

Het voorkomen van psychische stoornissen en suïcidaliteit in de Belgische bevolking ouder dan 60 jaar

Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)

A. Bonnewyn · R. Van Buggenhout · R. Bruffaerts ·
H. Van Oyen · S. Demarest · K. Demyttenaere

Summary Purpose: This study aimed to examine the 12-month and lifetime prevalence rates of pure and comorbid mental disorders (mood, anxiety and alcohol disorders) in Belgian home-dwelling elderly.

Methods: A representative random sample of 665 non-institutionalized older adults (60+) from Belgium was interviewed in 2000 and 2001. DSM-IV disorders were assessed by interviewers trained to use a revised version of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) of the World Health Organization.

Results: Twenty percent of the respondents reported a lifetime history of at least one mental disorder; 5% met criteria for a mental disorder in the past twelve months. Mood and anxiety disorders were the most common mental disorders. Almost 5% of the respondents reported suicidal ideation in their lifetime, while 0.22% had suicidal ideation in the past twelve months preceding the interview.

Conclusions: Mental disorders are not uncommon in the Belgian home-dwelling elderly. The results of this study imply that in 2000-2001 at least five percent of the older adults living in the community had at least one mental disorder. Two in thousand older adults reported suicidal ideations in the 12 months preceding the interview.

Samenvatting Doel: Het in kaart brengen van het voorkomen van psychische stoornissen (stemmings-, angst, en alcoholgerelateerde stoornissen) bij de Belgische thuiswonende oudere bevolking (+ 60 jaar).

Method: Zeshonderdvijfenzestig niet-geïnstitutionaliseerde Belgische ouderen (60+) werden in 2000 en

2001 geïnterviewd met behulp van de World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) van de Wereld-Gezondheids-Organisatie. Hiermee werd de aanwezigheid nagegaan van psychische stoornissen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, alcoholgerelateerde stoornissen) conform de Diagnostic Manual of Mental Disorders, 4^{de} versie (DSM-IV).

Resultaten: Twintig percent van de ouderen rapporteerden dat ze ooit een psychische stoornis hebben doorgeemaakt. Ongeveer 5% gaf aan dat ze het afgelopen jaar een psychische stoornis doormaakten. Angst- en stemmingsstoornissen kwamen het vaakst voor. Nagenoeg 5% rapporteerde het voorkomen van suïcidale gedachten in hun leven, 0.22% van de oudere bevolking rapporteerde suïcidale gedachten in het afgelopen jaar.

Conclusie: Psychische stoornissen komen niet zelden voor in de thuiswonende Belgische oudere bevolking. In 2000-2001 had minstens vijf percent van de thuiswonende Belgische ouderen een psychische stoornis doorgeemaakt. Twee op duizend rapporteerden suïcidale gedachten.

Keywords prevalentie · psychische stoornissen · suïcidaliteit · ouderen · België

Inleiding

De laatste vijftien jaar werd heel wat epidemiologisch onderzoek verricht naar het voorkomen van psychische stoornissen en psychische klachten bij ouderen.¹⁻⁷ In het algemeen tonen deze epidemiologische studies dat psychische stoornissen zoals stemmings-, angst en alcoholgerelateerde stoornissen op oudere leeftijd minder vaak voorkomen dan op (jong)volwassen leeftijd. In onderzoek

A. Bonnewyn (✉)
Dienst Psychiatrie, UZ Gasthuisberg, Leuven.

naar stemmingstoornissen wordt het aantal thuiswonende ouderen met depressieve klachten (zowel depressieve stoornis als subsyndromale depressie) op jaarbasis geschat op 12%–15%. Wanneer alleen depressieve stoornissen in rekening worden gebracht, vallen deze schattingen terug naar 1 à 3%.^{1–3} Opvallend is dat uit onderzoek blijkt dat stemmingsstoornissen systematisch vaker voorkomen bij ouderen die residentieel verblijven.⁴

