tot in de DSM-III-R. Verlies van plezier, vermindering van seksuele interesse en concentratieproblemen worden in de ICHPPC-2-defined evenmin tot de verschijnselen van een depressief syndroom gerekend.

- *Psychologisch gezien* gaat het vooral om de emotie of het affect. Depressiviteit, depressieve stemming of depressiegevoelens duiden dan op een emotionele toestand die in meerdere of mindere mate door ieder mens wordt beleefd.¹⁶ Juist bij ouderen kan het, bijvoorbeeld bij het bepalen van de mate van zelfredzaamheid, van groot belang zijn de emotionele toestand vast te stellen.¹⁷ Met een zelfbeoordelingschaal als de SDS kan een goede indruk worden verkregen.¹⁸ Een dergelijke schaal kan een goed hulpmiddel zijn bij de beoordeling van de functionele toestand van ouderen in de dagelijkse praktijk, te vergelijken met de COOP-kaarten.¹⁸ Depressie-instrumenten kunnen van waarde zijn bij de ontwikkeling van een huisartsgeneeskundige klinimetrie.¹⁹

In de DSM-III-R wordt overigens niet meer van een affectieve stoornis maar van een stemmingsstoornis gesproken. Dit is een wezenlijk verschil: affect of emotie is meer reactief, voorbijgaand; de stemming is meer blijvend.

Diagnostische instrumenten

Getallen over het voorkomen van depressieve syndromen bij ouderen zijn, behalve van definities, afhankelijk van de gebruikte diagnostische instrumenten en de afkappunten van de schalen die daarbij worden gehanteerd. Veel gebruikte instrumenten zijn de zelfbeoordelingsschalen en het klinisch interview.

Zelfbeoordelingsschalen worden veel vermeld in de literatuur.²⁰⁻²³ Voorbeelden

van buitenlandse zelfbeoordelingsschalen die in het Nederlands zijn vertaald, zijn de Zung Self-rating Depression Scale (SDS),²⁴⁻²⁵ de Beck Depression Inventory (BDI)²⁶ en de Geriatric Depression Scale (GDS).²⁷⁻²⁸ In het buitenland zijn de SDS,¹⁻²⁹ de BDI³⁰ en de GDS³¹ zowel in de huisartspraktijk als in de algemene populatie op betrouwbaarheid en validiteit onderzocht, met wisselende externe criteria.

De General Health Questionnaire (GHQ, Algemene Gezondheids Vragenlijst),³²⁻³³ de korte Depression Scale³⁴ en de PROQSY³⁵ zijn in de huisartspraktijk getoetst, maar voor zover bekend niet bij ouderen. Deze schalen worden zowel gebruikt om de ernst van een depressief syndroom te meten als ook als screeningsinstrument: bij hogere scores wordt de kans op het aanwezig zijn van een depressie groter. Als diagnostisch instrument zijn ze minder geschikt.

Het verband tussen de mate van depressiviteit en de diagnose van een bepaalde depressieve stoornis is niet zo groot dat een bepaalde score op een depressieschaal zonder meer gelijk kan worden gesteld aan een (bepaald type) depressief syndroom.³⁶

Het *klinisch interview* wordt zowel veel gebruikt in de psychiatrische en psychologische diagnostiek van depressie als in onderzoek. In de literatuur worden echter vraagtekens gezet bij de validiteit en de betrouwbaarheid ervan, zelfs indien expliciete classificatiecriteria worden gehanteerd.²⁰ Voorbeelden van semi-gestructureerde, gestandaardiseerde klinisch psychiatrische interviews zijn: de Present State Examination (PSE), de Diagnostic Interview Schedule (DIS) en de Geriatric Mental State Schedule (GMS).³⁷⁻³⁹ De DIS is opgesteld aan de hand van aan de DSM-III ontleende criteria.

Voor zover bekend, maken huisartsen bij de diagnostiek van depressieve syndromen vrijwel geen gebruik van diagnostische instrumenten; wel (impliciet) van de eraan ten grondslag liggende klinische verschijnselen.

