



*Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Dienst Epidemiologie  
Centrum voor Operationeel Onderzoek in  
Volksgezondheid*



*Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap  
Departement Welzijn Volksgezondheid en  
Cultuur  
Administratie Gezondheidszorg*

# Depressie

## Stand van zaken in België

### elementen voor een gezondheidsbeleid

Kristina Bayingana – Sabine Drieskens - Jean Tafforeau





# **Depressie**

## **Stand van zaken in België**

### **Elementen voor een gezondheidsbeleid**

Kristina Bayingana, Sabine Drieskens, Jean Tafforeau

Kristina Bayingana – Sabine Drieskens - Jean Tafforeau

Depressie: Stand van zaken in België elementen voor een gezondheidsbeleid

Dienst Epidemiologie, 2000; Brussel

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, IPH/EPI Reports Nr.2002 - 011

Depot N°: D/2002/2505/20

# **DEPRESSIE**

## **Stand van zaken in België**

### **elementen voor een gezondheidsbeleid**

Laatste update: 13/03/2002

Intern herlezen door: Prof. Herman Van Oyen

Herlezen door opdrachtgevers:

Mevr. Heidi Cloots,  
Dr. Stephan Van Den Broucke

Nederlandse versie herlezen en verbeterd door:

Stefaan Demarest  
Pieter-Jan Miermans

Externe reviewers:

Prof. Koen Demyttenaere UZ Gasthuisberg, Leuven  
Dr. Hugo D'Haenen, AZ VUB, Service de psychiatrie  
Dr. André Dufour, Wetenschappelijke Vereniging van  
Huisartsen  
Prof. Cornelis van Heeringen, UZ Gent, Afdeling Psychiatrie  
Prof. Isidore Pelc, CHU Brugmann - Afdeling Psychiatrie  
Mevr. Murielle Vanderveken, Belgische Liga voor Depressie

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Dienst Epidemiologie  
14, Juliette Wytsmanstraat  
1050 Brussel  
tel. 32 2 642 57 54  
fax. 32 2 642 54 10  
email : kristina.bayingana@iph.fgov.be  
<http://www.iph.fgov.be/epidemiology/>

## INHOUDSTAFEL

<b>SAMENVATTING</b> .....	1
<b>1. Definitie, classificatie en diagnose</b> .....	6
1.1 De classificaties .....	6
1.2 Definitie.....	6
a. Criteria van de DSM-IV. ....	6
b. Criteria van de ICD-10 .....	7
1.3 Overeenkomst tussen DSM-IV en ICD-10 .....	8
1.4 Meetinstrumenten van depressie .....	9
<b>2. Fysiopathologische mechanismen</b> .....	14
<b>3. Risicofactoren</b> .....	15
3.1 Endogene factoren.....	15
a. Genetische en biologische factoren .....	15
b. Psychologische factoren .....	15
c. Leeftijd en depressie.....	16
d. Het verschil tussen de geslachten .....	19
3.2 Exogene factoren: sociale - en omgevingsfactoren .....	20
a. Het werk, de professionele status .....	20
b. Financiële status, opleidingsniveau .....	21
c. Stress.....	21
d. Sociale relaties en burgerlijke staat .....	22
e. Cultuur .....	22
f. De seizoensgebondenheid.....	23
<b>4. Evolutie</b> .....	24
<b>5. Comorbiditeit</b> .....	25
5.1 Algemeen geassocieerde medische aandoeningen.....	25
5.2 Coronaire ziekten en depressie .....	25
5.3 Kanker en depressie .....	26
5.4 Middelengebruik.....	26
a. Alcohol .....	26
b. Tabak.....	27
5.5 De coëxistentie van angststoornissen.....	27
<b>6. Gevolgen</b> .....	29
6.1 Zelfmoordpogingen, zelfmoord .....	29
6.2 Invloed op de overleving .....	31
6.3 Familiale, sociale en professionele repercussies .....	32
a. Familiale repercussies .....	32
b. Professionele repercussies .....	32
c. Repercussies op de levenskwaliteit .....	33

<b>7. Epidemiologische gegevens</b> .....	34
7.1 Methodologische beperkingen .....	34
7.2 Belgische gegevens .....	35
a. Prevalentie van depressie in België .....	35
b. Incidentie van depressie in België .....	48
c. Algemene gegevens over de gevolgen van depressie: zelfmoorden en zelfmoordpogingen .....	50
7.3 Synthese van de gegevens in België .....	54
7.4 Internationale gegevens .....	56
a. Prevalentie van depressie .....	56
b. Incidentie van depressie .....	60
7.5 De impact van morbiditeit .....	60
7.6 Studies in uitvoering .....	61
a. Gezondheidsenquête d.m.v. Interview van 2001 .....	61
b. European Study on Epidemiology of Mental Health, 2000 .....	61
<b>8. Behandeling van depressie</b> .....	62
8.1 De beschikbare behandelingen .....	62
a. De medicamenteuze behandeling .....	62
b. De psychotherapie .....	64
c. De electroconvulsietherapie (ECT) .....	65
d. De lichttherapie .....	65
<b>9. Economische beschouwingen</b> .....	67
9.1 Gezondheidseconomie binnen het gebied van depressie .....	67
9.2 Schatting van de kosten .....	67
a. Gegevens van de Verenigde Staten .....	67
b. Werkonbekwaamheid .....	68
9.3 Belgische gegevens .....	69
a. Directe medische kosten .....	69
b. Indirecte kosten .....	71
<b>10. Preventie van depressie</b> .....	73
10.1 Primaire preventie .....	73
10.2 Secundaire preventie .....	74
a. De aanpak, de vaststellingen .....	74
b. Maatregelen van secundaire preventie .....	75
10.3 Voorbeeld van preventieacties .....	77
a. Informatie- en vormingscampagnes over depressie .....	78
b. Screeningscampagne van depressie .....	79
10.4 Acties uitgevoerd in België .....	79
<b>11. Besluit en aanbevelingen</b> .....	84
<b>12. Bibliografie</b> .....	85

## TABELLEN

Tabel 1-1 : Presentatie van enkele diagnostische instrumenten van depressie gebruikt bij volwassenen.....	12
Tabel 1-2 : Presentatie van enkele gebruikte depressieschalende gebruikt bij volwassenen.....	13
Tabel 5-1 : Prevalentie van de comorbiditeit van depressieve episodes (Major Depressive Episodes), NCS-studie, Verenigde Staten, 1990-92.....	28
Tabel 7-1: Frequentie (%) van hardnekkige depressies per geslacht en per leeftijd, Panel Study of Belgian Households, België, 1998.....	36
Tabel 7-2: Punctuele prevalentie (in %) van de symptomatologie van depressie per geslacht, leeftijd en nationaliteit (depressiviteitsgrens vastgelegd op 21), Studie van de mentale gezondheid bij jongeren, Brussel-Hoofdstad, België, 1994. ....	37
Tabel 7-3: Mentale gezondheidsindicatoren volgens Gewest, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.....	39
Tabel 7-4: Prevalentie van depressie (%) tijdens de laatste 12 maanden (n=527), gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht volgens het opleidingsniveau en het inkomen, Gezondheidsenquête, België, 1997.....	41
Tabel 7-5: Frequenties (%) van langdurige depressies volgens het opleidingsniveau, de burgerlijke staat en de professionele status, Panel Study of Belgian Households, België, 1990. ....	42
Tabel 7-6 Prevalentie van de depressiviteit (%) volgens geslacht en gewest in een steekproef van werknemers (n=1143). Depressiviteitsenquête en werksfeer, Belgische Liga voor Depressie, België, 1998.....	43
Tabel 7-7: Percentage van depressieve symptomen bij patiënten in de gynecologie, België, 1995. ....	44
Tabel 7-8: Proportie van depressieve patiënten consulterend voor hun depressie en proportie van medische voorschriften voor de behandeling van depressie, DEPRES, 1997. ....	45
Tabel 7-9: Voorschrift van de medicamenteuse behandeling per land en volgens de ernst van de depressie, DEPRES studie, 1995.....	46
Tabel 7-10: Aantal diagnoses van depressie, INTEGO-netwerk, België, 1994- 1998. ....	49
Tabel 7-11: Sterftecijfer door zelfmoord, gestandaardiseerd voor leeftijd, per gewest en per geslacht, België, 1995. (referentiepopulatie: Belgische populatie van 1995). Bron: WIV (SPMA). ....	51
Tabel 7-12: Synthese van de gerealiseerde en uitgevoerde studies die de gegevens over de prevalentie van depressie in België voorzien.....	55
Tabel 7-13 : Prevalentie over zes maanden (%) van depressieve stoornissen en symptomen, DEPRES-studie, Europa, 1994-1995.....	57
Tabel 7-14: Prevalentie (%) van depressie en van alle gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen (n=7079)*, volgens geslacht, in de loop van het leven, gedurende een	

periode van 12 maanden en een periode van een maand, NEMESIS studie, Nederland, 1996-1997-1999.....	59
<b>Tabel 7-15: DALY-cijfer per 1000 personen* voor de mentale stoornissen pour les troubles mentaux dans les pays à Economies de Marché Etablies (EME) (1990) et dans l'Etat de Victoria, Australie (1996).....</b>	<b>60</b>
<b>Tabel 9-1: Brutobedrag (in miljoen BEF) van de afgiften van antidepressiva in de ambulatoire terugbetaalde praktijk (segment DU 90%), Pharmanet, 1998.....</b>	<b>70</b>
<b>Tabel 9-2: Aantal dagen afwezig op het werk wegens ziekte gedurende de afgelopen zes maanden in België, DEPRES, 1997 .....</b>	<b>72</b>
<b>Tabel 9-3 Gemiddeld aantal dagen per jaar van tijdelijke incapaciteit volgens de depressieve toestand van de ondervraagde personen. Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, 1997, België.....</b>	<b>72</b>
<b>Tabel 10-1 Enkele factoren die de erkenning van depressie in de algemene geneeskunde bepalen.....</b>	<b>75</b>



## FIGUREN

Figuur 4-1 : Evoluties van depressie .....	24
Figuur 5-1 : Aantal personen die een depressie en een comorbiditeit in de loop van het leven hebben. Studie van Baruffol, Thilmany, België, 1993. ....	28
Figuur 7-1 : Prevalentie van depressie (%) in België in de loop van de 6 maanden voorafgaand de enquête, per geslacht, Studie DEPRES, België 1994-1995.....	38
Figuur 7-2 : Prevalentie van depressie (%) volgens leeftijd en geslacht. Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.....	39
Figuur 7-3 : Prevalentie van veel voorkomende psychiatrische stoornissen per geslacht, Psychiatrische enquête van Luxemburg, België, 1998. ....	40
Figuur 7-4 Proportie van personen die een depressie verklaarden in de loop van de laatste 12 maanden en die wel of niet geconsulteerd hebben (n=528). Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.....	45
Figuur 7-5 Prevalentie van opvolging en behandeling van personen die een depressie verklaarden in de loop van de laatste 12 maanden (n=528), Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997. ....	47
Figuur 7-6 : Incidencie van depressie (per 1000 patiëntjaren) per geslacht, INTEGO-netwerk, België, 1994-98.....	49
Figuur 7-7 : Incidentie van depressie in vergelijking met met andere diagnoses volgens de maand van het jaar, INTEGO-netwerk, België, 1994-1998.....	50
Figuur 7-8: Incidencie van depressie (%) tijdens de periode 1992-1994 volgens leeftijd. PSBH, België. ....	50
Figuur 7-9 : Sterftcijfer voor zelfmoord (per 100 000) per geslacht en per leeftijdsgroep, België, 1995. Bron WIV (SPMA).....	51
Figuur 7-10 : Gestandaardiseerd sterftcijfer te wijten aan zelfmoord per 100 000 inwoners (directe standardisatie, referentiejaar 1999), Gezondheidsindicatoren België, 1999. ....	52
Figuur 7-11 : Prevalentie (%) van depressie per type en per geslacht, DEPRES-studie, Europa, 1994-1995.....	58
Figuur 9-1 : Voorschrift van verschillende types van antidepressiva (in % van het brutobedrag van de totale voorschriften) volgens de voorschrijvers, België, Pharmanet, 1998. ....	70
Figuur 10-1 : Te ondernemen acties om depressie te voorkomen en beter aan te pakken ....	83

## BIJLAGEN: INHOUDSTAFEL

Bijlage 1 : Intervenienten binnen het domein van depressie in België.....	94
Bijlage 2 : Description du DSM-IV .....	100
Bijlage 3 : Gevolgen van depressie .....	105
Bijlage 4 : Lijst van antidepressiva beschikbaar in België in 2001 .....	107
Bijlage 5 : Depressie F32#. Praktische raadgevingen voor de aanpak van depressie .....	108



## Samenvatting

Depressie is een mentale ziekte gekarakteriseerd door een stoornis van de stemming.

Een bepaald aantal criteria definiëren depressie, zoals bv. een sombere stemming, een verlies aan interesse, een gevoel van moedeloosheid, slaap- en concentratieproblemen, gewichtsstoornissen, een psychomotorische vertraging of onrust, een chronische vermoeidheid, terugkerende gedachten aan de dood...

Er bestaan verschillende types van depressie afhankelijk van de duur van de ziekte, de ernst en het recidiveren van episodes. In de meerderheid van de gevallen spreekt men van een depressieve episode (Major Depressive Episode).

Er werd aangetoond dat deze stemmingsstoornissen rechtstreeks samenhangen met een verandering van het mechanisme van neurotransmitters zoals noradrenaline, serotonine en dopamine.

Depressie heeft niet alleen gevolgen voor de gezondheid in het algemeen en de overleving, maar ook voor het familiaal leven, de sociale relaties en het werk.

De kwaliteit van het leven van depressieve personen en hun omgeving wordt getroffen.

Volgens de WGO is één vijfde van alle oorzaken van handicap te wijten aan psychiatrische aandoeningen en in de eerste plaats aan depressie en angst.

### Risicofactoren

Men zou de risicofactoren in twee groepen kunnen opsplitsen: de endogene factoren (biologische, psychologische, geslacht, leeftijd) en de exogene factoren (beroepsstatus, opleidingsniveau, stress, burgerlijke staat en sociale relaties, seizoenen, cultuur,...).

Hoewel het **multifactorieel proces** nog niet volledig verklaard is, stellen verscheidene auteurs de interactie tussen deze verschillende factoren verantwoordelijk.

Enkele belangrijke risicofactoren zijn:

- **Het geslacht:** depressie komt bij vrouwen gemiddeld twee maal meer voor dan bij mannen. **Hormonale factoren** en **psychologische kenmerken** zouden deels dit overwicht bij vrouwen kunnen verklaren. Dit verschil tussen de geslachten valt ook te observeren op het gebied van de hardnekkigheid van de symptomen.
- **De sociale - en omgevingsfactoren: werkloosheid** kan leiden tot het optreden van depressieve symptomen ten gevolge van de **financiële moeilijkheden**, het toenemend isolement en een verlies van persoonlijke erkenning dat het verliezen of het niet vinden van werk met zich meebrengen. Een laag **opleidingsniveau** wordt ook geassocieerd met een toename van depressieve symptomen. **Stress**, veroorzaakt door gebeurtenissen in het leven, levensomstandigheden en moeilijk werk, is verantwoordelijk voor het psychologisch disfunctioneren dat de kans op het voorkomen van depressie

(Major Depressive Disorder) verhoogt. De **burgerlijke staat** heeft een significante invloed op het voorkomen depressie: algemeen gezien komt depressie meer voor bij personen die gescheiden of weduwe/weduwnaar zijn dan bij personen die samen leven of vrijgezel zijn. **De sociale ondersteuning en interactie, de werkgelegenheid, de stabiliteit van de familiale relaties en van het koppel** zijn daarentegen beschermingsfactoren ten opzichte van depressie.

- Bepaalde **ziekten**, zoals kanker, diabetes, dementie, hypothyreoïdie en gezondheidsproblemen die de functionele autonomie treffen, zijn risicofactoren voor depressie. Het is de **fysieke pijn** (in het bijzonder te wijten aan kanker) die een oorzakelijke rol zou spelen in de prevalentie van depressie.

Depressie zelf zou een risicofactor zijn voor bepaalde lichamelijke ziekten, zoals hartinfarct.

Er bestaat ook een comorbiditeit tussen depressie en bepaalde fysieke pathologieën en/of psychiatrische stoornissen (kanker, cardiovasculaire aandoeningen, angst, alcoholisme, toxicomanie).

Deze associatie met een andere ziekte beïnvloedt de prognose van depressie door de mortaliteit bij depressieve personen in verhouding met de algemene populatie te doen toenemen.

### **Prevalentie en incidentie**

In België zijn enkele gegevens beschikbaar over de toestand van de mentale gezondheid van de bevolking en meer specifiek over depressie. Deze gegevens, voornamelijk afkomstig van epidemiologische enquêtes, laten toe om het belang van de problematiek van depressie in te schatten.

Voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van deze gegevens, want er bestaan variaties die samenhangen met het gebruikte meetinstrument en de grenswaarde voor het definiëren van de depressieve symptomatologie.

De jaarlijkse prevalentie van depressie volgens de Belgische studies varieert van 6 tot 16%. Deze cijfers komen overeen met de resultaten van internationale studies. Zij bevestigen dat depressie even frequent voorkomt in België als in de overige Westerse landen.

De gezondheidsenquête van 1997 stelt de situatie van zelfverklaarde depressie in België voor. Er zijn verschillen tussen de Gewesten: Wallonië en Brussel tonen cijfers van 7,5% en 8,4%, terwijl Vlaanderen een minder hoge prevalentie (5,1%) voor depressie heeft.

De studies over de prevalentie van depressie in de loop van het leven, uitgevoerd in Wallonië, geven een prevalentie aan die varieert van 22 tot 25% bij de volwassenen (van 27 tot 33% bij de vrouwen en ongeveer 17% bij de mannen). Deze resultaten zijn relatief hoog in vergelijking met de internationale gegevens. Immers, volgens de DSM-IV, varieert het risico om een depressieve aandoening te vertonen in de loop van het leven bij de algemene bevolking van 10 tot 25% bij de vrouwen en van 5 tot 12% bij de mannen.

Het prevalentiecijfer van depressie op Europees niveau was 17% (DEPRES 1995). Het overeenkomstig cijfer in België, gemeten door dezelfde enquête, was 12%.

De weinige gegevens waarover we beschikken om de incidentie van depressie in de algemene bevolking te bepalen, zijn die van de Panel Study Belgian Households (1992-1994). In deze studie is de incidentie van depressie het hoogst voor de leeftijd van 30 tot 50 jaar. In deze leeftijdscategorie schommelt ze tussen de 5 en 6% voor de periode in kwestie.

In de Verenigde Staten werd de incidentie van depressie in de jaren '80 geschat op bijna 2% per jaar bij de vrouwen en 1% bij de mannen.

### **Sterfte**

In het algemeen neemt de kans op overleving op een significatieve wijze af bij personen getroffen door een depressie: de kans op sterfte is 2 tot 4 keer groter bij aanwezigheid van depressie na correctie voor de andere risicofactoren.

Zelfmoord is zonder twijfel het ernstigste gevolg van depressie. Hoewel zelfmoord wordt beschouwd als een daad die meerdere oorzaken kent, is een grote meerderheid van de sterfte door zelfmoord te wijten aan stemmingsstoornissen en meer specifiek aan depressie. Men schat dat 45 tot 70% van de gevallen van zelfmoord depressief zou zijn op het moment van hun daad en dat 15% van de overlijdens bij depressieve patiënten aan zelfmoord toe te schrijven valt.

België situeert zich bij de Europese landen met het hoogste sterftecijfer door zelfmoord. In 1995 was het voor leeftijd gestandaardiseerd sterftecijfer door zelfmoord 31/100.000 bij de mannen en 12/100.000 bij de vrouwen. We merken op dat de meerderheid van de zelfmoorden mannen betreft, de vrouwen hebben echter hogere prevalentiecijfers voor depressie. Het aantal zelfmoordpogingen van vrouwen is daarentegen wel veel hoger dan bij de mannen: 2/3 van de pogingen wordt door vrouwen ondernomen. Depressie uit zich verschillend bij de twee geslachten en het lijkt erop dat de ernstigste uitingswijze bij mannen te situeren valt. Depressie bij de mannen, maar ook bij de vrouwen, dient te worden bekeken met bijzondere aandacht omwille van de fatale gevolgen die ze met zich mee kan brengen.

### **Economische beschouwingen**

Depressie zou, na de cardiovasculaire aandoeningen, de duurste ziekte zijn.

Deze aandoening vertegenwoordigt een belangrijke, grotendeels indirecte kost, zoals het verlies van productiviteit, absentieïsme, voortijdig overlijden door zelfmoord... Het is echter zeer moeilijk om de indirecte kosten in het geval van depressie correct in te schatten, dit vooral wegens de methodologische moeilijkheden van de berekening ervan.

De belangrijkste kosten van depressie zijn deze i.v.m. de arbeidsongeschiktheid. Het absentieïsme op het werk is bijna 5 maal groter bij een depressief persoon dan bij een persoon zonder depressieve symptomen. Het aantal dagen van afwezigheid volgens aandoening zou zelfs groter zijn voor depressie dan voor andere chronische ziekten zoals hartziekten, lumbale aandoeningen, hypertensie of diabetes.

Ook de directe kosten van depressie in België zijn moeilijk in te schatten gezien de gegevens van het RIZIV geen specifieke informatie over depressie bevatten (de diagnoses zijn immers niet voldoende gedifferentieerd).

Een schatting in 1988 van de jaarlijkse kosten voor depressie in België bedroeg 1,03 miljard EUR: 14% directe en 86% indirecte kosten.

De directe kosten m.b.t. de behandelingen zijn ook niet te verwaarlozen: het RIZIV heeft in 1995 67 miljoen EUR uitgegeven aan antidepressiva. Dit bedrag is beraamd op 124 miljoen EUR in 1998. Er moet worden bepaald of deze toename in verband staat met depressie en het consulteedgedrag dan wel met een mogelijke verandering in voorschrijfgewoontes.

Met betrekking tot consultaties is het zo dat in België personen met een depressie bijna 7 keer vaker een huisarts consulteren dan personen die geen depressie hebben en dit vooral als de depressie verergert.

### **De aanpak**

Van de verschillende mogelijke behandelingen van depressie zijn de vaakst gehanteerde de medicamenteuze behandelingen (in het bijzonder de antidepressiva) en de psychotherapie.

De meest voorgeschreven antidepressiva zijn de serotonine heropnameremmers (SSRI). De SSRI zijn even efficiënt als de tricyclische antidepressiva, maar vertonen minder bijwerkingen.

Depressie wordt niet altijd adequaat behandeld. Enerzijds doen depressieve patiënten niet altijd spontaan beroep op zorgen omwille van socio-economische en culturele redenen en vanwege de intrinsieke kenmerken van de ziekte (in zichzelf gekeerd zijn, minderwaardigheidsgevoel...). Anderzijds, hoewel depressie een ziekte is die vaak voorkomt in de ambulante praktijk, wordt de verstrekte zorg niet altijd op een adequate manier uitgevoerd. Vaak wordt de diagnose van depressie niet gesteld omdat de somatische klachten de aandacht afleiden. Daarnaast hebben de huisartsen niet altijd een doorgedreven vorming gehad over de meest voorkomende psychiatrische problemen.

### **Preventie - Strategieën**

Gezien het belang van de gezondheids- en socio-economische impact van depressie is er nood aan preventie van deze ziekte.

De meest voorkomende problemen zijn de miskennis van depressie en de stigmatisatie van de mentale gezondheid. De tussenkomsten van primaire preventie bestaan erin betere informatie over depressie ter beschikking te stellen en sensibilisatieacties uit te voeren over mentale gezondheid in het algemeen.

De secundaire preventie omvat naast de screening en de behandeling van depressie ook de preventie van zelfmoord. Het is nodig om in België programma's op te stellen die gericht zijn op het beter erkennen van depressie door de patiënt en zijn dokter en op het optimaliseren van antidepressieve behandelingen.

In 2001, het Jaar van de Mentale Gezondheid, werden er in België talrijke preventieprojecten en -activiteiten rond de mentale gezondheid opgezet. Wat meer specifiek depressie betreft, bestaan er enkele acties uitgevoerd op een lokaal niveau. Het is echter niet altijd even vanzelfsprekend om al deze werkingen, geleid door de verschillende actoren in geestelijke gezondheid, duidelijk te onderscheiden. De

coördinatie tussen deze partijen moet versterkt worden om meer coherentie in de aanpak en meer continuïteit in de preventieprojecten te bekomen.

Het is ook nodig om de geestelijke gezondheid en de levenskwaliteit te promoten aan de hand van acties op het vlak van informatie, gezondheidsopvoeding en stressbeheer. Deze acties zouden bekeken moeten worden op verschillende bevolkingsniveaus.

# 1. Definitie, classificatie en diagnose

1.1	<b>De classificaties</b>
1.2	<b>Definitie</b>
1.3	<b>Overeenkomst tussen DSM-IV en ICD-10</b>
1.4	<b>Meetinstrumenten van depressie</b>

## 1.1 De classificaties

Depressie is één van de meest frequente psychiatrische aandoeningen. Deze pathologie blijft echter nog voor een deel miskend omdat ze in de praktijk moeilijk te definiëren valt.

Het concept van « depressie » is immers niet hetzelfde voor iedereen. Het psychiatrisch beeld van depressie wordt gedefinieerd aan de hand van erkende symptomen, maar die stemmen niet altijd overeen met het beeld van depressie dat leeft bij de bevolking. De gebruikte classificatie voor de diagnose van depressie varieert ook volgens de discipline van de gezondheidswerkers.

De meerderheid van de gezondheidswerkers gebruikt het medisch model voor het definiëren van depressie. In dit model is de diagnose gebaseerd op bepaalde symptomen onafhankelijk van de oorzaken die eraan ten gronde liggen.

De algemeen gebruikte criteria, die nu als norm gelden inzake psychiatrische diagnose, zijn gedefinieerd door de *American Psychiatric Association* in de DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Health, 4<sup>de</sup> editie, 1994) (1) (bijlage 2). Momenteel is een nieuwe versie van DSM-IV verschenen (DSM-IVTR). Deze classificatie evolueert tamelijk snel. In de meeste epidemiologische studies worden meestal de classificaties van DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) gebruikt.

Het andere systeem van classificatie dat vaak gebruikt wordt, is de Internationale Classificatie van Ziekten m.b.t. de mentale problemen en het gedrag, 10<sup>de</sup> revisie, ontwikkeld door de WGO en gepubliceerd in 1992 (2).

## 1.2 Definitie

### a. Criteria van de DSM-IV.

Volgens de DSM-IV maakt depressie deel uit van gemoedsstoornissen (stemmingsstoornis). Deze classificatie beschrijft enerzijds de **gemoedsepisodes** en anderzijds de **stemmingsstoornissen**. De episodes worden niet gediagnosticeerd op zich, maar het zijn elementen die worden gebruikt om de diagnose van de stoornissen op te stellen. Men onderscheidt in de DSM-IV verschillende depressieve stoornissen:

- De depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) (eenmalige en recidiverende episode);
- De dysthyme stoornis;
- De depressieve stoornis, niet gespecificeerd.

**De depressieve stoornis (Major Depressive Disorder)** (bijlage 2) bestaat uit één of meerdere depressieve episodes (Major Depressive Episodes). Het verschil tussen



een eenmalige depressieve stoornis en een recidiverende depressieve stoornis is gebaseerd op het aantal depressieve episodes geobserveerd bij eenzelfde persoon.

De recidiverende depressieve stoornis kan een seizoensgebonden karakter hebben.

Dit concept van depressie laat toe om de depressieve stoornissen, die meer ernstige symptomatische kenmerken hebben dan andere, te differentiëren.

**De dysthyme stoornis** (bijlage 2) karakteriseert zich voornamelijk door een chronische depressieve stemming die meer dan een op twee dagen gedurende minstens twee jaar voorkomt. De symptomen zijn minder ernstig dan die van depressieve stoornissen. Het verschil tussen dysthyme stoornis en depressieve stoornis is gebaseerd op de ernst en het aanhouden ervan. Het is immers moeilijk om deze twee stoornissen te differentiëren, daar de geobserveerde symptomen gelijkaardig zijn en de verschillen die ze vertonen in hun ontkoppeling, hun duur en hun ernst achteraf niet gemakkelijk te evalueren zijn.

In het algemeen bestaat de dysthyme stoornis al lang zodat, op het moment van de diagnose, de patiënten er zelf over praten als deel uitmakend van hun normaal functioneren, vandaar de verwarring tussen karaktertrekken en depressieve toestand.

**Het begrip van depressieve stoornissen, niet gespecificeerd** werd geïntroduceerd teneinde stoornissen te kunnen coderen die depressieve kenmerken hebben, maar die niet aan de criteria van een depressieve stoornis, een dysthyme stoornis of een aanpassingsstoornis (bv. premenstruele dysfore stoornis, beperkte depressieve stoornis...) voldoen.

De term van **beperkte depressieve stoornis (Minor Depressive Disorder)**, die vaak diagnostisch is in studies die betrekking hebben op depressie, wordt gebruikt om de symptomen te beschrijven die zich onder de aangenomen grenswaarde voor depressie (Major Depressive Disorder) situeren. De definitie van beperkte depressie is niet opgenomen in een aparte categorie in de DSM-IV. De criteria van lichte depressie zijn beschreven in de matig ernstige depressieve episode van de Internationale Classificatie van Ziekten, 10<sup>de</sup> revisie.

## **b. Criteria van de ICD-10**

In de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD-10) zijn de stemmingsstoornissen gehergroepeerd in de manische episode, de bipolaire stoornis, de depressieve episode, de recidiverende depressieve stoornis, de persisterende stemmingsstoornissen en de stemmingsstoornissen niet gespecificeerd.

We gaan niet in op de manische episodes en de bipolaire stoornissen, hoewel deze ook veelvoorkomende stoornissen zijn, maar concentreren ons op depressieve episodes en stoornissen, zonder de manische episode te behandelen in wat volgt.

De depressieve episodes zijn opgenomen in de volgende rubrieken:

F32 : Depressieve episodes

F32.0 Lichte depressieve episode

F32.1 Matige depressieve episode

F32.2 Ernstige depressieve episode zonder psychotische symptomen

- F32.3 Ernstige depressieve episode met psychotische symptomen
- F32.8 Overige gespecificeerde depressieve episodes
- F32.9 Depressieve episode, niet gespecificeerd

F33 : Recidiverende depressieve stoornis

- F33.0 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode licht
- F33.1 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode matig ernstig
- F33.2 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische stoornissen
- F33.3 Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig met psychotische stoornissen
- F33.4 Recidiverende depressieve stoornis, momenteel in remissie
- F33.8 Overige gespecificeerde recidiverende depressieve stoornissen
- F33.9 Recidiverende depressieve stoornis, niet gespecificeerd

F34 : Persisterende stemmingsstoornissen (affectieve stoornissen)

- F34.0 Cyclothymie
- F34.1 Dysthymie
- F34.8 Overige gespecificeerde persisterende stemmingsstoornissen (affectieve stoornissen)
- F34.9 Persisterende stemmingsstoornis, niet gespecificeerd

F38 : Andere stemmingsstoornissen

F39 : Niet-gespecificeerde stemmingsstoornissen

De criteria van de depressieve episode en van de dysthymie volgens de ICD-10 zijn in de bijlage opgenomen (bijlage 2).

### 1.3 Overeenkomst tussen DSM-IV en ICD-10

De deskundigen die de ICD-10 en de DSM-IV hebben opgesteld, hebben samengewerkt met het oog op het vergroten van de overeenkomst tussen beide systemen. De gebruikte codes en de termen in de DSM-IV zijn vergelijkbaar met deze van de ICD-10.

Teneinde de specificiteit van de diagnose te verhogen, te helpen bij de keuze van de behandeling of de prognostische verwachtingen te verbeteren, wordt een bepaald aantal specificaties voorgesteld in de DSM-IV. Voor de depressieve stoornissen (Major Depressive Disorders) worden volgende specificaties gebruikt:

De depressieve episode kan van de volgende types zijn:

- Licht;
- Matig;
- Ernstig zonder psychotische kenmerken;
- Ernstig met psychotische kenmerken;
- Begin van herstel;
- Volledig hersteld;
- Chronisch;
- Met seizoensgebonden kenmerken: de seizoensgebonden depressie zou in verband staan met de hoeveelheid licht die een persoon opneemt. De ondervonden symptomen zijn een gebrek aan energie, vermoeidheid, toename van de eetlust als de dagen korter worden en er minder zonlicht is;

- Met catatone kenmerken: psychomotorische stoornissen, ontsteltenis, onrust...
- Met melancholische kenmerken: vroeger « endogene oorsprong » genoemd, noodzakelijk beroep te doen op een behandeling met geneesmiddelen;
- Met atypische kenmerken;
- Binnen een postpartum: komt in het algemeen voor bij de vrouwen verschillende weken, zelfs verschillende maanden na de bevalling.

Wat depressie betreft bestaan de diagnostische criteria van de ICD-10 uit tien symptomen. De grenswaarden van de episode worden bepaald door de aanwezigheid van een bepaald aantal symptomen. Het verschil met de DSM-IV is dat de ICD-10 een reeks van onafhankelijke criteria voorstelt voor elke ernstgraad (licht, matig, ernstig) van een depressieve episode (Major Depressive Episode).

Een ander verschil tussen de DSM-IV en de ICD-10 zijn de symptomen die moeten waargenomen worden om te kunnen praten over depressie: met de DSM-IV is het nodig om een « depressieve stemming » en een « verlies van interesse en plezier » waar te nemen. Met de ICD-10 wordt er naast de twee vorige symptomen rekening gehouden met een bijkomend symptoom: « weinig energie en moeheid ».

Algemeen gezien stelt men vast dat de depressieve persoon tijdens consultatie gemakkelijker spreekt over een gevoel van moeheid dan over andere symptomen van psychische aard. Het risico van niet-herkenning van depressie zou dus kunnen voorkomen als de moeheid geen deel uitmaakt van de onderzochte symptomen tijdens de diagnose. Dit zou in het voordeel spelen van de ICD-10. Desalniettemin is het nodig te benadrukken dat zelfs indien de toename van de moeheid meer frequent op de voorgrond wordt geplaatst door de depressie patiënt, het tevens één van de minder specifieke symptomen van depressie betreft.

Samengevat zou men kunnen zeggen dat de gebruikte classificaties hoofdzakelijk de DSM als ook de ICD-10 classificatie zijn. Hun doelstelling is voornamelijk de diagnose van klinische depressie stellen. Deze twee systemen zijn nauw verwant door de verschillende criteria nodig om de diagnose van depressie te stellen. In de epidemiologische studies, hoewel zij bestaan, zijn de verschillen in de resultaten gebaseerd op de keuze van het classificatiesysteem (DSM-IV of ICD-10) niet erg groot, het zijn eerder de meetinstrumenten die het verschil maken. Het is dus nodig om meer aandacht te schenken aan dit aspect.

#### 1.4 Meetinstrumenten van depressie

Een grote verscheidenheid aan instrumenten werd ontwikkeld. Zij baseren zich op de classificaties die de criteria van de mentale gezondheidsproblemen en meer precies depressie bepalen.

Men onderscheidt twee types van meetinstrumenten:

- De eerste neemt één enkel aspect of meerdere aspecten van de bestudeerde psychopathologie in rekening (cognitief aspect, gedrag, enz.) en wordt dikwijls **psychiatrische schaal** genoemd. Er bestaan twee types van schalen: de ene is gebaseerd op de ernst van de symptomen en de andere op hun evolutie .

---

\* Persoonlijke mededeling: Prof. K. Demyttenaere

De psychiatrische schalen bestaan gewoonlijk uit een vragenlijst samengesteld uit korte vragen (zelf in te vullen of niet). Voor depressie verwijzen deze schalen naar de geobserveerde symptomen. Men kent numerieke waarden toe aan de antwoorden, die, eens opgeteld, toelaten om een score te berekenen. Elke schaal heeft een score-range, evenals grenswaarden die toelaten om het onderscheid te maken tussen de gevallen die een psychiatrisch probleem hebben en de anderen (of volgens de ernst).