Hoewel aanzienlijk minder onderzoek werd verricht naar het voorkomen van angststoornissen, worden ook daar dezelfde tendensen teruggevonden. Angststoornissen komen minder vaak voor bij ouderen in vergelijking met jongvolwassenen.⁵ Opvallend is bovendien dat prevalentiecijfers voor angststoornissen sterk variëren, met schattingen op jaarbasis van 2% tot 10%.³ Angststoornissen komen ook vaker voor bij residentieel verblijvende ouderen in vergelijking met thuiswonende ouderen.⁶ Er is bovendien voldoende evidentie om te stellen dat ouderen vaak angstsymptomen rapporteren, zonder echter dat deze voldoen aan de formele criteria van een angststoornis.⁶

De onderzoeksliteratuur met betrekking tot alcoholmisbruik en -afhankelijkheid bij ouderen is evenmin uitgebreid. Op basis van onderzoek gebaseerd op de DSM-IV criteria worden schattingen gevonden voor alcoholmisbruik en -afhankelijkheid bij ouderen, met een prevalentie van 0.0%–4.0%.⁷

Bij de interpretatie van bovenstaande onderzoeksresultaten dienen echter een aantal beperkingen in acht genomen te worden. Ten eerste worden in verschillende onderzoeken vaak verschillende leeftijdsgrenzen gehanteerd om het begrip ‘ouder’ te definiëren; inclusiecriteria variëren van 55 tot 80 jaar. Ten tweede verschillen onderzoeken met betrekking tot wie psychische klachten beoordeelt (zelfrapportering versus rapportering door een onderzoeker of clinicus). Ten derde hangen prevalentiecijfers in grote mate af van welke populatie ondervraagd werd (geïnstitutionaliseerde versus thuiswonende ouderen). Ten vierde fluctueren prevalentiecijfers vaak naargelang de gebruikte onderzoeksinstrumenten in de desbetreffende onderzoeken. Ten slotte mag niet worden vergeten dat het merendeel van het gepubliceerde onderzoek van Amerikaanse origine is en dus niet noodzakelijk representatief voor de Europese situatie.

Tot op heden zijn er in België slechts beperkte epidemiologische gegevens op populatieniveau met betrekking tot psychische stoornissen bij ouderen. Een eerste indicatie vinden we in de nationale gezondheidsenquête waaruit blijkt dat psychische problemen bij ouderen wel degelijk voorkomen⁸. In 2001 rapporteerde ongeveer 11% van de ouderen (ouder dan 65 jaar) depressieve klachten, 13 % rapporteerde psychische problemen in de 12 maanden voorafgaand aan het interview. In de

EURODEP-studie¹, een multicenterstudie van 14 populatie-enquêtes afkomstig uit 11 Europese landen, gebeurde in 1999 ook onderzoek naar depressieve klachten bij ouderen. Prevalentiecijfers kunnen we uit dit onderzoek echter niet afleiden, aangezien er geen cutoffs werden geformuleerd, enkel depressiviteitscores. Hoe hoger de leeftijd, hoe hogere scores werden vastgesteld. Deze gegevens kunnen worden beschouwd als een eerste indicatie maar zijn weinig specifiek. In dit artikel wordt daarom een populatiestudie voorgesteld over het voorkomen van psychische stoornissen bij Belgische vrouwen en mannen ouder dan 60 jaar.

Steekproef en methode

Kader van het ESEMeD-onderzoek

In dit artikel presenteren we Belgische gegevens uit de *European Study on Epidemiology of mental Disorders* (ESEMeD), een epidemiologische studie die in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland, Italië en Spanje liep en 21425 personen includeerde. ESEMeD maakt op haar beurt deel uit van de *World Mental Health Surveys* (WMH) van de Wereldgezondheidsorganisatie, in samenwerking met Harvard Medical School. Aan de WMH Surveys nemen wereldwijd 28 landen deel. De voornaamste doelstelling van dit project is het verkrijgen van accurate schattingen van het vóórkomen en correlaten van psychische stoornissen, hun impact op het dagelijkse functioneren en de mate waarin professionele hulp wordt opgezocht. Voor meer informatie over de WMH Surveys verwijzen we naar de website van dit project: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>