Vóórkomen depressies

Ormel schetst op grond van buitenlandse onderzoeken de verdeling van de geschatte

jaarprevalenties van mensen met stemmingsstoornissen – per 1000 personen ouder dan 18 jaar – als een piramide. Per 1000 mensen hebben er 67 een stemmingsstoornis, van wie er 54 bij de huisarts komen; bij 26 van hen constateert de huisarts vervolgens een depressief syndroom; ongeveer 4 patiënten gaan daarna naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg.⁴⁰ Volgens *Ormel en Giel* treden depressieve syndromen vaker op bij alleenstaande vrouwen en bij mensen die in een verzorgings- of bejaardentehuis wonen. Bovendien hebben depressieve syndromen bij ouderen vaker een chronisch karakter.⁴¹

Twee studies hebben epidemiologische gegevens opgeleverd over depressieve syndromen in de Nederlandse populatie; alleen de eerste vond plaats bij ouderen.

- In Eindhoven werd de prevalentie gemeten van recente (afgelopen zes maanden) gevallen van psychische stoornissen bij 316 zelfstandig wonende personen en 64 bewoners van een verzorgingstehuis (65-75 jaar), waarbij gebruik werd gemaakt van de Symptom Checklist (SCL-90)⁴² en de DIS. Op basis van de aan de DSM-III ontleende criteria werd voor depressieve syndromen een prevalentie van 4,1 procent gevonden bij zelfstandig wonenden en van 10,9 procent bij bewoners van verzorgingstehuis.⁴³

- *Hodiamont et al.* constateren in een studie met de GHQ en de PSE bij 2486 personen van 18-65 jaar een prevalentie van 5,4 procent voor alle depressie-diagnosen op grond van de PSE.⁴⁴

De betrouwbaarste schatting van de prevalentie van depressieve syndromen bij mensen van 65-75 jaar in de Nederlandse bevolking is dus 4,1 procent voor zelfstandig wonenden en 10,9 procent voor bewoners van verzorgingstehuizen. Deze schatting komt overeen met cijfers uit het buitenland.⁴⁵⁻⁴⁸ Vooral in verzorgingstehuizen is er kennelijk een grote groep mensen met een depressief syndroom. Engels onderzoek bevestigt deze bevinding.⁴⁹

De cijfers uit de *huisartsregistratiesystemen* zijn weergegeven in *tabel 2*.

In het Autonomieproject en het Transitieproject werd voor de diagnose depressieve stoornis (P76) een prevalentie gevon-

Tabel 2 *Depressieve syndromen in de huisartspraktijk. Prevalentie- en incidentiecijfers per 1000 patiënten per jaar.*

Onderzoek	Jaar	Totaal aantal personen	Aantal personen ≥ 65	Incidentie				Prevalentie			
				tot.	65+	65-74	75+	tot.	65+	65-74	75+
Autonomieproject ^a	1989	5.502	5.502		15,3				35,4	33,1	38,6
Transitieproject ^a	1988	26.945	5.481	6,7				12,0	25,8	18,6	35,3
CMR ^b											
– endogene depressie	1985	12.000	1.254	1,1		3,7	3,4	1,0		3,4	1,5
– reactieve depressie	1985	12.000	1.254	0,2		1,3	1,9	0,2		0,5	0,4
Peilstationproject ^c	1985	151.781	16.395					5,5	5,2		
Monitoringproject ^d	1984	16.863	2.549	29,4				18,5			
Peilstationproject ^c	1984	151.781	17.585					7,1	8,2		
Peilstationproject ^c	1983	151.781	16.237					8,0	8,1		
Oliemans ^e											
– endogene/vitale depressie	1969	15.406	2.300					5,3	7,6		
– reactieve depressie	1969	15.406	2.300					5,3	4,4		

Een lege cel betekent dat dit item niet van toepassing is of dat er geen gegevens bekend waren of konden worden berekend.

^a Op basis van ICHPPC-2-defined criteria voor 'depressieve stoornis' P076.

^b Leeftijdsgroepen CMR: 65-75 en 75+; 1.254 patiënten ouder dan 65 jaar in 1980.

^c Peilstationproject: Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland onder personen ouder dan 18 jaar.

^d ICHPPC 'depressieve stoornis': 072, incidentie berekend uit tweejaarsincidentie.