- Het tweede type van meetinstrument heeft betrekking op één of meerdere diagnostische categorieën (depressie, angst, psychotische stoornissen, schizofrenie...) en verwijst naar een **diagnostisch interview** of naar een **klinisch onderzoek**. Dit type van instrument is meer aangepast aan het psychiatrisch gebied. De meerderheid van deze instrumenten hebben betrekking op een lange periode (in het algemeen het hele leven) en dit feit laat toe om de recidive van de stoornissen in de tijd als ook hun duur in rekening te nemen. De diagnostische interviews waren oorspronkelijk voorzien om gebruikt te worden als richtlijnen voor een mondeling onderhoud. In het algemeen zijn ze bestemd om gebruikt te worden door een enquêteur die een medische opleiding heeft, zodat die een klinisch oordeel kan geven tijdens het interview en de diagnose kan vaststellen.

Deze instrumenten hebben een variabele sensibiliteit en specificiteit. Het gebruik van de diagnostische instrumenten zal verschillend beoordeeld worden door een clinicus en een epidemioloog.

In bepaalde gevallen is het onderscheid tussen de twee categorieën van de instrumenten niet zo duidelijk; er bestaan namelijk instrumenten die de items van de psychiatrische schalen en de diagnostische interviews door elkaar halen.

De keuze van de instrumenten om depressie te evalueren hangt samen met de vormgeving van de studie en de beschikbaarheid van de middelen. De diagnostische interviews zijn de referentie-instrumenten, maar in de meerderheid van de gevallen zijn ze tijdrovend en afhankelijk van de beschikbaarheid van enquêteurs die over de nodige klinische deskundigheid beschikken. De psychiatrische schalen, die vaak gebruikt worden in studies hebben het voordeel dat ze gemakkelijk af te nemen zijn en weinig kosten. Zij geven echter slechts een transversaal, en bijgevolg onvolledig, beeld van de psychiatrische problemen.

De epidemiologische studies laten niet altijd een benadering door een mondeling interview toe (gevoeligheid van de ondervraagde bij bepaalde vragen). Men gebruikt dus vaak een zelf in te vullen vragenlijst.

De tabellen 1-1 en 1-2 tonen enkele meetinstrumenten gebruikt in de epidemiologische en klinische studies.

**Tabel 1-1: Diagnostische instrumenten van depressie gebruikt bij volwassenen**

Meet-instrument	Type van instrument	Diagnostische criteria	Doelstellingen	Manier van bevraging	Toepassingsgebied	Beperkingen	Sterke punten
DIS *	Diagnostisch instrument	DSM-III DSM-IV	- Diagnose van psychiatrische stoornissen - Schatten van de cijfers van psychiatrische stoornissen in de loop van het leven	Enquêteurs die een opleiding van 2 weken hebben gevolgd of klinici	Epidemiologische studies in de algemene bevolking	- Geen validiteits- en betrouwbaarheidstesten - Duur	Het hele leven van de geïnterviewde in rekening nemen
CIDI †	Diagnostisch instrument	DSM-III DSM-IV ICD-10	- Psychiatrische diagnoses stellen - Schatten van de cijfers van psychiatrische stoornissen in de loop van het leven	Enquêteurs, niet-klinici, die een opleiding van 2 weken hebben gevolgd	Epidemiologische studies in de algemene bevolking	- Duur	- Idem als DIS - Toepasbaar in verschillende soorten culturen
CIDI-SFMD afkorting voor depressie (Major Depressive Disorder)	Diagnostisch instrument	DSM-IV	Diagnosticeren van depressie (Major Depressive Disorder)	Enquêteurs, niet-klinici	- Epidemiologische studies bij de algemene bevolking	- Toont slechts de symptomen	Korte versie en specifiek voor depressie
MINI ‡,	Diagnostisch instrument	ICD-10 DSM-IV	Opmaken van de diagnose van verschillende mentale stoornissen	Normaal gezien door een arts, maar indien alleen maar over depressie, kan het zelf ingevuld worden	- Epidemiologische studies bij de algemene bevolking - Klinisch onderzoek		Snel om af te nemen
SCID ?	Diagnostisch instrument	DSM-III-R	- Evalueren van de actuele psychiatrische toestand in de loop van het leven - Psychiatrische diagnoses stellen	Klinicus, mentale gezondheidswerker	Psychiatrische patiënten	Lang om af te nemen (1-2u of soms meer)	Referentie om de diagnoses te stellen

\* Diagnostic Interview Schedule, 1981 (3)

† Composite International Diagnostic Interview, 1988 (4)

‡ Mini International Neuropsychiatric Interview (5)

? Structured Clinical Interview for DSM-III-R, 1992 (6)

**Tabel 1-2: Depressieschalen gebruikt bij volwassenen**

Meetinstrument	Type van instrument	Doelstelling	Manier van bevraging	Toepassingsgebied	Beperkingen	Sterke punten
BDI *	Depressieve schaal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalueren van depressie</li> <li>- Het meten van het niveau van de cognitieve depressie</li> </ul>	Zelf invullen van de vragenlijst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologie</li> <li>- Huisarts</li> <li>- Psychofarmacologie</li> </ul>	Niet nauwkeurig voor de intensiteit van depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meest gebruikte subjectieve schaal van depressie</li> <li>- Gemakkelijk om af te nemen</li> </ul>
CES-D †	Depressieve schaal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificeren van de aanwezigheid van de depressieve symptomatologie op het moment van de enquête</li> <li>- Evalueren van de ernst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet-klinische enquêteurs</li> <li>- Zelf invullen van de vragenlijst</li> <li>- Telefonisch enquête</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologische studies bij de algemene bevolking en patiënten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registreert niet de vroegere stoornissen</li> <li>- Laat geen klinische evaluatie toe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gemakkelijk in te vullen</li> <li>- Évalueert een index van het algemeen lijden</li> </ul>
GHQ ‡	Psychiatrische schaal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opsporen van de psychiatrische stoornissen in de loop van de afgelopen weken, ernst van de stoornis</li> <li>- Bepalen van een prevalentie</li> <li>- Berekenen van een morbiditeitindicator</li> </ul>	Zelf invullen van de vragenlijst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studies bij de algemene bevolking</li> <li>- In de niet-psychiatrische verzorgingsstructuren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventuele minimalisering door het onderwerp</li> <li>- Geen idee over de duur van de symptomen</li> <li>- Brede definitie van het geval</li> <li>- De diagnose wordt niet geïndividualiseerd</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veel gebruikt</li> <li>- Gemakkelijk</li> <li>- Laat toe om vergelijkingen te maken</li> </ul>
HDRS ?	Depressieve schaal	Meten van de intensiteitveranderingen van de depressieve symptomatologie	Schaal ingevulde na een onderhoud met een arts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische proeven van antidepressiva</li> <li>- Registreren van de depressieve semiologie voor een behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Probleem om de grenswaarde te bepalen</li> <li>- Niet aangepast aan al de vormen van depressie</li> </ul>	Simpele registratieprocedure

\* Beck Depression Inventory, 1961 (7)

† Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale, 1977 (8)

‡ General Health Questionnaire, 1972 (9)

? Hamilton Depression Rating Scale, 1960 (10)

## 2. Fysiopathologische mechanismen

Hoewel de exacte oorsprong van depressie niet duidelijk gestaafd is, werd het belang van biologische oorzaken door verscheidene studies aangetoond.

Er werd bijvoorbeeld aangetoond dat personen met een depressie (Major Depressive Disorder) een storing van bepaalde neurotransmitters op cerebraal niveau hebben.

De neurotransmitters betrokken in de fysiopathologie van de depressieve episodes (Major Depressive Episodes) zijn hoofdzakelijk serotonine, noradrenaline en dopamine. Twee verklaringen laten toe om de aandacht te vestigen op hun uitwerking:

- Enerzijds heeft men vastgesteld dat de producten die actief zijn op de systemen van serotonine en dopamine een antidepressief effect hadden.
- Anderzijds heeft het stoppen van de toediening van de serotonine- en dopaminehoudende producten een depressie bij de betreffende personen tot gevolg.

Verskillende psychiatrische syndromen zijn meer en meer geassocieerd met een gebrek aan of een verstoord evenwicht van serotonine: gemoedsstoornissen, schizofrenie, alcoholisme, karakterstoornissen en condities van hyperagressiviteit.

Bij ernstige depressie en in suïcidale toestanden functioneert het serotoninesysteem op onvoldoende wijze.

Recente studies tonen ook aan dat een vermindering van de dopamine-activiteit bij depressieve patiënten geassocieerd is met een suïcidaal gedrag.

Onderzoek in neurobiologie heeft aan het licht kunnen brengen dat een storing van de hypothalamo-hypofyso-corticosurrenale as (HPA) rechtstreeks geassocieerd kan worden met de depressieve pathologie (11).

### 3. Risicofactoren

- |            |                          |
|------------|--------------------------|
| <b>3.1</b> | <b>Endogene factoren</b> |
| <b>3.2</b> | <b>Exogene factoren</b>  |

Depressie zou voortvloeien uit de interactie van een geheel van factoren: sociale, omgevings-, psychologische, biologische... . Deze kunnen grosso modo opgesplitst worden in twee groepen: de endogene en exogene factoren.

#### 3.1 Endogene factoren

##### a. Genetische en biologische factoren

Wanneer de erfelijke en familiale kenmerken van depressie worden bestudeerd, blijkt dat bij verwanten in de eerste graad van depressieve patiënten depressie (Major Depressive Disorder) 1,5 tot 3 keer meer voorkomt dan bij de algemene bevolking, rekening houdend met de andere factoren (1). De omgeving waarin het kind zich ontwikkelt kan echter ook een impact hebben op het voorkomen van depressiviteit.

Wat de andere biologische oorzaken betreft, hebben verscheidene studies de aandacht gevestigd op een storing van de werking van serotonine en dopamine (zie fysiopathologische mechanismen).

##### b. Psychologische factoren

De biologische, cognitieve, gemoeds- en gedragsaspecten van het menselijk functioneren zijn in voortdurende interactie. Als één aspect van deze wisselwerking verstoord is, heeft dit een effect op de andere.

Bij een depressie heeft de zieke persoon de neiging om de realiteit op een negatievere manier te zien. Deze negatieve interpretatie versterkt de depressieve emoties, en het geheel van deze veranderingen beïnvloedt de gedragingen (bv. passiviteit).

Bovendien ontwikkelen de allereerste episodes van depressie zich vaak door een reactie op een stressfactor: gebeurtenissen in het leven, ziekte (sociale en omgevingsfactoren). Stresserende levensgebeurtenissen, zoals een scheiding, het overlijden van een dierbaar persoon, het verlies van werk, zijn etiologische factoren van psychologische disfunctie (12). Dit is niet het geval voor latere depressies, waarbij een stressfactor niet meer dezelfde invloed heeft op de initiatie van een depressie.

Naargelang de manier waarop personen de dingen waarnemen, vertonen ze een andere gevoeligheid t.o.v. deze stressfactoren. Bepaalde personen beschikken over middelen (psychologisch, sociaal, omgevingsgebonden, materieel) die hen helpen aan tegenslagen in het leven het hoofd te bieden en deze gemakkelijker te overwinnen.



### c. Leef tijd en depressie

Volgens DSM-IV kan de depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) op elke leeftijd aanvangen. De gemiddelde leeftijd van aanvang situeert zich rond de 35 jaar.

Depressie werd klassiek beschouwd als een ziekte bij personen op middelbare leeftijd en bejaarden. Het lijkt erop dat dit momenteel niet meer zo zeker is. Een literatuuroverzicht over de seculaire trend van depressie (13) heeft de aandacht gevestigd op een toename van de cijfers voor depressie (Major Depressive Disorder) in de cohorte van personen geboren na de Tweede Wereldoorlog, een afname van de gemiddelde getroffen leeftijd en een toename van de cijfers voor depressie op alle leeftijden tijdens de periode van 1960 tot 1975. Het is echter moeilijk om zich uit te spreken over een potentiële toename van gevallen van depressie in de loop van deze periode, daar bepaalde belangrijke factoren momenteel meespelen:

- Het is met name in deze periode dat de psychiatrie een grote vooruitgang heeft gekend. De stijging van het totaal aantal gevallen van depressie zou te wijten kunnen zijn aan het feit dat men in staat is om meer precieze diagnoses te stellen. Depressie wordt vaker gediagnosticeerd dan voorheen.
- De jongere personen hebben meer mogelijkheden om hun onwelbevinden onder woorden te brengen, te praten over depressie, wat de indruk zou kunnen geven dat depressie zich op steeds jongere leeftijd ontwikkelt. Daardoor wordt men zich meer en meer bewust van depressie in de jongere leeftijdsklassen.

Verskillende theorieën worden naar voren gebracht om de evolutie van depressie volgens leeftijd te verklaren (14) :

- De evolutie van depressie volgens leeftijd zou te wijten zijn aan verschillende factoren die zich voordoen in de loop van het leven (verandering van burgerlijke staat, van beroepsstatus, van economisch niveau...) en die maken dat men op bepaalde momenten meer kwetsbaar is voor depressie.

Andere hypothesen worden ook naar voren geschoven, zoals:

- De effecten van de volwassenheid die toeneemt met de leeftijd en die de parallelle vermindering van het voorkomen van depressie verklaren (door de verworven levenservaringen, door de levensgebeurtenissen te relativeren...);
- De fysiologische achteruitgang op latere leeftijd die verschillende psychische gezondheidsproblemen veroorzaakt en dan bijkomende depressies tot gevolg heeft. Depressie is dus sterk gecorreleerd met beperkingen in de dagelijkse activiteiten en met een afname van de lichamelijke vermogens;
- De historische trend, de situatie van een land vanuit socio-economisch oogpunt en de maatschappelijke gebeurtenissen veroorzaken een cohorteffect in het voorkomen van depressies: een generatie kent meer depressieve stoornissen dan de voorgaande generatie.

Men zou kunnen zeggen dat de evolutie van depressie tijdelijke variaties kent die uitvoerig kunnen worden beschreven door het leeftijds-, cohort- en periode-effect (15).

Er bestaat nog geen consequent model dat de verschillen in het risico om een depressie te krijgen in functie van de leeftijd verklaart. De verschillen kunnen verklaard worden door het effect van andere factoren die variëren met de leeftijd.

De evolutie van de prevalentie van depressie volgens de leeftijd is verschillend bij de mannen en de vrouwen (zie « epidemiologische gegevens »).

### **Depressie bij bejaarden**

Depressie is een mentale stoornis die veel voorkomt bij personen ouder dan 65 jaar. Volgens bepaalde auteurs (16) kan de toename van de depressieve symptomen bij de bejaarden verklaard worden door de wisselwerking van verschillende factoren: fysieke (de vermindering van het cognitief vermogen die een invloed heeft op de mogelijkheid van bejaarden om met bepaalde situaties in het dagelijks leven om te gaan) en sociale (de sociale steun waarvan deze personen genieten).

De bejaarden zijn een kwetsbare bevolkingsgroep, die meer geconfronteerd wordt met gebeurtenissen die aan de basis liggen van depressies dan andere leeftijdsgroepen:

- Gezondheidsproblemen die de mobiliteit en de functionele zelfstandigheid treffen;
- Pathologieën zoals dementie, hypothyreoïdie of door het nemen van bepaalde geneesmiddelen;
- Veranderingen in de sociale omgeving (wedu(naar)schap, eenzaamheid, weinig sociale steun...);
- Verslechtering van de socio-economische situatie.

De symptomen van depressie doen zich op een verschillende manier voor bij de jongvolwassenen en bij oudere personen. De symptomen van depressie die men het vaakst terugvindt bij oudere personen, zijn vooral van fysieke aard (17) en meestal is depressie moeilijker te diagnosticeren.

De bejaarden kunnen zich er niet bewust van zijn dat ze lijden aan depressie en praten bijgevolg meer over hun fysieke symptomen. Dit is wat men doorgaans « gemaskeerde depressie » noemt.

De risicofactoren geassocieerd met depressie bij bejaarden zijn het gebruik en het misbruik van alcohol en geneesmiddelen, de familiale psychiatrische voorgeschiedenis, cerebrovasculaire aandoeningen, de ziekte van Alzheimer, kanker en hartziekten (18).

Depressie bij bejaarden blijkt ook vaker bij vrouwen voor te komen. Men moet echter opletten bij de interpretatie van dit gegeven, ondanks het feit dat de vrouwen gemiddeld een dubbel zo groot incidentiecijfer voor depressie hebben dan de mannen. Hun levensduur met depressie in vergelijking met die van de mannen is immers ook hoger. Dit zou de stijging van de prevalentie van depressie, die men observeert in de hogere leeftijdsklassen, kunnen verklaren. Deze zou te wijten kunnen zijn aan de grotere overleving bij vrouwen en eveneens aan hun hogere incidentie van depressie.

Over het algemeen zijn de resultaten van epidemiologische studies over depressie bij de bejaarden tamelijk uiteenlopend. Indien we de algemene tendensen bekijken, merken we op dat het prevalentiecijfer van depressie in deze bevolkingsgroep hoger is in de enquêtes waar een comorbiditeit van fysieke ziektes frequent is (19). Depressies (Major Depressive Disorders) zijn gemiddeld minder frequent dan matige depressies (Minor Depressive Disorders). De prevalentiecijfers van depressie bij

bejaarden zijn hoger bij de vrouwen en bij personen die leven in minder gunstige socio-economische omstandigheden (20).

### **Depressie bij jongeren**

De uiting van depressie bij de adolescenten verschilt ook van die bij de volwassenen en, hoewel hier stilaan verandering in komt, wordt dit feit vaak miskend.

Gedragsstoornissen, toxicomaan of delinquent gedrag, verschillende vormen van afreageren en agressiviteit, in het bijzonder bij jongens, kunnen beschouwd worden als mogelijke indicatoren van depressie (21).

Gedurende de adolescentie zijn de expressiewijzen van het psychisch lijden verschillend bij de jongens en bij de meisjes: bij de jongens zijn gewelddadig gedrag, risicogedrag, alcohol- en druggebruik veel frequenter dan bij de meisjes, die eerder depressieve symptomen, slaapproblemen, eetstoornissen en verschillende pijnen vertonen.

Daarbij komt dat, in het geval van adolescenten, het niet altijd gemakkelijk is om de banale signalen van zwaarmoedigheid, als reactie op de gebeurtenissen in het leven, van de ernstige depressieve symptomen te onderscheiden (22).

Wat de perceptie van depressie betreft heeft de Belgische Liga voor Depressie recent een peiling gedaan bij 283 jongeren tijdens een studentenbeurs, die de aandacht vestigt op de positieve houding van deze jongeren (15-30 jaar) wat betreft de depressieproblemen: men merkt veel interesse voor het thema depressie en deze is niet op dezelfde manier gestigmatiseerd als bij personen in hogere leeftijdsklassen. Deze bevindingen werden vergeleken met een peiling die vier jaar geleden op dezelfde manier werd gerealiseerd. Men merkt bij de jongeren een positieve ontwikkeling van de perceptie en de kennis van depressie op .

Samengevat bestaan er verscheidene hypotheses om de verschillende evoluties in het voorkomen van depressie in functie van de leeftijd te verklaren. In de loop van het leven zijn verschillende externe factoren (omgeving, sociale steun, economische en burgerlijke staat...) in staat om een depressie te bevorderen of tegen te gaan. Desalniettemin zouden er ook interne factoren (lichamelijke achteruitgang, psychologische factoren...) bestaan die het risico van het voorkomen van depressie zouden beïnvloeden.

De gerealiseerde epidemiologische studies hebben soms tegenstrijdige resultaten: zij nemen niet altijd een populatie met alle leeftijden in rekening, maar eerder populaties van volwassenen (18-65 jaar), van jongeren (13-18 jaar) of van bejaarden (ouder dan 65 jaar). Het is duidelijk dat in deze gevallen de waargenomen variaties in het voorkomen van depressie in functie van de leeftijd dan verschillend zijn en sommigen onopgemerkt blijven.

Daarnaast lijken het geslacht en de levensduur met depressie een specifieke rol te spelen in de prevalentie van depressie bij bejaarden.

---

\* Persoonlijke mededeling, Muriel Vanderveken.

#### **d. Het verschil tussen de geslachten**

Het verschil volgens de geslachten voor depressie werd reeds uitvoerig bestudeerd. Verscheidene prevalentiestudies hebben aangetoond dat de cijfers van depressie veel hoger waren bij de vrouwen dan bij de mannen. De gegeven verklaringen daaromtrent bevatten biologische, gedrags- en sociologische hypothesen (23). Het is echter nodig te onderlijnen dat dit verschil tussen de geslachten zich alleen voordoet bij unipolaire depressies en niet bij bipolaire depressies (24).

Depressie treft gemiddeld twee keer meer vrouwen dan mannen. Verschillende specifieke factoren tijdens het leven van vrouwen lijken een rol te spelen in de ontwikkeling van een depressie: hormonale factoren, andere biologische factoren en psychologische kenmerken. Voorlopig blijven de specifieke oorzaken van depressie bij vrouwen onduidelijk.

Hormonen hebben een effect op de beheersing van de emoties en van het humeur. De voortplantingsgebeurtenissen bij de vrouwen houden in: de menstruatiecyclus, de zwangerschap, de postpartum periode, de menopauze en soms de beslissing om geen kinderen te hebben. Deze gebeurtenissen brengen stemmingsschommelingen met zich mee die bij bepaalde vrouwen depressies tot gevolg kunnen hebben (25). Postpartumdepressie heeft de meeste aandacht gekregen. De incidentie van postpartumdepressie situeert zich tussen 10 en 15% (26). De postpartumdepressie treedt meestal op in de periode van zes maanden na de bevalling. Ze is van nature atypisch of gemaskeerd door fysieke symptomen, maar kan behandeld worden met antidepressiva.

Het verschil tussen de geslachten wordt ook waargenomen wat betreft de hardnekkigheid van de depressiesymptomen. De vrouwen ondervinden meer het chronisch karakter van depressie dan de mannen. Dit verschil kan deels verklaard worden door het verschil tussen de geslachten wat betreft het werk, de opleiding en de burgerlijke staat.

Het relatief risico op een aanhoudende depressie is bij de vrouwen in verhouding tot de mannen 2,2. Na correctie voor ernst van de depressie en de socio-demografische kenmerken daalt dit risico tot 1,37 (27).

Onderzoek toont aan dat de rol gespeeld door de man en door de vrouw varieert van cultuur tot cultuur en dat dit een significatieve determinant voor het gewicht (orde van grootte) van het relatief risico voor depressie volgens geslacht uitmaakt (28).

Vrouwen worden meer beïnvloed door de familale omstandigheden, terwijl mannen gevoeliger zijn voor arbeidsgerelateerde omstandigheden (29).

Desalniettemin tonen multicentrische studies, gerealiseerd in verschillende landen, aan dat het risico van depressie steeds hoger is bij de vrouwen dan bij de mannen wat de culturele omgeving ook moge zijn en dat dit verschil blijft voortduren in de tijd (15).

Wat de kenmerken van depressie bij mannen betreft, vertonen bepaalde patiënten de klassieke symptomen van depressie, terwijl andere de neiging hebben ze te verbergen. In de Westerse cultuur worden mannen geacht het emotioneel lijden te overwinnen. Depressie manifesteert zich veelal via andere symptomen zoals misbruik van alcohol en drugs en antisociaal gedrag. Het hoge zelfmoordcijfer bij de

mannelijke patiënten maakt duidelijk dat bepaalde mannen in staat zijn de verslechtering van hun depressie op een tragische wijze uit te drukken (30). Depressie is blijkbaar « nefaster » voor de overleving bij mannen dan bij vrouwen. Dit staat vooral in verband met de gebruikte methodes die drastischer zijn bij de mannen (verhanging, geweer, sprong van hoogte,...) dan bij de vrouwen (vooral vergiftiging).

Men zou zich dan kunnen afvragen of de algemeen gebruikte diagnostische criteria, zich baserend op bepaalde symptomen, niet eerder aangepast zijn aan de depressie zoals deze meestal waargenomen wordt bij de vrouwen? Dit zou ook deels het hoge depressiecijfer dat men bij hen waarneemt kunnen verklaren.

Men zou eveneens kunnen veronderstellen dat de hogere zelfmoordcijfers bij de mannen hogere depressiecijfers maskeren. Dit zou enerzijds verklaard kunnen worden door de moeite die het mannen kost om te praten over hun psychische problemen en over hun onwelbevinden. Anderzijds kan er sprake zijn van een foutieve diagnose enkel gebaseerd op de manifestatie van andere stoornissen die de werkelijke depressieve symptomen verbergen (alcoholisme, drugsverslaving, geweld of andere fysieke symptomen).

De vrouwen lijken gemakkelijker hun symptomen ter sprake te brengen dan de mannen. De patiënten die specifieke symptomen, zoals wanhoop, gewichtsverlies en cognitieve stoornissen aangeven, blijken ook meer bereid te zijn om over hun problemen te praten. Daarentegen zijn drugs- of alcoholverslaafde patiënten in dit opzicht minder open (31).

Over deze opmerkingen kan men zeggen dat men bijzondere aandacht moet besteden aan de depressie bij de mannen in de preventieprogramma's en de aanpak.

### **3.2 Exogene factoren: sociale - en omgevingsfactoren**

Verscheidene studies benadrukken de rol van socio-economische factoren in het voorkomen en het ontwikkelen van depressies (32,33).

Hoewel de depressiecijfers verschillend zijn volgens de socio-economische kenmerken, bestaat er niet altijd een significantief verband tussen depressie en de socio-economische status.

De relatie tussen depressie en socio-economische factor zou verklaard kunnen worden door een geheel van situaties: stress gerelateerd aan de benadeelde sociale positie (werkloos) of aan een gebrek aan middelen (21).

De sociale – en omgevingsfactoren moeten gespecificeerd worden om hun rol in het voorkomen en het ontwikkelen van depressies op te helderen.

#### **a. Het werk, de professionele status**

Het werk heeft verschillende functies; enerzijds voorziet het het individu van de nodige financiële middelen voor zijn zelfvoorziening, anderzijds laat het hem toe om sociale erkenning te verkrijgen.

Het werk draagt ook bij tot de mogelijkheid van interactie tussen werknemers. Het hebben van werk is belangrijk voor de ontwikkeling van de persoon en laat sociale integratie toe. Dit speelt vooral een rol tijdens de overgang van adolescentie naar de volwassen leeftijd, een periode waarin integratie en sociale erkenning nodig zijn. Het

einde van adolescentie wordt immers gedefinieerd aan de hand van sociale criteria zoals de integratie in het professionele leven en de gemoedsstabiliteit.

Als de mogelijkheid om werk te vinden beperkt is, is de gemiddelde vooruitgang van de ontwikkeling van het individu verstoord. Dit verhoogt de kans op de ontwikkeling van depressieve symptomen tijdens deze periode (34).

De werkloosheid in de adolescentie en jongvolwassen bevolking is ook een risicofactor voor depressie: werkloosheid kan het voorkomen van depressieve symptomen veroorzaken wegens de veroorzaakte financiële moeilijkheden, het gevoel geïsoleerd te zijn, een verlies van persoonlijke erkenning of de moeilijkheid de professionele activiteit van de omgeving te aanvaarden. De sociale interactie kan dus als een beschermende factor tegen depressie worden beschouwd.

De gevolgen van werkloosheid zijn verschillend bij de jongeren en de volwassenen. De werkloosheid bij jongeren, die optreedt in het actieve leven, onderbreekt de ontwikkeling van een sociale integratie, terwijl de werkloosheid van volwassen werknemers kan resulteren in een isolement, maar niet interfereert met de al bereikte contacten en de sociale capaciteiten (34).

Het verband tussen de professionele status en depressie werd bestudeerd in de sociologische en epidemiologische onderzoeken: volgens bepaalde auteurs zou het werk zowel mannen als vrouwen gevoelsmatig gunstig beïnvloeden, hoewel de relatie tussen professionele status en depressie bij de vrouwen minder belangrijk is dan bij de mannen (32).

### **b. Financiële status, opleidingsniveau**

De financiële moeilijkheden maken deel uit van factoren die depressie beïnvloeden: een follow-up studie over 10 jaar bij 326 volwassenen in de Verenigde Staten heeft aangetoond dat een verlies aan financiële middelen significant samenhangt met een toename van depressieve symptomen, terwijl een toename van financiële middelen in de loop van dezelfde periode geassocieerd was met een vermindering van de depressieve symptomen (35).

In de Gezondheidsenquête d.m.v. Interview van 1997 vindt men ook een relatie tussen een zelfverklaarde depressie en een laag niveau van opleiding en inkomen. Wat het opleidingsniveau betreft: hoe lager het opleidingsniveau, hoe hoger de prevalentie van depressie is (zie epidemiologische gegevens).

### **c. Stress**

De gebeurtenissen van het leven (ervaringen van stress) kunnen omschreven worden als cognitieve en emotionele ervaringen die de levensloop verstoren en van de persoon een aanpassing van zijn gewoonten/gedragingen en van zijn representaties vragen. Deze processen worden beschouwd als stresserend en kunnen verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van psychologisch disfunctioneren.

Een overzicht door de Belgische Liga voor Depressie\* van een aantal studies heeft aangetoond dat de levensgebeurtenissen duidelijk zijn geassocieerd met het voorkomen van depressie, depressieve symptomen en zelfmoord.

---

\* Belgische Liga voor Depressie, Depressiviteit en werkmilieu, 1997.

Het feit een stresserende ervaring te hebben meegemaakt in de laatste 6 tot 12 maanden, verhoogt duidelijk het risico van het voorkomen van een acute depressie. Het risico van depressie is ongeveer 6 keer hoger bij een persoon die een stresserende situatie ondergaat dan bij een persoon die een dergelijke situatie niet kent. Het risico een depressie door te maken stijgt met de intensiteit van de stresservaring.

#### **d. Sociale relaties en burgerlijke staat**

In verscheidene studies wordt sociale ondersteuning als een beschermende factor voor depressieve symptomen beschouwd. Men merkt bijvoorbeeld op dat de depressieve symptomen minder voorkomen bij personen ouder dan 65 jaar die een groot sociaal netwerk hebben dat hen voorziet van contact en emotionele steun en wanneer zij deze steun positief evalueren (16,36).

In de studie *Epidemiological Catchment Area (ECA)* (37), uitgevoerd bij de algemene bevolking in de Verenigde Staten (n=18572), beïnvloedt de burgerlijke staat significant het depressiecijfer (Major Depressive Disorder). Deze resultaten worden bevestigd door andere studies op nationaal en internationaal niveau (zie epidemiologische gegevens).

In het algemeen kennen de personen in een situatie van (echt)scheiding of weduw(naar)schap meer depressie dan de personen die in koppel leven en de vrijgezellen.

De aard en de richting van het verband tussen depressie en de burgerlijke staat zijn problematisch (38). Immers, de episodes van depressie worden gewoonlijk gevolgd door moeilijkheden in de echtelijke relaties, die gedurende verscheidene jaren na de episode kunnen aanhouden, en eindigen op een (echt)scheiding. Maar ook de stress die de (echt)scheiding met zich meebrengt, kan het voorkomen van een depressie beïnvloeden.

#### **e. Cultuur**

Er kan niet gesteld worden dat in de ene culturele omgeving het risico op depressie groter is dan in de andere. Er zouden andere factoren meespelen, enerzijds de uitdrukking van de depressieve symptomatologie die verschillend zou zijn volgens de cultuur, anderzijds de gebruikte techniek om een depressie vast te stellen die vaak wordt aangepast aan een bevolkingsgroep.

Daarentegen kan een verandering van culturele omgeving het voorkomen van depressieve symptomen beïnvloeden: in een overzicht van de recente literatuur (39) heeft men geconstateerd dat er een toename van het risico van depressie zou bestaan ten gevolge van sociale veranderingen. Bepaalde migranten populaties vertonen vaak depressieproblemen: het gemis op individueel niveau van een traditionele manier van leven (gezinsstructuur, sterke sociale steun), van culturele kenmerken, van de taal, ten voordele van de westerse cultuur zou een risicofactor kunnen zijn voor de depressieve aandoening bij deze populaties.

Naargelang de specifieke cultuur drukken de depressieve symptomen zich anders uit:

Een studie uitgevoerd in Taiwan (40) vestigt de aandacht op het feit dat de depressiecijfers (Major Depressive Disorder) veel lager zijn dan die van de westerse

landen. Een andere studie suggereert dat in de Chinese cultuur depressie een meer somatische en minder psychologische vorm aanneemt (41).

Een onderzoeksproject gerealiseerd in China heeft aangetoond dat de Chinese psychiaters neurasthenie bij een derde van hun patiënten diagnosticeren. Toen deze patiënten werden geïnterviewd met het SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) instrument, vertoonde 87% de criteria van depressiestoornissen (Major Depressive Disorder) volgens de DSM-III (42).

Dit toont aan dat er een cultureel verschil bestaat in de waarde en de manier van interpretatie van de symptomen, die de uitdrukking van psychiatrische stoornissen beïnvloeden.

De cultuurverschillen variëren evenwel in de tijd: het blijkt dat de westerse invloed op de Chinese maatschappij en op de manier waarop de diagnose van depressie wordt gesteld, de uitdrukking van de depressieve symptomatologie heeft veranderd (43).

#### **f. De seizoensgebondenheid**

Seizoensgebonden depressies (*seasonal affective disorder*) zijn depressies die samenhangen met het jaargetijde : met name in de herfst- en winterperiode manifesteren zij zich.

Dit type van depressie zou een biologische etiologie hebben. De personen die een depressieve episode van het seizoensgebonden type hebben, zouden te veel van het hormoon melatonine produceren. Dit hormoon is gerelateerd met de cyclus van de zon en met de biologische klok..

De seizoensgebondenheid heeft eveneens een invloed op de ernst van de niet-seizoensgebonden depressieve episodes. Een studie gerealiseerd in België heeft zo de scores van depressiviteit en van angst, behaald op de schaal *Zung Self-rating Depression* (ZD) en *Anxiety* (ZA), vergeleken bij 104 depressieve patiënten in de loop van de vier seizoenen. Vier groepen van depressieve personen, vergelijkbaar voor de leeftijd, het geslacht en het type van depressie, werden gevormd en de scores van depressiviteit werden berekend. De scores van depressiviteit verkregen in april en mei zijn significant hoger dan die van augustus en september (44).

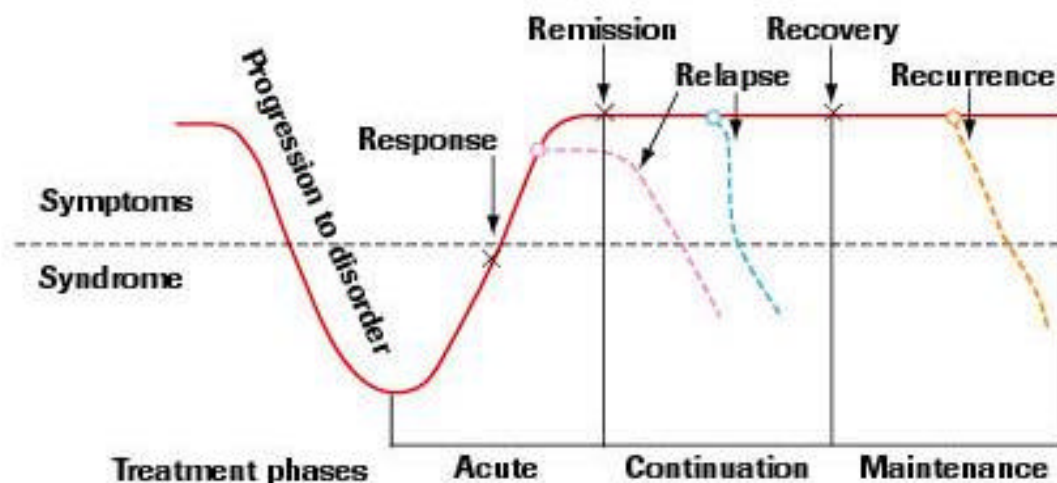


## 4. Evolutie

De duur van een depressieve episode (Major Depressive Disorder) is veranderlijk. Volgens de DSM-IV **duurt een niet-behandelde episode gewoonlijk zes maanden of meer**. De duur van de depressie staat los van de leeftijd waarop ze begint. In de meeste gevallen observeert men een vermindering van de depressieve symptomatologie en in bijna de helft van de gevallen observeert men een remissie. In werkelijkheid neemt men niet echt de « episodes » waar, maar eerder een fluctuatie van de stemming in de tijd. Het komt dus voor dat bepaalde depressieve symptomen, die niet beantwoorden aan de criteria van de « depressieve episode », gedurende maanden of zelfs jaren aanhouden en een bepaald niveau van ongeschiktheid of leed met zich meebrengen.