Steekproef

De Belgische steekproef waarvan we hier de resultaten weergeven bestond uit niet-geïnstitutionaliseerde personen van 60 jaar en ouder. Het steekproefkader was het Nationaal Register, dat wordt beheerd door het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS). Door het NIS werden in het Register door middel van een representatieve gestratificeerde trapssteekproef de doelpersonen gekozen. Eerst werden binnen de provincies een aantal steden en gemeenten op toevallige wijze geselecteerd (stap 1). Binnen deze selectie werden vervolgens (stap 2) personen gekozen die werden benaderd met de vraag om te participeren aan het onderzoek. In totaal werden 665 personen aan huis geïnterviewd door getrainde interviewers van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), een Belgische federale wetenschappelijke instelling die tot doel heeft

het onderbouwen van het gezondheidsbeleid in België. Voor deze interviews werd gebruik gemaakt van een draagbare pc waarop de vragenlijst was geprogrammeerd. De uitvoering van de interviews gebeurde onder strenge kwaliteitsvoorwaarden, zoals beschreven in Alonso et al. en Kessler et al.^{9,10}

De initiële response rate bedroeg 47.5%. Omwille van deze matige rate werd ongeveer 20% van de weigeraars opnieuw gecontacteerd, waarvan 25,4% van deze personen uiteindelijk toch participeerden aan de studie. Vervolgens werd aan de participerende initiële weigeraars een statistisch gewicht toegekend zodat op deze manier de representativiteit van de steekproef zou gemaximaliseerd worden en de nonresponders toch vertegenwoordigd zijn. Deze conversie resulteerde in een uiteindelijke response rate van 50.7%.

Vaststellen van psychische stoornissen

De prevalentie van psychische stoornissen werd geschat door middel van een Nederlandstalige en Franstalige Belgische versie van de World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0). De CIDI is een gestructureerd diagnostisch interview dat door de Wereldgezondheidsorganisatie werd ontwikkeld in 1990 om op een uniforme wijze psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek te kunnen verrichten. Methodologische onderzoeken met betrekking tot de CIDI tonen een meer dan voldoende validiteit en betrouwbaarheid van de verschillende secties van dit instrument.¹¹ Voor de WMH Surveys werd het instrument geactualiseerd door de Wereldgezondheidsorganisatie.¹⁰ Zo werden ondermeer de diagnostische secties aangepast aan de meest recente versie van de *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)* van de American Psychiatric Association.¹²

Bij ouderen wordt in epidemiologisch populatieonderzoek frequent gebruikt gemaakt van dimensionele schalen (zoals de CES-D).¹³ Daarnaast wordt echter in recent onderzoek bij een oudere populatie ook strikte DSM-IV criteria gehanteerd voor de vaststelling van psychische stoornissen, hierbij gebruik makend van de CIDI (e.g. Volkers, 2004; Mojtabi, 2004).¹⁴ In dit artikel behandelen we enkel de psychische stoornissen conform DSM-IV. Meer bepaald gaat het om de prevalentie van stoornissen die ooit in het leven van de respondenten zijn voorgekomen (zogenaamde *lifetimeprevalentie*) en stoornissen die in de 12 maanden voorgaande op het interview zijn voorgekomen (zogenaamde *12-maanden prevalentie*): stemmingsstoornissen (depressieve episode; dysthymie), angststoornissen (gegeneraliseerde angststoornis, sociale fobie, specifieke fobie, posttraumatische stress stoornis, agorafobie, paniekstoornis) en alcoholgerelateerde stoornissen (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid). We geven ook

data rond het voorkomen van suicidaliteit. Hierbij hebben we het over suïcidedachten, -plannen, en -pogingen, zowel in lifetime- als in 12-maandenperspectief.

