

Diagnose depressie niet zo betrouwbaar te stellen

B Terluin, HPJ van Hout, HWJ van Marwijk, HJ Adèr, K van der Meer, M de Haan, R van Dyck

Samenvatting

Terluin B, Van Hout HPJ, Van Marwijk HWJ, Adèr HJ, Van der Meer K, De Haan M, Van Dyck R. **Diagnose depressie niet zo betrouwbaar te stellen.** Huisarts Wet 2004;47(2):66-70.

Doelstelling Het diagnosticeren van een depressie is een ingewikkelde zaak. De huisarts moet negen depressieve symptomen nagaan en rekening houden met twee kernsymptomen. Bij in totaal drie of vier symptomen spreekt de oude NHG-Standaard Depressie van een milde depressie en bij meer dan vier symptomen van een ernstige depressie. De vraag van dit onderzoek was in welke mate de depressieve symptomen en de diagnose depressie reproduceerbaar zijn.

Methode Tweeënvijftig patiënten met psychische klachten werden twee keer door hun huisarts geïnterviewd met een interval van gemiddeld 1,4 dagen. Cohen's kappa werd berekend als maat voor overeenstemming tussen de test en de hertest, voor zowel de depressieve symptomen afzonderlijk als de diagnose depressie.

Resultaten Cohen's kappa bedroeg 0,33-0,81 voor de afzonderlijke symptomen, 0,26 voor de diagnose milde depressie en 0,70 voor de diagnose ernstige depressie. De standaarddeviatie van de verschillen tussen de aantallen symptomen bij de test en de hertest bedroeg 1,74.

Conclusie De reproduceerbaarheid van de meeste depressieve symptomen is redelijk tot goed, met uitzondering van 'moeheid'. De diagnose milde depressie is nauwelijks reproduceerbaar en daardoor onbruikbaar in de praktijk. De diagnose ernstige depressie heeft een redelijk goede reproduceerbaarheid. Bij het vaststellen van het aantal symptomen dat nodig is om de diagnose depressie te stellen, kan de huisarts er echter gemakkelijk 1-2 symptomen naast zitten. Daarom wordt aanbevolen om patiënten die net niet of net wel aan de criteria voor een ernstige depressie voldoen, na één à twee weken opnieuw te beoordelen.

VU medisch centrum, EMGO-instituut, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. B. Terluin en dr. H.W.J. van Marwijk, huisartsen; dr. H.P.J. van Hout, gezondheidswetenschapper; prof.dr. M. de Haan, hoogleraar; Vakgroep Klinische Epidemiologie en Biostatistiek: dr. H.J. Adèr, biostatisticus; Vakgroep Psychiatrie: prof.dr. R. van Dyck, hoogleraar; Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde: dr. K. van der Meer, huisarts.

Correspondentie: b.terluin.emgo@med.vu.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een deel van dit artikel is eerder gepubliceerd in 'Reliability and validity of the assessment of depression in general practice: the Short Depression Interview (SDI)' (Gen Hosp Psychiatry 2002;24:396-405). Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Inleiding

De meeste depressies worden niet door psychiaters, maar door huisartsen gediagnosticeerd en behandeld.^{1,2} Voor de diagnostiek adviseert de NHG-Standaard Depressie³ om min of meer volgens de DSM-IV⁴ te werk te gaan. Voor het stellen van de diagnose depressie dient men de aanwezigheid van twee kernsymptomen en zeven andere symptomen van depressie vast te stellen (zie tabel). Volgens de NHG-Standaard is er sprake van een depressie wanneer minimaal drie symptomen aanwezig zijn waaronder minstens één van de kernsymptomen 'depressieve stemming' en 'verlies van interesse of plezier'. Bij vijf of meer symptomen is er sprake van een 'ernstige depressie' en bij drie of vier symptomen spreekt de standaard van een 'milde depressie'. (zie kader p.67) De vraag die wij ons stelden, was hoe zeker de diagnose depressie is als een huisarts die stelt volgens bovenstaande richtlijnen. Met andere woorden, hoe betrouwbaar – in de zin van reproduceerbaar – kunnen huisartsen de diagnose depressie vaststellen? Uit de psychiatrie is bekend dat gestandaardiseerde diagnostische interviews betrouwbaarder diagnoses opleveren dan ongestandaardiseerde procedures.⁵ De meeste gestandaardiseerde psychiatrische interviews zijn echter te bewerkelijk en te tijdrovend voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Wij ontwierpen daarom een kort gestructureerd interview als hulpmiddel om de diagnose depressie te stellen. Het instrument kreeg de naam *Short Depression Interview* (SDI, zie kader p. 70). Indachtig de procedure die de Standaard hanteert om de diagnose depressie te stellen, vroegen wij een aantal huisartsen de SDI te testen en probeerden daarbij de volgende vragen te beantwoorden:

- ▶ Hoe groot is de reproduceerbaarheid van de depressieve symptomen zoals die door huisartsen met de SDI worden vastgesteld?
- ▶ Hoe groot is de reproduceerbaarheid van het aantal depressieve symptomen, vastgesteld conform de NHG-Standaard Depressie?
- ▶ Hoe groot is de reproduceerbaarheid van de diagnoses ernstige en milde depressie?

Wat is bekend?

- ▶ De diagnose depressie impliceert het nagaan van twee kernsymptomen en zeven andere symptomen van depressie.
- ▶ De NHG-Standaard Depressie maakt een onderscheid tussen milde depressie (3-4 symptomen) en ernstige depressie (≥ 5 symptomen).
- ▶ De diagnostiek van depressie sluit niet goed aan bij de dagelijkse routine van huisartsen.

Wat is nieuw?

- ▶ De diagnose milde depressie heeft een geringe reproduceerbaarheid en is daarom praktisch onbruikbaar.
- ▶ De diagnose ernstige depressie heeft een goede reproduceerbaarheid maar toch kan de huisarts er bij het vaststellen van het aantal symptomen gemakkelijk 1-2 symptomen naast zitten.
- ▶ Bij patiënten die net wel of net niet aan de criteria voor ernstige depressie voldoen, is het beter de definitieve diagnose 1-2 weken uit te stellen en de patiënt te herbeoordelen.

Methode

Onderzoeksopzet

De opzet betrof een test-hertestbetrouwbaarheidsonderzoek in de huisartsenpraktijk. Veertien huisartsen vroegen één of meer van hun spreekuurpatiënten met psychische klachten om aan het onderzoek mee te doen. De huisartsen bepaalden van tevoren op welke dag zij zouden proberen een patiënt in te sluiten. Op zo'n dag werd de eerste patiënt die aan de inclusiecriteria voldeed, ingesloten. De inclusiecriteria waren:

- consensus tussen huisarts en patiënt over het bestaan van een psychisch probleem;
- leeftijd 15 jaar of ouder;
- aanwezigheid van minstens drie van de volgende symptomen: moeheid, slaapprobleem, gespannenheid, prikkelbaarheid, depressief gevoel, angstig gevoel;
- geen manifeste psychose of manie;
- geen tekenen van dementie;
- goede beheersing van de Nederlandse taal;
- mondeling informed consent.

De huisarts nam het eerste SDI-interview af op de dag waarop de patiënt het spreekuur had bezocht, of zo spoedig mogelijk daarna (T1). Het tweede SDI-interview werd eveneens door de huisarts afgenomen 1 à 2 dagen later, of zo spoedig mogelijk daarna (T2). Bij de interviews werden alle 16 hoofdvragen van de SDI doorgenomen en de subvragen alleen wanneer de bijbehorende hoofdvraag positief was. Dus ook wanneer de beide kernsymptomen afwezig waren, werden in elk geval de 16 hoofdvragen doorgenomen.