Er bestaan verschillende evolutieperiodes van depressie.

**Figuur 4-1: Evoluties van depressie**  
Volgens Kupfer DJ (45).



## 5. Comorbiditeit

<b>5.1</b>	<b>Algemeen geassocieerde medische aandoeningen</b>
<b>5.2</b>	<b>Coronaire ziekten en depressie</b>
<b>5.3</b>	<b>Kanker en depressie</b>
<b>5.4</b>	<b>Middelengebruik</b>
<b>5.5</b>	<b>Coëxistentie van angststoornissen</b>

### 5.1 Algemeen geassocieerde medische aandoeningen

De comorbiditeit wordt gedefinieerd als de associatie van een ziekte met een andere ziekte, die zowel somatisch als psychiatrisch van aard kan zijn.

Volgens de DSM-IV kan de depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) geassocieerd worden met chronische medische aandoeningen. 20 tot 25% van de personen die algemene medische aandoeningen (diabetes, hartinfarct, carcinomen, cerebrovasculaire aandoeningen) vertonen, zullen een depressieve stoornis ontwikkelen in de loop van hun medische aandoening. De aanpak van de algemene medische aandoening wordt zo complex en de prognose minder gunstig.

De problemen van depressie leiden tot psychologisch lijden, functionele achteruitgang, onbekwaamheden en aanzienlijk sterfte (46).

Andere mediërende factoren kunnen een rol spelen in de relatie tussen depressie en lichamelijke ziektes: volgens bepaalde auteurs zouden de afwijkingen in het autonome zenuwstelsel, zoals een hyperstimulatie van het sympathisch systeem (hoger niveau van plasmatische noradrenaline) en een vermindering van de spanning van het parasympathisch systeem (lage variabiliteit van de hartfrequentie), verantwoordelijk kunnen zijn voor een ongunstige medische afloop bij de depressieve personen (47).

### 5.2 Coronaire ziekten en depressie

Depressie verhoogt de coronaire morbiditeit. Naast de ongunstige veranderingen van het gedrag (fysieke activiteit, voedingsgedrag), te wijten aan de psychische toestand van de patiënt, bestaan er specifieke metabolische veranderingen bij depressie, die het cardiovasculair risico verhogen (48).

Depressie verhoogt niet enkel de kans om een coronaire ziekte te ontwikkelen, ze is tevens een predictor van infarct en van overlijden voor coronaire patiënten (49).

Bij de depressieve patiënten die een kransslagaderziekte hebben, zou er een minder goede naleving van het geneesmiddelengebruik zijn. Een studie heeft in dit verband aangetoond dat er 35% minder adhesie aan aspirine was bij de depressieve patiënten vergeleken met niet-depressieve patiënten (50).

### 5.3 Kanker en depressie

De hypothese dat depressie het voorkomen van kanker kan bevorderen, werd niet bevestigd in recente studies.

Desalniettemin stelt men vast dat kankerpatiënten zeer vaak een bijkomend depressieprobleem vertonen. De prevalentie van psychologische stoornissen worden bij kankerpatiënten geschat op 50%. Het betreft hier meestal depressie en aanpassingsstoornissen (51).

Een studie heeft het voorkomen van depressie en angst bestudeerd bij personen die een recente diagnose van borst-, colorectale -, maag- en prostaatkanker kregen en bij een controlegroep waar dezelfde onderzoeken werden uitgevoerd. De resultaten hebben aangetoond dat 6 maanden na de diagnose van kanker, de kankerpatiënten 11 keer vaker een depressie- en/of angstprobleem hadden dan de personen zonder kanker (52).

Bepaalde risicofactoren van depressie spelen ook een rol in het voorkomen van kanker: de pijnlijke gebeurtenissen van het leven, de verliezen, de moeilijke levenssituaties en de psychologische kenmerken (53).

Bovendien zouden de stress en de angst, veroorzaakt door kanker en fysieke pijn, tevens de vaak geobserveerde psychiatrische morbiditeit verklaren: een studie heeft de oorzakelijke rol van kanker gerelateerde pijn in het voorkomen van depressie benadrukt. Zo heeft men ook opgemerkt dat de prevalentie van depressieve stoornissen significantief hoger was bij de patiënten bij wie kanker hoge pijnniveaus veroorzaakt dan bij de patiënten bij wie de kanker minder pijnlijk is (33% versus 13%) (54).

Deze vaststellingen, alhoewel hun beknoptheid het belang van deze materie te kort doet, benadrukken de complexe relatie tussen depressie en kanker. De frequente comorbiditeit tussen deze twee gezondheidsproblemen moet met voorzichtigheid beschouwd worden. De behandeling van depressie laat toe de levenskwaliteit van de kankerpatiënten te verbeteren en moet een essentiële component zijn in de aanpak van kanker.

### 5.4 Middelengebruik

Zowel voor tabak als voor alcohol stelt men vast dat hun respectievelijke consumptie vaak gerelateerd is met depressie. Het is echter moeilijk te onderzoeken welk het onderliggend probleem is. Het is immers mogelijk dat het middelengebruik (alcohol en tabak) en depressie dezelfde etiologie kennen.

#### a. Alcohol

*« Depressie en alcoholisme vertegenwoordigen twee bijzondere aandoeningen verstrengeld op niveau van hun diagnose, hun pathogenese en hun behandeling. »* (55)

De resultaten van een meta-analyse, die de comorbiditeit van alcoholisme en angst- en depressieve stoornissen bestudeerd in verschillende enquêtes, uitgevoerd op verschillende plaatsen, tonen aan dat de personen die een alcoholprobleem hebben twee tot drie keer meer een angst- of depressieve stoornis vertonen (56).

Het middelengebruik werd in een studie teruggevonden bij 24 tot 40% van de personen die een stemmingsstoornis vertonen in de Verenigde Staten (57).

In de Gezondheidsenquête van 1997 tonen de resultaten een klein verschil tussen de depressieve personen en de personen die verklaren geen depressie te hebben gehad in de loop van de laatste 12 maanden voor wat betreft het alcoholgebruik (94% versus 82%), het gemiddeld aantal glazen alcohol per week en per persoon (5,6% versus 5,7%) en het alcoholmisbruik tijdens laatste 6 maanden (28% versus 29%).

Deze resultaten zijn echter vervormd, daar bij de ondervraagde personen die grote hoeveelheden alcohol gebruiken de frequentie van onderrapportering hoog is wegens het sociaal stigma dat op dit type van consumptie kleeft.

## **b. Tabak**

Volgens de Gezondheidsenquête door Interview van 1997 (58) is de prevalentie van depressie hoger bij de zware rokers dan bij de niet-rokers (13% versus 5%).

De gegevens van verscheidene studies (59,60) suggereren dat depressie een rol speelt in het rookgedrag. De personen met een depressie (Major Depressive Disorder) hebben meer de neiging om te roken en hebben moeilijkheden om te stoppen met roken.

In een studie waarin men vijf jaar lang een jongvolwassen populatie volgde, observeerde men de invloed van depressie (Major Depressive Disorder) op het later rookgedrag en vice versa. In deze studie formuleren de auteurs de hypothese dat depressie en tabaksgebruik een gedeelde etiologie hebben. Verschillende mechanismen hebben invloed op het verergeren van het tabaksgedrag. Er zouden ook neurofarmacologische effecten van de nicotine (en andere sigarettenrooksubstanties) bestaan op het systeem van depressie gerelateerde neurotransmitters (61).

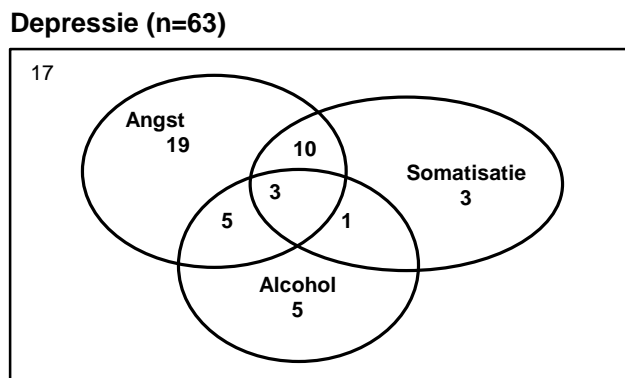
## **5.5 De coëxistentie van angststoornissen**

De associatie van depressie en angstziekten (paniekstoornissen, sociale fobie, algemene angst, obsessieve en compulsieve stoornissen), hoewel zij slecht begrepen blijft, is frequent: meer dan 50% van de depressieve personen vertoont een bijkomende angststoornis (62).

Volgens de meerderheid van de studies zou deze comorbiditeit verantwoordelijk zijn voor een ernstige symptomatologie en voor een minder goede prognose op lange termijn dan deze stoornissen los van elkaar kennen (62-64).

Het verband tussen, aan de ene kant depressie en angst, en aan de andere kant depressie en het somatisatiesyndroom is zeer belangrijk. In een steekproef van de volwassen Belgische populatie werd de comorbiditeit voor de verschillende stoornissen bestudeerd. Bij de 63 personen die een depressie vertonen, vertoonde 75% van de ondervraagde personen ook andere gezondheidsproblemen. De meest aanwezige ziekte (30% van de gevallen) was angst (65). Het zou interessant zijn om deze resultaten in een grotere steekproef te bevestigen.

**Figuur 5-1: Aantal personen die een depressie en een comorbiditeit in de loop van het leven hebben. Studie van Baruffol, Thilmany, België, 1993.**



Wat de psychiatrische stoornissen in hun geheel betreft, heeft de NCS-studie (National Comorbidity Survey), uitgevoerd tussen 1990 en 1992 bij meer dan 8000 personen in de leeftijdsgroep van 15 tot 54 jaar representatief voor de algemene Amerikaanse bevolking, de comorbiditeit van depressieve episodes (Major Depressive Episodes) en van andere psychiatrische stoornissen bestudeerd (62). De volgende tabel stelt een synthese van de bekomen resultaten voor.

**Tabel 5-1: Prevalentie van de comorbiditeit van depressieve episodes (Major Depressive Episodes), NCS-studie, Verenigde Staten, 1990-92.**

Prevalentie	Hele leven		Jaarlijks	
	%	OR	%	OR
Angststoornissen	58,0	4,2	51,2	5,1
Drugsverslaving/alcoholisme	38,6	1,8	18,5	1,9
Gedragsstoornissen	16,2	1,3	-	-
Dysthymie	6,7	2,8	4,0	5,2
<b>Aantal geassocieerde stoornissen</b>				
1	24,7	1,3	26,3	2,0
2	17,4	1,9	15,4	3,3
3 of meer	31,9	4,0	16,5	7,1

Samenvattend kunnen we benadrukken dat depressie zeer vaak wordt geassocieerd met andere lichamelijke pathologieën (cardiovasculaire ziekten, kanker...) en met meerdere psychiatrische stoornissen (angst, alcoholisme, drugsverslaving...). Vele studies interesseren zich in de comorbiditeit van depressie. De schatting van de comorbiditeit varieert echter volgens de studies door de diagnostische instrumenten, de gebruikte criteria enz. Toch zijn deze studies niet alleen belangrijk om een overlapping tussen één of meerdere gezondheidsproblemen en depressie onder de aandacht te brengen, maar ook om een verklaring te zoeken voor hun relatie met depressie en het ontstaansmechanisme op te helderen van de verschillende ziektes.

## 6. Gevolgen

<b>6.1</b>	<b>Zelfmoordpogingen, zelfmoord</b>
<b>6.2</b>	<b>Invloed op het leven</b>
<b>6.3</b>	<b>Familiale, sociale en professionele repercussie</b>

### 6.1 Zelfmoordpogingen, zelfmoord

De kwantitatieve evaluatie van de relaties die bestaan tussen depressie en zelfmoord kan slechts bij benadering worden uitgevoerd. De redenen daarvoor zijn van methodologische aard: enerzijds zijn de gegevens achteraf verzameld en is het niet altijd gemakkelijk om de depressieve toestand, die voorafgaat aan de zelfmoord, te bepalen. Anderzijds variëren de diagnostische methoden van depressie en de gebruikte grenswaarden.

Desalniettemin hebben verscheidene studies kunnen aantonen dat zelfmoord nauw verbonden was aan psychiatrische ziekten en in het bijzonder aan depressie (66-68). Depressie is meestal de laatste etappe op de weg naar zelfmoord.

Depressie is een belangrijke risicofactor voor zelfmoord, vooral bij de jongeren en de bejaarden. De personen die laat in hun leven een depressie ontwikkelen, hebben een hoger risico om zelfmoord te plegen. Bovendien verhoogt de comorbiditeit met andere stoornissen, zoals angst, en het recidiveren van depressie het risico van zelfmoord (69).

De voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen is ook een risicofactor voor zelfmoord in de algemene bevolking. Bij gedeprimeerde personen worden deze verschillende risico's bijgevolg gecumuleerd (70). In een follow-up studie van bijna 5000 personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen (71), heeft men aangetoond dat 3% van deze personen later zelfmoord plegen.

Zelfmoordpogingen zijn frequenter dan zelfmoorden (14 zelfmoordpogingen t.o.v. 1 zelfmoord) en worden méér ondernomen door vrouwen dan mannen (72). Dit probleem moet tevens met bijzondere aandacht worden beschouwd, aangezien de meerderheid van de mensen die een zelfmoordpoging plegen recidiveren. Het risico op zelfmoord bij de patiënten die een zelfmoordpoging hebben ondernomen is 150 keer groter dan in de algemene bevolking\*.

Een studie uitgevoerd in België (73) heeft het verband tussen de zelfmoordgedachten, de zelfmoordgedragingen en de potentiële risicofactoren bij homo- en biseksuele jongeren en bij schoolgaande jongeren (n=404) bestudeerd.

De resultaten tonen aan dat de jongeren met een homo- en biseksuele geaardheid vergeleken met jongeren met een heteroseksuele geaardheid tweemaal zoveel zelfmoordgedachten en –gedragingen hebben, en viermaal zoveel zelfmoord plegen.

In deze studie heeft een multivariate analyse depressie geïdentificeerd als een significatieve risicofactor, onafhankelijk van de zelfmoordgedachten bij zowel de homo/biseksuelen als de heteroseksuelen.

---

\* Persoonlijke mededeling: Prof. C. Van Heeringen

Een ander aspect van de relatie tussen depressie en zelfmoord betreft het gebruikte middel om deze daad te plegen. Men stelt immers vast dat antidepressiva, voorgeschreven voor de behandeling van depressie, soms worden gebruikt voor zelfmoorddoeleinden. Volgens een studie in Zweden zou 4,4% van de zelfmoorden (232/5281) het gevolg zijn van een overdosis van antidepressiva (74). Deze bevinding betreft echter een minderheid van de zelfmoorden en antidepressiva zijn niet de enige geneesmiddelen die gebruikt worden bij zelfmoordpogingen.

De ernstigste problemen veroorzaakt door antidepressiva zijn de niet-adequate behandeling (*undertreatment*) en het falen van de behandeling, eerder dan de overdosis veroorzaakt door deze geneesmiddelen.

Vanuit descriptief oogpunt werd de relatie tussen depressie en zelfmoord gekwantificeerd in verscheidene studies:

- een overzicht van de literatuur stelt dat 60 à 70% van de overlijdens door zelfmoord toe te schrijven zijn aan een stemmingsstoornis (75).
- Andere resultaten tonen aan dat 45 à 70% van de personen die zelfmoord plegen depressief zou zijn op het moment van hun daad (67).
- Globaal is de jaarlijkse incidentie van zelfmoord bij de depressieve personen gelijk aan 1%. 15% van de overleden depressieve patiënten zou toe te schrijven zijn aan zelfmoord.
- Het risico op zelfmoord bij depressieve personen is 30% hoger dan bij de algemene bevolking die niet aan een depressieve stoornis lijdt, (75).
- Volgens een document van de WGO schat men het risico op zelfmoord in de loop van het leven bij de mensen die een stemmingsstoornis hebben (in het bijzonder depressie) op 6-15%\*.

Sinds enkele jaren wordt een aantal risicofactoren voor wat betreft de stap naar de zelfmoorddaad geïnterpreteerd vanuit een meer analytisch oogpunt (76) :

- De klinische en evolutieve kenmerken van de depressieve periode (type van depressie, ernst, aanwezigheid van een comorbide pathologie, persoonlijke voorgeschiedenis van zelfmoordpogingen).
- De socio-demografische factoren:  
Het feit dat men man is, het hebben van een familiale voorgeschiedenis van zelfmoord, de adolescentie en de oudere leeftijd (ouder dan 65 jaar) zijn alle risicofactoren voor zelfmoord. Het lijkt er op dat de seksuele geaardheid (hoewel dit een controvers onderwerp is) (73) en culturele aspecten (houding t.o.v. zelfmoord) ook een rol spelen.
- De biologische factoren:  
De afname van de serotonineactiviteit lijkt een element te zijn dat de overgang naar een gewelddadige zelfmoorddaad bevordert (76).

---

\* Preventing suicide - a resource for general physicians. Mental and behavioural disorders. WHO, 2000

- Dopamine zou een potentiële rol spelen in de biologie van zelfmoord bij depressie (77).

Zelfmoord is zonder enige twijfel de ernstigste complicatie van depressie. Hoewel zelfmoord wordt beschouwd als een daad met vele oorzaken, blijft de groep met het hoogste risico die van de depressieve patiënten.

De preventie van zelfmoord gebeurt door de efficiënte behandeling van mentale stoornissen en de controle van risicofactoren uit de omgeving. De vooruitgang die men boekt tijdens de behandeling van een depressie heeft een positieve impact op het voorkomen van zelfmoord.

## 6.2 Invloed op de overleving

Het verband tussen depressie en sterfte (naast deze die te wijten is aan zelfmoord) in de algemene bevolking werd in verschillende studies vastgesteld. Depressie zou de overlevingskans significant terugbrengen: twee cohortstudies, uitgevoerd in de Verenigde Staten, hebben aangetoond dat de depressieve personen (Major Depressive Disorder) een significant hoger sterftecijfer hadden dan de anderen. De kans op overlijden is 2 tot 4 keer hoger na standaardisatie voor andere factoren zoals leeftijd, geslacht, socio-economische status, aanwezigheid van chronische ziekten en algemene gezondheidsindicatoren (78,79).

Verschiedende factoren en omstandigheden die het risico van depressie verhogen zijn tevens factoren die de algemene overlevingskans terugbrengen. Zowel de depressie- als de sterftecijfers zijn hoog bij de socio-economisch minder begunstigde personen en de personen die niet in koppel leven.

Het verband tussen depressieve symptomen en sterfte werd bestudeerd in een follow-up onderzoek van 7 jaar in een steekproef bestaande uit vrouwen ouder dan 66 jaar te Baltimore (80). Gedurende de follow-up varieerde de sterfte van 7% bij vrouwen die geen enkel depressief symptoom vertoonde over 17% bij vrouwen die 3 à 5 depressieve symptomen hadden en tot 24% bij vrouwen die 6 of meer depressieve symptomen hadden ( $p < 0,001$ ). Het verband tussen de depressieve symptomen en de sterfte bleef sterk, zelfs na standaardisatie voor de potentieel storende variabelen met name de voorgeschiedenis van hartinfarct, cerebrovasculaire aandoeningen, diabetes, hypertensie, CARA, het rookgedrag, de waargenomen gezondheid en het cognitief functioneren.

Twee vaststellingen worden gemaakt:

- Depressie leidt tot een verhoogde sterfte in vergelijking met de algemene bevolking. Maar als een andere ziekte geassocieerd is met depressie, wordt de prognose van deze ziekte minder gunstig en wordt het fenomeen van verhoogde sterfte in vergelijking met de algemene bevolking versterkt.
- Depressie verlaagt het overlevingscijfer, maar dit is vooral het geval bij de mannen. Men constateert immers dat de vrouwen niet alleen twee keer vaker een depressie hebben dan de mannen, maar ook een langere overleving kennen.

Dit kan misschien de toename van de depressiecijfers, die men waarneemt in de oudere leeftijdsgroepen, verklaren: zij zou te wijten kunnen zijn aan de combinatie van de hogere overleving van vrouwen en het hoger depressiecijfer van vrouwen.



### **6.3 Familiale, sociale en professionele repercussies**

De sociale, professionele en familiale uitwerking van depressie is bijzonder belangrijk.

De impact van depressie laat zich op verschillende momenten van het ziekteverloop gevallen:

- In het begin van de ziekte zijn de familie en de omgeving niet in staat de symptomen van depressie te herkennen. Zij begrijpen niet wat er gebeurt en wijten de veranderingen van de toestand van de depressieve persoon aan een gebrek van wilskracht.

- Als de depressie een chronische evolutie kent, kan de ziekte het aspect van echte persoonlijkheidsstoornissen aannemen waaraan de familie en de vrienden zich moeten aanpassen.

#### **a. Familiale repercussies**

De depressie van een familielid is een destabiliserend element. Bij de echtgenoten kan het een belangrijke psychologische ontreddering te weeg brengen, en dit vaker bij de vrouwen dan bij de mannen. Er kunnen ook seksuele stoornissen ontstaan.

Bij de kinderen is het moeilijk om het onderscheid te maken tussen de psychologische component en de omgevingsaspecten, maar verscheidene auteurs geven aan dat kinderen van depressieve ouders een hoger risico lopen op een depressie of andere psychiatrische problemen dan andere kinderen.

Ook het beeld dat een depressieve ouder geeft, kan repercussies hebben op het gevoelsleven van het kind en zijn schooltijd.

In Frankrijk heeft het onderzoek- en informatieprogramma over depressie (PRID) een werk (81) over de sociale, familiale en persoonlijke gevolgen van depressie volgens het stadium van de ziekte gerealiseerd. De resultaten zijn samengevat in bijlage 3.

#### **b. Professionele repercussies**

Op het werk ondervindt de depressieve persoon concentratiemoeilijkheden die werkongevallen en verminderd werkrendement tot gevolg hebben. De frequentie van de werkonderbrekingen bij depressieve patiënten illustreert goed de impact van deze aandoening op het professionele leven.

Een overzicht van de Amerikaanse literatuur toont aan dat 45% van de gedepimeerden professionele moeilijkheden (absenteïsme, verminderde productiviteit, problemen met de collega's) heeft en meer dan 10% wordt ontslagen in hun depressieve episode (82). De behandeling met antidepressiva (medicamenteus en psychotherapeutisch) hebben in dit opzicht een positieve impact op het werk.

### **c. Repercussies op de levenskwaliteit**

Hoewel de levenskwaliteit m.b.t. de gezondheid niet gemakkelijk te evalueren is, daar er rekening moet worden gehouden met een reeks parameters die verschillen naargelang individu en cultuur, laten verschillende instrumenten toe dit te beoordelen. De meerderheid van de instrumenten omvatten items over symptomen zoals pijn, vermoeidheid, vragen over de professionele status, de psychologische toestand en het prestatievermogen in vergelijking met de normale activiteiten.

De mentale stoornissen in het algemeen verstoren het leven van de getroffen personen en hun familie. Zij vormen in de ontwikkelde landen één van de belangrijkste oorzaken van de totale impact van morbiditeit.

Volgens de WGO maken psychiatrische ziekten, en in het bijzonder depressie en angst, 1/5 van alle oorzaken van handicap uit.

Depressie is immers een ziekte die van lange duur kan zijn, met terugkerende en chronische kenmerken. Onder de mentale stoornissen is depressie de belangrijkste oorzaak van DALY\* (Disability-Adjusted Life Years) bij de vrouwen en de tweede bij de mannen (83).

De dagelijkse problemen veroorzaakt door ernstige depressie zijn een neerslachtige stemming, vermoeidheid, slaapproblemen en psychisch lijden (84).

Verscheidene studies vestigen de aandacht op een vermindering van de kwaliteit van het leven bij personen met een depressie (85-87)

De studies gerealiseerd over de levenskwaliteit van patiënten gaan echter eerder in op de onmiddellijke gevolgen van depressie op het functioneren van de persoon (symptomen, nevenwerkingen te wijten aan de behandeling) dan op de indirecte impact van depressie (ontregeling van het familiale en professionele leven). Deze tendens valt te verklaren door het feit dat dit aspect van depressie moeilijk te evalueren is.

---

\* Een eenheid van DALY (in het Nederlands het aantal levensjaren gecorrigeerd voor de beperking) geeft een verloren levensjaar in goede gezondheid. Het getal DALY neemt niet alleen het aantal doden, maar ook de impact op een populatie met voortijdige sterfte en beperkingen in rekening.

## 7. Epidemiologische gegevens

<b>7.1</b>	<b>Methodologische beperkingen</b>
<b>7.2</b>	<b>Belgische gegevens</b>
<b>7.3</b>	<b>Samenvatting van de Belgische gegevens</b>
<b>7.4</b>	<b>Internationale gegevens</b>
<b>7.5</b>	<b>Last van de morbiditeit</b>
<b>7.6</b>	<b>Studies in uitvoering</b>

### 7.1 Methodologische beperkingen

Het is nodig om de prevalentiecijfers m.b.t. depressie met voorzichtigheid te beschouwen. Het meten van het niveau van de depressieve toestand is immers niet onafhankelijk van de analyse-instrumenten en de grenswaarden die de ernst van de depressieve symptomatologie definiëren.

De classificatiesystemen die gebruikt worden voor de opsporing en voor de epidemiologische studies zijn voornamelijk de DSM en ICD systemen. De studies gebaseerd op de criteria van ICD geven maandprevalenties van depressie aan die hoger liggen dan die gebaseerd op DSM. Een studies van de WGO, uitgevoerd in Groningen, heeft in dezelfde populatie een maandprevalentie van 11,1% vastgesteld bij het gebruik van de criteria van DSM-III R en volgens ICD-10 een prevalentie van 13,5%\*.

Een andere moeilijkheid van epidemiologische studies rond depressie betreft de validiteit van de tijdens de enquête gestelde diagnoses. Het antwoord wordt immers ofwel geleverd als diagnose gesteld door de arts, ofwel als gewaarwording van de ondervraagde persoon over zijn gezondheidstoestand (subjectieve diagnose).

Bovendien neemt men een verschil waar volgens het type van instrument dat werd geselecteerd voor de diagnose van depressie: gestandaardiseerd diagnostisch onderhoud (interview) of psychologische schaal (88). Voor een zelfde populatie zouden deze twee methodes verschillende resultaten geven: het diagnostisch onderhoud zou de frequentie van mentale stoornissen in vergelijking met de psychologische schaal onderschatten, daar het de neiging heeft om de rol van sociale factoren te bagatelliseren en het impliciet het biologische aspect begunstigt. Anderzijds beschrijft de psychologische schaal een dimensie van de stoornis, maar laat ze niet toe de juiste diagnose van de mentale stoornis te stellen.

Het tijds kader van de twee instrumenten is ook verschillend: de psychologische schalen meten gewoonlijk de toestand van de persoon op het moment dat de vragenlijst wordt afgenomen, terwijl het diagnostisch onderhoud zich richt op de duur van de symptomen in de tijd.

De cijfers die het vaakst beschikbaar zijn, hebben betrekking op de patiënten bij wie de diagnose van depressie werd gesteld door een arts of op het niveau van een gespecialiseerde structuur. Daar er geen rekening gehouden wordt met de slecht

---

\* Studie van Tiemens 1995 geciteerd in "Impact van psychosociale factoren op de psychische gezondheid", De Schryver G, Coenen H, 2000.

gediagnosticeerde patiënten en de patiënten die geen beroep doen op een arts, zijn deze cijfers onderschattingen.

Een andere systematische fout die moet worden beschouwd is de selectiebias. Deze is niet alleen gerelateerd aan de problemen van steekproefname, voor zover de studies zich vaak beperken tot personen behandeld door het verzorgingssysteem en niet tot de gehele bevolking, maar ook aan het feit dat de depressieve symptomatologie leidt tot een hogere weigering van deelname.

Ondanks deze methodologische moeilijkheden laten de cijfers verkregen voor depressie toe om bij benadering het belang van deze ziekte te evalueren.

## **7.2 Belgische gegevens**

### **a. Prevalentie van depressie in België**

#### **Algemene gegevens**

Er werden weinig studies gerealiseerd op nationaal niveau en bij de algemene bevolking in België. Er bestaan echter toch enkele cijfers die toelaten het belang van depressie te bepalen.

#### Studie van psychiatrische comorbiditeit in de algemene Belgische bevolking, 1990.

Een transversale studie, gedeeltelijk retrospectief, werd uitgevoerd in 1990 bij een steekproef van individuen in de leeftijdsgroep van 25 tot 45 jaar ( $n=240$ ) afkomstig van de algemene bevolking van een semi-stedelijke Franstalige gemeenschap van België (Wavre) (65).

Eén van de doelstellingen van deze studie betrof het schatten van de prevalentie van alcoholmisbruik en –afhankelijkheid, van angst- en depressieve stoornissen en van het somatisch syndroom in een volwassen Belgische populatie.

Het instrument, dat toeliet de psychiatrische stoornissen te evalueren, was de geïnfomatiseerde versie van DISSI (Diagnostic Interview Schedule, Screening Interview) en de gebruikte criteria die van DSM-III.

De prevalentie (gedurende de 6 maanden die de enquête voorafgingen) van depressie (Major Depressive Disorder) en van dysthymie was 11,9%. De prevalentie in de loop van het leven bedroeg 25,5%.

Eén respondent op twee heeft een psychiatrische stoornis in de loop van zijn leven gehad en in iets meer dan de helft van deze gevallen betrof het een depressie (Major Depressive Disorder) of een dysthymie.

In deze studie wordt het verschil tussen de geslachten ook teruggevonden voor de prevalentie van depressie: dit verschil is significant voor de prevalentie in de loop van het leven (17,2% bij de mannen versus 33,6% bij de vrouwen;  $p=0,004$ ), maar is niet significant verschillend wanneer we het de 6-maandprevalentie bekijken (8,6% bij de mannen versus 15,1% bij de vrouwen;  $p=0,12$ ).

Men heeft geen verschil volgens leeftijd kunnen aantonen.

De Panel Study Belgian Households, 1992-1994.

De longitudinale studie *Panel Study Belgian Households* (PSBH), gebaseerd op een steekproef van 4439 huishoudens (n=8744) representatief voor de Belgische bevolking heeft als doel informatie over de socio-economische en sociologische aard te meten. De studie geeft tevens inlichtingen over de depressieve symptomen.

De gegevens van deze enquête werden gebruikt om het verschil tussen de geslachten in het verloop van de depressie en de hardnekkigheid van de symptomen te bestuderen.

Depressie wordt gemeten door gebruik te maken van de aangepaste versie van *Health Daily Living* (HDL-globale depressie schaal) en de criteria van DSM-III-R.

De gegevens werden verzameld in 1992, 1993 en 1994 door de afdeling sociologie van de Universiteit van Luik en de Universiteit van Antwerpen.

Het depressiecijfer in de geregistreerde populatie is 16,2% in 1992, 15,4% in 1993 en 15,3% in 1994. 5% van de personen hadden een hardnekkige depressie in de loop van de drie evaluaties in 1992, 1993 en 1994\*.

Gebruikmakend van de gegevens van de PSBH, heeft een studie, uitgevoerd in 1998, de aandacht gevestigd op een significantief verschil tussen de geslachten in het verloop van de depressie (Tabel 7-1) en meer in het bijzonder in de hardnekkigheid van de symptomen (27). De vrouwen hebben meer depressieve symptomen en dit gedurende een langere periode<sup>†</sup> dan de mannen.

**Tabel 7-1: Frequentie (%) van hardnekkige depressies per geslacht en per leeftijd, Panel Study of Belgian Households, België, 1998.**

Socio-demografische kenmerken	Frequentie %	N	Significantie
<b>Geslacht</b>			
Mannen	3,8	2907	p<0,001
Vrouwen	8,0	3204	
<b>Leeftijd (jaren)</b>			
16-24	5,7	835	p=N.S.
25-34	5,2	1549	
35-44	6,4	1225	
45-54	6,5	844	
55-64	5,5	818	
64-74	6,2	641	
75 +	8,3	289	

\* Anseau M. Epidemiologie van depressie in België. Socio-economische aspecten van depressie in België. Belgische Liga voor Depressie, 1996.

† De verklaring toe te schrijven aan deze verschillen tussen de twee geslachten zou gerelateerd kunnen zijn aan andere factoren, zoals de beroepsstatus, de opleiding, de burgerlijke staat, die geassocieerd zijn met de hardnekkigheid van depressie (p<0,001).

Studie van de mentale gezondheid bij jongeren in het secundair onderwijs in Brussel Hoofdstad 1994 (89).

In de enquête over de mentale gezondheid werden 2209 schoolgaande jongeren van 12 tot 18 jaar in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (gesubsidieerd Frans- en Nederlandstalig secundair onderwijs, behalve het bijzonder onderwijs) uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen. Men wilde met deze enquête informatie verzamelen over de socio-demografische situatie, de gezondheidstoestand en het welzijn, de risicogedragingen voor de gezondheid, enz. te verzamelen.

De symptomatologie van depressie werd geëvalueerd aan de hand van de CES-D schaal. In deze evaluatie werden grenswaarden van 16 en 21 gehanteerd\*.

**Tabel 7-2: Punctuele prevalentie (in %) van de symptomatologie van depressie per geslacht, leeftijd en nationaliteit (depressiviteitgrens vastgelegd op 21), Studie van de mentale gezondheid bij jongeren, Brussel Hoofdstad, België, 1994.**

Grenswaarde	Aantal	% Jongens (n=950)		% Meisjes (n=1259)	
		>16	>21	>16	>21
<b>Totaal</b>	<b>2209</b>	29,2	17,2	43,4	27,8
<b>Leeftijd</b>					
12 jaar	84	18,2	12,1	30,2	11,6
13-14 jaar	479	30,1	17,1	39,7	23,0
15-16 jaar	684	28,2	15,1	41,5	28,1
17-18 jaar	601	30,3	17,9	50,3	33,6
19 en +	298	31,5	21,8	44,4	26,9
<b>Nationaliteit</b>					
Belg	1257	-	18,0	-	23,5
Dubbele nationaliteit	274	-	18,5	-	29,9
Buitenlander	617	-	14,3	-	35,7

In heel de steekproef wordt bij meer dan 37% van de jongeren een depressieve symptomatologie geobserveerd indien we de kritische grens van 16 hanteren. Indien we als grenswaarde 21 gebruiken, vertonen 22% van de jongeren een depressieve symptomatologie. Deze symptomen komen meer voor bij de meisjes dan bij de jongens en nemen toe met de leeftijd.

Depressieve symptomen vertonen zich frequenter bij meisjes naarmate hun leeftijd stijgt. Deze tendens is significantief. Het verschil tussen de twee geslachten wordt groter in de loop van de adolescentie.

De aanwezigheid van de depressieve symptomatologie bij meisjes varieert in functie van de nationaliteit. In deze studie vertonen met name de buitenlandse meisjes veel vaker depressieve symptomen. Deze verschillen worden niet teruggevonden bij de jongens.

Enquête DEPRES (The Depression Research in European Society) 1994-1995

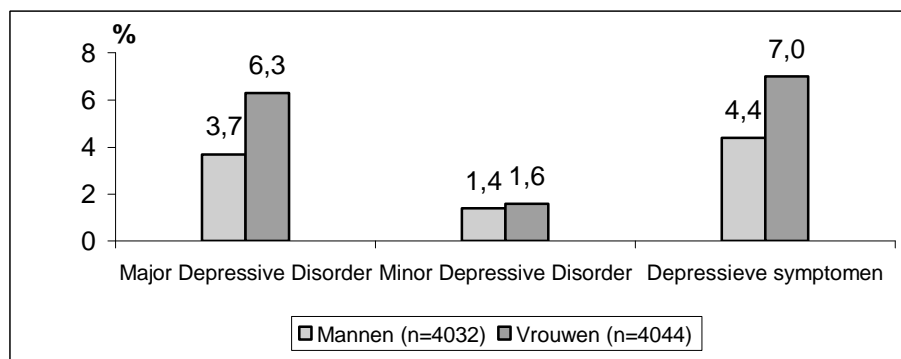
In het kader van de studie (90) (zie internationale gegevens) in België, werd een steekproef, afkomstig van de algemene volwassen bevolking in de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder (n=8076), gescreend op depressie.

\* In de Verenigde Staten is deze grens >16, wat niet beschouwd wordt als relevant voor de populaties van Franse cultuur waar de meerderheid van de auteurs de grens van 21 verkiest.