Statistische verwerking

Vooreerst worden sociodemografische kenmerken van de steekproef (geslacht, leeftijd, werk- en woonomstandigheden, stedelijkheidsgraad, burgerlijke staat) weergegeven. Ook worden geschatte prevalenties van psychische stoornissen weergegeven in aantallen (N), gewogen proporties (%) en standaardfouten (SE). Deze prevalenties maken zowel een onderscheid naar het soort stoornis als naar de comorbiditeit. De verwerking van de gegevens gebeurde met het statistisch programma STATA dat ons in staat stelde de statistische specificaties van het steekproefontwerp op te nemen in de analyses. Deze poststratificatie op basis van de eerder vermelde sociodemografische variabelen liet ons toe om schattingen te maken overeenkomstig de opbouw van de

Tabel 1 Sociodemografische beschrijving van de steekproef.

	Totale steekproefN = 665	%
Geslacht		
Man	318	43,44
Vrouw	347	56,56
Leeftijd		
60-69	324	48,96
70-79	259	40,22
80+	82	10,82
Burgerlijke staat		
Alleenstaand	61	8,34
Gescheiden	49	7,11
Weduwe(naar)	172	24,61
Gehuwd of samenwonend	357	59,94
Woonsituatie		
Alleenwonend	290	36,26
Samenwonend	375	63,74
Stedelijkheidsgraad		
Platteland	89	11,97
Klein tot middelgrote stad	495	76,74
Grootstad	81	11,29
Werkomstandigheden		
Betaalde arbeid	35	4,84
Werkloos	5	0,43
Gepensioneerd	483	72,36
Huisvrouw/-man	26	4,05
Andere	29	4,57
Niet langer dan 6 maanden gewerkt	87	13,75

Tabel 2 Prevalentie van psychische stoornissen bij thuiswonende Belgische ouderen.

Stoornis	Geslacht	12-maanden prevalentie	Geslachtsverschilp-waarde	Lifetime-prevalentie	Geslachtsverschilp-waarde
Minstens één psychische stoornis		5,15	0,35	20,39	0,27
	Man	4,13		17,94	
	Vrouw	5,93		22,27	
Stemmingsstoornis		2,93	0,89	10,84	0,02
	Man	3,06		6,96	
	Vrouw	2,83		13,82	
Angststoornis		2,78	0,11	9,56	0,13
	Man	1,68		7,02	
	Vrouw	3,62		11,51	
Alcoholstoornis		0	-	4,03	0,00
	Man	0		9,28	
	Vrouw	0		0	

Belgische oudere bevolking qua gender en leeftijd, met een doelpopulatie van om en bij de 2250000 ouderen.

betaalde arbeid, bijna drie van de vier respondenten is gepensioneerd.

Resultaten

Sociodemografische karakteristieken van de steekproef

Sociodemografische karakteristieken worden weergegeven in tabel 1: 665 personen werden geïncludeerd in de steekproef, iets meer vrouwen (57%) dan mannen (43%). Personen uit de leeftijdscategorie van 60 tot 69 jaar zijn het meest vertegenwoordigd in de steekproef. Elf procent van de steekproef is 80-plusser. De meerderheid van de respondenten was gehuwd of samenwonend (60%), terwijl één persoon op vier aangaf weduwe(naar) te zijn. Slechts vijf procent van de respondenten verricht nog

Prevalentie van psychische stoornissen

Tabel 2 geeft de lifetime- en 12-maanden prevalentie van psychische stoornissen: 20.4% gaf aan ooit in zijn of haar leven minstens één psychische stoornis te hebben door- gemaakt, terwijl 5.2% minstens één psychische stoornis doormaakte in de laatste 12 maanden. Op jaarbasis kwamen stemmings- en angststoornissen het vaakst voor (respectievelijk 2.9 en 2.8%). Alcoholgerelateerde stoornissen werden binnen de steekproef niet vastgesteld in de laatste 12 maanden.