Analyse

De eerste vraagstelling werd beantwoord door Cohen's kappa te berekenen als maat voor de overeenstemming tussen de beoor-

Recent is de Standaard Depressie uit 1994 herzien en gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap 2003, nummer 11. In de herziene standaard is de diagnose milde depressie – volkomen terecht – verdwenen. De diagnostiek van de ernstige depressie is ongewijzigd gebleven (alleen de term 'ernstige depressie' is veranderd in 'depressieve stoornis'). Onze bevindingen ten aanzien van de (on)betrouwbaarheid van de diagnose 'ernstige depressie' blijven dus onverkort geldig voor de diagnose 'depressieve stoornis'.

delingen van de 9 afzonderlijke depressieve symptomen op T1 en T2. Cohen's kappa is een overeenstemmingsmaat die gecorrigeerd is voor overeenstemming op basis van het toeval.⁶ De waarde van kappa kan variëren van -1 (volledig tegengestelde beoordelingen) via 0 (geen enkele overeenstemming) tot 1 (perfecte overeenstemming). In het algemeen worden de volgende waarden voor kappa aangehouden: <0,20 is slecht, 0,21-0,40 is gering, 0,41-0,60 is redelijk, 0,61-0,80 is goed en 0,81-1,00 is zeer goed.⁷

De tweede vraagstelling werd beantwoord door te kijken naar de verschillen in het aantal depressieve symptomen die op beide tijdstippen werden geteld op de manier die in de standaard wordt aangegeven, dus rekening houdend met de aan- of afwezigheid van de kernsymptomen. Wanneer 'depressieve stemming' en 'verlies van interesse of plezier' niet aanwezig werden bevonden, werd het aantal depressieve symptomen op nul gesteld. De *standard error of measurement* (SEM) werd berekend door de standaarddeviatie van de verschillen van de aantallen symptomen te delen door $\sqrt{2}$.⁸ De SEM is een maat voor de spreiding van herhaalde metingen rond de hypothetische 'ware score' van een patiënt. De SEM geeft dus aan hoever een huisarts er met het tellen van de depressieve symptomen van een patiënt naast kan zitten. Om precies te zijn, het 'werkelijke' aantal depressieve symptomen bevindt zich voor 95% zeker binnen het interval van het gevonden aantal symptomen plus of min $1,96 \times \text{SEM}$. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval van deze waarde werd berekend.⁹

De derde vraagstelling werd beantwoord door Cohen's kappa te berekenen als maat voor de overeenstemming in de diagnoses ernstige en milde depressie tussen T1 en T2. De diagnoses werden volgens de NHG-Standaard gesteld op basis van de symptomen die waren vastgesteld op T1 en T2.

Alle analyses werden uitgevoerd met het statistische softwarepakket SPSS 9.0.

Resultaten

Respons

Zevenenvijftig patiënten voldeden aan de inclusiecriteria. Met 1 patiënt kon echter geen geschikte afspraak worden gemaakt. Zesenvijftig patiënten kregen een eerste interview. Vier van hen misten het tweede interview; 2 patiënten verschenen niet op hun afspraak, terwijl 2 anderen per abuis geen tweede afspraak hadden gekregen. De onderzoekspopulatie ($n=52$) bestond uit 27 vrouwen en 25 mannen. De gemiddelde leeftijd was 41,2 (SD 9,9) voor de vrouwen, en 39,5 (SD 11,4) voor de mannen. Het eerste

Tabel Voorkomen en reproduceerbaarheid van de depressieve symptomen. Voorkomen van symptomen op T1 en T2 (percentages) en Cohen's kappa met 95%-betrouwbaarheidsintervallen

	T1(%)	T2(%)	kappa	95%-BI
Depressieve stemming	63	57	0,80	0,63-0,97
Verlies van interesse of plezier	69	69	0,64	0,41-0,87
Verandering van eetlust of gewicht	53	41	0,77	0,60-0,94
Slapeloosheid of hypersomnie	71	71	0,81	0,64-0,99
Psychomotorie agitatie of remming	48	48	0,76	0,58-0,94
Moeheid	80	84	0,33	0,00-0,65
Waardeloosheid of schuldgevoelens	63	63	0,50	0,25-0,74
Verminderd cognitief functioneren	90	85	0,74	0,46-1,00
Suicidale gedachten	10	10	0,78	0,48-1,00

interview vond in 85% van de gevallen plaats op de dag van het consult of een dag later. Het gemiddelde interval tussen de interviews bedroeg 1,4 dagen (range 1-4).