De resultaten tonen aan dat de prevalentie van depressie (major, minor en depressieve symptomen), in de loop van de zes maanden die de enquête voorafgingen, 12,2% in totaal (9,5% bij de mannen en 14,9% bij de vrouwen) was.

5,0% van de personen beantwoordde aan de criteria van depressie (Major Depressive Disorder), 1,5% aan de criteria van geringere depressie (Minor Depressive Disorder) en 5,7% vertoonde symptomen van depressie zonder evenwel volledig te beantwoorden aan de criteria van de ziekte.

**Figuur 7-1 : Prevalentie van depressie (%) in België in de loop van de 6 maanden die de enquête voorafgaan, per geslacht, Studie DEPRES, België 1994-1995.**



#### De gezondheidsenquête van 1997

Een Gezondheidsenquête d.m.v. Interview (58) werd uitgevoerd in de verschillende Gewesten en Gemeenschappen van België in 1997. Deze enquête beoogt informatie te verkrijgen over de subjectieve gezondheid van de bevolking, het gebruik van gezondheidsdiensten en bepaalde gezondheidsdeterminanten. De gegevens werden verzameld d.m.v. gestandaardiseerde interviews bij 10.221 personen, afkomstig van 4.664 huishoudens die geselecteerd werden aan de hand van een toevalssteekproef uit het Nationaal Register.

Het deel van de enquête over de mentale gezondheid betreft slechts de individuen in de leeftijdsgroep van 15 jaar en ouder (n = 8.560). Het omvat gegevens over het psychische welzijn zoals dat ervaren werd in de loop van de laatste weken, de gerapporteerde depressie en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen. Het psychisch welzijn werd gemeten door de *General Health Questionnaire* (GHQ), bestemd om veel voorkomende psychologische stoornissen (depressie, angst, sociaal disfunctioneren en hypochondrie) op te sporen. De korte versie (GHQ-12), gebruikt in de gezondheidsenquête, streeft vooral naar het meten van de huidige mentale gezondheidstoestand en het beoordelen van het lijden in het algemeen.

De resultaten tonen aan dat de punctuele prevalentie van mentale gezondheidsproblemen (score GHQ = 2) 31% is. De gemiddelde score van de GHQ-12\* in de Belgische populatie is 1,6.

De prevalentie van het gebruik van voorgeschreven psychotrope middelen (antidepressiva, tranquillizers, slaapmiddelen) is 9,2% en de jaarprevalentie van

\* De gemiddelde score van GHQ-12 geeft het niveau van het psychologisch welzijn aan in een bevolking. Naarmate de individuele score hoger is, stijgt de kans op een psychiatrische stoornis.

gerapporteerde depressie is 6,4%. Deze cijfers verschillen volgens residentie. De prevalentie van gerapporteerde depressie is namelijk groter in Wallonië en Brussel (7,5% en 8,4%) dan in Vlaanderen (5,1%).

**Tabel 7-3: Mentale gezondheidsindicatoren volgens Gewest, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.**

	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
<b>GHQ = 2</b>			
Prevalentie %	27,5	34,6	36,6
BI 95%	25,4-29,5	32,2-37,0	34,0-39,3
<b>Zelfverklaarde depressie</b>			
Prevalentie %	5,1	7,5	8,4
BI 95%	4,1-6,1	6,2-8,8	6,9-9,9
<b>Psychotroop†</b>			
Prevalentie %	8,2	14,3	11,6
BI 95%	6,9-9,4	12,5-16,2	9,8-13,4

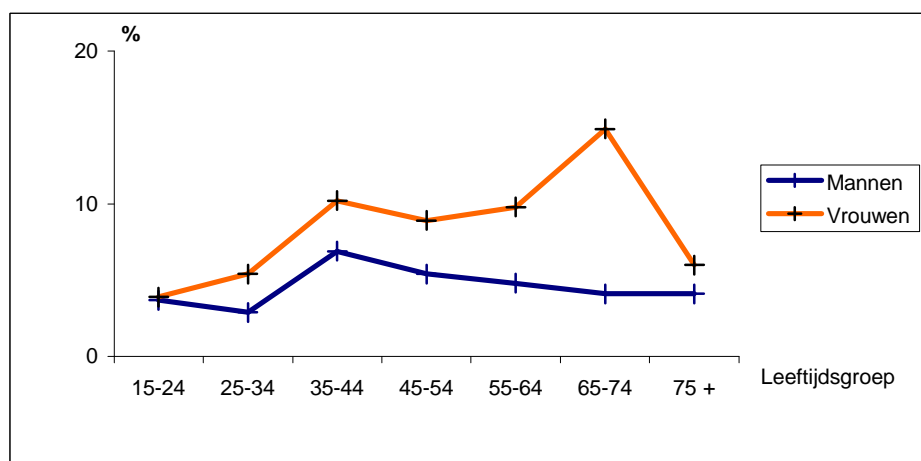
† antidepressiva, tranquillizers, slaapmiddelen.

De variatie volgens de leeftijd van de prevalentie van depressie kent een ander patroon bij de mannen en de vrouwen. Ze is met name 1,6 keer hoger bij de vrouwen in vergelijking met de mannen (8,1% versus 4,7%). Het voor leeftijd gestandaardiseerd cijfer bij de vrouwen bedraagt 8,3 % en bij de mannen 3,8%.

Bij de vrouwen kan men twee pieken onderscheiden: de ene tussen 35 en 44 jaar (de prevalentie is 10,2%) en de andere tussen 65 en 74 jaar (14,9%).

Bij de mannen is de prevalentie van depressie op alle leeftijden geringer dan bij de vrouwen, met een maximum die zich situeert tussen 35 en 44 jaar (6,9%).

**Figuur 7-2: Prevalentie van depressie (%) volgens leeftijd en geslacht. Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.**





Epidemiologische studie van psychiatrische problemen in de provincie Luxemburg, 1998 (91).

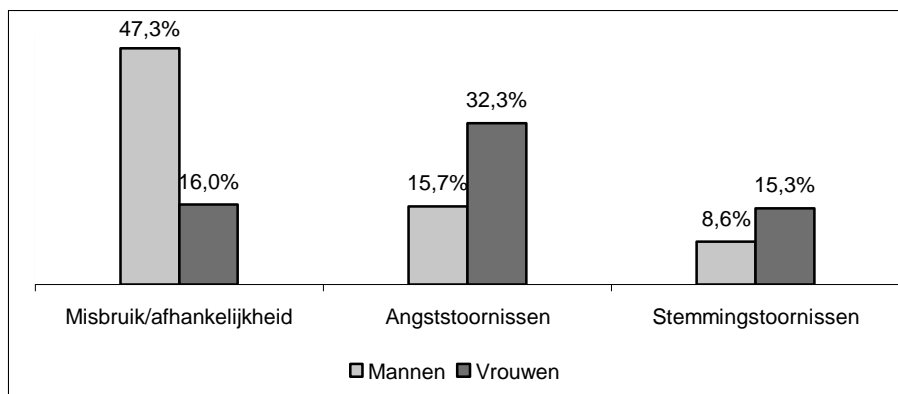
In 1998, het Jaar van de Mentale Gezondheid in de provincie Luxemburg, voerde de afdeling Psychiatrie van de Universiteit van Luik, in opdracht van het psychiatrisch platform van Luxemburg, een studie om de prevalentie van verschillende psychiatrische storingen in de algemene populatie van de provincie, de proportie van de patiënten in functie van de diagnose en de levenskwaliteit van de patiënten in functie van de diagnose en van de aanpak te evalueren. De steekproef van de studie was samengesteld uit inwoners van drie gemeente-eenheden representatief voor de provincie (Arlon, Hotton en Neufchâteau). Het gebruikte diagnose-instrument was de CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*).

De prevalenties werden geschat voor de ganse levensloop (*lifetime prevalence*).

Voor 807 geldig gerealiseerde enquêtes werden er resultaten verkregen. 56,4% van de geïnterviewde personen (18-54 jaar) gaven aan minstens één keer een psychiatrische stoornis in hun leven gehad te hebben. Het prevalentiecijfer van misbruik/afhankelijkheid van een stof (alcohol, drugs, geneesmiddelen) is het hoogst met 29,5%, 24,3% van de mensen vertoont een angststoornis en 23,7% stemmingsstoornissen (depressieve stoornis (Major Depressive Disorder), bipolaire stoornissen, dysthymie). De depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) komt voor bij 22,4% van de gevallen.

De volgende figuur geeft de prevalentie naar geslacht weer van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen.

**Figuur 7-3 : Prevalentie van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen naar geslacht, Psychiatrische enquête van Luxemburg, België, 1998.**



EURODEP Study (92): Multicentra studie van depressieve symptomen bij bejaarden, 1999

Een multicentrastudie (92) (samenwerking van 11 Europese landen waaronder België en gebruikmakend van 14 populatie-enquêtes), die 21.724 personen in de leeftijdsgroep van 65 jaar en meer omvat, heeft geprobeerd om het effect van leeftijd, geslacht en burgerlijke staat op de depressieve symptomen te beschrijven en te vergelijken.

In dit kader werd een nieuw instrument, de EURO-D, ontwikkeld, om op deze manier vergelijkbare resultaten te bekomen voor de verschillende centra (93).

In België kwamen de gegevens enkel uit Antwerpen, met name uit een steekproef van 1130 personen.

In deze studie werd de prevalentie van depressie niet berekend, aangezien er geen grenswaarde werd vastgesteld. De resultaten worden echter voorgesteld onder vorm van depressiviteitscores.

De resultaten op basis van deze Belgische gegevens wijzen er op dat de gemiddelde depressiviteitscore volgens de EURO-D schaal continu steeg met de leeftijd, gaande van 1,69 voor de 65-69 jarigen tot 2,26 voor personen van meer dan 85 jaar. Bij de vrouwen was de score hoger dan bij de mannen (2,20 tegen 1,84). Bij de gescheiden personen (2,69) en de weduwen (2,16) was de score hoger dan bij de gehuwden (1,77) of de vrijgezellen (1,97).

De verschillen, waargenomen tussen de centra, konden niet door de demografische verschillen of verschillen m.b.t. de gebruikte instrumenten in de verschillende studies verklaard worden. Geringe effecten van leeftijd, geslacht en burgerlijke staat werden opgemerkt.

Deze studie heeft aangetoond dat depressie soms kon worden overgediagnosticeerd bij bejaarden wegens een gebrek aan motivatie (verlies van interesse, minder concentratie, passiviteit...) en cognitieve achteruitgang, twee factoren die toenemen naarmate de leeftijd stijgt.

### **Socio-economische gegevens**

De resultaten van de Gezondheidsenquête van 1997 tonen aan dat er in de groep van personen met een laag opleidingsniveau en inkomen significantief meer respondenten zijn die verklaren aan een depressie te lijden.

De prevalentie van depressie is hoger voor de inkomens die lager zijn dan 991 EUR.

**Tabel 7-4: Prevalentie van depressie (%) tijdens de laatste 12 maanden (n=527), gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, volgens opleidingsniveau en inkomen, Gezondheidsenquête, België, 1997.**

	%	BI 95%
<b>Opleidingsniveau</b>		
Geen diploma	10,1	7,3-13,0
Basisschool	9,4	7,2-11,5
Lager secundair	5,5	4,1-6,9
Hoger secundair	4,4	3,1-5,7
<b>Equivalent inkomen</b>		
<496	8,2	5,2-11,2
496-743	10,3	8,2-12,4
743-991	7,8	6,1-9,4
991-1.487	4,6	3,4-5,8
>1.487	2,8	1,1-4,5

De verzamelde gegevens in de steekproef van 4.439 huishoudens (29) verschaffen interessante informatie wat betreft de factoren die gerelateerd zijn aan de hardnekkigheid van depressiesymptomen. Personen die een lager opleidingsniveau hebben, de weduwen en de gescheiden personen en de personen die geen werk hebben, kennen een hoger persistentieniveau van depressie dan de andere

personen. Personen met werk maken minder ernstige en minder lange depressies door dan personen die geen werk hebben.

De socio-demografische verschillen in de hardnekkigheid van depressie zijn vergelijkbaar bij de mannen en de vrouwen. Dit geldt niet voor de burgerlijke staat. Er bestaan geen significante verschillen tussen de categorieën van burgerlijke staat bij de mannen, terwijl er belangrijke verschillen geconstateerd werden bij de vrouwen (27).

**Tabel 7-5: Frequenties (%) van langdurige depressies volgens het opleidingsniveau, de burgerlijke staat en de professionele status, Panel Study of Belgian Households, België, 1990.**

Socio-economische kenmerken	%	N	Significantie
<b>Opleiding (jaren)</b>			
<6	8,3	1078	p<0,001
6-12	6,1	3042	
>12	4,0	1558	
<b>Burgerlijke staat</b>			
Getrouwd	5,3	4061	p<0,001
Wedu(naar)	8,0	474	
Gescheiden	11,6	483	
Vrijgezel	5,3	1093	
<b>Professionele status</b>			
Beloond	4,2	318	p<0,001
Niet beloond	7,9	2923	

Een andere studie, uitgevoerd van april tot september 1986 bij een steekproef van 898 mannen en vrouwen in de leeftijdsgroep van 16 tot 21 jaar, heeft het verband bestudeerd tussen de professionele status van jongeren en depressieve symptomen (evaluatie van depressieve symptomen volgens de CES-D met een grenswaarde van 16 en de criteria van DSM-III) (34).

De gegevens van deze studie tonen aan dat personen zonder werk significantief hogere scores hebben voor depressie dan studenten of personen met werk.

In 1998, heeft de Belgische Liga voor Depressie, in samenwerking met het Ministerie van Werkgelegenheid, besloten om de relatie tussen de werkcondities en het risico van depressie te bestuderen. Een studie\* « Depressiviteit en werksfeer » werd uitgevoerd bij 1.143 personen, werkzaam in ondernemingen van alle beroepssectoren. Deze interviews werden “face to face” uitgevoerd en bevatten het stressmodel op het werk van Karasek†, een evaluatie van de depressiviteit d.m.v. de CES-D schaal en een evaluatie van de prikkelbaarheid door de schaal van Hopkins Symptoms Check-List (HSCL-90).

De resultaten hebben aangetoond dat noch de beroepssector (overheid, privé) noch de beroepsstatus (arbeider, kader, bediende) significant samenhangen met depressiviteit. Echter, na meer gedetailleerde analyses, kan vastgesteld worden dat

\* Belgische Liga voor Depressie, Depressiviteit en werkmilieu, 1997

† Dit model neemt drie factoren in rekening die stress voortbrengen: de graad van zeggenschap van het individu op zijn werk, de psychologische eis geassocieerd met het werk en de sociale steun op het werk.

de depressiviteit hoger is bij kaders van de openbare sector en arbeiders van de privé sector. Deze verschillen zijn echter niet significant.

Daarentegen is een negatieve situatie van de onderneming (slechte toekomstperspectieven van de sector) geassocieerd met een grotere depressiviteit.

**Tabel 7-6 Prevalentie van de depressiviteit (%) volgens geslacht en gewest in een steekproef van werknemers (n=1.143). Depressiviteitenquête en werksfeer, Belgische Liga voor Depressie, België, 1998.**

	CES-D > 21	Mannen	Vrouwen	Totaal
Brussel		14,6	22,5	18,5
Vlaanderen		9,3	14,0	11,6
Wallonië		11,4	21,6	16,5
Totaal		11,7	19,4	15,5

Deeltijdse arbeid bij de vrouwen en nachtwerk bij de mannen verhoogt het risico op depressie.

Nefaste werkomstandigheden hangen samen met een hogere depressiviteit (onvoldoende ruimte en uitrusting, personeelstekort, geluidshinder).

Stress is tevens een factor die de hoge depressiviteit bepaald: hoe meer een job beoordeeld wordt als stresserend, hoe belangrijker de depressieve ervaring. Men moet echter ook de andere levensfactoren van het individu in acht nemen.

Anderzijds zijn slechte relaties met de collega's en de hiërarchische meerderen, beperkte autonome mogelijkheden in de werkbeslissingen en ontevredenheid m.b.t. het werk, sterk gecorreleerd met hoge depressiviteit bij de ondervraagde personen.

### **Prevalentie van depressie op niveau van de consultaties**

In de DEPRES-enquête, heeft de meerderheid van de personen die een depressie heeft een hulpverlener (gezondheid of andere) geconsulteerd. De reden van niet-consultatie (14%) was dat de personen in kwestie van mening waren dat ze op eigen kracht hun depressie konden overwinnen.

#### Psychiatrische patiënten in het Brussels Gewest, 1993

Volgens een studie, gerealiseerd in 1993 bij een representatieve steekproef van de populatie van depressieve patiënten in Brussel (n=1.216), leed 1/3 van de patiënten, die regelmatig naar de mentale gezondheidsdiensten en de psychiatrische afdelingen van het algemeen ziekenhuis gaan, aan gemoedsstoornissen en vooral aan depressie (94).

#### Depressieve symptomen in de praktijk van gynaecologie

In 1995 werd een enquête over de prevalentie van depressie uitgevoerd bij de patiënten die op consultatie gaan bij gynaecologen (95).

De 217 gynaecologen die hebben meegewerkt aan de studie (58% Franstalige) interviewden in totaal 2.174 vrouwen. Het doel van deze studie was de depressieve

symptomen bij de patiënten te identificeren volgens de diagnose vastgesteld door de arts en volgens de score verkregen op de *Goldberg Depression Scale*.

Slechts 12% van de patiënten die deelnam aan de studie vertoonde depressieve symptomen volgens de diagnose gesteld door de gynaecologen, terwijl de diagnose gesteld a.h.v. de depressieschaal 35% van de vrouwen met 2 of meer positieve antwoorden en 19% van de vrouwen met 4 of meer positieve antwoorden vond.

**Tabel 7-7: Percentage van depressieve symptomen bij patiënten in de gynaecologie, België, 1995.**

	n	%
<b>Opinie van de gynaecoloog (n=2.159)</b>		
Vrouwen met depressieve symptomen	258	12
<b>Positief antwoord op de <i>Goldberg Depression scale</i> (n=2154)</b>		
?2	749	35
?4	413	19

Deze resultaten<sup>†</sup> suggereren dat de depressieve symptomen niet vaak herkend worden door de artsen bij het uitoefenen van de gynaecologie. De meerderheid van de personen die depressieve symptomen vertonen gaat onopgemerkt voorbij. Deze vaststelling reikt ongetwijfeld verder dan de hier besproken studie en het is zeer waarschijnlijk dat het een feit betreft dat ook in werkelijkheid aanwezig is.

#### DEPRES studie, 1994-95

Wat de consultaties betreft, heeft de DEPRES I studie (90) interessante informatie ter beschikking gesteld.

De volgende tabel stelt enkele resultaten voor van de DEPRES-enquête op het gebied van de consultaties en de voorschriften.

\* De Goldberg Depression Scale werd ontwikkeld om de angst en de depressie in de structuren van de huisarts te bepalen. De schaal omvat vier basisvragen (verlies van energie, interesse, vertrouwen en hoop) evenals vragen over bijkomende symptomen als er minstens 1 positief antwoord op de basisvragen is gegeven.

De schaal, bepaald om aan te tonen dat er belangrijke depressieve symptomen zijn, is 2, die van 4 werd aanbevolen voor meer specificiteit.

† Deze studie brengt echter enkele storende factoren met zich mee: een selectiebias, daar de gynaecologen die aanvaard hebben deel te nemen, een specifieke interesse hadden voor dit onderwerp; een informatiebias, daar de twee detectiemethodes zich afspelen de een na de andere (opinie van de arts dan Depression scale), het aantal vrouwen dat potentieel depressieve symptomen hebben volgens de opinie van de arts zou onderschat kunnen zijn. De geobserveerde tendens van resultaten is echter niet gewijzigd, maar versterkt.

**Tabel 7-8: Proportie van depressieve patiënten die op consultatie gaan voor hun depressie en proportie van medische voorschriften voor de behandeling van depressie, DEPRES, 1997.**

	België	Europees gemiddelde
<b>% consultatie van gezondheidswerkers</b>		
Huisarts	55,0	50,6
Psychiater	9,8	9,2
Andere specialist	11,2	12,3
Psycholoog/raadgever	9,1	8,3
<b>% medische voorschriften</b>		
Alle depressies	38,8	30,7
Major depression	49,9	41,4
Minor depression	36,7	27,7
Depressieve symptomen	29,6	22,5

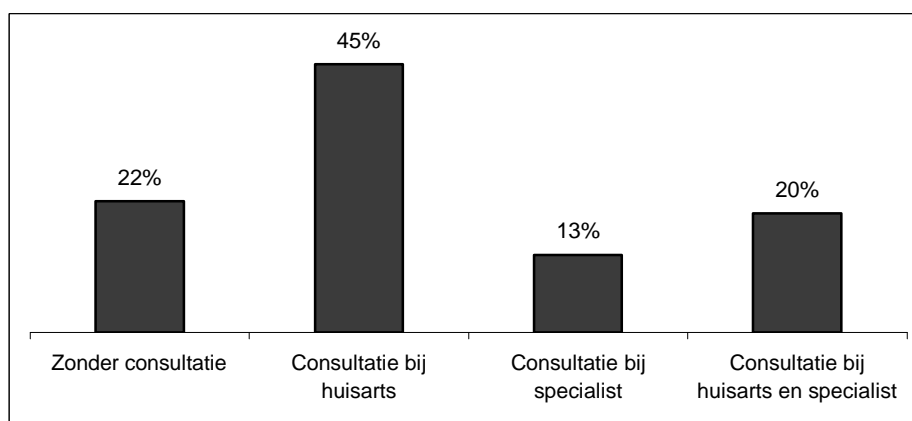
De niveaus van consultatie waren hoger in Frankrijk en Nederland (bij benadering 60%), gevolgd door België (55%).

Er blijkt een samenhang te bestaan tussen de ernst van de depressie en het gebruik van gezondheidszorgen. Deze correlatie is in vergelijking met de andere landen het sterkst in België, met gemiddeld 5,3 visites bij een huisarts voor depressie (Major Depressive Disorder) in de loop van zes maanden, wat neerkomt op 6,6 keer meer visites dan bij de niet-gedeprimeerde personen.

#### Gezondheidsenquête d.m.v. Interview van 1997

De resultaten van de Gezondheidsenquête van 1997 tonen aan dat bijna 22% van de personen die aangaven een depressie te hebben gehad in de loop van de 12 maanden voorafgaand aan de bevraging, niet werd opgevolgd door een arts.

**Figuur 7-4: Proportie van personen die een depressie verklaarden in de loop van de laatste 12 maanden en die wel of niet geconsulteerd hebben (n=528). Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.**



Men kan op basis van deze gegevens zeggen dat depressie een aandoening is die vaak wordt geobserveerd bij patiënten van een huisarts. Slechts een deel van de depressieve stoornissen wordt echter als dusdanig gediagnosticeerd.

Deze resultaten staven bepaalde internationale gegevens (96),(97), die aantonen dat de depressieve stoornissen niet vaak erkend/gediagnosticeerd zijn in de klinische

praktijk en dat op het moment dat ze behandeld worden weinig patiënten de gepaste behandeling krijgen.

### **Geneesmiddelengebruik**

In de DEPRES-enquête wordt o.a. het gebruik van geneesmiddelen in de behandeling van depressie nagegaan. Het is gebleken dat in totaal 31% van de depressieve patiënten (alle types van depressie) en 41% van de patiënten die een depressie (Major Depressive Disorder) hebben, geneesmiddelen ter behandeling van hun problemen ontvingen.

In België, Frankrijk en Nederland worden vaker geneesmiddelen voorgeschreven aan patiënten (ongeveer 50% van de depressieve patiënten (Major Depressive Disorder) ontvangt medicatie) dan in andere landen (Duitsland, Groot-Brittannië).

Wat het type van voorgeschreven geneesmiddelen betreft, situeren België en Groot-Brittannië zich aan de top van de rangschikking met meer dan 30% aan antidepressiva en kalmeringsmiddelen. Voor België gaat het hier in 25% van de gevallen om antidepressiva. De andere voorgeschreven geneesmiddelen betreffen de kalmeringsmiddelen.

**Tabel 7-9: Voorgeschreven medicamenteuze behandeling per land en volgens de ernst van de depressie, DEPRES-studie, 1995.**

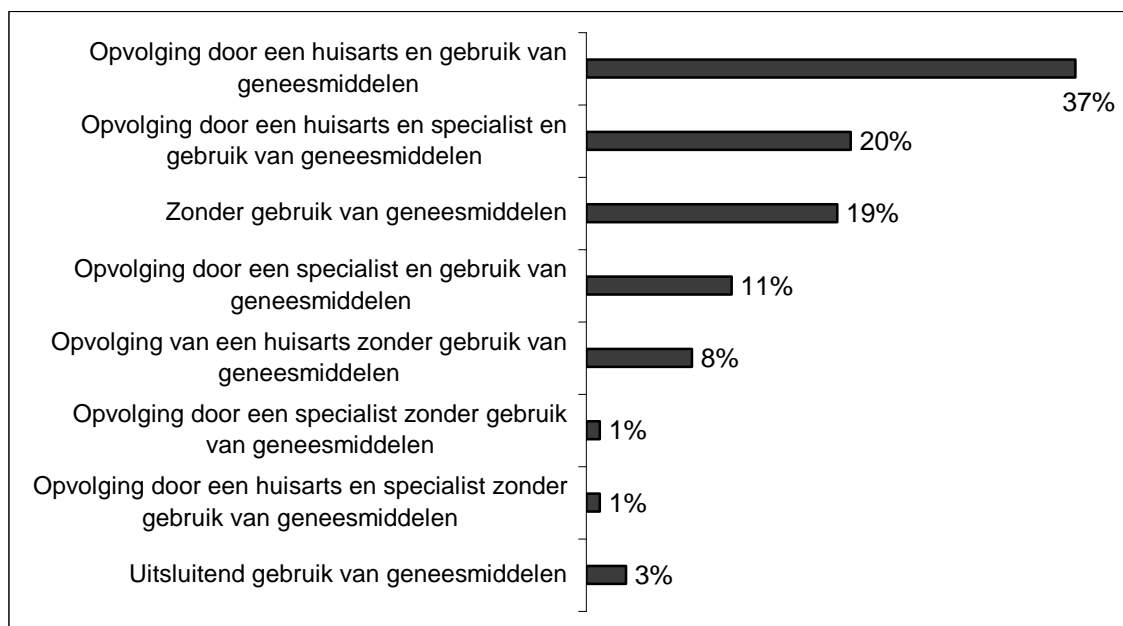
DEPRES-studie (90)

Land	% Voorgeschreven medicamenteuze behandeling			
	Major depression	Minor depression	Depressieve symptomen	Alle depressies
België	49,9	36,7	29,6	38,8
Frankrijk	51,4	29,2	30,0	38,7
Duitsland	34,6	26,1	13,3	22,6
Nederland	50,8	38,1	24,1	37,9
Spanje	34,5	18,9	22,7	26,9
Verenigd Koninkrijk	34,6	22,8	17,0	25,4
Totaal	41,4	27,7	22,5	30,7

In de Gezondheidsenquête van 1997 werden hogere resultaten teruggevonden voor wat de behandeling van depressie betreft: 74% van de personen die verklaarden een depressie te hebben doorgemaakt gedurende de laatste 12 maanden, heeft een medicamenteuze behandeling tegen hun depressie gekregen. Dit is duidelijk een percentage dat niet te verwaarlozen valt.

Men constateert desalniettemin dat 3% van de personen, die een depressie in de loop van de laatste 12 maanden melden, geneesmiddelen gebruikt zonder medische opvolging en 19% van deze personen geen enkele behandeling ontving.

**Figuur 7-5: Prevalentie van opvolging en behandeling van personen die een depressie verklaarden in de loop van de laatste 12 maanden (n=528), Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, België, 1997.**



Men merkt op dat van de geneesmiddelen ter behandeling van depressie 64% wordt voorgeschreven door de huisartsen en 35% door de specialisten.

Slechts 60% van de voorgeschreven geneesmiddelen werd geconsumeerd door depressieve personen.

Andere geneesmiddelen worden ook voorgeschreven: van de personen die een depressie in de laatste 12 maanden aangaven heeft 32% voorgeschreven tranquillizers en andere geneesmiddelen voor de zenuwen en 31% slaapmiddelen gebruikt.

### **Gegevens betreffende de ziekenhuisopnames**

De Minimale Psychologische Gegevens (MPG) worden sinds april 1996 geregistreerd in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen. Vanaf januari 1998 nemen ook de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven van begeleid wonen deel aan de registratie van deze gegevens. De socio-demografische gegevens van de patiënt, de diagnose en de resterende problemen van de opname, de gegevens van de behandeling, de diagnose en de residuele problemen bij vertrek, is de informatie die op deze wijze wordt verzameld.

Depressie wordt tevens geregistreerd door de MPG volgens de classificatie van de DSM-IV bij het begin en einde van een verblijf in een ziekenhuis.

De MPG is dus een instrument dat ons zou kunnen voorzien van volledige informatie (zowel wat betreft de exacte diagnose volgens de DSM-IV als de epidemiologische gegevens van de patiënt) over de hospitalisatie wegens depressie. De publicatie van

\* Jean-Pierre Gorissen, Persoonlijke mededeling



de gegevens van de MPG werd echter in 2000 stopgezet wegens problemen met de anonimiteit\* van de gegevens.

## **b. Incidentie van depressie in België**

Om de incidentie van een ziekte in een populatie te kunnen evalueren, is het nodig om de nieuwe gevallen (het voorkomen van nieuwe zieken) te registreren over een precieze tijdsperiode bij personen die initieel ziektevrij zijn.

In het geval van depressie is dat niet eenvoudig. Het is nodig om over steekproeven van grote omvang te beschikken en deze prospectief te observeren om zo precieze incidentiegegevens te genereren.

De studies, die toelaten om de incidentie van depressie te schatten, zijn van het follow-up type, waarbij de personen herhaaldelijk worden ondervraagd volgens een vastgesteld tijdsinterval.

Een ander probleem van de schatting van de incidentie is dat deze afhangt van het chronische karakter van de depressieve symptomen en van de duur van de episodes. Een voorbeeld hiervan is de unipolaire depressieve stoornissen die één van de hoogste jaarincidenties onder de stemmingsstoornissen hebben. Deze unipolaire depressieve stoornissen zijn echter meer episodisch dan de dysthymie of de bipolaire stoornissen.

Incidentiegegevens van depressie zijn quasi onbestaand in België.

Het project (INTEGO) (98) voorziet incidentiegegevens van depressie bij patiënten die een huisarts consulteren.

INTEGO (KULeuven Intego Network) is in het eerste continu geïnformatiseerd registratienetwerk van morbiditeit door huisartsen van België. Dit netwerk functioneert momenteel slechts in enkele Vlaamse gemeenten.

De doelstelling is om een gegevensbank van pathologieën te ontwikkelen die toelaten de incidentie en de prevalentie van bepaalde pathologieën in Vlaanderen te meten. Informatie over de diagnostische testen en de behandeling door huisartsen zal ook uit deze gegevensbank gehaald kunnen worden. Het project werd gelanceerd in Vlaanderen in 1990 op de afdeling Algemene Geneeskunde van de K.U.Leuven. Hierbij baseerde men zich op het model van de registratienetwerken ontwikkeld in het buitenland.

Depressie maakt deel uit van de door dit systeem geregistreerde pathologieën. Men maakt gebruik van het International Classification of Primary Care (ICPC) om de diagnoses te coderen. In dit classificatiesysteem hebben de depressieve aandoeningen de code P76.

Dankzij dit systeem zijn incidentiegegevens van de pathologieën in algemene geneeskunde beschikbaar voor de jaren 1994 tot en met 1998.

---

\* Léon From, persoonlijke mededeling

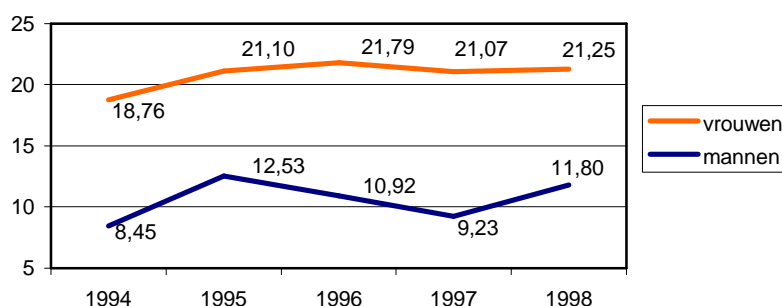
**Tabel 7-10: Aantal diagnoses van depressie, INTEGO-netwerk, België, 1994-1998.**

Diagnose ICPC P76: Depressie			
Jaar	Vrouwen	Mannen	Totaal
1994	303	119	422
1995	365	192	577
1996	379	168	547
1997	373	145	518
1998	397	198	595
Totaal	1817	822	2639

De cijfers hieronder moeten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, daar de incidentie\* berekend is op basis van geschatte populaties, voor een beperkt aantal huisartsenkabinetten in Vlaanderen (de gegevens van 46 huisartsenkabinetten en van een referentiegroep van 26 kabinetten die deel hebben genomen vanaf het begin werden geanalyseerd).

Bovendien moet men opmerken dat dit netwerk functioneert op enkele plaatsen in Vlaanderen en niet representatief kan zijn voor het hele Gewest en nog minder voor België.

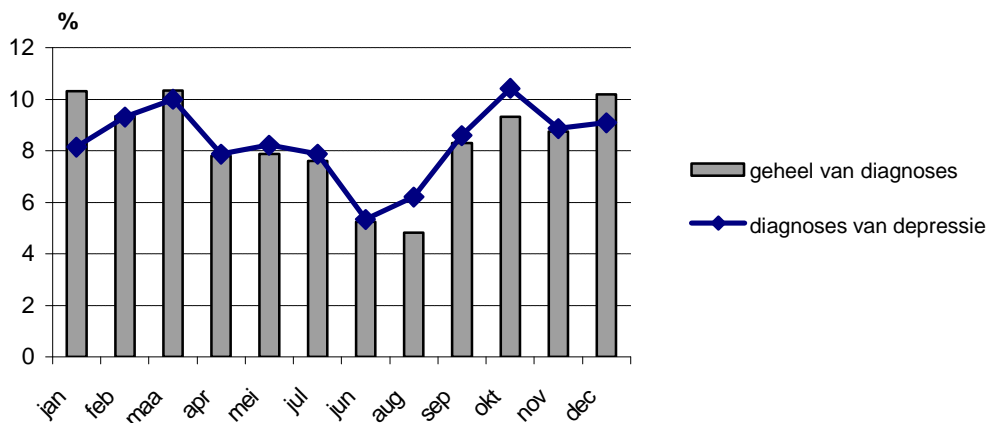
**Figuur 7-6: Incidentie van depressie (per 1000 patiëntjaren) per geslacht, INTEGO-netwerk, België, 1994-98.**



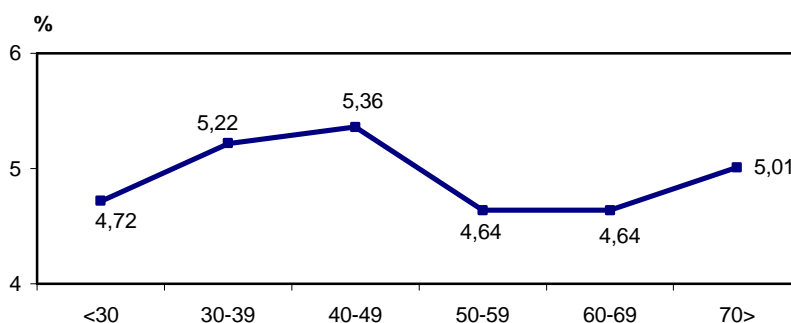
Tussen 1994 en 1998 merkt men in grote lijnen een stijging op van de incidentie van depressie bij de patiënten die een arts consulteren. Dit is veel meer uitgesproken bij de mannen dan bij de vrouwen (de noemer heeft hier betrekking op het aantal verschillende patiënten dat hun huisarts minstens één keer in het jaar consulteert).

\* De berekende incidentie wordt gedefinieerd als het aantal nieuwe gevallen in een bepaalde populatie gedurende een gegeven periode. De moeilijkheid in de definitie van de populatie (noemer) bestaat uit: de patiënten zijn niet ingeschreven bij een vaste huisarts. Daarom is het voor het bepalen van de noemer vereist enkele schattingen door te voeren.