^e Op basis van E-lijsten; ongeveer 15% van 15.406: 2300 personen ouder dan 65 jaar.

den van ongeveer 30 per 1000 patiënten per jaar. Het aantal diagnoses dat in deze twee projecten aan de inclusiecriteria voldeed, verschilt echter: respectievelijk 43 en 76 procent.^{19, 50} De classificatie van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut benoemt vooral de ernstige depressieve syndromen.⁵¹ In de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (Peilstationproject) werd van depressie gesproken als patiënt en huisarts het probleem als zodanig benoemden en als op grond daarvan gerichte actie werd ondernomen. Slechts het eerste contact werd gemeld.⁵²

De gevonden prevalenties lopen sterk uiteen. Vanwege het ontbreken van diagnostische criteria zijn de cijfers uit de CMR, het onderzoek van Oliemans⁵³ en het Peilstationproject niet of nauwelijks met andere gegevens te vergelijken. In de CMR komt depressie niet voor in de top-20 van meest voorkomende aandoeningen bij ouderen. Overigens is er ongetwijfeld overlap tussen de 'nervus-functionele klachten' van de CMR en 'depressieve stoornissen' in andere registraties. 'Nervus-functionele

klachten' komen veel voor in de CMR: onder 65-74-jarigen staan zij bij vrouwen op de derde en bij mannen op de achtste plaats.⁵⁴ De CMR-huisartsen hanteren het begrip depressie wellicht voorzichtiger dan huisartsen in andere registratieprojecten.

Op de cijfers over affectieve psychose, organische psychose (ICHPPC-2-defined) en seniele psychose (E-lijst en CMR) wordt in dit overzicht niet ingegaan. De vergelijkbaarheid van deze begrippen is gering: indien er in termen van de ICHPPC-2-defined sprake is van een affectieve psychose, wordt dit in de CMR geclassificeerd onder de seniele psychoses, waaronder ook de seniele dementie valt.

De cijfers uit het Transitieproject en het Autonomieproject zijn de enige waarbij expliciete inclusiecriteria zijn gehanteerd. Dat maakt deze cijfers tot de betrouwbaarste schattingen van het aantal bekende depressieve ouderen in de huisartspraktijk: circa 30 per 1000 personen per jaar.

Beschouwing

In het Eindhovense onderzoek werden strengere criteria gehanteerd dan in de

ICHPPC-2-defined gebeurt. Dit in aanmerking genomen lijken de cijfers uit de huisartspraktijk en uit de open bevolking niet ver uit elkaar te liggen. Het is echter de vraag hoe vergelijkbaar deze uitkomsten zijn. Gaat het om 'dezelfde' mensen? In Nederland is geen onderzoek verricht waarin het oordeel van huisartsen over het al dan niet aanwezig zijn van depressieve syndromen bij ouderen wordt vergeleken met externe criteria. Nader onderzoek hiernaar lijkt gewenst.

Cijfers over depressieve syndromen in de huisartspraktijk moeten om een aantal redenen met de nodige voorzichtigheid worden gehanteerd.

Van der Velden stelt dat dergelijke cijfers meer zeggen over de 'labelling fashions' van de registrerende huisartsen dan over het vóórkomen van depressie. Huisartsen zijn weinig geneigd tot 'psychiatrisch etiketteren'.⁵⁵ Zij begeleiden patiënten met depressieve stoornissen meer dan dat zij op grond van psychiatrische diagnoses een beleid instellen.⁵⁶

Bremer stelt: 'Een psychiatrische diagnose is voor een huisarts een moeilijk begrip. Veel psychiatrische diagnoses zijn

meer veroordelingen dan beoordelingen. Daarom is het beter maar zo weinig mogelijk een psychiatrische diagnose te stellen.⁵⁷

Een andere reden om gegevens over het voorkomen van depressieve syndromen bij ouderen met voorzichtigheid te beschouwen, is de verwevenheid van stemmingsstoornissen met lichamelijke problemen bij oudere patiënten. Enerzijds uiten ouderen depressieve gevoelens vaak met lichamelijke klachten; in dit verband wordt wel het begrip 'gemaskeerde depressie' genoemd.⁵⁸ Anderzijds gaan lichamelijke ziekten in deze leeftijdsgroep vaak samen met depressieve syndromen. In aanwezigheid van een somatische ziekte is het moeilijk de diagnose depressie te stellen.⁵⁹ Deze verwevenheid draagt ertoe bij dat depressieve syndromen bij ouderen moeilijk te herkennen zijn.