Er werd een significant geslachtsverschil vastgesteld voor stemmings- en alcoholgerelateerde stoornissen in lifetimeprevalenties van psychische stoornissen: vrouwen rapporteerden meer stemmingsstoornissen dan mannen, terwijl het omgekeerde werd vastgesteld bij

Tabel 3 Prevalentie van pure en comorbide stoornissen bij thuiswonende Belgische ouderen.

	12-maanden prevalentie			Geslachtsverschil p-waarde
	Totaal	Mannen	Vrouwen	
Geen stoornis	94,85	95,87	94,07	0,39
Eén stoornis	3,63	3,22	3,95	0,69
Twee stoornissen	0,91	0,58	1,16	0,43
Drie of meer stoornissen	0,61	0,33	0,82	0,43
	Lifetimeprevalentie			
	Totaal	Mannen	Vrouwen	Geslachtsverschil p-waarde
Geen stoornis	79,61	82,06	77,73	0,24
Eén stoornis	12,87	12,55	13,12	0,85
Twee stoornissen	5,47	3,93	6,65	0,24
Drie of meer stoornissen	2,04	1,46	2,49	0,41

alcoholgerelateerde stoornissen. Met betrekking tot 12-maandenprevalenties werden geen significante geslachtsverschillen vastgesteld voor de verschillende psychische stoornissen.

Prevalentie van comorbide psychische stoornissen

Tabel 3 geeft de prevalentie van pure en comorbide stoornissen bij 60-plussers. Van de ouderen die ooit in hun leven een psychische stoornis hebben doorgemaakt had de meerderheid (ongeveer 63 procent) één stoornis doorgemaakt. Eén op de vier rapporteerde twee stoornissen, terwijl 10 procent drie of meer stoornissen rapporteerde. Van de respondenten die minstens één stoornis hebben doorgemaakt de laatste twaalf maanden, ging het in meer dan 70 procent over een enkelvoudige stoornis. We vonden geen geslachtsverschillen in het voorkomen van comorbide psychische stoornissen.

Suïcidaliteit bij ouderen

Meer dan vier ouderen op honderd rapporteerden ooit in hun leven suïcidale gedachten te hebben (tabel 4); 1.6% had ooit suïcideplannen en 1.5% deed ooit een suïcidepoging. Meer dan twee ouderen op duizend hadden suïcidedgedachten in het afgelopen jaar. Zes op tienduizend ouderen hebben ook de laatste 12 maanden effectief een suïcidepoging ondernomen.

Discussie

Data van de hier gepresenteerde studie geven aan dat één Belg op vijf, ouder dan zestig, rapporteerde ooit in zijn leven een stoornis te hebben doorgemaakt. Stemningsstoornissen zijn het meest voorkomend, gevolgd door angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen. Ongeveer drie procent van de thuisverblijvende ouderen had een angst- of stemmingsstoornis in het afgelopen jaar. Alcoholgerelateerde stoornissen werden in de steekproef niet vastgesteld.

Zowel met betrekking tot de lifetime- als de 12-maandenprevalenties worden lagere cijfers verkregen bij de ouderen dan bij jongere respondenten.¹⁵ Dit lijkt eerder contra-intuïtief; ouderen hebben immers een hogere kans

om ooit een psychische stoornis gehad te hebben. Deze discrepantie kan worden geduid aan de hand van een aantal hypothesen. Vooreerst kunnen we een hogere mortaliteit veronderstellen bij personen met een psychische stoornis.¹⁶ Ten tweede zouden de lage prevalentiecijfers een gevolg kunnen zijn van zogenaamde *recallbias* bij oudere respondenten: het voorkomen van psychische of emotionele problemen op jongere leeftijd zou vergeten kunnen worden. Een hierbij aanleunende verklaring zou kunnen liggen in de idee dat ouderen minder geneigd zijn om emotionele stimuli als dusdanig te benoemen. Ten derde kan de hypothese geformuleerd dat een cohort-effect hogere prevalenties van psychische problemen en/of psychiatrische problematiek veroorzaakt bij personen geboren na de Tweede Wereldoorlog.