**Figuur 7-7: Incidentie van depressie in vergelijking met andere diagnoses volgens de maand van het jaar, INTEGO-netwerk, België, 1994-1998.**



**Figuur 7-8: Incidentie van depressie (%) tijdens de periode 1992-1994 volgens leeftijd. PSBH, België.**



De gegevens van de Panel Study Belgian Households hebben aangetoond dat depressie het vaakst voorkomt in de leeftijdsgroep van 30 tot 49 jaar

### **c. Algemene gegevens over de gevolgen van depressie: zelfmoorden en zelfmoordpogingen**

Zelfmoord is een belangrijk probleem van de volksgezondheid in België. Samen met Frankrijk, Finland en Zwitserland, situeert België zich bij de Europese landen die het hoogste sterftecijfer door zelfmoord hebben (Health For All database WGO, 2000).

De evolutie van de sterfte door zelfmoord werd bestudeerd voor de periode 1970-1990. Men constateert sinds 1970 een stijging tot de periode 1981-1985 en vervolgens een daling tussen 1986-1990. Globaal komt dit neer op een toename van 27,3% bij de vrouwen en 26,9% bij de mannen (99).

Er bestaan verschillen tussen de gewesten en volgens het geslacht.

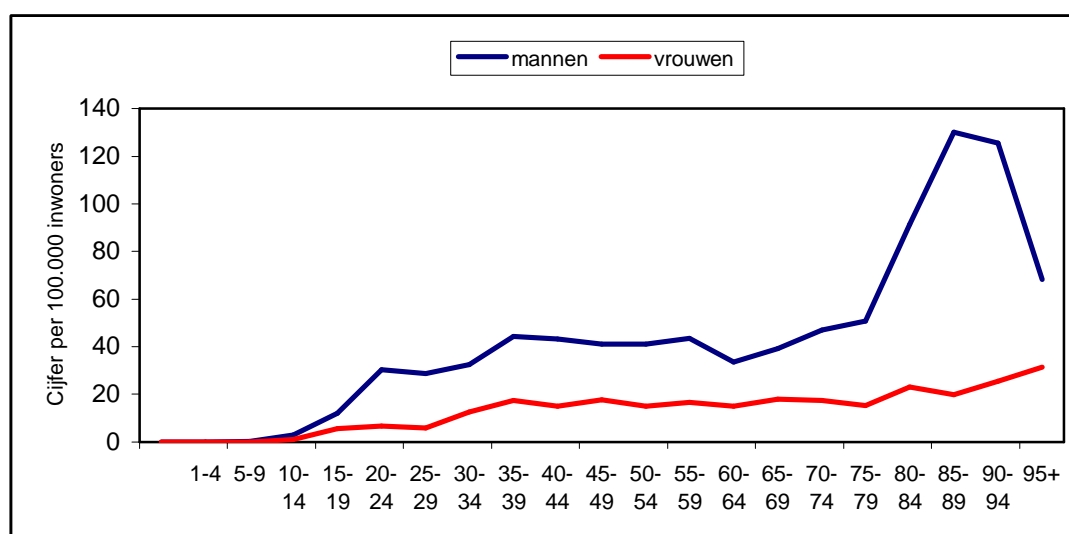
Tussen 1990 en 1995 is het sterftcijfer door zelfmoord blijven stijgen. In België waren er 2.155 doden door zelfmoord in 1995. Dit betekent een bruto sterftcijfer van 21/100.000 inwoners (hetzij 31/100.000 bij de mannen en 12/100.000 bij de vrouwen).

In 1995 was zelfmoord de oorzaak van bijna ¼ van de overlijdens tussen 15 en 44 jaar in de Belgische bevolking (21,6% van de overlijdens).

**Tabel 7-11: Sterftcijfer door zelfmoord, gestandaardiseerd voor leeftijd, per gewest en per geslacht, België, 1995. (referentiepopulatie: Belgische populatie van 1995). Bron: WIV (SPMA).**

	<b>Gestandaardiseerd sterftcijfer (per 100.000)</b>	
	Mannen	Vrouwen
Vlaams Gewest	27,32	10,04
Waals Gewest	39,62	13,58
Brussels Gewest	27,92	14,66
<b>België (referentie)</b>	<b>31,27</b>	<b>11,68</b>

**Figuur 7-9: Sterftcijfer voor zelfmoord (per 100.000) per geslacht en per leeftijdsgroep, België, 1995. Bron WIV (SPMA)**

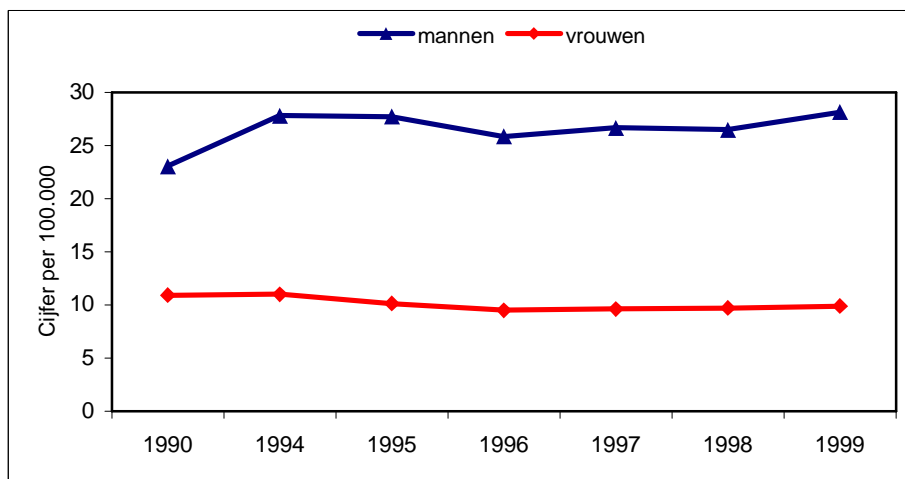


Tussen 1992 en 1994 nam zelfmoord de tweede plaats in van de doodsoorzaken wat betreft het aantal potentieel verloren levensjaren in de leeftijdsgroep 15-64 jaar.

Het Vlaams Gewest heeft in 1999 1.121 doden door zelfmoord geregistreerd, bijna drie op vier waren mannen. In 63,7% van de vermelde gevallen (174/273) was depressie de eerste oorzaak geassocieerd met zelfmoord (Gezondheidsindicatoren, 1999).

De figuur hieronder toont de evolutie van het sterftcijfer door zelfmoord in het Vlaams Gewest.

**Figuur 7-10: Gestandaardiseerd sterftcijfer te wijten aan zelfmoord per 100.000 inwoners (directe standaardisatie, referentiejaar 1999), Gezondheidsindicatoren Vlaams Gewest, 1999.**



Men stelt vast dat het zelfmoordcijfer bij de vrouwen vrij stabiel is in de tijd, met een lichte daling tussen 1990 en 1996.

Bij de mannen is het sterftcijfer door zelfmoord elk jaar 2 tot 3 keer hoger dan bij de vrouwen. De hoogste niveaus bij de sterftcijfers door zelfmoord werden geobserveerd in 1994-95. Vanaf 1996 tot 1999 heeft het sterftcijfer door zelfmoord de neiging te stijgen.

Tussen de 120 en 158 huisartsen hebben tijdens de periode van 1990 tot 1995 de zelfmoordpogingen en de zelfmoorden in België geregistreerd.

In 1990-91 heeft het huisartsenpeilpraktijkennetwerk het voorkomen van zelfmoorden en zelfmoordpogingen in hun praktijk geregistreerd. Het jaarlijks cijfer van zelfmoordpogingen werd geschat op 13,0 gevallen per 10.000 inwoners. Het hoogste incidentiecijfer betrof de vrouwen en de jongeren. Het jaarlijks zelfmoordcijfer wordt geschat op 2,3 gevallen per 10.000 inwoners met een hoogste cijfer bij de mannen en de bejaarden. Bijna de helft van de zelfmoordpogers en de zelfmoordenaars werden behandeld voor een mentale stoornis in het jaar voorafgaand aan de zelfmoord (of de zelfmoordpoging).

De gegevens over de zelfmoordpogingen worden sedert enkele jaren bijgehouden. De zelfmoordpogingen zijn op nationaal niveau door de huisartsen geregistreerd (periode 1982-83, 1990-95, 2000-2001<sup>†</sup>).

Recente gegevens zijn beschikbaar voor het Vlaams Gewest, dat een registratiesysteem van zelfmoordpogingen bezit. Gedurende het jaar 1999, werden

\* De incidentiewaarden geschat door het huisartsennetwerk zijn een beetje hoger dan de sterftcijfers door zelfmoord verkregen voor 1991 met SPMA (1,8/10.000 inwoners, hetzij 2,6/10.000 bij de mannen en 1,0/10.000 bij de vrouwen), maar stemmen evenwel overeen in de trends.

<sup>†</sup> De resultaten voor de periode 2000-2001 zijn nog niet beschikbaar.

844 zelfmoordpogingen (760 verschillende personen) geregistreerd in de vijf ziekenhuizen die deelnemen aan het systeem. De totale jaarlijkse incidentie, gebaseerd op het aantal inwoners, was 171 per 100.000 inwoners (128/100.000 inwoners bij de mannen en 208/100.000 inwoners bij de vrouwen). De incidentie van zelfmoordpogingen was hoger bij de vrouwen dan bij de mannen. In vergelijking met het vorige jaar (1998) was de totale incidentie bij de twee geslachten lager. Meer dan de helft van de zelfmoordpogingen werd bij de personen in de leeftijdsgroep van 13 tot 34 jaar geregistreerd.

De meerderheid van de zelfmoordpogers is nooit getrouwd geweest en leefde alleen. Een significant verschil werd vastgesteld tussen de mannen en de vrouwen betreffende de socio-economische status. 54,1% van de mannen die zelfmoord probeerden te plegen, heeft werk. Bij de vrouwen is dit slechts 31,2%. De meerderheid van de vrouwen die een zelfmoordpoging pleegden is immers « economisch inactief » (studenten, huisvrouwen, invaliden en gepensioneerden). Slechts 30,9% van de mannen die een zelfmoordpoging ondernemen, verkeert in deze situatie.

De vaakst gebruikte methode, vooral bij de vrouwen, was vergiftiging met medicijnen. Men heeft ook een zekere seizoensgebondenheid vastgesteld die significant verschillend is bij de mannen en de vrouwen: in de herfst plegen er meer mannen zelfmoordpogingen, in de zomer daarentegen gaan vrouwen vaker over tot een wanhoopsdaad.

In een rangschikking van de landen van de Europese Gemeenschap voor wat betreft het gestandaardiseerd sterftecijfer bezette België in 1995 de derde plaats (Health For All database WGO, 2000).

De beschikbare cijfers over de zelfmoorden en de zelfmoordpogingen zijn heel waarschijnlijk onderschat: bepaalde verkeersongevallen zijn gemaskeerde vormen van zelfmoord en slechts de personen die een ernstige zelfmoordpoging plegen, doen beroep op een dokter of worden gehospitaliseerd.

### **7.3 Synthese van de gegevens in België**

Depressie is in België een veel voorkomende en invaliderende ziekte, maar wordt weinig bestudeerd. Naast de DEPRES-enquête, uitgevoerd in 1995, werd, voor zover we weten, geen enkele specifieke studie rond depressie gerealiseerd en gepubliceerd op nationaal niveau om de prevalentie van depressie, gemeten m.b.v. een representatieve steekproef voor de algemene bevolking van België, te bepalen. De studies die toch werden uitgevoerd in bepaalde provincies of steden leveren relevante informatie op die aantoont dat België, zoals het merendeel van de Westerse landen, deze ziekte het hoofd moet bieden.

De prevalentie van depressie (Major Depressive Disorder en dysthymie) varieert gedurende het leven van 22% tot 25% als men enkel naar de volwassen populatie kijkt. De prevalentie over een periode van zes maanden van depressieve stoornissen (Major en Minor Depressive Disorder), dysthymie en depressieve symptomen situeert zich tussen 11% en iets meer dan 12% (Tabel 7-12).

Het is niet evident om een evolutie in de tijd te bepalen op basis van de cijfers waarover we beschikken aangezien de studiepopulaties meestal niet vergelijkbaar zijn voor wat betreft leeftijd, meetinstrumenten en beschouwde diagnoses.

Hoewel er in het verleden onderzoeken werden uitgevoerd, is het nodig om de kennis over de prevalentie van deze ziekte te vernieuwen.

We beschikken ook over weinig incidentiegegevens. Toch zijn studies, die toelaten om de incidentie van depressie te bepalen, nodig, want zij vergemakkelijken de studie van de risicofactoren en zij laten toe om de kennis over de etiologie van depressie te verbeteren. De longitudinale studies laten tevens toe om het voorkomen van depressie in de tijd op te volgen.

Tabel 7-12: Synthese van de gerealiseerde en uitgevoerde studies die de gegevens over de prevalentie van depressie in België voorzien

Aantal	Leeftijd	Meetinstrument	Classificatie	Diagnose	Prevalentie				
					Op het moment van de studie	6 maanden	1 jaar	Hele leven	
Panel Study of Belgian Households, 1992-1994	8744	16+	HDL-global depression scale	DSM-III-R	Depressieve symptomen 1992 1993 1994			16,2% 15,4% 15,3%	
Baruffol & Thilmany studie, 1993	240	25-45	Geïnformateerde DISSI-versie	DSM-III	Depressieve stoornissen (Major Depressive Disorder) en dysthymie		11,9%		25,5%
Mentale gezondheid bij de jongeren, 1994	2209	12-18	CES-D grens 21		Depressieve symptomatologie M V	17,2% 27,8%			
Gynaecologen studie, 1995	2174	Alle leeftijden	Goldberg Depression scale >=2 >=4		Depressieve symptomen V	35% 19%			
DEPRES, 1995	8076	18+	MINI	DSM-III-R	Stemmingsstoornissen Major Depressive Episode Minor Depression Episode Depressieve symptomen		12,2% 5,0% 1,5% 5,7%		
HIS, 1997	8560	15+	Zelf verklaard GHQ-12		Depressie Mentale gezondheidsproblemen	31%		6,4%	
Studie van Luxemburg, 1998	807	18-54	CIDI	DSM-IV	Psychiatrische stoornissen Gemoedsstoornissen Major Depressive Disorder Dysthymie				56,4% 23,7 22,4 0,7
Depressiviteit en werksfeer, 1998	1143		CES-D HSCL-90		Depressiviteit Prikkelbaarheid M V	11,7% 19,4%			



## 7.4 Internationale gegevens

### a. Prevalentie van depressie

De proportie van de volwassen populatie die een depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) vertoont, varieert aanzienlijk per studie. Volgens de DSM-IV (1) varieert het risico van een depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) bij de algemene populatie in de loop van het leven van 10 tot 25% voor de vrouwen en van 5 tot 12% voor de mannen (gegevens van verschillende studies uitgevoerd in verschillende landen van de wereld). De puntprevalentie (op een gegeven moment) van de depressieve stoornis (Major Depressive Disorder) in de volwassen populatie varieert van 5 tot 9% voor de vrouwen en van 2 tot 3% voor de mannen.

Eén van de belangrijkste enquêtes uitgevoerd in de Verenigde Staten op het einde van de jaren '80 over de epidemiologie van de psychopathologie "*The Epidemiologic Catchment Area (ECA)*" heeft het mogelijk gemaakt om de prevalentie en de incidentie van depressieve stoornissen bij een steekproef van 19.640 individuen van 18 jaar en ouder, geïnstitutionaliseerd (8%) en niet-geïnstitutionaliseerd (92%), representatief voor de populatie van bestudeerde geografische gebieden (catchment areas) te schatten.

ECA was gebaseerd op de DSM-III criteria en maakte gebruik van de *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) om de personen, die beantwoorden aan de criteria van verschillende psychiatrische stoornissen, te identificeren.

De prevalentie van psychiatrische stoornissen in de loop van het leven was 32% (36% bij de mannen en 30% bij de vrouwen). De prevalentie in de loop van het jaar voorafgaand aan het interview was 20% bij beide geslachten.

De meest frequente stoornissen waren fobieën en misbruik/afhankelijkheid van alcohol, gevolgd door angst en de depressieve episode (Major Depressive Episode). De geschatte prevalentie van depressie (Major Depressive Disorder) in de loop van het leven was 2,6% bij de mannen en 7,0% bij de vrouwen. Voor de algemene niet-geïnstitutionaliseerde populatie was de prevalentie in de loop van het leven 4,4%, de zes maanden prevalentie 2,2% en de jaarprevalentie 2,6%.

In de studie *National Comorbidity Survey* (NCS) (100), uitgevoerd tussen 1990 en 1992 bij meer dan 8000 personen van 15 tot 54 jaar, representatief voor de algemene Amerikaanse bevolking, zijn de cijfers betreffende depressie hoger dan in de ECA-enquête: de maandprevalentie is 4,9%, met een veel hoger cijfer bij de vrouwen, en de prevalentie in de loop van het leven bedraagt 17,1%. In deze studie was het instrument dat gebruikt werd voor de diagnose van psychiatrische stoornissen een aangepaste versie van *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

Dit verschil met ECA zou verklaard kunnen worden door het feit dat de CIDI, afgeleid van DIS, een verbeterd en veel preciezer instrument is. Het is evenwel niet in te schatten of het verschil afkomstig is van een toename van depressieve gevallen tussen beide studieperiodes.

Op Belgisch niveau is de enige studie die hetzelfde meetinstrument gebruikt als de NCS (CIDI) een studie gerealiseerd in de provincie Luxemburg in de jaren 1998-1999

(n=807). De cijfers verkregen in België tonen een hogere prevalentie aan van psychiatrische stoornissen, vooral wat betreft depressie (bijna 23% in België tegen 17% in de Verenigde Staten) en de stoornissen gerelateerd aan misbruik/afhankelijkheid van alcohol (bijna 30% in België tegen 23% in de Verenigde Staten).

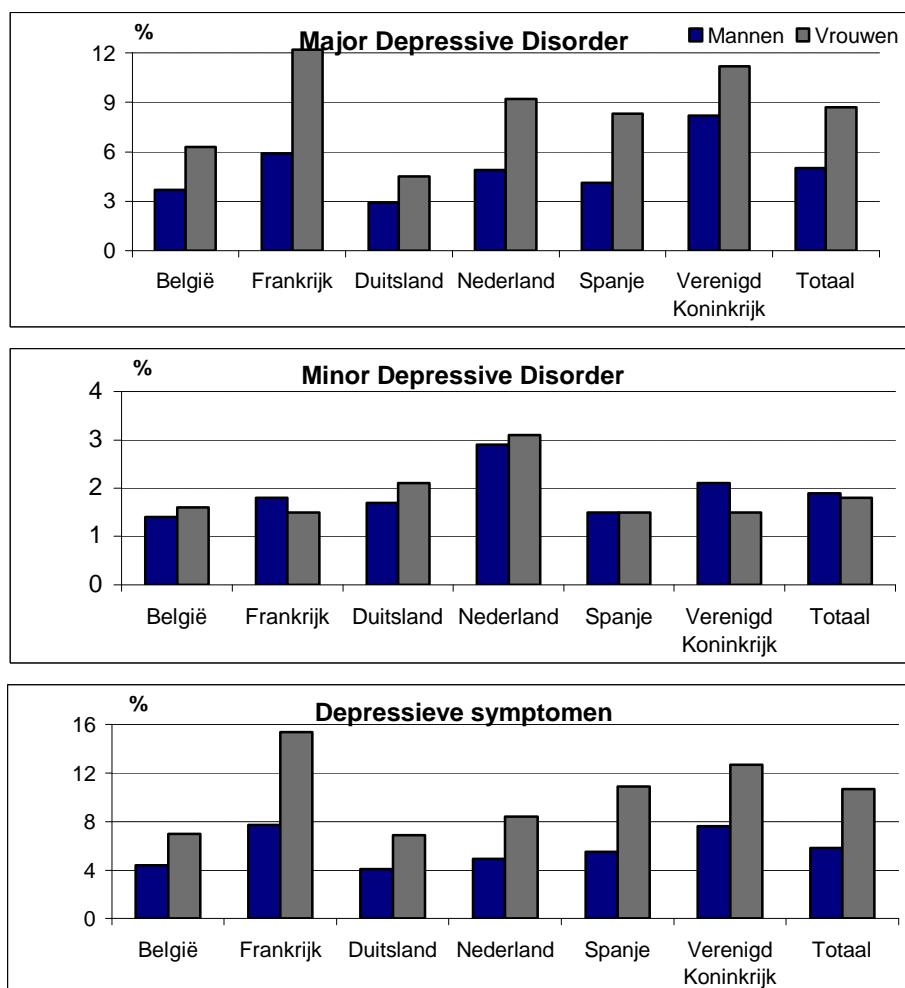
Op Europees niveau is de DEPRES-studie (*Depression Research in European Society*), uitgevoerd in 1994-1995 in 6 Europese landen (Duitsland, België, Spanje, Frankrijk, Nederland, Groot-Brittannië), momenteel een van de belangrijkste. 78.463 personen werden ondervraagd om te weten of zij aan een depressie hebben geleden in de 6 maanden voorafgaand aan de enquête. Het opsporingsinstrument van depressie was de MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*).

Voor de ganse screeningspopulatie werd een prevalentie van depressie van 17% vastgesteld (90).

**Tabel 7-13: Prevalentie over zes maanden (%) van depressieve stoornissen en symptomen, DEPRES-studie, Europa, 1994-1995.**

		Major Depressive Disorder	Minor Depressive Disorder	Depressieve symptomen	Totaal
België	8 076	5,0	1,5	5,7	12,2
Frankrijk	14 517	9,1	1,7	11,6	22,4
Duitsland	16 184	3,8	1,9	5,6	11,3
Nederland	7 811	6,9	3,0	6,5	16,4
Spanje	16 132	6,2	1,5	8,2	15,9
Verenigd Koninkrijk	15 743	9,9	1,7	10,4	22,0
<b>Totaal</b>	<b>78 463</b>	<b>6,9</b>	<b>1,8</b>	<b>8,3</b>	

**Figuur 7-11: Prevalentie (%) van depressie volgens type en geslacht, DEPRES-studie, Europa, 1994-1995.**



Deze vergelijking per land laat ons zien dat Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk zich bovenaan situeren met vrij hoge prevalentiecijfers van depressie (meer dan 22% voor het geheel van de verschillende types van depressie en voor de twee geslachten samen) in vergelijking met de andere landen van de studie. In het algemeen (voor het geheel van de verschillende types van depressie en voor de twee geslachten samen) geeft Duitsland het laagste depressiecijfer (11,3%) aan, gevolgd door België (12,2%).

Wanneer we de depressiecijfers bekijken volgens het type, stellen we vast dat de depressieve symptomen het vaakst voorkomen, gevolgd door depressie (Major Depressive Disorder). Het relatieve belang varieert volgens land.

Een prospectieve en transversale enquête (NEMESIS) werd in Utrecht, Nederland, gerealiseerd (101). In de loop van drie jaren, 1996, 1997 en 1999, werden 7.079 volwassenen van 18 tot 64 jaar ondervraagd. Het diagnose-instrument was de CIDI en de stoornissen werden gedefinieerd door gebruik te maken van de DSM-III-R criteria.

De resultaten (102) hebben aangetoond dat de psychiatrische stoornissen frequent voorkomen in de bestudeerde populatie. De meest voorkomende psychiatrische stoornis was depressie: meer dan 15% van de respondenten hadden een

voorgeschiedenis van depressie (10,9% bij de mannen en 20,1% bij de vrouwen). De jaarprevalentie van depressie was 4,1% bij de mannen en 7,5% bij de vrouwen. Deze resultaten voor Nederland zijn even hoog als in de DEPRES-studie, hoewel de beschouwde periode niet dezelfde is in de twee studies (6 maanden in DEPRES).

**Tabel 7-14: Prevalentie (%) van depressie en van alle gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen (n=7.079)\*, volgens geslacht, in de loop van het leven, gedurende een periode van 12 maanden en een periode van een maand, NEMESIS studie, Nederland, 1996-1997-1999.**

	Hele leven	Prevalentie (%)	
		12 maanden	1 maand
<b>Mannen</b>			
Depressie	10,9	4,1	1,9
Psychiatrische stoornissen	42,5	23,5	15,9
<b>Vrouwen</b>			
Depressie	20,1	7,5	3,4
Psychiatrische stoornissen	39,9	23,6	17,0
<b>Totaal</b>			
Depressie	15,4	5,8	2,7
Psychiatrische stoornissen	41,2	23,5	16,5

\* 46,7% mannen en 53,3% vrouwen. De gegevens werden gewogen voor geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, urbanisatie, zodat ze vergelijkbaar zijn met de gegevens van de algemene Nederlandse bevolking.

In de Enquête Gezondheid en Sociale Bescherming, gerealiseerd in Frankrijk in 1996-1997 (33) bij ongeveer 10.000 personen van 16 jaar en ouder, stelde 6,3% depressief te zijn op het moment van de enquête. 11,8% van de ondervraagde personen zijn depressief (16% bij de vrouwen en 7% bij de mannen) volgens de diagnose gesteld aan de hand van de MINI (33).

Door combinatie van de twee evaluatiemethodes van de punctuele prevalentie van depressie (zelfrapportering en het stellen van vragen door de MINI) bekomt men een punctuele prevalentie van depressie van 14,9% (20% bij de vrouwen en 9% bij de mannen).

De gegevens over de prevalentie van depressie volgens socio-professionele categorie (33) geven aan dat depressie vaker voorkomt bij de bedienden en de arbeiders. Een lagere proportie depressieve personen zien we daarentegen bij kaders en landbouwers

Bij de mannen wordt 11% van de bedienden en 11% van de arbeiders door een depressie getroffen. Het verschil met de andere socio-professionele groepen is echter niet zo groot (9 à 10%).

Bij de vrouwen daarentegen zijn de verschillen groter: een depressie treft 23% van de bedienden en 23% van de arbeidsters, 18% van de tussenberoepen, 16% van de ambachtvrouwen en de kaders, en 15% van de landbouwsters.

De mentale druk en de geringe sociale steun op het werk staan in verband met depressieve symptomen.

## b. Incidentie van depressie

Op internationaal niveau kan men de resultaten van ECA in de Verenigde Staten aanhalen. De jaarincidentie van depressie (Major Depressive Disorder) in de verschillende onderzoeksterreinen was 1,98% bij de vrouwen en 1,10% bij de mannen.

### 7.5 De impact van morbiditeit

De impact van morbiditeit kan omschreven worden als het verschil tussen een reële gezondheidssituatie en een ideale situatie waar iedereen een hoge leeftijd zonder ziekte noch beperkingen zou bereiken.

De cijfers van de WGO tonen aan dat in 1998 de neuropsychiatrische ziekten 23% uitmaken van de ziektelast bepaald aan de hand van de DALY-methode\* in de landen met een hoog inkomen en 10% in de landen met een laag of gemiddeld inkomen (103). Een groot deel van de morbiditeitimpact die toe te schrijven is aan neuropsychiatrische aandoeningen is geassocieerd met depressie (Major Depressive Disorder).

Een vergelijking tussen de gebruikte methodes in twee Australische studies en in de studie van de WGO over de globale impact van morbiditeit op wereldniveau bevestigde dat de mentale stoornissen in de ontwikkelde landen één van de belangrijkste oorzaken van de totale impact van morbiditeit vormen. Te midden van de mentale stoornissen is depressie de belangrijkste oorzaak van DALY bij de vrouwen en de tweede belangrijkste bij de mannen (83).

**Tabel 7-15: DALY-cijfer per 1000 personen\* voor de mentale stoornissen in de landen met een Gevestigde Markteconomie (GME) (1990) en in de Staat Victoria, Australië (1996).**

Stoornissen	Mannen		Vrouwen	
	GME	Victoria	GME	Victoria
<b>Geheel van mentale stoornissen</b>	<b>25,9</b>	<b>20,1</b>	<b>21,4</b>	<b>21,2</b>
<b>Gemoedsstoornissen</b>	<b>8,2</b>	<b>6,7</b>	<b>12,7</b>	<b>9,0</b>
Depressie	6,0	5,3	10,7	7,7
Bipolaire stoornis	2,2	1,4	2,1	1,3
<b>Angststoornissen</b>	<b>2,4</b>	<b>4,3</b>	<b>3,6</b>	<b>6,0</b>
<b>Misbruik en afhankelijkheid van een stof (alcohol, drugs)</b>	<b>12,4</b>	<b>6,4</b>	<b>2,6</b>	<b>3,1</b>
<b>Schizofrenie</b>	<b>2,9</b>	<b>1,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>
<b>Andere mentale stoornissen</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>2,1</b>

DALY gewogen in functie van de leeftijd en gestandaardiseerd voor leeftijd van de populatie van de landen van GME, 1990.

\* Een eenheid van DALY (in het Nederlands aantal levensjaren gecorrigeerd voor de beperkingen) geeft een verloren levensjaar in goede gezondheid weer. Het aantal DALY bevat niet alleen het aantal doden, maar ook de impact op een populatie van voortijdige overlijdens en beperkingen.

In 2000 namen de unipolaire depressieve stoornissen de vijfde plaats van de morbiditeitsoorzaken in, met 4,4% van de DALY. Bij de 15-44-jarigen betrof het de tweede oorzaak van morbiditeit (8,3% van de DALY) (104).

Als de demografische en epidemiologische overgang momenteel waargenomen zich voortzet, zal depressie volgens de berekeningen in 2020 5,7% van de globale impact van morbiditeit vertegenwoordigen en de tweede oorzaak van beperkingen (gemeten in DALY) worden op wereldschaal, na de ischemische cardiovasculaire ziekten. In de ontwikkelde landen zal ze de belangrijkste oorzaak van morbiditeit vormen (104).

## **7.6 Studies in uitvoering**

### **a. Gezondheidsenquête d.m.v. Interview van 2001**

Een nieuwe gezondheidsenquête werd uitgevoerd in 2001 in de verschillende Gewesten en Gemeenschappen van België. Deze enquête had dezelfde doelstellingen als de gezondheidsenquête van 1997.

De voornaamste verandering uitgevoerd in 2001 in vergelijking met de enquête van 1997 heeft betrekking op de aanvulling van de subschalen van de SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*). Dit laat toe de specifieke psychologische stoornissen te evalueren (zoals het depressief syndroom, angst, slaapstoornissen).

De resultaten van de gezondheidsenquête van 2001 zullen in september 2002 beschikbaar zijn. Zij zullen nieuwe informatie voor België aanreiken, die het mogelijk zal maken een vergelijking te maken met de resultaten van de enquête van 1997 en met internationale gegevens.

### **b. European Study on Epidemiology of Mental Health, 2000.**

Het betreft een project van de WGO in het kader van haar Globale Strategieën voor de geestelijke gezondheid dat uitgevoerd wordt op internationaal niveau in de zes regio's van de WGO. In Europa zijn België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje de deelnemende landen.

De doelstellingen van deze studie zijn meervoudig, maar hoofdzakelijk gaat het om het meten van de prevalentie van mentale stoornissen, hun ernst, het bepalen van de last van morbiditeit die deze stoornissen veroorzaken, de behandeling, enz. Een belangrijke module van deze enquête gaat over depressie.

In België bestaat de doelgroepopulatie uit de personen van 18 jaar en ouder die niet geïnstitutionaliseerd zijn. Het doel in België is om 3000 personen te ondervragen, waarvan 10% ondervraagd als koppel. De gegevens van deze enquête zullen pas in 2003\* beschikbaar zijn voor analyse en zullen toelaten om de kennis over de geestelijke gezondheid in België (epidemiologie, aanpak, enz) te verbeteren.

---

\* Persoonlijke mededeling, Stefaan Demarest.

## 8. Behandeling van depressie

### 8.1 De beschikbare behandelingen

Depressie is een ziekte waarvoor momenteel verschillende behandelingen bestaan:

- De medicamenteuze behandeling;
- De psychotherapie;
- De electroconvulsietherapie.

Een medicamenteuze behandeling zal eerder gebruikt worden als de depressieve symptomatologie aanzienlijk is of als de patiënt geen psychotherapeutische aanpak kan volgen.

Het psychotherapeutisch aspect kan volstaan bij depressies met een lichte tot matige intensiteit of als psychologische factoren een belangrijke rol spelen.

Idealiter manier zal de behandeling van depressieve stoornissen bestaan uit een medicamenteuze en psychotherapeutische aanpak.

#### a. De medicamenteuze behandeling

De werkingsmechanismen van antidepressiva worden hier niet uitvoerig beschreven. Dit is een zeer uitgebreide materie die het kader van dit dossier te boven gaat

De medicamenteuze behandeling voor de depressies bestaan uit antidepressiva en de lithiumzouten. De ontdekking van antidepressiva (ook thymo-analeptica genoemd) is vrij recent (1957), maar sindsdien bestaat er een flink aantal producten voor de behandeling van depressie. De farmacologische categorie van antidepressiva is vrij heterogeen.

De antidepressiva zijn in staat om een depressieve stemming binnen een termijn van enkele weken te verbeteren.

#### De verschillende antidepressiva

Klassiek onderscheidt men drie grote families van antidepressiva: de tricyclische, de MAO-remmers\* (monoamine-oxydase remmers) en de antidepressiva van recente generatie (niet-tricyclische, niet-MAO-remmers). Allen hebben de capaciteit om het gehalte van bepaalde cerebrale monoamines†, waarvan de hoeveelheid op het niveau van de synapsen onvoldoende is bij depressieve personen (dopamine, noradrenaline, serotonine), te verhogen.

- De tricyclische antidepressiva (TCA): deze werden als eerste ontdekt en gebruikt. Ze worden beschouwd als de meest efficiënte antidepressiva, in het bijzonder bij de endogene depressies. Ze bezitten echter ook verschillende

---

\* De monoamine-oxydase is een enzyme dat tussenkomt in de metabolische degradatie van monoamines en ze desactiveert.

† De monoamines spelen een belangrijke fysiologische rol op het niveau van de grijze stof van het centraal zenuwstelsel. Serotonine en catecholamines (dopamine, adrenaline, noradrenaline) zijn monoamines.

eventuele neveneffecten, met name angst- of ijlende reacties, een droge mond, een verlaging van de bloeddruk en bepaalde hartritmestoornissen. Tenslotte dient het voorschrijven van deze medicamenten aan personen met een verhoogd risico op zelfmoord met voorzichtigheid te gebeuren, aangezien een overdosis bijzonder gevaarlijk is.

- De MAO-remmers (monoamine-oxydase remmers): door de activiteit van de monoamine-oxydase te remmen, verhogen de MAO-remmers de synaptische concentratie van het geheel van monoamines, in het bijzonder noradrenaline, serotonine en dopamine.

Men maakt het onderscheid tussen de « oude » MAO-remmers, die niet-selectief en onomkeerbaar\* zijn, en de « nieuwe » MAO-remmers, die selectief en omkeerbaar zijn.

De « oude » antidepressiva hebben een efficiëntie vergelijkbaar met die van de referentietricyclische, maar worden nooit aangewend als voorkeursbehandeling en zijn eerder bestemd voor resistente depressieve toestanden. Deze geneesmiddelen kunnen hypertensieaanvallen (omwille van de interactie met tyramine die in bepaalde voedingsmiddelen voorkomen) teweeg brengen.

Er bestaan twee vormen van monoamine-oxydase (A en B) die verschillend zijn van elkaar door de affiniteit van de vorm A voor noradrenaline en serotonine, en de vorm B voor dopamine. Bij de « nieuwe » MAO-remmers onderscheidt men de selectieve en omkeerbare remmers van monoamine-oxydase A of B. De therapeutische efficiëntie bij gebruik is identiek in vergelijking met de oudere, maar is veiliger en wordt beter aanvaard door de patiënten.

- De meest recente antidepressiva zijn selectiever in hun werkwijze en beter te verdragen. Deze producten worden veel gebruikt als voorkeursbehandeling van depressie. Men klasseert ze in functie van hun biologische impact. Zo bestaan er de antidepressiva selectief voor dopamine, noradrenaline en serotonine.

De antidepressiva selectief voor serotonine zijn remmers van de heropname van serotonine (SSRI). Ze zijn veel recenter en meer ontwikkeld. Hun efficiëntie is gelijk aan die van de tricyclische met zeer weinig anticholinergisch effect en een afwezigheid van harttoxiciteit.