Tot slot hebben huisartsen vaak te maken met 'een mogelijke discrepantie tussen hun professionele opvattingen over bepaalde klachten en de opvattingen van de patiënt over die klachten'.⁶⁰ Pas wanneer de patiënt aangeeft dat zwaarmoedigheid de reden van komst vormt, kan de huisarts de naamgeving en daarmee de diagnose depressie of depressieve klachten hanteren.⁶⁰ Omdat huisarts en patiënt vaak een vorm van overeenstemming proberen te bereiken over de achtergrond van de klachten, en omdat dit mogelijk niet altijd lukt, worden depressieve syndromen niet altijd als zodanig benoemd. Ook dit zal cijfers over het voorkomen van depressieve syndromen bij ouderen beïnvloeden. Waarschijnlijk liggen de cijfers in werkelijkheid eerder hoger dan lager dan de aangegeven schatting.

Een belangrijk argument om aandacht te schenken aan depressies bij ouderen is het therapeutisch perspectief voor deze groep. Enerzijds kunnen potentieel etiologische factoren voor de depressie positief worden beïnvloed: niet langer noodzakelijke medicatie – zoals bèta-blokkers – kan worden gestaakt en lichamelijke ziekten zijn mogelijk te genezen of te verlichten. Anderzijds kunnen cyclische antidepressiva worden voorgeschreven, te combineren met structurerende ondersteuning en adviezen.^{4 61}

Van cyclische antidepressiva kan bij deze leeftijdsgroep een vergelijkbare werkzaamheid worden verwacht als bij jongere volwassenen. Na een lage aanvangsdosis klimt men vervolgens langzaam op in dosering. Pas na enkele weken is er een effect te verwachten. Het is van belang om patiënten te waarschuwen voor het aanvallig toenemen van bijwerkingen en lichamelijke klachten. Hoewel bijwerkingen bij ouderen niet frequenter lijken op te treden dan bij jongere volwassenen, zijn zij soms wel ernstiger van aard.⁶² Vooral cardiovasculaire bijwerkingen, zoals orthostatische hypotensie, vereisen zorgvuldige controle.⁶³

Al dan niet na verwijzing kan een ander cyclisch antidepressivum worden geprobeerd, later eventueel gecombineerd met lithium (de zogenaamde lithium-augmentatie).⁶⁴ Tevens kunnen vormen van interpersoonlijke of cognitieve psychotherapie worden toegepast.⁶⁵ Met deze behandelingen kunnen goede therapeutische resultaten worden bereikt, ook bij zeer oude patiënten.⁶³ Een hoge leeftijd is in dit opzicht geen reden voor therapeutisch nihilisme.⁵

De prognose van depressieve syndromen bij ouderen lijkt overigens voor een belangrijk deel te worden bepaald door het moment waarop dit syndroom optreedt. Bij mensen die al eerder in hun leven depressieve episoden doormaakten, de zogenaamde 'early onset'-groep, lijkt de prognose slechter dan bij ouderen die voor het eerst aan een depressief syndroom lijden.⁶⁶

Kwantitatieve en kwalitatieve gegevens uit de huisartspraktijk zijn gewenst over aard, omvang en beloop van depressieve syndromen en symptomen bij ouderen. Hierbij is van belang te bedenken dat er therapeutische mogelijkheden zijn: 'when there is depression, hope remains'.⁶¹

Dankbetuiging

Dank aan F.M. Bekker en Dr. W.A. Nolen, psychiaters, voor het lezen van het manuscript en voor de constructieve suggesties.