Ook in vergelijking met bestaande onderzoeksgegevens over ouderen, zijn gevonden prevalentiecijfers eerder aan de lage kant.^{2,3,5-7} Een reden hiervoor kan zijn dat in deze studie enkel een strikte hantering van de DSM-IV criteria voor psychische stoornissen wordt gebruikt. Zo vonden we bijvoorbeeld geen evidentie voor het voorkomen van alcoholgerelateerde stoornissen in het afgelopen jaar. Een verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat de mate van alcoholgebruik wordt geminimaliseerd door de respondent, omwille van schaamtegevoelens of door een grote tolerantie vanuit de sociale omgeving en/of maatschappij.

Opvallend is het gegeven dat het klassieke geslachtsverschil van stemmings- en angststoornissen bij jongvolwassenen niet terug te vinden is bij ouderen wat betreft stemmingsstoornissen. De bestaande literatuur is hieromtrent niet consistent: vaak worden toch geslachtsverschillen vastgesteld met betrekking tot stemmingsstoornissen en dit tot op oudere leeftijd. Er worden echter ook onderzoeksdata gerapporteerd waarbij geen geslachtsverschillen werden vastgesteld, waarbij dan de hypothese geopperd wordt dat er enkel een genderverschil zou optreden in de reproductieve leeftijd bij vrouwen. Maar ook dit wordt in de onderzoeksliteratuur niet robuust gestaafd.^{4,17-18}

Psychische stoornissen komen vaak samen voor: ongeveer één op drie had een comorbide psychische stoornis. Analoge verhoudingen werden bekomen in onderzoeksgegevens voor de totale Belgische bevolking.¹⁵ Slechts een klein percentage van de ouderen had drie of meer stoornissen aan en dit zowel op jaar- als op lifetimebasis.

De schattingen omtrent het voorkomen van suïcidaliteit zijn eerder laag in vergelijking met vorige onderzoeksgegevens waar wordt gerapporteerd dat 1 à 3% van de oudere bevolking suïcidedgedachten had in het afgelopen jaar.¹⁹ Een mogelijke reden is dat suïcidale gedachten minder vaak voorkomen bij thuiswonende

Tabel 4 Het vóórkomen van suïcidedgedachten, -plannen en -pogingen bij thuiswonende Belgische ouderen.

	Lifetimeprevalentie	12-maanden prevalentie
Suïcidedgedachten	4,62%	0,22%
Suïcideplannen	1,58%	0,14%
Suïcidepoging	1,53%	0,06%

ouderen, maar daarentegen sterk geassocieerd zijn met stemmingsstoornissen die dan weer vaker voorkomen in residentieel opgenomen ouderen.²⁰ Een andere verklaring kan zijn dat ouderen minder snel geneigd zijn suïcidaliteit te rapporteren.²¹ Deze resultaten tonen wél aan dat het voorkomen van suïcidaliteit in de thuiswonende oudere Belgische bevolking een belangrijk gegeven is. Onze data impliceren onder meer dat om en bij de 5000 ouderen suïcidegedachten hadden, ongeveer 3200 een plan maakten en bijna 1400 een suïcidepoging ondernamen.