Bij de waargenomen nevenwerkingen van antidepressiva zijn de seksuele stoornissen de meest voorkomende en de meest hardnekkige. Depressie kan een seksueel probleem met zich meebrengen, dat vaak gemaskeerd wordt door andere symptomen. Bovendien hebben verscheidene studies aangetoond dat de behandeling met antidepressiva tevens kan leiden tot seksueel disfunctioneren. Een literatuuroverzicht (105) geeft aan dat de antidepressiva in 30 à 40% van de gevallen een bepaalde graad van seksueel disfunctioneren kunnen veroorzaken. Dit effect is sterker of zwakker

---

\* De niet-selectieve en onomkeerbare MAO-remmers remmen alle monoaminen-oxydase (dopamine, serotonine en noradrenaline) zonder onderscheid te maken en op een onomkeerbare manier, dat wil zeggen dat het één tot vier weken nodig heeft na het stoppen van de behandeling voordat het activiteitsniveau van MAO weer normaal is.



naargelang het type van antidepressiva en hier houdt de voorschrijver rekening mee.

Andere ongewenste effecten zijn de spijsverteringsstoornissen (misselijkheid, constipatie, anorexia, overgeven). De verschillende types van antidepressiva kunnen ook als ongewenst effect de omkering van de stemming van de zieke en het leiden naar een manische toestand hebben. Men weet echter niet juist of het uitsluitend een effect van de geneesmiddelen is of eerder een gevolg van de grotere kwetsbaarheid van de zieke voor de manische stoornissen.

Men kan ook problemen hebben op het ogenblik van het stoppen met de behandeling (*discontinuation symptoms*)\*. Het stoppen van de inname gebeurt dus gradueel.

- Lithiumzouten: de lithiumzouten zijn actief in de preventie van manische fases, en in geringere mate van depressieve episodes van manisch-depressieve psychosen. Zij kunnen ook worden gebruikt bij unipolaire depressie, als het recidiverende of resistente depressies en atypische stemmingsstoornissen betreft. Het effect van lithium uit zich slechts na 2 tot 3 weken van behandeling.

### **Begeleiding van de behandeling met antidepressiva**

Volgens een consensus opgesteld door de WGO (106) onderscheidt men drie behandelingsfasen van depressie: de acute fase van een depressieve episode, de consolidatiefase om een opleving van de episode die bezig is te voorkomen en de onderhoudsbehandeling om het recidiveren (het optreden van een nieuwe episode) te vermijden.

In de acute behandelingsfase is het doel de symptomen te verminderen. De duur van deze aanvalsbehandeling varieert van zes tot acht weken. In deze fase is er 70% kans dat de depressieve symptomatologie sterk vermindert zonder volledige genezing. Als er geen enkel effect is na deze termijn, gaat men over op een antidepressivum van een andere groep.

Gedurende de consolidatiefase is de patiënt zogenaamd op remissie. Het is noodzakelijk de behandeling gedurende 4 tot 6 maanden op te volgen.

Na zes maanden wordt een onderhoudsbehandeling aanbevolen bij de patiënten die recidieve depressie vertonen.

#### **b. De psychotherapie**

Bij de depressieve gevallen gaat de stemmingsstoornis gepaard met negatieve repercuussies wat betreft het geheel van ervaringen.

De psychotherapeutische benadering is essentieel bij de aanpak van de depressieve persoon. Wij zullen echter niet ingaan op de gedetailleerde beschrijving van de verschillende psychotherapieën.

---

\* Persoonlijke mededeling, Prof Koen Demyttenaere

Het principe van de psychotherapie is dat de gezondheidswerker probeert het probleem van de psychische pijn van de patiënt te verlichten en negatieve gevoelens te bestrijden met behulp van psychologische middelen (107).

Er bestaan meerdere types van psychotherapieën: meer dan 400 psychotherapeutische technieken werden geïnventariseerd door Garrone (108).

Ze zijn belangrijk bij de depressies die uitgelokt worden door een specifieke gebeurtenis (reactieve depressies) en bij de neurotische depressies. Zij bestaan uit het behandelen, d.m.v. gesprekken, van bepaalde aspecten van de problematiek van de patiënt die in verband zouden kunnen staan met depressie. De communicatie is dus belangrijk (107).

De echtelijke en familiale psychotherapieën zijn efficiënt indien familiale factoren een rol spelen in de depressie.

Bepaalde psychotherapieën hebben hun efficiëntie in de behandeling van depressie aangetoond: de gedrags-, de cognitieve, interpersoonlijke en de korte psychodynamische psychotherapieën. Deze psychotherapieën hebben hun korte duur (de behandeling bestaat uit ongeveer 20 sessies) en het feit dat ze vooral gericht zijn op het bestrijden van symptomen gemeen.

Deze psychotherapieën hebben het voordeel een begrijpbaar depressiemodel voor de patiënt aan te bieden.

### **c. De electroconvulsietherapie (ECT)**

Deze behandeling bestaat erin een algemene epilepsieaanval te veroorzaken door een elektrische impuls ter hoogte van de hersenpan te geven (108). Deze behandeling is in eerste instantie vooral aangewezen bij ernstige depressie, die een risico voor het leven van de zieke persoon inhoudt (zelfmoordneigingen, het weigeren van voeding) of op vraag van de patiënt die goed heeft gereageerd op deze behandeling in het verleden. De behandeling bestaat uit 2 à 3 sessies per week gedurende een maand en wordt uitgevoerd in een ziekenhuisomgeving, zonder verdoving. Deze behandeling wordt niet vaak toegepast.

In tweede instantie wordt deze methode gebruikt voor de ernstige depressies die resistent zijn aan de medicamenteuze behandeling. De efficiëntie van ECT in de behandeling van ernstige depressies is ongeveer 80%.

### **d. De lichttherapie**

De lichttherapie is momenteel de voorkeursbehandeling voor de vormen van seizoensgebonden depressie (SAD).

Men gebruikt voornamelijk diffusors die zorgen voor een lichtsterke tussen 2.500 en 10.000 lux op een redelijke afstand van 60 tot 80 cm. Naargelang de gehanteerde lichtsterkte zou de lichttherapie 2 uren (bij 2.500 lux) of 40 minuten (bij 10.000 lux) per dag moeten duren en zich in eerste instantie uitstrekken over twee weken, de patiënten kiezen zelf het uur van de dag waarop de therapie wordt versterkt.

Deze behandeling is beschikbaar in België om circadiaanse (dag- en nachtritme) stoornissen te behandelen. Geen enkel gezondheidsprobleem en ook geen enkel serieuze nevenwerking werd tot nu toe geobserveerd bij het correcte gebruik van de lichttherapie. De plotse verandering van een depressieve toestand naar een

manische of een hypomanische toestand, die men waarneemt in geïsoleerde gevallen, komt ook spontaan voor bij medicamenteuze behandelingen van "bipolaire" patiënten en zijn dus niet nevenwerkingen die gelinkt kunnen worden aan de lichttherapie.

## **9. Economische beschouwingen**

### **9.1 Gezondheidseconomie binnen het gebied van depressie**

Verscheidene studies hebben geprobeerd om de economische en sociale kosten van depressie te in schatten. Tijdens de economische evaluatie van depressie houdt men meestal rekening met drie soorten kosten: de directe kosten, de indirecte kosten en de niet te bepalen kosten.

De directe kosten brengen alle relatieve kosten van de uitgaven voortgebracht door depressie in rekening. Deze kosten worden opgedeeld in directe medische kosten (consultaties, hospitalisatie, behandelingen enz.) en niet-medische kosten gerelateerd aan verzorging (verplaatsingskosten om zich te laten behandelen, kosten voor sociale hulp enz.).

De indirecte kosten hebben betrekking op niet-medische kosten (het voortijdig overlijden door zelfmoord, het inkomensverlies door absentisme op het werk, de vermindering van de levenskwaliteit, de familiale belasting ten gevolge van ziekte of van voortijdig overlijden).

Om de indirecte kosten van een ziekte te berekenen, is het nodig de prevalentie van de ziekte (per leeftijdsgroep en per geslacht), het aantal personen die wel of niet een behandeling hebben gekregen, de duur van de ziektefase, de manier waarop de behandeling inwerkt op de duur van de ziekte, de gevolgen van de ziekte op de beroepsstatus en het aantal individuen dat sterft aan de ziekte, te kennen.

Er bestaan tevens de niet te bepalen kosten (het lijden, de pijn voortgebracht door ziekte). Deze zijn moeilijk te berekenen en worden gewoonlijk niet in rekening gebracht in een economische evaluatie.

In de meeste studies interesseert men zich eerder in de directe kosten, die gemakkelijker te identificeren zijn. Voor depressie zijn de indirecte en de niet te bepalen kosten echter het belangrijkste.

Het is belangrijk te weten dat, om de meest correcte schatting van de kosten van depressie te benaderen, men de verschillende factoren waaruit deze kosten bestaan moet bekijken.

Het is momenteel echter praktisch onmogelijk om ze in hun geheel in rekening te brengen wegens de gekende moeilijkheid om depressie te definiëren (verschillende meetinstrumenten), om haar prevalentie te schatten, en om de verschillende behandelingsmethoden (duur van de behandeling, resistentie, het hervallen...) te bepalen.

### **9.2 Schatting van de kosten**

#### **a. Gegevens van de Verenigde Staten**

Een van de eerste belangrijke studies gerealiseerd in de Verenigde Staten heeft het mogelijk gemaakt om de kosten van depressie te schatten door zich te baseren op de gegevens verkregen uit de ECA-studie (109).

Het belang van de morbiditeit te wijten aan depressie werd geschat door extrapolatie van de prevalentie van depressie van 6 maanden (gegevens van ECA) bij de bevolking van 1980.

De veronderstelling dat 60% van de zelfmoorden geassocieerd was met depressie, heeft toegelaten om de depressie-gerelateerde sterfte te schatten.

In de berekening van de directe kosten werden de kosten van de ziekenhuisverzorging, de ambulatoire verzorging, de farmaceutische kosten en de andere niet-medische directe kosten in rekening gebracht. De indirecte kosten bestonden uit het werkverlies, de dagen afwezig op het werk door depressie en de sterfte te wijten aan depressie.

De kosten van depressie voor 1980 bedragen 16,3 miljard dollar per jaar (12,9% directe kosten, 24,5% indirecte kosten gerelateerd aan de sterfte en 63,2% indirecte kosten gerelateerd aan het productiviteitsverlies).

Deze resultaten werden uitgebreid en geactualiseerd door Greenberg en Stiglein in 1993 op basis van de gegevens van 1990 (110).

Deze nieuwe schatting baseert zich op de prevalentie van de ziekte (de pathologieën die in rekening gebracht worden zijn depressie (Major Depressive Disorder), dysthymie en bipolaire stoornis).

De kostencategorieën waarmee men rekening houdt zijn de directe kosten van medische, psychiatrische en therapeutische verzorging, de kosten samenhangend met depressie-gerelateerde zelfmoorden en de kosten van depressie-gerelateerde morbiditeit op de werkplaats (absenteïsme en vermindering van productiviteitscapaciteit).

De jaarlijkse kosten geschat voor de Verenigde Staten in 1990 bedragen bij benadering 43,7 miljard dollar, waarvan 28% toe te schrijven valt aan de directe kosten, 17% aan de indirecte kosten gerelateerd aan de sterfte en 55% aan de morbiditeitskosten van depressie.

Deze resultaten zijn niet vergelijkbaar, daar de gebruikte criteria evenals de types van depressie verschillend zijn en moeten dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Men kan echter het belang van de kosten voor depressie in de Verenigde Staten, en vooral het belang van de indirecte kosten, aannemen. De morbiditeitgerelateerde kost is zeer hoog. Bovendien komt depressie vaak op volwassen leeftijd voor, wat een langdurig verlies aan productiviteit impliceert.

## **b. Werkonbekwaamheid**

De kosten gerelateerd aan de werkonbekwaamheid vormen het belangrijkste deel van de kosten van depressie.

Bepaalde studies hebben geraamd dat het risico van afwezigheid op het werk 4,7 keer hoger is bij een depressief persoon dan bij een asymptomatisch persoon (111), en dat het aantal dagen afwezigheid per jaar voor depressie hoger is dan dat gerelateerd aan diabetes (26 dagen), hypertensie (27 dagen), lumbale aandoeningen of hartziekten (37 dagen) (112).

## 9.3 Belgische gegevens

### a. Directe medische kosten

Het is moeilijk een schatting van de directe kosten van depressie voor België te maken, niet alleen vanwege methodologische moeilijkheden, maar ook vanwege een gebrek aan gegevens.

De studie van Stoudemire (109) heeft een model geleverd om de situatie in België te evalueren. De jaarlijkse kosten geschat voor België in 1988 bedroegen bij benadering 1,02 miljard EUR, waarvan 14,4% directe kosten en 85,6% indirecte kosten (in de Verenigde Staten waren de directe kosten 12,9%). De resultaten in de twee landen zijn percentagegewijs niet erg verschillend.

Volgens een in België gepubliceerd artikel (113) zou depressie de meest kostelijke pathologie na cardiovasculaire aandoeningen zijn.

De gegevens van het RIZIV leveren geen specifieke gegevens over depressie, daar men de diagnoses niet onderscheidt. Men kan dus de kosten van depressie nog niet exact berekenen. Toch laten enkele indicatoren toe bepaalde aan depressie gerelateerde kosten te schatten, met name de zorgen voor de aanpak van depressie. We beschikken bijvoorbeeld over het bedrag van de uitgaven betreffende de geneesmiddelen, de minimale klinische en psychiatrische gegevens en tevens bepaalde schattingen van de proportie patiënten die een gezondheidswerker voor hun depressieproblemen consulteert.

### Gebruik van antidepressiva

De vaakst voorgeschreven geneesmiddelen om depressie te behandelen zijn de antidepressiva. Tranquillizers en slaapmiddelen worden ook vaak voorgeschreven tegen de symptomen van depressie. We zullen echter niet ingaan op de kosten van deze behandelingen, daar ze niet specifiek voor depressie zijn.

De uitgaven van het RIZIV m.b.t. de antidepressiva nemen sinds enkele jaren toe. In 1995 heeft het RIZIV 66,9 miljoen EUR (bedrag na aftrekking van de bijdrage van de patiënt van ongeveer 25%) aan het geheel van antidepressiva\* uitgegeven.

Het aandeel van de selectieve serotonine heropname-inhibitoren (SSRI) in de kosten van antidepressiva is het hoogst en kent een voortgezette stijging, gaande van 6,2 miljoen EUR tot 62 miljoen tussen 1990 en 1995. Het zou eerder een stijging in kwantiteit van voorgeschreven SSRI antidepressiva betreffen dan een stijging van hun kost in deze periode.

De gegevens verschaft door Farmanet voor 1998 (Tabel 9-1) tonen aan dat deze stijging van de uitgaven van het RIZIV voor de antidepressiva zich voortzet: in 1998 benadert het brutobedrag van voorschriften van huisartsen, specialisten en tandartsen voor de terugbetaalde antidepressiva 124 miljoen EUR, wat neerkomt op 6,5% van het totaal brutobedrag van alle voorgeschreven en terugbetaalde specialiteiten.

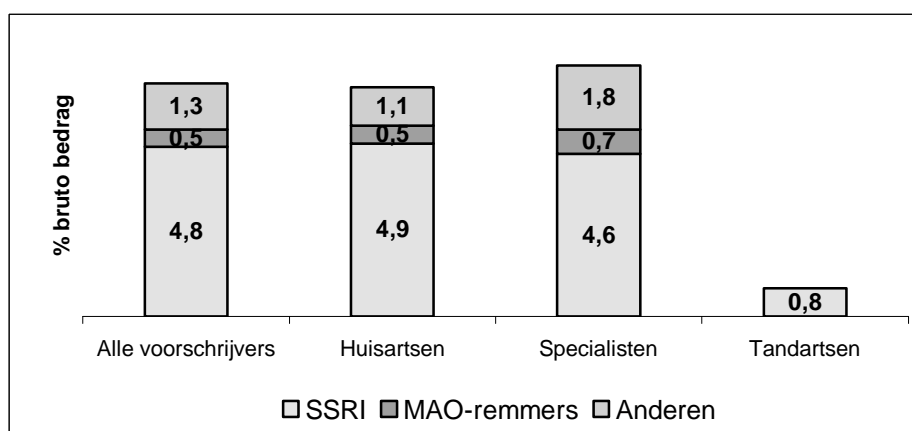
---

\* Boydens J. De kosten van depressie in het budget van het RIZIV in België. In, Leclerc V. (Ed). Socio-economische aspecten van depressie in België. Brussel, Belgische Liga voor Depressie, 15-17, 1996.

**Tabel 9-1: Brutobedrag (x 1000 EUR) van de afgiften van antidepressiva in de ambulatoire terugbetaalde praktijk (segment DU 90%), Farmanet, 1998.**

	Huisartsen	Specialisten	Tandartsen	Alle voorschrijvers
<b>SSRI</b>	72.900	14.745	121	89.502
<b>MAO-remmers</b>	6.761	2.096	-	9.093
<b>Andere antidepressiva</b>	16.731	5.868	-	23.263
<b>Totaal</b>	<b>96.392</b>	<b>22.709</b>	<b>121</b>	<b>121858</b>

**Figuur 9-1: Voorschrift van verschillende types van antidepressiva (in % van het brutobedrag van de totale voorschriften) volgens de voorschrijvers, België, Farmanet, 1998.**



De gegevens van het RIZIV betreffende de farmaceutische afgiften<sup>†</sup> in de ambulante sector voor 1997 en 1998 tonen aan dat de kosten gerelateerd aan het voorschrijven van antidepressiva van het type SSRI vrij hoog zijn en op de eerste plaats komen van de terugbetaalde geneesmiddelen voorgeschreven door de gespecialiseerde artsen en op de tweede plaats van de voorschriften van de huisartsen. De SSRI vormen immers 4,8% van het brutobedrag van het totaal van voorschriften van de huisartsen, specialisten en tandartsen.

In termen van voorschrijfvolume komen de SSRI op de vijfde plaats van het volume van DDD (Defined Daily Doses) voorgeschreven voor 1997 en 1998.

Het verschil dat men waarneemt tussen de plaats van antidepressiva in termen van het bedrag van het voorschrijven (eerste plaats) en de plaats van antidepressiva in termen van volume (vijfde plaats) toont aan dat de kosten van de medicamenteuze

\* Op nationaal niveau bleek dat een klein aantal van de geneesmiddelen het grootste deel van het gebruik bestrijkt en een groot aantal van de weinig gebruikte geneesmiddelen intervenieren slechts weinig in het totale gebruik. Op internationaal niveau stelt men voor om het onderscheid te maken tussen het belangrijkste segment van de geneesmiddelen - 90% van het gebruik - (Drug Utilisation 90% of DU 90%) en het minst belangrijke segment dat 10% van het gebruik betreft.

<sup>†</sup> Deze gegevens zijn afkomstig van de overzichtstabellen van Pharmanet voor 1998. De gegevens voor 1998 zijn voor 98,5% en die van 1997 voor 97% volledig.

behandeling van depressie hoog zijn. Niettemin moet men opmerken dat de recente antidepressiva, met name de SSRI, die een betere tolerantie bezitten, een hogere kost hebben dan de andere antidepressiva.

We dienen hier enkele opmerkingen te maken betreffende de kosten van de geneesmiddelen:

- Deze gegevens hebben slechts betrekking op de voorgeschreven en terugbetaalde antidepressiva. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat antidepressiva toelaten andere ziekten dan depressie te behandelen.
- De antidepressiva zijn niet de enig mogelijk voorgeschreven geneesmiddelen in het geval van depressie: men kan opmerken dat de tranquillizers en de slaapmiddelen een belangrijk deel van de geneesmiddelen die door de depressieve personen worden gebruikt en aan hen worden voorgeschreven in beslag neemt.

Daarom laten deze gegevens over de antidepressiva slechts bij benadering toe het deel van de directe kosten van depressie dat toe te schrijven is aan geneesmiddelen te schatten.

Aangezien er in dit gegevensbestand geen enkele informatie wordt verzameld over de patiënten (epidemiologische, socio-demografische gegevens), kan men de exacte geneesmiddelenconsumptie door de patiëntenpopulatie niet interpreteren.

Deze gegevens blijven louter beschrijvend. Het zou echter interessant zijn om meer in detail de stijging van de uitgaven aan antidepressiva (in het bijzonder aan SSRI) te analyseren om te weten of deze stijging in de tijd te wijten is aan een potentiële toename van de gevallen van depressie of eerder aan een verandering van de voorschrijfgewoontes.

## **b. Indirecte kosten**

Indirecte kosten zijn in het algemeen moeilijk in te schatten, wat de ziekte ook mag zijn. Zeer weinig studies maken schattingen over deze kosten.

Wat het belangrijkste deel van de indirecte kosten (verlies van productiviteit) betreft, is er, voor zover ons bekend, in België tot nu toe geen studie gerealiseerd of gepubliceerd die de kosten van depressie-gerelateerde werkonbekwaamheid depressie inschat.

Het RIZIV levert gegevens over de uitkeringen (vervangingsinkomen) gerelateerd aan de werkonbekwaamheid\*.

De gegevens van de DEPRES-enquête (90), betreffende de impact van depressie op het absentisme op het werk, tonen aan dat de gedeprimeerde personen in alle landen van de studie vaker afwezig zijn op hun werk wegens ziekte dan de niet-gedeprimeerde personen.

---

\* Deze gegevens zijn echter niet volledig. De registratie van de gegevens geeft de diagnose niet weer. Het is dus moeilijk om het aandeel van de verschillende aandoeningen te bepalen (depressie of niet).



In België zou depressie 5 keer meer dagen afwezigheid op het werk veroorzaken dan het feit geen depressie te hebben.

**Tabel 9-2: Aantal dagen afwezigheid op het werk wegens ziekte gedurende de afgelopen zes maanden in België, DEPRES, 1997**

Aantal dagen afwezig	
Major Depressive Disorder	16,2
Minor Depressive Disorder	7,2
Depressieve symptomen	2,3
Niet-depressief	3,2

Wat de incapaciteit van korte duur betreft, tonen de resultaten van de Gezondheidsenquête d.m.v. Interview van 1997 aan dat depressieve personen 18 maal meer dagen van onbekwaamheid omwille mentale stoornissen in de loop van een jaar hebben dan de personen die verklaren geen depressie te hebben doorgemaakt in de voorbije 12 maanden.

**Tabel 9-3 Gemiddeld aantal dagen per jaar van tijdelijke onbekwaamheid volgens de depressieve toestand van de ondervraagde personen. Gezondheidsenquête d.m.v. Interview, 1997, België.**

	Aanwezigheid van depressie	Afwezigheid van depressie
<b>Gemiddeld aantal dagen per jaar van tijdelijke onbekwaamheid</b>		
Veroorzaakt door fysieke problemen	53	15
Veroorzaakt door mentale en emotionele problemen	12	3
<b>Gemiddeld aantal dagen per jaar in bed door tijdelijke onbekwaamheid</b>		
Veroorzaakt door fysieke problemen	5	3
Veroorzaakt door mentale en emotionele problemen	36	2

Het overzicht van de economisch impact van depressie maakt duidelijk dat depressie in België een hoge kost heeft. Dit komt vooral door de indirecte kosten (verlies van productiviteit, zelfmoorden...). De aanpak van depressie, hoewel gedeeltelijk (niet alle depressieve personen gaan op consultatie of krijgen altijd een behandeling), vertegenwoordigt tevens een aanzienlijk deel van de kosten van depressie. Toch is het nodig om ook de kosten van niet-aangepakte en niet-behandelde depressie, die een belangrijke impact heeft op de directe kosten, in overweging te nemen.

## 10. Preventie van depressie

<b>10.1 Primaire preventie</b>
<b>10.2 Secundaire preventie</b>
<b>10.3 Voorbeelden van preventieacties</b>
<b>10.4 Acties uitgevoerd in België</b>

Depressie heeft een duidelijke gezondheids- en socio-economische impact door zijn invloed op zelfmoord, de vermindering van levenskwaliteit, de gevolgen voor de familie, de omgeving en de professionele activiteiten... Deze vaststellingen onderschrijven het belang van preventieprogramma's van depressie, aangepast aan de doelpopulatie (kinderen, jongeren, bejaarden, artsen) en volgens het type van depressie (postpartum, seizoensgebonden, terugkerend enz.).

De moeilijkheden gerelateerd aan de preventie van depressie en haar aanpak zijn hoofdzakelijk de miskennis van depressie en de stigmatisatie van de mentale gezondheid in het algemeen.

Traditioneel onderscheidt men de primaire, secundaire en tertiaire preventie. De preventie van de mentale ziekten verschilt fundamenteel van de preventie van fysieke ziekten. Dit maakt dat het nodig is een ander model te hanteren dan het medisch model van preventie. Een mogelijk model is dit van risicovermindering.

### 10.1 Primaire preventie

De primaire preventie van depressie kan erin bestaan het voorkomen van een eerste depressieve episode te vermijden door de risicofactoren onder controle te houden of door de beschermende factoren te stimuleren (114).

Indien men echter de risicofactoren van depressie bestudeert, is het duidelijk dat het factoren zijn die moeilijk te beïnvloeden zijn. Het gaat immers om een situatie van het leven, de gebeurtenissen die deze omringen en het vermogen de situatie in kwestie het hoofd te bieden (psychologische, culturele, sociale, economische factoren).

De ondervonden moeilijkheden om primaire preventieactie op te stellen, zijn talrijk, maar hoofdzakelijk gaat het om:

- Het gebrek aan specifieke epidemiologische gegevens over depressie (geen precieze cijfers over de behoefte en de vraag van preventie) om acties te rechtvaardigen;
- Een gebrek aan evaluatieprogramma's binnen het psychiatrisch gebied; deze zijn niet alleen schaars en methodologisch beperkt, maar het effect dat men zou kunnen observeren na een preventieprogramma valt ook niet noodzakelijk toe te schrijven aan de interventie in kwestie.

Interventies van primaire preventie zouden kunnen bestaan uit een aantal activiteiten die toelaten betere informatie over depressie, toegankelijkheid van de informatie voor iedereen en sensibilisatieacties over de mentale gezondheid te realiseren. Men zou

bijvoorbeeld in het kader van schoolactiviteiten over verschillende gezondheidsaspecten op het thema van depressie kunnen ingaan om de jongeren voor dit mentaal gezondheidsprobleem te sensibiliseren. Dit maakt het mogelijk meer kennis te verschaffen over de ziekte en de behandelingen, de symptomen van een depressie te herkennen, een positieve houding te ontwikkelen ten opzichte van de aanpak, en de jongeren in staat stellen een depressie te herkennen.

De sociale ondersteuning is een beschermingsfactor van depressie. Acties op dit gebied kunnen worden ondernomen via de samenstelling of de versterking van lokale netwerken van sociale steun (sociale diensten, verenigingen).

Ruimere informatie over de mentale ziekte heeft als doel dit volksgezondheidsprobleem bij zowel de algemene bevolking als de gezondheidswerkers te destigmatiseren.

Verschillende voorbeelden van primaire preventie, die we hier niet uitvoerig zullen beschrijven, worden in de literatuur geciteerd (114).

## **10.2 Secundaire preventie**

### **a. De aanpak, de vaststellingen**

De algemene vaststelling is dat depressie niet altijd wordt aangepakt. Toch reageert na een termijn van 6 weken twee derde van de depressieve personen die behandeld worden door een huisarts gunstig op een behandeling met antidepressiva (115).

Verschillende factoren zijn verantwoordelijk voor diagnostische problemen. Deze factoren houden ofwel verband met de patiënten, ofwel met de artsen, ofwel met de gezondheidsinstellingen (zie Tabel10-1).

Depressieve personen doen niet spontaan beroep op verzorging. Deze tendens is gerelateerd met socio-economische en culturele factoren.

In een bepaald aantal gevallen gaan de patiënten op consultatie als de depressie al in een gevorderd stadium is en hebben ze nood aan een specifiekere verzorging. Weinigen consulteren echter onmiddellijk een specialist wegens de angst voor psychiatrie en geestesziekte die nog wijdverspreid is.

Tijdens de consultatie is het aangebracht motief zelden de depressie zelf (het gaat eerder over somatische klachten) en de huisarts heeft het vaak moeilijk om zijn rol van verwijzend persoon (naar een psychiater) in de aanpak te vervullen wegens diagnostische (het herkennen van de depressie) en therapeutische moeilijkheden. Het is verkeerd te geloven dat het enkel de rol zou zijn van de specialist om een probleem voor de volksgezondheid, zoals depressie, aan te pakken. De personen die een depressie hebben richten zich vooral tot de huisarts. Het gebrek aan vorming van de huisartsen in psychiatrie, vaak vastgesteld in de Europese landen, vormt een belemmering voor een goede aanpak. Dit is één belangrijke pijler voor actie in de toekomst.

Naast de miskennis van depressie door de algemene bevolking, bestaan er moeilijkheden bij het diagnosticeren van depressie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Eens de persoon met depressie uiteindelijk de stappen, gaande van de beslissing van consultatie tot de identificatie van het probleem, heeft gezet, krijgt hij nog dikwijls

een inadequate behandeling. Gezien de frequentie van dit probleem vormt dit een tweede pijler voor actie.

Een ICD-10 versie werd speciaal voor de huisartsen ontwikkeld: *Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care*. Deze versie voorziet in praktische raadgevingen voor de aanpak van de behandeling van de patiënt, informatie, raadgevingen over de eventuele verwijzing naar een gespecialiseerde arts (bijlage 5). In de praktijk blijkt echter dat deze richtlijnen niet voldoende duidelijk zijn.

**Tabel 10-1 Enkele factoren die de erkenning van depressie in de algemene geneeskunde bepalen.**

<b>Patiënt</b>		
	Miskening van de aandoening: gebrek aan gewaarwording van de stoornissen	(-)
	Angst voor de stigmatisatie: psychische stoornissen door negatieve gevoelswaarden	(-)
	Somatische symptomen naar voren brengen	(-)
	Fysiek geassocieerde ziekten	(-)
	Kenmerken van depressie: zoals weinig zelfrespect	(-)
	Ernstgraad van depressie	(+)
<b>Arts</b>		
	Perceptie van psychologische problemen	(+)
	Persoonlijke ervaring	(+)
	Angst om de patiënt te confronteren met het feit dat het een psychisch en geen fysiek probleem betreft	(-)
	Onderzoek van eerder somatische symptomen tijdens de consultaties	(-)
	Verloop van de consultatie (visueel contact, het woord aan de patiënt, luisteren, open vragen naar sociale en psychologische oriëntaties, empathie)	(+)
	Tijd nemen om te luisteren, de aanpak	(+)
<b>Werking</b>		
	Beknpte kenmerken van de klinische vorming / ervaring in psychiatrie	(-)
	Gemiddelde duur van een korte consultatie bij de huisarts	(-)
	Gebrek aan communicatie tussen de verschillende referentieniveaus (huisartsen en psychiaters)	(-)

(-) verhinderen de erkenning van depressie

(+) bevorderen de erkenning van depressie

## **b. Maatregelen van secundaire preventie**

De maatregelen van secundaire preventie streven naar het onderbreken van het ziekteproces om toekomstige complicaties te voorkomen, om de beperkingen te beperken en om een voortijdig overlijden te vermijden.

Secundaire preventie omvat niet alleen het opsporen en behandelen van depressie, maar ook de preventie van zelfmoord. Hoewel het een zeer ruim en interessant

onderwerp betreft, zullen we slechts een korte voorstelling geven van de methodes voor de opsporing en behandeling van depressie.

Depressie is een mentale ziekte die goed reageert op behandelingen. Depressie wordt echter nog altijd niet op een bevredigende manier aangepakt. De problemen waarmee de aanpak van depressie worden geconfronteerd, beklemtonen de noodzaak om programma's op te stellen die gericht zijn op het bevorderen van een betere herkenning van depressie door de patiënt en zijn dokter. Hiernaast dienen ook de behandelingen met antidepressiva te worden geoptimaliseerd.

Wat de huisarts betreft, kunnen acties m.b.t. de vorming van huisartsen geïntensifieerd worden om de persoonlijke - en omgevingskenmerken van de patiënt alsook de gebeurtenissen die kunnen bijdragen tot het optreden van een depressieve toestand te identificeren, om de symptomen te herkennen en om depressies te behandelen.

De INSTEL-studie (Intervention Study Primary Care) (116), gerealiseerd in Nederland (Groningen) en erop gericht na te gaan in welke mate de continue vorming voor de huisartsen de opsporing, de diagnose en de behandeling van depressie kon verbeteren, geeft een idee van mogelijke acties gericht op artsen en kan in dit kader als voorbeeld dienen.

In deze studie werd vastgesteld dat bij huisartsen, die nooit specifieke vormen ontvingen of ervaring in de psychiatrie opdeden, de opsporing van depressie werd verbeterd.

De klinische stages in de afdeling psychiatrie zijn tevens nuttig voor de ontwikkeling van de klinische bekwaamheid van een huisarts.

De opsporing van depressie met behulp van instrumenten zoals de GHQ (*General Health Questionnaire*) (9), de HAD\* (*Hospital Anxiety and depression scale*) (117) of de CES-D† (*Center for Epidemiologic Studies of Depression scale*) (8) kunnen helpen bij het opsporen van een depressie in de populaties waar men een verhoogd risico situeert. Daarnaast betreft het instrumenten die positief geëvalueerd worden door de patiënten en die de duur van de consultatie nauwelijks doen toenemen.

De DSM-IV criteria m.b.t. de depressieve stoornissen kunnen helpen bij de diagnose van depressie. De richtlijnen van de *Nederlandse Huisarts Geneeskunde* voor depressie in de praktijk van huisartsen bijvoorbeeld bevelen de DSM-IV criteria aan voor de identificatie van depressie (118).

Wat de patiënt daarentegen betreft, zou men kunnen nadenken over de mogelijkheid te screenen voor depressie.

Depressie beantwoordt aan de nodige criteria voor een screening:

- Depressie vormt een belangrijk probleem voor de volksgezondheid (komt veel voor en heeft ernstige gevolgen als ze niet snel wordt aangepakt);

---

\* Er bestaan verschillende mogelijke grenzen. De optimale grens volgens verschillende auteurs zou 19 zijn voor de depressieve episodes (Major Depressive Episode) (sensibiliteit 70% en specificiteit 75%).

† Validatiebewerkingen van de Franse versie van deze schaal suggereren om een beoordelingsgrens van 17 voor de mannen en 23 voor de vrouwen (sensibiliteit 76% en specificiteit 71%) aan te nemen. De vaakst gebruikte grens in de andere versies van deze schaal is 16.

- Er bestaan efficiënte behandelingen voor het aanpakken van depressie in alle stadia, maar de vroegtijdig opgespoorde depressies kennen een hoger slaagpercentage van deze behandelingen. De screeningsprocedures en de passende tussenkomst (behandeling) worden gewoonlijk aanvaard door de populatie;
- De methode die gebruikt zou kunnen worden voor de opsporing van depressie kan bestaan uit een onderhoud waarbij diagnosevragen worden gesteld aan de gescreende persoon (of antwoorden op een zelf in te vullen vragenlijst). Deze methodes zijn vrij betrouwbaar, ethisch aanvaardbaar en vertrouwelijk.
- De screeningstechniek is niet duur en haar in werking stellen is niet complex in vergelijking met het alternatief om niet te screenen en om niet te behandelen.

De opsporing zou toelaten om de patiënten die een depressie doormaken te diagnosticeren en om ze voor te lichten over een mogelijke aanpak. Het ander positief aspect van screening is dat men op deze manier ook de personen met zelfmoordneigingen zou kunnen diagnosticeren en door dit vervolgens aan te pakken de zelfmoorden en zelfmoordpogingen kan vermijden.

Men moet nadenken over de manier waarop men een screening voor depressie zou kunnen organiseren. Het is mogelijk dit te doen in het kader van een sensibiliseringscampagne over depressie zoals dit reeds werd gedaan in andere landen. De doelgroep zou de algemene bevolking zijn.

Deze screening heeft het voordeel het geheel van de populatie te beschouwen. Het is echter minder evident dat een therapeutische aanpak plaatsvindt voor al deze personen, daar een groot deel van de bevolking die gescreend wordt als depressief niet op consultatie gaat na de screening. Deze wijze van screening is dus niet bevredigend.