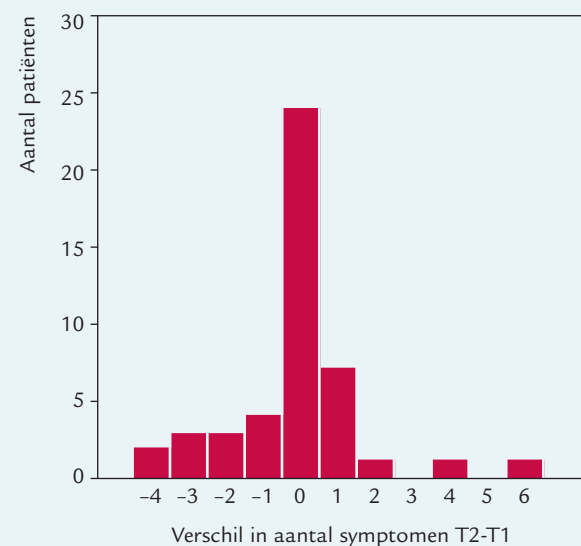
Reproduceerbaarheid van de depressieve symptomen

Uit de *tabel* blijkt dat de meeste depressieve symptomen tamelijk veel voorkwamen in onze steekproef. 'Moeheid' en 'verminderd cognitief functioneren' (denken, concentreren en besluiten) waren aanwezig bij 80-90% van de patiënten. Gezien de kappa-coëfficiënten was de reproduceerbaarheid van zeven depressieve symptomen 'goed' (kappa $\geq 0,61$).⁷ De reproduceerbaarheid van 'moeheid' en 'waardeloosheid of schuldgevoelens' was 'gering' tot 'redelijk'.

Reproduceerbaarheid van het aantal depressieve symptomen

De *figuur* toont de verdeling van de verschillen tussen de aantallen depressieve symptomen per patiënt geteld op T2 en de aantallen symptomen geteld op T1. In 75% van de gevallen bedroeg

Figuur Verschillen in het aantal depressieve symptomen per patiënt vastgesteld op T1 en T2



het verschil tussen de aantallen depressieve symptomen vastgesteld op T1 en T2 niet meer dan 1 symptoom. Bij patiënten waarbij het verschil in symptomen 4 of meer bedroeg, was dit verschil in 3 van de 4 gevallen te wijten aan het feit dat een 'verplicht' kernsymptoom ('depressieve stemming' of 'verlies van interesse of plezier') op het ene tijdstip wel en op het andere tijdstip niet was vastgesteld. Het gemiddelde van de verschillen bedroeg -0,17 (95%-BI = 0,69-0,35). De standaarddeviatie van de verschillen bedroeg 1,74. De SEM bedroeg dus $1,74 / \sqrt{2} = 1,23$. Het verschil tussen het geobserveerde aantal depressieve symptomen en het 'werkelijke' aantal symptomen van de patiënt was voor 95% zeker kleiner dan 2,4, waarbij het 95%-betrouwbaarheidsinterval van deze schatting 1,8-3,0 bedroeg. De huisarts kon er met zijn vaststelling van het aantal depressieve symptomen dus gemakkelijk 1 à 2 symptomen naast zitten.

Reproduceerbaarheid van de diagnoses ernstige en milde depressie

Op T1 voldeden 32 van de 52 patiënten (62%) aan de criteria voor een ernstige depressie volgens de NHG-Standaard. Op T2 voldeden 33 van de 50 patiënten (66%) aan de criteria voor een ernstige depressie. Als gevolg van ontbrekende waarden kon op T2 bij 2 patiënten geen diagnose worden gesteld. Cohen's kappa voor de overeenstemming van de diagnose ernstige depressie tussen beide tijdstippen bedroeg 0,70 (95%-BI 0,50-0,90; n=50). Dit wordt als een goede overeenstemming gezien.⁷

Op T1 voldeden 10 van de 52 patiënten (19%) aan de criteria voor een milde depressie. Op T2 waren dat er 6 van de 50 (12%). Cohen's kappa voor de overeenstemming van de diagnose milde depressie tussen beide tijdstippen bedroeg 0,26 (95%-BI -0,07-0,59; n=50). Deze waarde van kappa wijst op een geringe overeenstemming. Van de 10 patiënten die op T1 de diagnose milde depressie kregen, kregen er op T2 niet meer dan 3 opnieuw dezelfde diagnose. Vier van de 10 patiënten kregen op T2 de diagnose ernstige depressie en drie patiënten kregen geen diagnose depressie meer.