Tot slot formuleren we een aantal beperkingen die de interpretatie en/of generaliseerbaarheid van de studie kunnen beperken. Om te beginnen is er de response rate van 51%. Hoewel er gecorrigeerd is voor nonresponsiviteit, is het inherent aan populatieonderzoek dat de impact (onder- of overschatting) van de nonresponders op de data niet geheel duidelijk is. In de literatuur staat beschreven dat er bij nonresponders doorgaans hogere prevalentierates van psychische stoornissen worden vastgesteld.²² Echter in het ESEMeD onderzoek zijn hogere prevalentiecijfers gevonden in landen met lagere response rate.²³ Ten tweede hebben we in dit artikel grote categorieën gehanteerd om het voorkomen van psychische stoornissen te rapporteren. Het steekproefaantal (n = 665) liet niet toe valide schattingen te bepalen van specifieke DSM-IV stoornissen. We hebben ons ook niet gefocust op zogenaamde ‘subklinische’ psychische stoornissen. Recente onderzoeksliteratuur geeft echter aan dat naarmate de leeftijd stijgt, het voorkomen van zogenaamde subklinische stoornissen ook zou stijgen.²⁴ Omdat we deze subklinische vormen niet hebben opgenomen in dit artikel, zijn de gevonden prevalenties wellicht een onderschatting van het voorkomen van psychische stoornissen op oudere leeftijd. Dit kan een belangrijke focus worden van verder onderzoek. Ten derde is er geen formele vraagstelling geweest naar het voorkomen van cognitieve problemen. Gezien de duur en intensiteit van het interview kan men een relatieve hoge cognitieve belasting veronderstellen, zodat ouderen met cognitieve problemen van organische basis vroegtijdig het interview stopten.

Focus van toekomstig onderzoek dient zeker te liggen op het verder in kaart brengen van psychische stoornissen bij ouderen, tevens met behulp van dimensionele instrumenten, zodat ook subsyndromale psychische klachten en symptomatologie in beeld kunnen gebracht worden.

Concluderend kunnen we stellen dat psychische stoornissen bij thuiswonende ouderen een belangrijk klinisch probleem betreft, zeker tegen de achtergrond van de huidige vergrijzing van de bevolking.

De European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) werd in België gefinancierd door een unrestricted educational grant van Glaxo Smith Kline. Deze studie werd uitgevoerd in het kader van de World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>). We danken hierbij het wetenschappelijk comité van de WMH voor hun assistentie bij het implementeren van het veldwerk en de data-analyse. Deze activiteiten werden ondersteund door the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (1R13MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), Eli Lilly and Company, GlaxoSmithKline, Ortho-McNeil Pharmaceuticals and the Pan American Health Organization.

Literatuur

- Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME et al. Depression in Europe: geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 312-321.
- Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in late life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307-311.
- Ritchie K, Artero S, Beluche I et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 147-52.
- Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1367-1374.
- Palmer BW, Jeste DV, Sheikh JI. Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *J Affect Disord* 1997; 46: 183-190.
- Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med* 2003; 19: 721-741.
- Johnson I. Alcohol problems in old age: A review of recent epidemiological research. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 575-581.
- Demarest S, Van Der Heyden J, Gisele L et al. Gezondheidsenquête door middel van interview, België 2001. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. IPH/EPI REPORTS N2002-25, 2002.
- Alonso J, Ferrer M, Romera B et al. The European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2002; 11: 55-67.
- Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13: 93-121.
- Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H, Bebbington PE. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med* 2001; 31: 1001-1013.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual – IV*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Beekman ATF, Deeg DJH, Geerlings RA et al. Emergence and persistence of late life depression: a 3 year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Affect Disord* 2001; 65: 131-138.

- Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4-year follow-up symptoms. *Psychol Med* 2004; 34: 623-634.
- Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H et al. De prevalentie van pure en comorbide psychische stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Tijdschr voor Geneeskunde* 2004; 60: 75-85.
- Wulsin, LR, Vaillant, GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 1999; 61: 6-17.
- Sonnenberg CM, Beekman AT, Deeg DJ et al. Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 286-292.
- Cairney J, Wade TJ. The influence of age on gender differences in depression . Further Population-based evidence on the relationship between menopause and the sex difference in depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 401-408.
- Bartels SJ, Forester B, Miles KM, Joyce T. Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar depression. *Am J of Ger Psychiatry* 2000; 8: 160-166.
- Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Ger Soc* 2000; 70: 4823-4829.
- Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999; 7: 289-296.
- De Graaf R, Bijl R, Smit F et al. Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Am J Epidemiol* 2000; 152: 1039-1047.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 21-27.
- Snowdon J. Is depression more prevalent in old age? *Aus and NewZeal J Psychiatry* 2001; 35: 782-787.