De andere mogelijkheid is om een screening te organiseren bij de populatie die een arts consulteert. Dit kan gebeuren door een snelle diagnostische test afgenomen bij de personen die consulteren. Op deze manier is het veel gemakkelijker om in te grijpen met een medische behandeling.

De secundaire preventie van depressie dient ook om zelfmoorden en zelfmoordpogingen te voorkomen. Er bestaan specifieke preventieprogramma's rond zelfmoord in België. Deze worden aanbevolen door de WGO. De verbeteringen van de aanpak van depressie zijn onontbeerlijk om de zelfmoordpreventie door de gezondheidswerkers in de algemene praktijk en zeker in de risicopopulatie mogelijk te maken.

### **10.3 Voorbeeld van preventieacties**

Er bestaan enkele voorbeelden van een primaire preventie-interventie van depressie in specifieke populaties (zwangere vrouwen, kinderen, bejaarden). Buiten enkele geïsoleerde gevallen werd de doeltreffendheid van deze interventies echter nog niet bewezen.

Wat de informatie over depressie betreft, blijken bepaalde acties in zekere mate efficiënt te zijn, in het bijzonder de acties m.b.t. de informatie verstrekt aan de artsen. De impact van een informatiecampagne blijft evenwel moeilijk in te schatten.

Wij behandelen hier enkele acties die interessante inzichten opleverden over de preventie van depressie.

### **a. Informatie- en vormingscampagnes over depressie**

In 1983-1984 heeft de *Zweedse commissie voor de preventie en de behandeling van depressie* aangetoond dat een vorming van huisartsen, samen met publieke informatiecampagnes, een grote impact kan hebben op de erkenning, de behandeling en de economische kosten van depressie.

Een studie (119), bestemd om de doeltreffendheid van een vormingsprogramma bij de huisartsen te testen, werd uitgevoerd op het eiland van Gotland\*. Alle artsen kregen een uitgebreide vorming rond depressie tijdens twee sessies van twee dagen. Deze vorming heeft betrekking op de preventie, de diagnose en de aanpak van depressie en de preventie van zelfmoord (theoretische cursussen, interactieve sessies, klinische gevallen).

Twee jaar na de vorming was op het eiland het zelfmoordcijfer met 60% gedaald. Het voorschrijven van anxiolytica en van neuroleptica was met 25% gedaald vergeleken met het nationale gemiddelde, terwijl het gebruik van antidepressiva was gestegen met 52% (stijging van 17 % in Zweden in dezelfde periode). Daarnaast is het aantal hospitalisaties voor een depressieve stoornis met 30% teruggevallen, het aantal werkonderbrekingen en zelfmoordpogingen waren ook aanzienlijk afgenomen (120,121).

Er werd eveneens een kosten/baten analyse uitgevoerd. De kosten bevatten zowel de voorschriften en de hospitalisaties als de indirecte kosten betreffende de veranderingen in de morbiditeit en de sterfte.

Deze analyse heeft aangetoond dat het vormingsprogramma van de artsen een consequent positieve impact heeft gehad op de economische kosten van depressie (122). Hoewel de geobserveerde resultaten misschien veroorzaakt worden door cyclische bewegingen van depressie zijn deze bevindingen interessant en zouden ze onderzocht moeten worden op een grotere schaal.

De impact van deze vorming was echter beperkt in de tijd wegens de geografische mobiliteit van de artsen en van de bevolking. Het lijkt essentieel om dit type van campagne om de twee à drie jaar te herhalen om de efficiëntie ervan te optimaliseren.

In Groot-Brittannië werd heel recent een campagne – *The Defeat Depression Campaign* – ingewijd tussen 1992 en 1996 door het Royal College of Psychiatrists en het Royal College of General Practitioners (123). De objectieven waren om de gezondheidswerkers te vormen voor de herkenning en de aanpak van depressie, het grote publiek te informeren over depressie en de behandelingen, met het doel de personen aan te moedigen vrij snel hulp te vragen, en het stigma i.v.m. met depressie te verminderen. Met het oog hierop werden informatiebrochures over depressie in heel het land verspreid. Er werden ook andere middelen zoals de televisie, de radio, de pers en andere activiteiten gehanteerd.

---

\* Gotland is een eiland in de Oostzee met 28.000 inwoners voorzien van slechts 20 huisartsen en één psychiatrische afdeling. Op dit Zweeds eiland waren de zelfmoordcijfers hoger dan die van Zweden. De specifieke geografische kenmerken van het eiland lieten de realisatie van deze studie en de bekomen resultaten toe.

De impact van deze campagne werd geëvalueerd door de resultaten van enquêtes, uitgevoerd vóór en na de aanvang van de campagne te vergelijken (124).

De resultaten toonden aan dat er positieve veranderingen waren wat betreft de houding tegenover depressie en antidepressiva en op het gebied van het praten over zijn ervaring. Men heeft echter nog een terughoudendheid t.o.v. de aanpak door een huisarts opgemerkt. Een sensibilisatiecampagne van deze omvang blijkt een nuttige impact te hebben.

## **b. Screeningscampagne van depressie**

Sinds 1991 wordt er een screeningscampagne van depressie, ondersteund door de *American Psychiatric Association* (APA), georganiseerd in de Verenigde Staten. Dit programma laat elk jaar van zich horen op de *National Depression Screening Day*, tijdens de week van de sensibilisatie over de geestelijke gezondheid. Men probeert te informeren, de aandacht van het publiek te trekken over depressie, het stigma rond de mentale gezondheid te verminderen en de bevolking een gratis en anonieme screening van depressie aan te bieden aan in ziekenhuizen, privé-kabinetten, scholen, universiteiten, supermarkten, rusthuizen, enz (125).

Teneinde de doeltreffendheid van een dergelijke campagne bij de bevolking te evalueren, werd in 1994 een telefonische enquête uitgevoerd bij 1200 deelnemers (126). De respondenten waren vooral tewerkgestelde vrouwen met een hoog opleidingsniveau. In 70% van de gevallen werd een consultatie aangeraden. 60% van hen heeft deze raad opgevolgd en bij deze groep werd in 70% van de gevallen een diagnose van depressie gesteld. In het totaal heeft deze campagne ongeveer 30% van de depressieve personen zonder voorafgaand professioneel contact geïdentificeerd. De helft hiervan is doorgegaan met de opvolging van hun depressie.

De meerderheid van de publicaties over deze screeningscampagne onderlijnt haar efficiëntie, maar men moet opmerken dat desondanks een groot deel van de bevolking niet wordt behandeld na de screening. Drie redenen worden naar voren gebracht door de personen die niet consulteren: de mogelijkheid om zich er alleen uit te redden, het gebrek aan financiële middelen om de medische opvolging te verzekeren en het feit niet in de diagnose te geloven.

Andere interventies bij de risicogroepen, zoals het opstellen van sociale onderhoudsnetwerken, acties gericht op de levensgebeurtenissen, hulp aan de familie en aan de kwetsbare individuen blijken efficiënt te zijn (36). De sociale sector is dus ook betrokken in de aanpak en de preventie van depressie.

De preventieacties omvatten meestal acties m.b.t. informatie aan de bevolking en vorming van de artsen, wat een betere herkenning van de ziekte door de bevolking en een diagnose van depressie in de huisartspraktijk toelaat. Het is ook nodig om een therapeutische aanpak, die toegankelijk is voor gedepimeerde personen te verzekeren, om in de mate van het mogelijke de complicaties en de gevolgen zoals zelfmoord te vermijden.

## **10.4 Acties uitgevoerd in België**

De algemene vaststelling over de uitgevoerde acties in België is dat zij eerder de mentale gezondheid in het algemeen aanpakken en niet altijd gericht zijn op depressie.



In tegenstelling tot andere problemen zoals alcoholisme of drugsverslaving, waarvoor er een groot aantal specifieke structuren van preventie en aanpak bestaan, maakt depressie deel uit van de globale structuren van geestelijke gezondheid. Men zou deze situatie kunnen rechtvaardigen door het feit dat in een project van volksgezondheid het beter is om niet alleen depressie in ogenschouw te nemen, maar daarentegen een actie op te zetten die de verschillende aspecten van het psychisch welzijn omvat en dus de mentale gezondheid in zijn geheel beschouwt. Daarnaast hebben we gezien dat de determinanten van depressie ook de determinanten van andere gezondheidsproblemen zijn en dat comorbiditeit van depressie met andere mentale ziekten vrij veel voorkomt. Het is dus noodzakelijk depressie op een globale manier te behandelen.

Desalniettemin zijn de acties gericht op depressie tevens nuttig om te beantwoorden aan een specifieke behoefte van de bevolking. In België zijn bepaalde depressie-specifieke acties uitgevoerd door verschillende actoren binnen het domein van de mentale gezondheid.

Een andere vaststelling is dat de bestaande preventieactiviteiten in de meeste gevallen ontstaan op lokaal initiatief en het is niet altijd evident om alles op dit domein (geestelijke gezondheidsdiensten, verenigingen...) te kennen. Er bestaat immers een groot aantal actoren die binnen het gebied van mentale gezondheid werken of die meer in het bijzonder werken rond depressie. Men merkt soms op dat de coördinatie tussen deze verschillende actoren van mentale gezondheid niet altijd zeer duidelijk is. Dit zou het bestaan van kleine interventies op het terrein, die uiteindelijk niet altijd gekend zijn, en het gebrek aan gecoördineerde preventieacties van grotere omvang kunnen verklaren.

Het jaar 2001 heeft in België zijn naam « Jaar van de Geestelijke Gezondheid » eer aangedaan, omdat op dit thema ruim werd ingegaan. Talrijke projecten werden ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de 13 projecten over depressie bij kinderen en jongeren, gefinancierd door de Koning Boudewijn Stichting. Verscheidene andere activiteiten werden georganiseerd dankzij de uitgebreide sensibilisatiecampagne « *Geestelijke gezondheid, spreek erover* », en er werden al positieve punten geconstateerd door de actoren van de georganiseerde acties\*. Men stelt een zekere tendens vast bij de bevolking om mentale stoornissen met minder argwaan te bekijken.

Men zou bijvoorbeeld het Colloquium, dat inging op verschillende aspecten van de mentale gezondheid en plaats had in november 2001 te Brussel op de Erasmus Campus, kunnen citeren. Een « Charter van personen die lijden aan mentale stoornissen » werd gerealiseerd ter gelegenheid van dit colloquium door de vereniging Similes Belgium om « *het kader waarin de gebruikers van de psychiatrie respect, levenswaardigheid en aangepaste verzorging moeten vinden, te verzekeren* ».

2001 was ook het jaar van het Belgisch Voorzitterschap van de Europese Gemeenschap.

De mentale gezondheid werd aangekaart tijdens een ministeriële ronde tafel over het beleid van mentale gezondheid in Europa en tijdens een conferentie over de relatie tussen stress en depressie (Coping with stress and depression related problems in Europe) georganiseerd met de steun van de Europese Commissie en de WGO. Tijdens deze conferentie werd de noodzaak om over betrouwbare statistische

---

\* Paul Artels, persoonlijke mededeling.

gegevens i.v.m. mentale gezondheid te beschikken, als ook de aandacht die men zou moeten verlenen aan mentale gezondheid in Europa, onderlijnd.

Wat betreft de acties gericht op de algemene bevolking zijn er zowel in Vlaanderen als in Wallonië sinds een tiental jaren acties gericht op adolescenten. Er zijn brochures over depressie aangemaakt voor het grote publiek. Verenigingen organiseren maandelijkse vergaderingen, waar personen worden uitgenodigd om over hun ervaringen te praten, zodat de sociale ondersteuning wordt versterkt. Zo werd in Vlaanderen door de VVGG (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid) het 11<sup>de</sup> project voor de jongeren "Hoe Anders is Anders" gelanceerd. Dit project streeft naar het bevorderen van de bewustmaking van de mentale gezondheid bij jongeren. De bijna 1500 adolescenten die dit programma volgen komen in contact met personen die een mentaal gezondheidsprobleem hebben en hun ervaringen beschrijven met behulp van teksten, theater, muziek... De belangrijkste doelstelling is om « *de jongeren van 16 tot 19 jaar vertrouwd te maken met de mentale gezondheid wat een pedagogische bijdrage tot een evenwichtige ontwikkeling van de jongeren en het verbreken van het isolement van psychologisch kwetsbare personen mogelijk maakt* ».

Een studie werd in 1998 uitgevoerd door een groep huisartsen in Namen\*. Zij noteerden de verschillende symptomen van depressie tijdens hun consultaties en kwantificeerden het aantal keren dat zij deze symptomen constateerden. Het is gebleken dat een niet onbelangrijk percentage personen in consultatie depressieve symptomen vertoonden.

Hun doelstelling was tevens de manier te bespreken waarop de arts het probleem in zijn praktijk aanpakt. De deelnemende artsen bogen zich over de aanpak van depressie door de huisarts en zochten manieren om haar te verbeteren.

Sinds enkele jaren geven bepaalde universiteiten vormingssessies over depressie aan jonge huisartsen op het einde van hun studies. Daardoor heeft de nieuwe generatie artsen, die deze universiteiten verlaten, een meer uitgebreide kennis over depressie. Deze vorming dient veralgemeend te worden gezien de frequentie van depressieve problemen en gezien de bestaande behoefte bij de bevolking om depressie beter aan te pakken.

Er bestaat ook een reeks zelfhulpgroepen van patiënten die chronische en bipolaire depressies hebben. Voor de personen met een ernstige depressie, dewelke een hospitalisatie vereist, is de sociale opvolging ook fundamenteel. Het therapeutisch werk vereist continue contacten tussen de verzorgende ploeg, de omgeving van de zieke, zijn familie en het OCMW. Met het oog hierop is de rol van het verplegend en paramedisch personeel cruciaal, gezien ze de schakel vormen tussen de patiënt en de behandelende arts.

Op het gebied van preventie van zelfmoord, bestaan er in België enkele projecten. In het Nederlandstalig deel van het land bestaat sinds 1996 de onderzoekseenheid rond zelfmoord « Eenheid voor Zelfmoordonderzoek », erkend door de Universiteit van Gent. De hoofddoelstelling van deze onderzoekseenheid betreft de deelname aan de preventie van het zelfmoordgedrag in België.

Sinds een aantal jaren worden de kenmerken van de personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen en de aanpak van de spoedgevallen van de

---

\* Marie Claire Seinlet, persoonlijke mededeling

verschillende universitaire ziekenhuizen in België op reguliere basis geregistreerd. Dit systeem, dat meer dan 3700 patiënten omvat, vormt de tweede gegevensbank over het zelfmoordgedrag in Europa. De onderzoekseenheid wenst in de toekomst andere databases op nationaal en Europees niveau te integreren.

Men zou als voorbeeld een onlangs voltooid project kunnen aanhalen, dat de ontwikkeling van een preventieprogramma m.b.t. zelfmoord bij de studenten van de hogescholen in Oost-Vlaanderen betrof. Een dergelijk programma werd opgezet omdat men een belangrijke toename van het zelfmoordcijfer vaststelde bij de adolescenten, met name bij de jongens. Het programma had 3 hoofddoelstellingen: identificeren door de docenten van de adolescenten met een groter risico van zelfmoordgedrag, ontwikkelen van referentiestrategieën naar gespecialiseerde plaatsen voor ambulatoire aanpak, en het invoeren van een *feedback* systeem van deze behandelingscentra naar de docenten toe.

In het Franstalige deel van het land is er het Belgisch Studie- en Preventiecentrum van Zelfmoord aanhalen. Het doel van dit centrum is het voorkomen van zelfmoorden, het publiek sensibiliseren over de problematiek van zelfmoord, hulp geven aan mensen met zelfmoordplannen en het beter begrijpen van zelfmoordgedrag vanuit wetenschappelijk oogpunt.

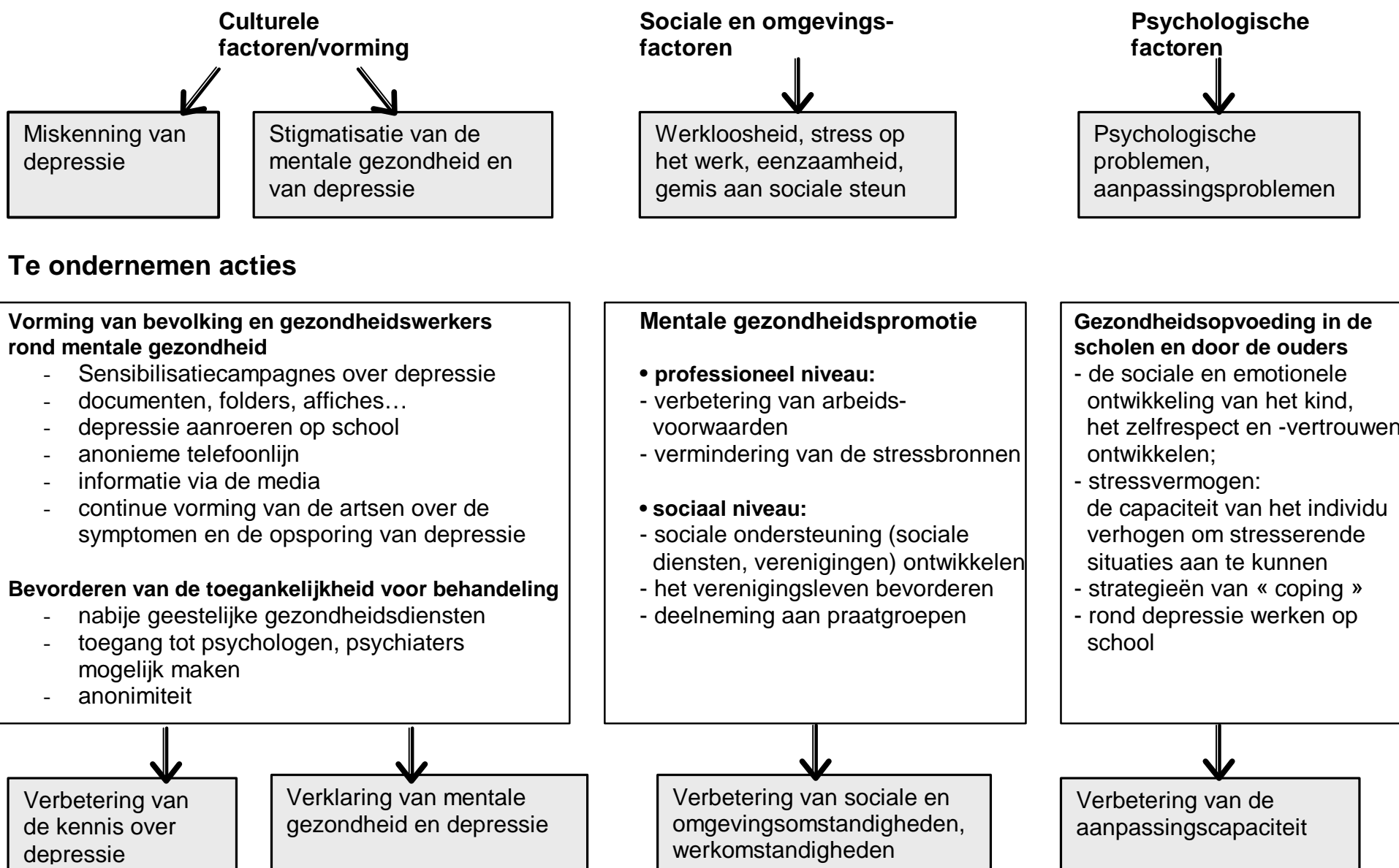
Verscheidene activiteiten van het centrum dragen hiertoe bij, zoals een telefonische permanentie, praatgroepen voor de personen getroffen door de zelfmoord van een naaste, de vorming van vrijwilligers die de telefonische hulplijn verzorgen, en de onderzoek- en samenwerkingsactiviteiten met elk preventieproject.

Er bestaan nog andere structuren die zich bezighouden met de zelfmoordpreventie in België (Teleonthaal, centra ter preventie van zelfmoord...).

Onlangs werd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in het kader van initiatieven genomen door de Federale Ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid, een onderzoeks-actieproject: « EOLE, urgenties en psychiatrische en psychologische aanvallen » opgericht door de geestelijke gezondheidsdiensten en het netwerk Iris (bijlage 1). Dit onderzoek heeft als doelstelling een antwoord te bieden op de vragen van gezondheidswerkers geconfronteerd met een dringende situatie of een psychologische/psychiatrische aanval.

De informatiebronnen over depressie zijn talrijk (verenigingen, liga's, stichtingen...), maar het zou interessant zijn te weten in welke mate deze informatie de volledige bevolking bereikt of dat bepaalde groepen, misschien zelfs diegene met het hoogste risico, niet altijd op de hoogte zijn van het bestaan ervan.

Figuur 10-1: Te ondernemen acties om depressie te voorkomen en beter aan te pakken



## 11. Besluit en aanbevelingen

Het probleem van de depressie heeft een impact op verschillende domeinen: sociaal, economisch, psychologisch, biologisch...

Niettegenstaande het gebrek aan precieze informatie, kunnen we stellen dat in België, zoals in de meeste Westerse landen, depressie een vaak voorkomende stoornis is en een probleem voor de volksgezondheid vormt. De mogelijke gevolgen van depressie maken dat men dit gezondheidsprobleem niet licht kan opvatten.

Depressie is een ziekte waarvoor geneesmiddelen bestaan die doeltreffend zijn. De aanpak van dit probleem gebeurt echter niet altijd op de juiste manier. Er is dus nood aan bijzondere inspanningen, enerzijds om de bevolking te informeren over de mogelijkheden van behandeling, anderzijds om de vorming van de artsen wat betreft de herkenning van depressiesymptomen en het voorschrijven van adequate behandeling te stimuleren.

De vorming van artsen rond vaak voorkomende mentale gezondheidsproblemen is een essentieel element in een efficiënte aanpak van depressie. De vorming van artsen zou moeten herzien worden om hier rekening mee te houden.

Er bestaat een groot aantal actoren die werken op het domein van de mentale gezondheid en die werken rond het probleem van depressie. Hun acties zijn echter niet altijd gecoördineerd. Binnen het domein van de mentale gezondheid, zowel voor de aanpak als voor de preventieprojecten, zou het werken in een netwerkstructuur een betere coördinatie mogelijk maken tussen de verschillende sectoren (medische, psychiatrische, psychologische, sociale en verenigingssector). De bestaande netwerken binnen dit domein zouden uitgebreid moeten worden.

De primaire preventie, die gericht dient te zijn op het vermijden van het optreden van depressie, ligt eerder in de lijn van promotie van de geestelijke gezondheid en verbetering van de levenskwaliteit. Deze grondbeginselen worden vaak ter sprake gebracht in België en komen meestal tot uiting in punctuele acties. Ze zouden echter meer in het kader van een voortgezette inspanning moeten worden uitgewerkt. Desalniettemin mag men deze preventiemaatregelen van depressie niet verwaarlozen, die immers, hoewel ze punctueel zijn, het voordeel hebben concreet te zijn. Een voorbeeld hiervan is de verstrekte informatie aan de bevolking om depressie te destigmatiseren en de tekenen van depressie te herkennen. Denken we ook aan de informatie geboden aan de artsen teneinde de aanpak van de patiënten met een depressie te verbeteren, de acties voor de verbetering van de werkvoorwaarden, de bewustmaking van de hele bevolking rond geestelijke gezondheid... Deze initiatieven moeten veralgemeend en gecoördineerd worden.

De preventie van depressie moet tevens op verschillende niveaus beschouwd worden: bij de algemene bevolking, bij de populatie met een verhoogd risico, bij de artsen, bij de patiënten, op de werkplaatsen, in de scholen..., om zo de boodschap van preventie beter af te kunnen stemmen op het doelpubliek in kwestie.

Bijkomende studies zouden moeten uitgevoerd worden om onze kennis over depressie in België te vervolledigen. In het bijzonder is er nood aan specifiekere informatie over de vragen, de behoeften, het aanbod van bestaande behandelingen en de incidentie van depressie in België.

## 12. Bibliografie

- (1) American Psychiatric Association. *Troubles de l'humeur. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française.* Paris: Masson, 1996: -1056 p.
- (2) *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behaviour Disorders.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994.
- (3) Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(4):381-389.
- (4) Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(12):1069-1077.
- (5) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33.
- (6) Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(8):624-629.
- (7) Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
- (8) Radloff L. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Measur* 1977; 1:385-401.
- (9) Goldberg DP. *The detection of psychiatric illness by questionnaire. A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness.* New York Toronto: London Oxford University Press, 1972.
- (10) Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56.
- (11) Lopez JF, Chalmers DT, Little KY, Watson SJ. A.E. Bennett Research Award. Regulation of serotonin<sub>1A</sub>, glucocorticoid, and mineralocorticoid receptor in rat and human hippocampus: implications for the neurobiology of depression. *Biol Psychiatry* 1998; 43(8):547-573.
- (12) Finlay-Jones R. Showing that life events are a cause of depression--a review. *Aust N Z J Psychiatry* 1981; 15(3):229-238.
- (13) Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261(15):2229-2235.
- (14) Mirowsky J, Ross CE. Age and depression. *J Health Soc Behav* 1992; 33:187-205; discussion 206-12:187-205.
- (15) *Textbook in Psychiatric Epidemiology.* New York: John Wiley and Sons, 1995.
- (16) Oxman TE, Berkman LF, Kasl S, Freeman DH, Barrett J. Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. *Am J Epidemiol* 1992; 135:356-368.
- (17) Kivela SL, Pakkala K. Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns. *Int J Soc Psychiatry* 1988; 34(4):274-284.

- (18) Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 20:9-15.
- (19) Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. Who becomes depressed? The Islington community study of older people. *J Affect Disord* 2000; 58(2):125-133.
- (20) Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307-311.
- (21) Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Les inégalités sociales de santé. La Découverte/Inserm ed. Paris: 2000.
- (22) Gasquet I. [Epidemiologic approach to the evolution by age and sex of childhood and adolescent depression]. *Psychiatr Enfance* 1994; 37(2):533-566.
- (23) Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Ann Med* 1999; 31(6):372-379.
- (24) Tohen M, Goodwin F. Epidemiology of bipolar disorder. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner G, editors. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: 1995: 301-315.
- (25) Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biol Psychiatry* 1998; 44(9):839-850.
- (26) Demyttenaere K. Psychopathologie du post-partum. In: Reynaert C, Demyttenaere K, editors. *Dépression et psychosomatique*. Louvain: 1997: 227-237.
- (27) Bracke P. Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33(9):420-429.
- (28) Culbertson FM. Depression and gender. An international review. *Am Psychol* 1997; 52(1):25-31.
- (29) Bracke P. The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Soc Sci Med* 2000; 51(1):51-64.
- (30) Skaff MM, Finney JW, Moos RH. Gender differences in problem drinking and depression: different "vulnerabilities?". *Am J Community Psychol* 1999; 27(1):25-54.
- (31) Bucholz KK, Robins LN. Who talks to a doctor about existing depressive illness? *J Affect Disord* 1987; 12(3):241-250.
- (32) Glass J, Fujimoto T. Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *J Health Soc Behav* 1994; 35(2):179-191.
- (33) Le Pape A, Lecomte T. Prevalence de la prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997. *Bulletin d'information en économie de la santé* 1999; 21.
- (34) Verhaegen L, Deykin EY, Sand E. Depressive symptoms and employment status among Belgian adolescents. *Revue Epid et Santé Publ* 1994; 42:119-127.
- (35) Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Cronkite RC. Resource loss, resource gain, and depressive symptoms: a 10-year model. *J Pers Soc Psychol* 1999; 77(3):620-629.
- (36) Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994; 377:50-58.

- (37) Darrel A Regier, Charles T Kaelber. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: studying the prevalence and incidence of psychopathology. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner G, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: 1995: 135-155.
- (38) Horwath E, Weissman MM. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner DA, editors. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss, 1995: 317-344.
- (39) Carta MG, Coppo P, Reda MA, Hardoy MC, Carpiniello B. Depression and social change. From transcultural psychiatry to a constructivist model. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001; 10(1):46-58.
- (40) Hwu HG, Yeh EK, Chang LY. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(2):136-147.
- (41) Kleinman AM. Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med* 1977; 11(1):3-10.
- (42) Kleinman A. Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 1982; 6(2):117-190.
- (43) Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 2001; 158(6):857-864.
- (44) Maes M, Meltzer HY, Suy E, De Meyer F. Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurrence. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(3):156-161.
- (45) Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 Suppl:28-34.
- (46) Whooley MA. Depression and medical illness. *Ann Epidemiol* 1999; 9:281-282.
- (47) Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Cryer PE, Skala JA, Lynch T et al. Major depression, heart rate, and plasma norepinephrine in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry* 1999; 45(4):458-463.
- (48) Dinan TG. The physical consequences of depressive illness. *BMJ* 1999; 1999(318):826.
- (49) Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99(16):2192-2217.
- (50) Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol* 1995; 14(1):88-90.
- (51) Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):109-116.
- (52) Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37(3):376-384.
- (53) Forsen A. Psychosocial stress as a risk for breast cancer. *Psychother Psychosom* 1991; 55(2-4):176-185.
- (54) Spiegel D, Sands S, Koopman C. Pain and depression in patients with cancer. *Cancer* 1994; 74(9):2570-2578.



- (55) Rousseaux JP. Alcoolisme et dépression. In: Reynaert C, Demyttenaere K, editors. *Dépression et psychosomatique*. Louvain: 1997: 128-134.
- (56) Swendsen JD, Merikangas KR, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 1998; 39(4):176-184.
- (57) Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998; 23(6):893-907.
- (58) Demarest S, Leurquin P, Tellier V, Van der Heyden J, Van Oyen H, Tafforeau J. [The health of the population in Belgium. The Belgian Health Interview Survey, 1997], Unit of Epidemiology, Scientific Institute of Public Health, 1998, Belgium.
- (59) Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA* 1990; 264(12):1541-1545.
- (60) Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dis* 1998; 17(1):35-46.
- (61) Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P. Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(2):161-166.
- (62) Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;(30):17-30.
- (63) Emmanuel J, Simmonds S, Tyrer P. Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;(34):35-41.
- (64) Johnson MR, Lydiard RB. Comorbidity of major depression and panic disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54(2):201-210.
- (65) Baruffol E, Thilmann MC. Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg* 1993; 93(3):136-153.
- (66) Cremniter D, Despierre PG, Batista G. [The risk of suicide]. *Presse Med* 1998; 27(40):2151-2156.
- (67) Lejoyeux M, Leon E, Rouillon F. [Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide]. *Encephale* 1994; 20(5):495-503.
- (68) Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(9):1189-1194.
- (69) Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2:57-62.
- (70) Nordstrom P, Asberg M, Aberg-Wistedt A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92(5):345-350.
- (71) Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among

- attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995; 25(5):963-970.
- (72) Van Heeringen C, Meerschaert Th, Berckmoes A. Attempted suicide in Gent : results from the WHO/EURO Multicenter Study on parasuicide in 1996. *Arch Public Health* 1999; 57:171-184.
- (73) Van Heeringen C, Vincke J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: a study of prevalence and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35(11):494-499.
- (74) Isacsson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide - an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96(2):94-100.
- (75) Bertschy G, Vandel S. [The link between suicide and depression. Epidemiologic aspects]. *Encephale* 1991; 17(1):33-36.
- (76) Stoff DM, Mann JJ. Suicide research. Overview and introduction. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 836:1-11.
- (77) Pitchot W, Reggers J, Pinto E, Hansenne M, Fuchs S, Pirard S et al. Reduced dopaminergic activity in depressed suicides. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26(3):331-335.
- (78) Bruce ML, Leaf PJ. Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *Am J Public Health* 1989; 79(6):727-730.
- (79) Somervell PD, Kaplan BH, Heiss G, Tyroler HA, Kleinbaum DG, Obrist PA. Psychologic distress as a predictor of mortality. *Am J Epidemiol* 1989; 130(5):1013-1023.
- (80) Whooley MA, Browner WS. Association between depressive symptoms and mortality in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arch Intern Med* 1998; 158(19):2129-2135.
- (81) Boyer P, Dardennes R, Even C, Gaillac V, Gérard A, Lecrubier Y et al. Dépression et santé publique: Données et réflexions. Acanthe ed. Paris: 1999.
- (82) Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(10):761-768.
- (83) Vos T, Mathers CD. The burden of mental disorders: a comparison of methods between the Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study. *Bull World Health Organ* 2000; 78(4):427-438.
- (84) Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. Identification of depressed patient types in the community and their treatment needs: findings from the DEPRES II (Depression Research in European Society II) survey. DEPRES Steering Committee. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14(3):153-165.
- (85) Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I. Assessment of the quality of life of patients with major depression. *Psychiatr Serv* 1997; 48(2):224-230.
- (86) Whalley D, McKenna SP. Measuring quality of life in patients with depression or anxiety. *Pharmacoeconomics* 1995; 8(4):305-315.
- (87) Gurland B. The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8(2):377-386.

- (88) Lovell A. Les troubles mentaux. In: Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, editors. Les inégalités sociales de santé. Paris: Inserm, 2000: 251-266.
- (89) De Clercq M, Vranckx A, Navarro F, Piette D. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. 1-25. 1996. ULB, Ecole de Santé Publique, Unité Promotion Education santé (PROMES).
- (90) Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12(1):19-29.
- (91) Anseau M, Reggers J, Nickels J. Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la Province de Luxembourg. Plate-forme de concertation psychiatrique dans la Province de Luxembourg, editor. 1999.
- (92) Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174:339-345.
- (93) Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL et al. Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174:330-338.
- (94) Verhaegen L. Profils socio-démographiques et type de prise en charge des patients psychiatriques dans la Région Bruxelloise. *Revue Epid et Santé Publ* 1993; 41:298-305.
- (95) Buekens P, van Heeringen K, Boutsen M, Smekens P, Mattellaer P. Depressive symptoms are often unrecognized in gynaecological practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 81(1):43-45.
- (96) Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med* 1990; 150(5):1083-1088.
- (97) McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999; 55(1):1-10.
- (98) Bartholomeeusen S, Buntinx F, De Cock L, Heyrman J. Het voorkomen van ziekten in de huisartspraktijk. Resultaten van de morbiditeitsregistratie van het Intego-netwerk. 1-18. 2001. Leuven, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde.
- (99) Drieskens S, Tafforeau J, Van Oyen H, Quataert P. Modèles age-période-cohorte: Evolution de la mortalité en Belgique pour la période 1971-1990. 1-107. 1998. Brussels, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut Scientifique de la Santé Publique.
- (100) Blazer DG, Kessler RC, Mcgonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:979-986.
- (101) Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, de Rijk C, Langendoen Y. [Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands: the NEMESIS- Study. I. Objectives, design and methods. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(50):2248-2252.
- (102) Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A. [Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands: the NEMESIS- Study. II. Prevalence of psychiatric disorders. *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(50):2453-2460.

- (103) The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health, 1996.
- (104) OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde 2001. La Santé Mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: 2001.
- (105) Rothschild AJ. Sexual side effects of antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 11:28-36.
- (106) Pharmacotherapy of depressive disorders. A consensus statement. WHO Mental Health Collaborating Centres. *J Affect Disord* 1989; 17(2):197-198.
- (107) Igodt P. Approche psychothérapeutique de la dépression. In: Reynaert C, Demyttenaere K, editors. *Dépression et psychosomatique*. Louvain: 1997: 255-266.
- (108) Traitements. In: Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression, editor. *Dépression et santé publique, données et réflexions*. Paris: 1999: 45-69.
- (109) Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. The economic burden of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8:387-394.
- (110) Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 1993; 54(11):405-418.
- (111) Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264(19):2524-2528.
- (112) Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. *J Occup Med* 1994; 36(9):983-988.
- (113) Anseau M. [The socio-economics of depression]. *Rev Med Liege* 1998; 53(5):308-310.
- (114) Illustrative preventive intervention research programs. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. *Reducing risk for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C: 1994: 215-313.
- (115) De Troyer W. Dépistage de la dépression en médecine générale. *Patient care* 2000; 23(1).
- (116) Ormel J, Tiemens BG, van Os TW, van der MK, Jenner JA, van den Brink RH. [Improved recognition and treatment of depression with occasional faster recovery through postgraduate training of family practitioners]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142(47):2572-2577.
- (117) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-370.
- (118) Van Marwijk HW, Grundmeijer HG, et al. NHG-Standaard Depressie. *Huisarts Wet* 1994; 37:482-490.
- (119) Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(1):19-26.
- (120) Rutz W, von Knorring L, Walinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82(6):399-403.