Discussie

Hoe betrouwbaar is de diagnose depressie als de huisarts deze diagnose conform de NHG-Standaard Depressie tijdens een eenmalig contact met de patiënt stelt? Om de diagnose depressie te stellen, moet de huisarts volgens de standaard eerst de aan- of afwezigheid van negen depressieve symptomen beoordelen. Het blijkt dat, als huisartsen gebruikmaken van een gestructureerd interview als de SDI, de betrouwbaarheid – in de zin van reproduceerbaarheid – van die beoordeling redelijk goed is. Alleen voor 'moeheid' geldt dit niet.

De diagnose depressie is gebaseerd op het aantal depressieve symptomen van de patiënt. De huisarts probeert met een diagnostisch vraaggesprek daar zo goed mogelijk een indruk van te krijgen. Het probleem is echter dat de huisarts te maken krijgt met meetfouten waardoor zijn schatting van het aantal symptomen van de patiënt meer of minder kan afwijken van het aantal symptomen dat de patiënt 'werkelijk' heeft. De vraag is dus hoe-

ver de schatting van de huisarts er dan naast kan zitten. Welnu, we hebben gevonden dat de huisarts er gemakkelijk één à twee symptomen en maximaal twee à drie symptomen naast kan zitten. Het gevolg hiervan is diagnostische onzekerheid bij patiënten bij wie het aantal gevonden symptomen net onder of boven de drempelwaarde(n) van depressie is vastgesteld. Dat is de reden dat de reproduceerbaarheid van de diagnose ernstige depressie (kappa 0,70) minder goed is dan een clinicus zou wensen. Die reproduceerbaarheid steekt overigens helemaal niet slecht af bij de reproduceerbaarheid van de diagnose *major depression* die gerapporteerd wordt in een psychiatrische setting (kappa's: 0,52-0,68).¹⁰⁻¹² Het is dus niet zo dat veel uitgebreidere diagnostische interviews betrouwbaarder diagnoses opleveren dan een eenvoudig instrument als de SDI.

De reproduceerbaarheid van de diagnose milde depressie blijkt een groot probleem te zijn. Conform de NHG-Standaard Depressie is deze diagnose gebaseerd op de aanwezigheid van drie of vier depressieve symptomen (waarvan er minstens één een kernsymptoom moet zijn). De geringe reproduceerbaarheid is een direct gevolg van het feit dat de huisarts bij het vaststellen van het aantal depressieve symptomen, er gemakkelijk één à twee naast kan zitten, en dat de patiënt dan plotseling niet meer aan de criteria voor een milde depressie hoeft te voldoen.

Beperkingen

Ons onderzoek kent enkele beperkingen. In de eerste plaats was de steekproef betrekkelijk klein (n=52) waardoor de betrouwbaarheidsintervallen tamelijk breed waren. Daarbij waren de patiënten geselecteerd op een relatief hoog niveau van psychische klachten. Een bredere steekproef had meer patiënten bevat die niet voldeden aan de criteria voor ernstige depressie, waardoor de reproduceerbaarheid van deze diagnose mogelijk iets hoger was uitgevallen. Een bredere steekproef had mogelijk ook meer patiënten met een milde depressie omvat, maar het is gegeven onze bevindingen onwaarschijnlijk dat dit een gunstiger beeld van de reproduceerbaarheid van die diagnose zou hebben opgeleverd. Hoe dan ook, wij hebben ons onderzoek verricht bij een steekproef patiënten met relatief ernstige klachten bij wie het belangrijk is op correcte wijze de diagnose ernstige depressie te stellen.