Literatuur

- 1 Bisscheroux PFLA, Frederiks CMA. Depressieve klachten en het gebruik van professionele zorg door thuiswonende ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1986; 17: 223-6.
- 2 Kempen GJIM, Suurmeijer TPBM. Depressieve klachten, invaliditeit en het gebruik van professionele thuiszorg door ouderen; replicatie en nuances. Tijdschr Gerontol Geriatr 1989; 20: 13-7.
- 3 Jongerius JAC. Depressie. Huisarts Wet 1987; 30(suppl 11): 248-51.
- 4 Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. Br J Psychiatry 1987; 150: 737-51.
- 5 Gezondheidsraad. Advies inzake psychogeriatrische ziektebeelden. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1988.
- 6 Ormel J. Depressie. In: Grobbee DE, Hofman A, red. Epidemiologie van ziekten in Nederland. Utrecht: Bunge, 1989: 267-89.
- 7 Heeren ThJ, Rooijmans HGM. Psychiatrische stoornissen bij oudere patiënten in het ziekenhuis: voorkomen en herkenning. Tijdschr Gerontol Geriatr 1985; 16: 53-9.
- 8 Davis TC, Nathan RG, Crouch MA, Bairnsfather LE. Screening depression in primary care: back to the basics with a new tool. Fam Med 1987; 19: 200-2.
- 9 Diamond EL, Epting R, Gage LC. Estimating the prevalence of depression in family practice using variant methods. J Fam Pract 1987; 24: 267-73.
- 10 MacDonald AJD. Do general practitioners 'miss' depression in elderly patients? Br Med J 1986; 292: 1365-8.
- 11 Godderis J. Depressie en de ouder wordende mens. Tijdschr Psychiatr 1983; 25: 303-43.
- 12 Jonker C, Van Tilburg W. Psychogeriatric. In: Schouten J, Leering C, Bender J, red.. Leerboek geriatric. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985: 492-527.
- 13 Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-defined. Inclusion criteria for the use of the rubrics of the International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1983.
- 14 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington DC: APA, 1980.
- 15 Koster van Groos, GAS. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van DSM-III-R. Amsterdam/Lisse: Sets & Zeitlinger, 1989.
- 16 Van Rooijen L. Depressiegevoelens van sociale oorsprong. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979: 6.
- 17 Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. New Engl J Med 1990; 332: 1207-14.