- (121) Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(1):83-88.
- (122) Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(6):457-464.
- (123) Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6 Suppl):59-65.
- (124) Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry* 1998; 173:519-522.
- (125) Jacobs DG. National Depression Screening Day: educating the public, reaching those in need of treatment, and broadening professional understanding. *Harv Rev Psychiatry* 1995; 3(3):156-159.
- (126) Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, Muenz LR, Kopans B, Jacobs DG. Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154(10):1391-1397.

## BIJLAGEN

## **Bijlage 1: Intervenienten binnen het domein van depressie in België**

**Belgische Liga voor Depressie / La Ligue belge de la Dépression** is een vzw die specifiek werkt rond depressie in België met het doel het grote publiek te informeren o.b.v. recente specifieke gegevens, het destigmatiseren van depressie, het corrigeren van bepaalde foute ideeën en het vergemakkelijken van de wisselwerking tussen de zieken en de gezondheidswerkers die geïmpliceerd zijn in de preventie en de behandeling van depressie. Regelmatig worden er informatiebrochures over depressie gepubliceerd.

Adres: **Belgische Liga voor Depressie vzw**,  
Rue de la Vinaudrée, 30  
1370 Jodoigne

Tel. : 070/23 33 24 van 10u tot 13u30  
Maandag- en vrijdagvoormiddag  
E-mail: [lig.depr@yucom.be](mailto:lig.depr@yucom.be)

[www.health.fgov.be/AGP/nl/artikels\\_notas/mededelingen\\_volksgezondheid/ziekten/depressie/depressie.htm](http://www.health.fgov.be/AGP/nl/artikels_notas/mededelingen_volksgezondheid/ziekten/depressie/depressie.htm)  
[www.health.fgov.be/AGP/fr/articles/messages/maladies/depression/depression.htm](http://www.health.fgov.be/AGP/fr/articles/messages/maladies/depression/depression.htm)

Coördinator: Muriel Vanderveken  
Voorzitter: Myriam Van Moffaert

**De Koning Boudewijnstichting** heeft als essentiële opdracht bij te dragen tot de verbetering van de leefomstandigheden van de bevolking. Een van de projecten van de stichting betreft de depressie bij kinderen en adolescenten. Dit project beoogt het geven van middelen aan de omgeving van de kinderen en de jongeren om op een preventieve manier te handelen, een probleem op tijd te ontdekken en snel te reageren. Het is in functie van deze doelstelling dat een project in drie fases werd gelanceerd:

- Een eerste reflectie m.b.t. dit onderwerp werd opgesteld tijdens een colloquium in mei 2000
- Een oproep tot projecten heeft geleid tot de ondersteuning van 13 interessante initiatieven (2000-2001)
- Een Internetsite en een interactief forum werd gelanceerd (2000-2001). De site bevat tevens algemene informatie over deze problematiek en biedt een discussieforum aan, dat de uitwisseling van ervaringen en het benutten van goede praktijken begunstigt.

Adres: **De Koning Boudewijnstichting**  
Brederodestraat 21  
1000 Brussel

Tel.: 02/511.18.40  
Fax: 02/511.52.21  
[www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

**De Julie Renson Stichting** heeft als doelstelling bij te dragen tot de verbetering van de mentale gezondheid in België, door sensibilisatie, het informeren van het grote publiek, het organiseren van werkgroepen en deelname aan diverse projecten. Deze

stichting heeft een gegevensbank opgestart over diverse mentale gezondheidsstructuren. Deze databank staat zowel ter beschikking van gezondheidswerkers als particulieren: Mentale Gezondheid Info. Een informatiesysteem m.b.t. mentale gezondheid (THESEAS) geeft de gebruikers toegang tot de gegevensbank, en kennis over diverse preventieve en curatieve mentale gezondheidsstructuren dankzij een externe verbinding.

Adres: **Julie Renson Stichting**  
Lombardijestraat 35  
1060 Brussel

Tel.: 02/538.94.76  
Fax: 02/534.38.64  
E-mail : [info@julierenon.be](mailto:info@julierenon.be)  
Coördinator: Martine Baudin

**Federatie van Vlaamse SIMILES-kringen vzw / Fédération des associations  
SIMILES francophones asbl**

SIMILES is een vereniging van vrijwilligers die zich wijdt aan het bevorderen van de levenskwaliteit van de mentale zieken en hun familie, en het te helpen van families bij de bescherming van hun eigen belangen, materieel of moreel, als ook die van hun zieke.

Zij geeft raad en informatie op juridisch en sociaal gebied, en organiseert informatieavonden en vormingen voor de zieken en hun familie. De vereniging publiceert informatierapporten, een driemaandelijks nieuwsbrief, praktische richtlijnen en conferentierapporten.

Adressen:

**Fédération des associations SIMILES  
francophones**  
Rue Ducale 81  
1000 Bruxelles

Tel.: 02/511.19.08  
Fax: 02/503.47.15  
E-mail: [federation@similes.org](mailto:federation@similes.org)

**Federatie van Vlaamse Simileskringen  
vzw**  
Groeneweg 151  
3001 Heverlee

Tel.: 016/23.23.82  
Fax: 016/23.88.18  
E-mail: [similes@planetinternet.be](mailto:similes@planetinternet.be)



**De Nationale Koningin Fabiola Stichting voor de Geestelijke Gezondheid** neemt deel aan de coördinatie en de samenwerking tussen de instellingen die actief zijn binnen het domein van de geestelijke gezondheid door de organisatie van studiedagen en paneldiscussies. De stichting biedt informatie aan het grote publiek en ondersteunt financieel projecten op het terrein.

Adres: **Nationale Koningin Fabiola Stichting voor de Geestelijke Gezondheid**  
Hertogstraat 81  
1000 Brussel

Tel.: 02/502.29.93  
Fax: 02/502.11.11  
E-mail: [kfs.frf@skynet.be](mailto:kfs.frf@skynet.be)  
Voorzitter: Z.M. Koningin Fabiola

**De Liga's voor de Geestelijke Gezondheid** zijn instellingen voor de promotie en coördinatie van de geestelijke gezondheid op regionaal niveau. Zij hebben een rol van organisatie en informatie op het gebied van geestelijke gezondheid, en ontwikkelen promotie- en vormingsactiviteiten rond geestelijke gezondheid. Hun werk richt zich niet alleen op depressie.

De Liga's werken samen met de overlegplatformen van de geestelijke gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidsverenigingen en andere betrokkenen op het terrein van de geestelijke gezondheid.

Adressen :

**Ligue Wallonne pour la Santé Mentale**  
Rue Muzet, 32  
5000 Namur

Tel.: 081/23.50.10  
Fax: 081/22.52.64  
Openingsuren: van maandag tot vrijdag van 8u tot 16u30  
E-mail: [lws@skynet.be](mailto:lws@skynet.be)

Directie: Christiane Bontemps

**Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale**  
Rue du Président, 53  
1050 Bruxelles

Tel.: 02/511.55.43  
Fax: 02/511.52.76  
E-mail: [lbfsm@skynet.be](mailto:lbfsm@skynet.be)

Directie: Eric Messens

**Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg**  
Tenderstraat 14  
9000 Gent

Tel.: 09/221.44.34  
Fax: 09/221.77.25  
E-mail: [vvgg@xs4all.be](mailto:vvgg@xs4all.be)  
Directie: Paul Arteel

## **De Overlegplatformen van de Geestelijke Gezondheidszorg**

Er bestaan 15 Overlegplatformen in België (5 in Vlaanderen, 9 in Wallonië en 1 in Brussel). Zij beogen het voeren van onderzoek en overleg over:

- De behoeften van de psychiatrische diensten in de regio waar de leden van de vereniging zich bevinden,
- De taakverdeling en de complementariteit wat het aanbod van de diensten, de activiteiten en de doelgroepen betreft, teneinde beter te beantwoorden aan de behoefte van de bevolking en het kwaliteitsniveau van de gezondheidszorgen te verbeteren,
- De mogelijke samenwerking en de herverdeling van de taken m.b.t. o.a. de interventie in crisisgevallen en de dagelijkse activiteiten voor de psychiatrische patiënten, met uitzondering van de oprichting en het beheer van Beschermd Woonplaatsen

Elk Overlegplatform heeft d.aarnaast bijkomende doelstellingen rekening houdend met de kenmerken van de territoriale bevoegdheid toegewezen aan het Platform in kwestie.

De Platformen van geestelijke gezondheidszorg kunnen studies over depressie voeren of in opdracht laten uitvoeren.

Adressen:

### **Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

#### **Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad**

Quai du Commerce, 7  
1000 Bruxelles.

Tél : 02/289.09.60, Fax : 02/512.38.18

Présidente : Mme Michèle Van den Eynde

Coördinatrices : Michèle Ribourdouille, An Plattewouw

E-mail : PFSM.OPGG@beon.be

### **Vlaams Gewest**

#### **Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen(OGGPA)**

Boomgaardstraat 22 bus 110  
2600 Berchem

Tel : 03/240.61.81, Fax : 03/240.61.84

Voorzitter : Dhr Gie Goyvaerts

Coördinator : Dhr Hugo Jacobs

E-mail : hugo.jacobs@oggpa.provant.be

#### **Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Limburg(SPIL)**

p/a Provinciehuis 2de Directie Welzijn, Afdeling 4  
Universiteitslaan 1

3500 Hasselt

Tel : 011/23.72.99, Fax : 011/23.72.10

Voorzitter : Dhr Jaak Poncelet

Coördinator : Mevr Miet Smeets

E-mail : msmeets@limburg.be

#### **Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PoPovGGZ)**

Oude Abdij  
Drongenplein 26  
9031 Drongen

Tel : 09/216.65.50, Fax : 09/216.65.59

Voorzitter : Dhr Jan Willems  
Coördinator : Dhr Patrick Claeys  
E-mail : info@popovggz.be

**Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (VLABO)**

Groeneweg 151 (7de verd.)  
3001 Heverlee  
Tel : 016/27.03.10, Fax : 016/27.03.19  
Voorzitter : Dhr Paul Igodt  
Coördinator : Mevr Ann Vranckx  
E-mail : vlabo.vzw@vlabo.be

**Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen**

*Maatschappelijke zetel*  
Bruggestraat 57-59  
8930 Menen  
*Contactadres :*  
Annuntiatenstraat 92  
8000 Brugge  
Tel : 050/34.11.70, Fax : 050/34.19.41  
Voorzitter : Dhr Rik Brysse  
Coördinator : Mevr Ingrid Soenen  
E-mail : overlegggz.wvl@skynet.be  
Coordinateur: Patrick Claeys

**Waals Gewest**

**Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon**

Maison de l'Abaque  
Boucle des Métiers, 21  
1348 Louvain-la-Neuve  
Tél/fax : 010/45.49.09  
Président : Mr Alain Sansterre  
Coordinatrice : Françoise Duesberg  
E-mail : plateformesmbw@tiscalinet.be

**Plate-forme régionale de concertation de Charleroi**

Boulevard Zoé Drion, 1 (4<sup>ème</sup> étage)  
6000 Charleroi  
Tél : 071/28.44.95-96, Fax : 071/28.44.97  
Président : Dr Jean Schoenaers  
Coordinatrice : Marie-Christine Drion  
E-mail : info@pfrcc.com

**Plate-forme de concertation de la région du Centre pour la santé mentale**

c/o Hôpital de Jolimont  
Rue Ferrer, 159  
7100 Haine St Paul  
Tél : 064/23.38.80, Fax : 064/23.31.96  
Président : Dr Robert Sterck  
Coordinateur : Jean-François Lavis (tél. 084/22.18.08)

**Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Hainaut occidental**

c/o Centre provincial de guidance  
Rue de l'Athénée, 21  
7500 Tournai  
Présidente : Mme Nicole Ottevaere-Lafleur  
Coordinateur : Christian Lestienne (tél : 0478/56.39.20)

**Plate-forme psychiatrique liégeoise**

Rue Capitaine, 4  
4020 Liège  
Tél : 04/344.43.86, Fax : 04/344.18.96  
Président : Dr B. Xhenseval  
Coordinateur : Didier Kampfl

**Plate-forme de concertation psychiatrique du Luxembourg**

c/o Institut La Clairière  
Route des Ardoisières  
6680 Bertrix  
Tél : 061/22.17.11, Fax : 061/22.17.36  
Président : Mr André Geeraert  
Coordinateur : Christian Brilot

**Plate-forme de concertation pour la santé mentale de Mons-Borinage**

Place de la Grande Pêcherie, 19  
Quartier de Messines  
7000 Mons  
Président et coordinateur : Mr Jean Homerin  
Tél/fax : 065/36.29.27  
E-mail : pfesm@freegates.be

**Plate-forme namuroise de concertation en santé mentale**

c/o Centre psychothérapique provincial  
Avenue Reine Astrid, 20a  
5000 Namur  
Tél : 081/72.97.29, Fax : 081/72.97.37  
Président : Mr Robert Goret  
Coordinateur : Didier De Vleeschouwer

**Psychiatrieverband der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

c/o Vervierserstrasse, 14  
4700 Eupen  
Tél : 087/59.80.59, Fax : 087/59.80.60  
Président : Dr Roland Lohman  
E-mail : spz.eupen@swing.be

**EOLE**

De doelstellingen van dit team zijn de personen en de hulpdiensten in de mentale gezondheidszorg van het Brussels Gewest te identificeren, telefonische steun te bieden aan gezondheidswerkers tijdens crisissituaties en hen hulp te verlenen bij de verwijzing naar bestaande organisaties, en de band te versterken tussen de afdelingen van de mentale gezondheidssector en de gezondheidswerkers.

**Adres: Telefonische steun en verwijzing in Mentale Gezondheidszorg**

Quai du Commerce 7  
1000 Brussel  
Tel.: 02/223 75 52  
Fax.: 02 /218 32 91  
Coördinatie: Karine Frenkiel

Er bestaan nog talrijke actoren in de mentale gezondheidszorg die een essentiële rol kunnen spelen in de preventie en de aanpak van depressie, zoals mentale gezondheidsdiensten en –centra, verbindingspsychiatrie, psycho-medisch-sociale centra, gezinsplanning, medische instellingen, anonieme telefonische oproepijnen (Centrum ter preventie van zelfmoord en anderen)...

## **Bijlage 2: Beschrijving van DSM-IV**

De DSM-IV werd ingevoerd voor het klinisch gebruik, het onderwijs en het onderzoek. Zij verschaft criteria gebruikt door psychiaters en psychologen om de mentale stoornissen te diagnosticeren. Zij verschaft tevens de codes die nodig zijn voor de registratie van de medische gegevens en voor de medische verzekeringsmaatschappijen. Dit handboek is een «*categoriale classificatie die de mentale stoornissen verdeelt over types op basis van groepen goed gedefinieerde criteria*» (DSM-IV). De gebruikt criteria dienen beurtelings ter opneming en ter uitsluiting.

Eén van de voornaamste kenmerken van DSM-IV is het verschaffen van diagnostische criteria met als doel de betrouwbaarheid van de diagnose te vergroten. Het systeem bestaat uit verschillende assen die elk overeenkomen met de evaluatie van een specifieke dimensie. Dit laat toe een behandelingsschema uit te werken en de evolutie van de situatie te voorzien.

De classificatie van DSM-IV bestaat uit vijf assen:

As 1: het geheel van de stoornissen van de classificatie, uitgezonderd de persoonlijkheidsstoornissen en de mentale retardatie.

As 2: persoonlijkheidsstoornissen en mentale retardatie. Deze as kan ook dienen om de karaktertrekken en de onaangepaste verdedigingsmechanismen aan te geven.

As 3: alle stoornissen of alle fysieke aandoeningen die kunnen meespelen in het bevatten of het behandelen van het geval.

As 4: de psychosociale problemen en problemen gerelateerd aan de omgeving die een effect kunnen hebben op de diagnose, de behandeling en de prognose van de psychische stoornissen.

As 5: de evaluatie van het algemeen niveau van functioneren

## Criteria van de depressieve episode (Major Depressive Episode), DSM-IV.

A. Minstens vijf van de volgende symptomen moeten binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig zijn en een verandering betekenen ten opzichte van eerder functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een depressieve stoornis of somberheid, ofwel (2) een verlies van interesse of plezier.

- (1) Depressieve stemming of somberheid gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, aangegeven door subjectieve mededelingen of geobserveerd door de anderen. Eventueel prikkelbaarheid bij het kind of de adolescent;
- (2) Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (aangegeven door subjectieve mededelingen of geobserveerd door de anderen en omschreven als een bijna voortdurende lusteloosheid) ;
- (3) Duidelijk gewichtsverlies of –toename zonder dat een dieet gevolg wordt (meer dan 5% van het lichaamsgewicht in één maand) of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust; bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachte gewichtstoename.
- (4) Slapeloosheid of overdreven slaperigheid, bijna elke dag;
- (5) Psychomotorische agitatie of remming, bijna elke dag (waarneembaar door de anderen, en niet alleen maar een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid);
- (6) Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag;
- (7) Gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag;
- (8) Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid, bijna elke dag (subjectief vermeld of geobserveerd door de anderen);
- (9) Terugkerende gedachte aan de dood, terugkerende zelfmoordgedachten zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, een zelfmoordpoging of een specifiek plan om zelfmoord te plegen.

B. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een gemengde episode (periode waarin zowel de manische als depressieve symptomen tegelijk voorkomen)

C. De symptomen veroorzaken duidelijk lijden of veranderingen van het functioneren op sociaal, beroepsmatig of ander belangrijk gebied.

D. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv. drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bv. hypothyreoïdie).

E. De depressieve symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een rouwproces. Dat wil zeggen, na het verlies van een dierbaar persoon zijn de symptomen langer aanwezig dan twee maanden of worden zij gekarakteriseerd door duidelijke functionele beperkingen, ziekelijke preoccupatie met gevoelens van waardeloosheid, zelfmoordgedachten, psychotische symptomen of psychomotorische remming.

Andere symptomen komen veel voor, zelfs als ze geen criteria zijn om depressie te herkennen: neiging om te huilen, somber gestemd zijn, prikkelbaarheid, obsessieel piekeren, angst, fobieën, overdreven bezorgdheid om de fysieke gezondheid, pijn (hoofdpijn, gewrichtspijnen, buikpijn...), moeilijkheden in de intieme en sociale relaties, seksuele moeilijkheden.

Bepaalde personen kunnen paniekaanvallen vertonen. In ongeveer 15% van de gevallen komen symptomen zoals hallucinaties of waanzin voor. Het gebeurt dat allesoverheersende angstsymptomen de depressie « verhullen » en verhinderen ze te diagnosticeren en te behandelen.

## Diagnostische criteria van dysthyme stoornis volgens DSM-IV.

- A. De depressieve stemming omvat het grootste deel van de dag, meer dan één dag op twee gedurende minstens twee jaar, gesignaleerd door de persoon zelf of door observatie van anderen.
- B. Een persoon is depressief indien er minstens twee van de volgende symptomen aanwezig zijn:
  - (1) slechte eetlust;
  - (2) insomnia of hypersomnia (slaapstoornissen);
  - (3) weinig energie of moeheid;
  - (4) gering gevoel van eigenwaarde;
  - (5) slechte concentratie of moeite om tot een besluit te komen
  - (6) gevoel van hopeloosheid.
- C. Gedurende de twee jaar van de stoornis (één jaar voor de kinderen en de adolescenten) is de betrokkene nooit langer dan twee maanden achtereen vrij geweest van de symptomen van criterium A en B.
- D. De stoornis is eerder toe te schrijven aan een chronische depressieve stoornis.
- E. Er is nooit een manische, gemengde of hypomane episode geweest. Er is nooit voldaan aan de criteria voor een cyclothymie.
- F. Deze stoornis komt niet uitsluitend voor in de loop van een chronische psychotische stoornis zoals « schizofrenie » of « waanstoornis ».
- G. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv. drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bv. hypothyreoïdie).
- H. De symptomen veroorzaken duidelijk een klinisch lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

## Diagnostische criteria van depressieve episodes (Major Depressive Episodes) volgens ICD-10.

### A. Algemene criteria (vereist)

G1. De depressieve episode moet minstens twee weken aanhouden.

G2. Afwezigheid van hypomaniakale of maniakale symptomen die beantwoorden aan de criteria van een maniakale of hypomaniakale episode (F30.-) op een willekeurig moment van het leven van de persoon.

G3. De meest gebruikte uitsluitingscriteria. De episode is niet toe te schrijven aan het gebruik van een psychoactieve stof (F10-19) of aan een organische mentale retardatie, volgens de gegeven definitie in F00-F09.

### B. Aanwezigheid van tenminste twee van de drie volgende symptomen:

- (1) Depressieve stemming op een duidelijk abnormaal niveau voor de persoon, bijna heel de dag en bijna alle dagen, in grote mate beïnvloed door de omstandigheden, en die minstens twee maanden aanhouden.
- (2) Duidelijke verlies van interesse of plezier voor de doorgaans aangename activiteiten;
- (3) Verlies van energie of grotere neiging tot vermoeidheid.

### C. Aanwezigheid van minstens één van de vier volgende symptomen om te komen tot een totaal van minstens vier symptomen:

- (1) Verlies van zelfvertrouwen of zelfrespect;
- (2) Ongegronde gevoelens van overdreven en onnodige schuld;
- (3) Terugkerende gedachten aan de dood of terugkerende zelfmoordgedachten of suïcidaire gedragingen van eender welk type;
- (4) Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie (subjectief vermeld of geobserveerd door de anderen) die zich uit door bv. besluiteloosheid of twijfels.
- (5) Verandering van de psychomotorische activiteit, gekarakteriseerd door een onrust of een vertraging (vermeld of geobserveerd);
- (6) Slaapstoornis van eender welk type;
- (7) Verandering van de eetlust (vermindering of toename) met overeenkomstige gewichtsverandering.



## Diagnostische criteria van dysthymie volgens ICD-10

- A. Aanwezigheid van een periode van minstens twee jaar van constante of voortdurend terugkerende depressie. De overgangsperiodes van normale stemming duren zelden meer dan twee weken en er zijn geen hypomaniakale episodes.
- B. Geen enkele of bijna geen enkele van de losstaande episodes van depressie die in de loop van dergelijke periode van twee jaar voorkomen is van een voldoende ernst of duur om aan de criteria van een terugkerende lichte depressieve stoornis te beantwoorden (F33.0).
- C. In de loop van ten minste bepaalde periodes van depressie, moeten minstens drie van de volgende symptomen aanwezig zijn:
  - (1) Verlies van energie en activiteit;
  - (2) slapeloosheid;
  - (3) verlies van zelfvertrouwen en gevoelens van onbekwaamheid;
  - (4) concentratiemoeilijkheden;
  - (5) vaak wenen;
  - (6) verlies van interesse of plezier van seksualiteit of andere activiteiten;
  - (7) verlies van hoop of gevoelens van wanhoop;
  - (8) gewaarwording van een onvermogen om normale verantwoordelijkheden van het dagelijks leven na te komen;
  - (9) pessimisme wat betreft de toekomst of piekeren over het verleden;
  - (10) zich sociaal terugtrekken;
  - (11) minder praten dan gewoonlijk.

## Bijlage 3: Gevolgen van depressie

### Gevolgen van depressie op het familiale leven.

Volgens Boyer P en Dardennes R, 1999 (81)

Wat de patiënt betreft		Wat de familie betreft
<b>Periode</b> Begin van de depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ontwijken van familiale relaties,</li> <li>- consumptie op eigen initiatief van tranquillizers/onaangepaste hypnotica, alcoholisering,</li> <li>- medische consultaties</li> <li>- inadequate behandelingen voor een nog vage diagnose,</li> <li>- verlies van plezier in familiale omgang,</li> <li>- onverklaarbare stoornissen van het karakter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bezorgdheid of onverschilligheid tegenover een onverklaarbare toestandsverandering van de echtgeno(o)t(e).</li> </ul>
Tijdens de depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gevoel van onbegrip van zijn familie,</li> <li>- schuldgevoel,</li> <li>- slechte echtelijke verstandhouding,</li> <li>- gevoel van onverschilligheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onbegrip van de situatie of onnodige persoonlijke schuld, zichzelf in vraag stellen bij het gebrek aan verlangen van de echtgeno(o)t(e),</li> <li>- bezorgdheid als de patiënt een voorgeschiedenis heeft, dubbele rol om de zieke te vervangen,</li> <li>- overdreven of onnodige overbescherming,</li> <li>- gevoel van overbelasting van verantwoordelijkheden en van isolement,</li> <li>- angst en verwarring ten opzichte van een ouder die zijn rol niet vervult,</li> <li>- onwetendheid of het zoeken naar een verklaring,</li> <li>- moeilijkheden op school, gedragsstoornissen bij de kinderen.</li> </ul>
Begin van de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schaamte om geneesmiddelen te nemen, om niet te werken, om ziek te zijn zonder reden,</li> <li>- onderschatting,</li> <li>- moeilijkheid om de rol van de vader of de moeder aanvaarden,</li> <li>- inadequate strijd om er alleen proberen uit te geraken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bezorgdheid of irritatie tegenover de echtgeno(o)t(e),</li> <li>- eventuele ambivalentie t.o.v. de noodzakelijkheid van medicamenteuze behandeling, min of meer onaangepast advies,</li> <li>- fundamentele angst om de andere als een mentale patiënt te zien</li> <li>- non-verbale angstpercepties van het gedrag van de ouder</li> <li>- bezorgdheid van de kinderen om een ouder in een « vreemde » toestand te zien</li> <li>- mogelijkheid van psychopathologische gevolgen (angstig)</li> </ul>
Na de depressie	Min of meer uitgesproken ambivalentie tegenover het voornemen zijn plaats opnieuw in te nemen, Aanhoudende gêne wat betreft de volharding van de seksuele stoornis, van de gewichtstoename Ongemak t.o.v. de kinderen om ziek te zijn geweest, ze « in de steek gelaten » te hebben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- opluchting tegenover de verbetering of daarentegen uiting van de agressiviteit t.o.v. de patiënt die het beter maakt,</li> <li>- ongeduld tegenover de traagheid van de normalisatie,</li> <li>- beschuldigende argwaan wat de werkelijkheid van de episode aangaat, moeilijkheden om het evenwicht van vóór de ziekte bij het koppel terug te vinden,</li> <li>- reacties van opluchting of haat tegenover het recent herstelde ouderlijk gezag (adolescent)</li> </ul>
Recidiveren	Schaamtegevoel en zelfbeschuldiging, Vrees voor genetische overdracht aan het nageslacht	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verandering van de gewaarwordingen van de echtgeno(o)t(e), bewustwording dat het een risicopersoon betreft,</li> <li>- alle aanpassingsgedragingen doen zich voor (begrip, steun, het overdreven bemoederen, zich bezig gedragen, verwerping, agressiviteit)</li> <li>- het evenwicht binnen het gezin wordt opnieuw ter discussie gesteld, de rollen van de ouders aangepast, repercussie op het evenwicht van het kind vooral als er geen enkele uitleg aan hem wordt gegeven</li> </ul>

## Gevolgen van depressie op het professionele leven.

Volgens Boyer P en Dardennes R, 1999 (81)

Periode	Wat de zieke betreft	Wat de werknemer betreft
Begin van de depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aanpassingsmoeilijkheden,</li> <li>- neiging tot demotivatie,</li> <li>- afwezigheid van anticipatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niet waarneembare vermindering van het concurrentievermogen of van de productiviteit van de betrekking,</li> <li>- neiging tot uitstel van beslissing die de vooruitgang van de onderneming hindert</li> </ul>
Tijdens de depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rendementsverlies in de betrekking,</li> <li>- strategische of bevelsvergissingen,</li> <li>- ongunstige beslissingen,</li> <li>- gemis van anticipatie,</li> <li>- fouten van onoplettendheid, van nalatigheid,</li> <li>- ongepast ontslag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toename van het absentisme of van de werkonderbrekingen, werkongevallen in functie van de betrekking,</li> <li>- duidelijke vermindering van de productiviteit,</li> <li>- materiële en psychologische gevolgen op de productie,</li> <li>- verpeste sfeer ten gevolgen van vergissingen</li> </ul>
Begin van de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- moeilijkheden om de nevenwerkingen van de behandeling te verbergen of pogingen om de uitwerkingen te beheersen,</li> <li>- de zorg om het nemen van geneesmiddelen te verbergen,</li> <li>- de zorg het geheim van de situatie te bewaren,</li> <li>- gevoel van isolement in de onderneming</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toename van de frequentie van werkongevallen gerelateerd aan de nevenwerkingen van bepaalde antidepressiva,</li> <li>- contactname met de arbeidsgeneesheer,</li> <li>- eventuele convocatie van de arbeider of de bediende om hem te vragen te stoppen met zijn activiteiten,</li> <li>- langdurige onderbreking van beroepsuitoefening in bepaalde beroepen (boordpersoneel, bestuurder van machine enz)</li> </ul>
Na de depressie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- onzekerheid over het moment waarop men de activiteiten, de verantwoordelijkheden kan hervatten,</li> <li>- dilemma tussen het kenbaar maken van de depressie of het verzinnen van een voorwendsel,</li> <li>- obsessie voor het hervallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- moeilijkheden voor de hiërarchie om opnieuw blijk te geven van vertrouwen,</li> <li>- noodzaak om te gaan met de geleidelijke evolutie en het aanpassingsvermogen,</li> <li>- voldoende vertrouwen zonder overdreven intimiteit</li> </ul>
Recidiveren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de obsessie voor het hervallen verandert aanmerkelijk de professionele strategie van de patiënt,</li> <li>- beperking van het nemen van risico's in de carrière,</li> <li>- afstand nemen van de posities met verantwoordelijkheid,</li> <li>- vermindering van professionele mobiliteit,</li> <li>- verlies van opportuniteiten,</li> <li>- achteruitgang van de professionele status,</li> <li>- verlies van kwalificatie, risico van ontslag vervolgens van werkloosheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- de werkgever wordt ertoe gebracht om het carrièreprofiel van zijn werknemer te veranderen door hem van bepaalde betrekkingen uit te sluiten, en zelfs hem te ontslaan.</li> </ul>

## **Bijlage 4: Lijst van antidepressiva beschikbaar in België in 2001**

Volgens het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie

<b>Groep</b>	<b>Generische naam</b>	<b>Merknaam</b>
<i>ATC*, verwante stoffen en SSRI</i>		
<b>Eerste groep (tricyclische structuur)</b>		
Imipramine en derivaten	Clomipramine chloorhydraat	Anafranil (Norvatis)
	Desipramine chloorhydraat	Pertofran (Norvatis)
	Trimipramine	Surmontil (Aventis)
	Imipramine chloorhydraat	Tofranil (Norvatis)
Amitriptyline en derivaten	Nortriptyline	Nortrilen (Lundbeck)
	Amitriptyline	Redomex (Lundbeck) Triptizol
	Amitriptyline chloorhydraat	Tryptizol (MSD) Redomex
Anderen	Dosulepine chloorhydraat	Prothiaden (Knoll)
	Doxepine	Sinequan (Pfizer)
<b>Tweede groep</b>		
	Melitraceen	Dixeran (Lundbeck)
	Reboxetine	Edronax (Pharmacia)
	Venlafaxine	Efexor (Wyeth Lederle/AHP)
	Mianserine chloorhydraat	Lerivon (Organon)
	Maprotiline	Ludiomil (Norvatis)
	Mirtazapine	Remergon (Organon)
	Trazodone chloorhydraat	Trazolan (Continental Pharma)
	Viloxazine	Vivalan (Menarini)
<b>Derde groep (SSRI)</b>		
	Paroxetine	Aropax (SK Beecham)
		Seroxat
	Citalopram broomhydraat	Cipramil (Lundbeck)
		Fluvoxamine maleaat
	Fluoxetine	Fluoxemed (Ethimed)
		Fluoxetine (Eurogenerics)
		Fluoxetine (Merck)
		Fluoxetop (Topgen)
		Fontex (Eli Lilly)
		Prozac (Actuapharma)
		Prozac (Eli Lilly)
	Sertraline	Serlain (Roerig/Pfizer)
	<b>Associatie</b>	
	Flupentixol	Deanxit (Lundbeck)
	Melitraceen	
<b>MAO-remmers</b>		
Niet selectief-onomkeerbaar MAO-A of B	Fenelzine	Nardelzine (Warner-Lambert)
Selectief-onomkeerbaar MAO-A	Moclobemide	Aurorix (Roche)
<b>Lithiumzouten</b>		
	Lithiumcarbonaat	Camcolit (Norgine)
		Maniprex (Wolfs)
		Priadel (Synthelabo)

\* ATC: tricyclische antidepressiva.

## **Bijlage 5: Depressie F32#. Praktische raadgevingen voor de aanpak van depressie**

(volgens ICD-10, Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care, WHO)

---

### ***Informatie voor de patiënt en zijn familie:***

- Depressie is een vaak voorkomende stoornis en er bestaan efficiënte behandelingen.
- Depressie is geen zwakheid of luiheid; de patiënt probeert er het hoofd aan te bieden.

---

### ***Specifieke raadgevingen voor de patiënt en zijn familie:***

- **Het risico van zelfmoord evalueren:** aan de dood of aan sterven op zich denken, duidelijk zelfmoordplan, zelfmoordpogingen in het verleden, risico om over te gaan tot de daad, **risico om de anderen te kwetsen?** Een streng toezicht door de familie of vrienden, en zelfs een ziekenhuisopname kunnen nodig zijn.
- Voorstellen van **activiteiten die plezier doen of vertrouwen geven.**
- **Zich verzetten tegen pessimisme en zelfbeschuldigingen.** Bepaalde belangrijke beslissingen niet nemen zolang dat men gedeprimeerd is (bv. scheiden, zijn ontslag indienen). Vermijden van negatieve gedachten en schuldideeën.
- Evalueren van **het belang van veel voorkomende levensproblemen of sociale stress.** De patiënt helpen geleidelijk de problemen te beperken of te beheersen. Vermijden van belangrijke beslissingen en levensveranderingen.
- Als de patiënt fysieke symptomen vertoont, **het verband tussen de fysieke symptomen en stemming bespreken.**
- Wanneer het beter gaat met de patiënt, met hem de mogelijkheid van het recidiveren bespreken, en wat hij in dit geval dient te doen.

---

### ***Medicamenteuze behandeling:***

- **Een behandeling met antidepressiva overwegen als de patiënt een depressieve stemming vertoont of een interesseverlies die gedurende minstens 2 weken aanhouden en minstens 4 andere symptomen van depressie:** moeheid of energieverlies; slaapstoornissen; schuldgevoelens of concentratiemoeilijkheden; gedachten over de dood of over zelfmoord; zelfbeschuldigingen; agitatie of psychomotorische vertraging; eetstoornissen.

In de ernstige gevallen een behandeling voorzien vanaf de eerste visite. In de lichte gevallen, de behandeling uitstellen tot een volgende visite en eerst nagaan of de patiënt naast raadgevingen ook geneesmiddelen nodig heeft.

### **Geneesmiddelen:**

- Als de patiënt gunstig heeft gereageerd op een geneesmiddel in het verleden, dezelfde geneesmiddelen gebruiken;
- Bij de oudere patiënten en bij de patiënten die een somatische aandoening vertonen, geneesmiddelen gebruiken die weinig anticholinergische en cardiovasculaire nevenwerkingen hebben;
- Bij de angstige patiënten en bij de patiënten die aan slapeloosheid lijden, geneesmiddelen gebruiken die een kalmerend effect hebben.

**Geleidelijk overgaan tot de werkzame dosis** (bv. beginnen met iedere avond 25 à 50 mg imipramine en verhogen tot 100-150 mg tijdens een tiental dagen). Lagere dosissen gebruiken bij bejaarden en personen die een somatische aandoening vertonen.

**Uitleggen aan de patiënt dat de geneesmiddelen elke dag moeten worden genomen, dat zijn toestand zich gaat verbeteren binnen de 2-3 weken die volgen op het begin van de behandeling, dat het nevenwerkingen zal kunnen vertonen die gewoonlijk verdwijnen binnen de 7-10 dagen. De behandeling niet stoppen zonder dit besproken te hebben met de arts.**

**Voortzetten van de behandeling met antidepressiva** gedurende minstens 3 maanden na de verbetering van de symptomatologie.

---

### ***Consultatie van specialisten:***

Raad vragen aan een specialist:

- als de patiënt het risico loopt zelfmoord te plegen of anderen te verwonden;
- als de patiënt psychosomatische symptomen vertonen;
- als de depressie voortduurt na de hierboven beschreven behandeling.

De specifieke **psychotherapieën** kunnen zowel gebruikt worden in de initiële behandeling als in de preventie van het hervallen.

---