Een tweede beperking is gelegen in het feit dat de test- en her-testinterviews per patiënt door dezelfde dokter werden afgenomen. Hierdoor is de variatie van de kant van de interviewers waarschijnlijk enigszins beperkt gebleven zodat een gunstiger beeld van de reproduceerbaarheid is verkregen dan wanneer met onafhankelijke interviewers was gewerkt. Dat betekent dus ook dat de onbetrouwbaarheid van de diagnose depressie die wij hebben vastgesteld, grotendeels moet worden toegeschreven aan variatie van de kant van de patiënten.

De derde beperking heeft te maken met de diagnose depressie zelf. Omdat er geen gouden standaard voor de diagnose depressie is, ontstaat bij het bestuderen van de reproduceerbaarheid van depressieve symptomen en diagnoses met behulp van de SDI

het probleem dat we simultaan zowel de betrouwbaarheid van het meetinstrument als die van de symptomen en diagnoses zelf onderzoeken. Het is dus moeilijk te zeggen of bijvoorbeeld de relatieve onbetrouwbaarheid van het symptoom 'moedheid' moet worden toegeschreven aan het meetinstrument, de SDI, of aan de bijzondere kenmerken van het symptoom 'moedheid' in de huisartsenpraktijk op zich. Hetzelfde geldt a fortiori voor de diagnose depressie. Bij gebrek aan vaste grond onder de voeten, kunnen we, in navolging van de baron van Münchhausen, niet anders doen dan proberen onszelf aan onze haren uit het moeras te trekken.

Relevantie voor de praktijk

Wat betekenen onze resultaten nu voor de praktijk? Om te beginnen kunnen we concluderen dat de diagnose milde depressie, vanwege de grote onbetrouwbaarheid, praktisch onbruikbaar is. Hooguit zou deze diagnose kunnen fungeren als een signaal aangezien de kans op de diagnose ernstige depressie bij een herhaalde beoordeling minstens zo groot is als de kans op de diagnose milde depressie. Ten aanzien van de diagnose ernstige depressie is het belangrijk dat huisartsen zich realiseren dat ze er met het vaststellen van het aantal depressieve symptomen die nodig zijn voor de diagnose, gemakkelijk één à twee naast kunnen zitten. Wanneer patiënten dus net onder of boven de grenswaarde van ernstige depressie blijken te zitten, lijkt het verstandig geen overhaaste conclusies te trekken, bijvoorbeeld over het al of niet voorschrijven van een antidepressivum. Tenzij aanvullende informatie, zoals een voorgeschiedenis van depressie of een positieve familieanamnese, het vermoeden van de aanwezigheid van een depressie versterkt, is het verstandig om één à twee weken af te wachten en de patiënt daarna opnieuw te beoordelen.

Hoewel we, ook in het licht van de internationale literatuur, lang niet mogen klagen over de betrouwbaarheid waarmee huisartsen de diagnose ernstige depressie kunnen vaststellen, lijkt er ruimte voor verbetering. De DSM-systematiek van symptomen vaststellen en tellen, sluit slecht aan op de manier waarop huisartsen in de praktijk diagnostiek bedrijven. Het navragen van een rijtje van negen symptomen (eerst twee en vervolgens nog zeven) is zonder hulpmiddelen niet goed mogelijk. Huisartsen reageren meestal op een beperkt aantal *cues*. Het zou enorm helpen als het aantal symptomen waarop de diagnose depressie in de huisartsenpraktijk gesteld kan worden, zou kunnen worden teruggebracht tot bijvoorbeeld vier. De oplossing moet dan gezocht worden in het focussen op symptomen die specifiek zijn voor depressie, zoals een abnormaal depressieve stemming, anhedonie (verlies van interesse of plezier), gevoelens van waardeloosheid en suïcidaliteit.^{13,14} Wanneer de diagnose depressie gebaseerd zou worden op symptomen die zowel specifiek zijn als betrouwbaar kunnen worden vastgesteld, zou dat de diagnostiek van depressie sterk kunnen vereenvoudigen en verbeteren. We hebben gezien dat de 'verplichte' symptomen verantwoordelijk waren voor de meest extreme verschillen in het aantal vastgestelde symptomen. Wanneer de diagnose depressie gesteld zou kunnen worden op speci-

fieke symptomen, zouden 'verplichte' kernsymptomen niet meer nodig zijn, en de diagnose eenvoudig gesteld kunnen worden door een minimaal aantal depressieve symptomen vast te stellen.