- ¹⁸ Meyboom-de Jong B. Bejaarde patiënten: een onderzoek in twaalf huisartspraktijken [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1989.
- ¹⁹ Van Weel C, Meyboom-de Jong B, Van Weert H. Het functioneren van de patiënt; klinimetrie in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1039-43.
- ²⁰ Bouman TK. The measurement of depression with questionnaires [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1987.
- ²¹ Albersnagel FA. Classificatie en meting van depressief gedrag. *Gedragstherapie* 1986; 17:1-94.
- ²² Hoevenaars JPCM, Van Son MJM. Drie Nederlandstalige zelfrapportagelijsten in de diagnostiek van depressie. *Gedragstherapie* 1984; 17: 225-39.
- ²³ Weiss IK, Nagel CL, Aronson MK. Applicability of depression scales to the old person. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 215-8.
- ²⁴ Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
- ²⁵ Dijkstra P. De Zelfbeoordelingsschaal voor depressie van Zung. In: Praag van HM, Rooijmans HGM, red. Stemming en ontstemming: theorie en praktijk bij de diagnostiek en de behandeling van depressies. Amsterdam: Bohn, 1974: 98-120.
- ²⁶ Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-61.
- ²⁷ Yesavage JAB, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37-49.
- ²⁸ Clark DC, vonAmmon Cavanaugh S, Gibbons RD. The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 705-19.
- ²⁹ Blumenthal M. Measuring depressive symptomatology in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 971-8.
- ³⁰ Bolla Wilson K, Bleecker ML. Absence of depression in elderly adults. *J Gerontol* 1989; 44: 53-5.
- ³¹ Jack MA, Stobo SA, Scott LA, Saghal A, Jachuk SJ. Prevalence of depression in general practice patients over 75 years of age. *J R Coll Gen Practit* 1988; 38: 20-1.
- ³² Goldberg D, Bridges K. Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *J R Coll Gen Practit* 1987; 37: 15-8.
- ³³ Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 297: 897-9.
- ³⁴ German PPS, Shapiro S, Skinner EA, et al. Detection and management of mental health problems of older patients by primary care providers. *JAMA* 1987; 257: 489-93.
- ³⁵ Wilkinson G, Maracus AC, PROQSY; a computerised technique for psychiatric case identification in general practice. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 378-82.
- ³⁶ Zitman FG, Griez E. Meetschalen voor angst en depressie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 845-8.
- ³⁷ Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Present State Examination. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.
- ³⁸ Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Williams JBW, Spitzer RL. The NIMH Diagnostic Interview Schedule: Version III. Public Health Service (HSS), publication ADM-T-42-3 (5-81, 8-81), 1981.
- ³⁹ Hooijer C, Van der Veer GC, De Rijke W, Van Tilburg W. Geriatric Mental State Schedule, GMS. Betrouwbaarheidsonderzoek van de Nederlandse editie. *Tijdschr Psychiatr* 1988; 30: 692-705.
- ⁴⁰ Ormel J, Brook FG, Wiersma D. Depressie: de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1984; 62: 670-8.
- ⁴¹ Ormel J, Giel R. Omvang, beloop en behandeling van psychiatrische stoornissen in de praktijk van de huisarts. *Tijdschr Psychiatr* 1983; 25: 688-710.
- ⁴² Arrindell WA, Etema JHM. SCL-90. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- ⁴³ Bosma A. Psychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen en verzorgings-tehuisbewoners. *Tijdschr Psychiatr* 1990; 32: 173-83.
- ⁴⁴ Hodiament P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med* 1987; 17: 495-505.
- ⁴⁵ Ben-Arie O, Schwartz L, Dickman BJ. Depression in the elderly living in the community. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 169-74.
- ⁴⁶ Copeland JRM, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-ACECAT package. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815-823.
- ⁴⁷ Griffiths RA, Good WR, Watson NP, O'Donnell HF, Fell PJ, Shakespeare JM. Depression, dementia and disability in the elderly. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 482-93.
- ⁴⁸ Morgan K, Dalloso HM, Arie T, Byrne EJ, Jones R, Waite J. Mental health and psychological well-being among the old and the very old living at home. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 801-7.
- ⁴⁹ Mann AH, Graham N, Ashby D. Psychiatric illness in residential homes for the elderly: a survey in one London borough. *Age Ageing* 1985; 13: 257-65.
- ⁵⁰ Lamberts H, Brouwer HJ, Groen ASM, Huisman H. Het Transitie-model in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 105-13. Supplement March 1st, 1988 on ICPC rubrics PO3 and P76.
- ⁵¹ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM, eds. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.
- ⁵² Bartelds AIM, Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 1985. *Huisarts Wet* 1987; 30: 222-6.
- ⁵³ Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Leiden: Stenfert Kroese, 1969.
- ⁵⁴ Schellekens JWG, Hilderink CMA. Morbiditeit van ouderen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1985; 28 (suppl 9): 7-9.
- ⁵⁵ Van der Velden HGM. Depressie, what's in a name? *Huisarts Wet* 1981; 24: 464-5.
- ⁵⁶ Van Bussbach J, Verhaak P. Hoe hanteren huisartsen psychische klachten? *Maandbl Geest Volksgezondh* 1986; 41: 475-92.
- ⁵⁷ Bremer GJ. Chronische depressies (2). *Maandbl Geest Volksgezondh* 1987; 42: 690-2.
- ⁵⁸ Rooijmans HGM. Chronisch klaaggedrag en gemaskeerde depressie. In: Praag van HM, Rooijmans HGM, red. Stemming en ontstemming: theorie en praktijk bij de diagnostiek en de behandeling van depressies. Amsterdam: Bohn, 1974: 98-120.
- ⁵⁹ Van der Mast RC, Hengeveld MW, Bannink M. Depressies bij somatisch zieke patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1989; 133: 713-6.
- ⁶⁰ Wevers CWJ, Van der Leden J. De hulp van de huisarts aan ouderen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 3-8.
- ⁶¹ Blazer D. Current concepts. Depression in the elderly. *New Engl J Med* 1989; 320: 164-6.
- ⁶² Rockwell E, Lam RW, Zisook S. Antidepressant drug studies in the elderly. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11: 215-33.
- ⁶³ Neshkes RE, Jarvik LF. Depression in the elderly: current management concepts. *Geriatrics* 1986; 41: 51-6.
- ⁶⁴ Bekker FM, Van Marwijk HWJ, Nolen WA, Jansen PAF, Van Nieuwkerk JF. Lithium bij de behandeling van depressieve bejaarden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 442-45.
- ⁶⁵ Gelder MG. Psychological treatment for depressive disorder. *Br Med J* 1990; 300: 1087-8.
- ⁶⁶ De Leo D. Sunset depression [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1988. ■