Dankbetuiging

Het onderzoek is onvoorwaardelijk gesponsord door Solvay Pharma te Weesp.

Literatuur

- 1 Blacker CVR, Clare AW. Depressive disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1987;150:737-51.
- 2 Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:237-47.
- 3 Van Marwijk HWJ, Grundmeijer HGLM, Brueren MM, Sigling HO, Stolk J, Van Gelderen MG, et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 1994;37:482-90.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: APA, 1994.
- 5 Helzer JE. Standardized interviews in psychiatry. *Psychiatr Dev* 1983;2:161-78.
- 6 Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960;20:37-46.
- 7 Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1991.
- 8 Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 2nd ed.. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- 9 Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1986;1:307-10.
- 10 Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:630-6.
- 11 Semler G, Wittchen H-U, Joschke K, Zaudig M, Von Geiso T, Kaiser S, et al. Test-retest reliability of a standardized psychiatric interview (DIS/CIDI). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1987;236:214-22.

- 12 Tomov T, Nikolov V. Reliability of SCAN categories and scores. Results of the field trials. In: Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR, editors. *Psychiatry: a world perspective*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1990.
- 13 Snaith RP. The concepts of mild depression. *Br J Psychiatry* 1987;150:387-93.
- 14 Beck AT. Depression. Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1970.

Short Depression Interview (SDI)

De SDI is ontwikkeld door een werkgroep van 12 huisartsen met speciale interesse in psychische problemen. Het doel was een gestandaardiseerd interview om in zo kort mogelijke tijd een zo betrouwbaar mogelijke diagnose depressie te stellen conform de DSM-IV en de NHG-Standaard Depressie. De negen depressieve symptomen worden uitgevraagd met 16 hoofdvragen en 31 facultatieve subvragen. De aanvullende criteria die de DSM-IV stelt, worden nagegaan aan de hand van 5 vragen die de arts na afloop van het interview dient te beantwoorden. De formulering van de vragen volgt zo veel mogelijk de formulering van de DSM-IV. Bijvoorbeeld, het criterium 'fatigue or loss of energy nearly every day' is vertaald in de hoofdvraag 'Voelt u zich moe of weinig energiek?' en de subvraag 'Zo ja, is dat al minstens twee weken bijna elke dag het geval?' De vragen worden in principe met 'ja' of 'nee' beantwoord. De tijd die het interview kost, ligt tussen de drie en zeven minuten, afhankelijk van de ernst van de depressieve symptomen. Wanneer de kernsymptomen (drie vragen) negatief zijn, kan het interview worden afgebroken omdat er dan per definitie geen sprake van depressie kan zijn. De volledige SDI is beschikbaar op www.emgo.nl/utilities.

Duur van depressieve episoden en voorspellers van hun beloop

Resultaten van NEMESIS

J Spijker, RV Bijl, WA Nolen

Samenvatting

Spijker J, Bijl RV, Nolen WA. Duur van depressieve episoden en voorspellers van hun beloop. Resultaten van NEMESIS. *Huisarts Wet* 2004;47(2):70-3.

Doel Kennis van de duur van depressieve episoden en determinanten van hun beloop is voor de huisarts van belang bij het geven van een prognose.

Onderzoeksresultaten uit NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) geven hiervoor de nodige informatie.

Methode NEMESIS is een prospectief epidemiologisch onderzoek onder volwassenen (n=7076), met de *Composite international diagnostic interview* (CIDI) als diagnostisch instrument. Het beloop werd vastgesteld met een *Life Chart Interview* en de duur van episoden werd berekend met survivalanalyse.

Resultaten De mediane duur van (op)nieuw ontstane depressieve episoden (volgens DSM-III-R) is 3 maanden. Chroniciteit (duur van depressie van 2 jaar of meer) ontstaat bij 20% van de personen met een depressieve episode. De beste voorspellers voor het persisteren van een depressie zijn ziektekenmerken als