

Het meten van symptomen van depressie met de

CES-D

Een handleiding

Jelte Bouma

Adelita V. Ranchor

Robbert Sanderman

Eric van Sonderen

2^e druk

2012

Research Institute SHARE

UMCG / Rijksuniversiteit Groningen

ISBN 90 72156 25 0

Research Institute SHARE

www.rug.nl/share

Het is niet toegestaan deze handleiding in enig formaat te plaatsen op een website of de gelegenheid te bieden deze handleiding te downloaden, anders dan door middel van een link naar de website van SHARE.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Meten

Het meten van symptomen van depressie met de CES-D : een handleiding / Jelte Bouma ...[et al.]. – Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen. Tab. + bijlage CES-D. – (NCG reeks meetinstrumenten ; 6)

Met lit. opg.

ISBN 90-72156-25-0

Trefw.: meetinstrumenten ; sociaal-wetenschappelijk onderzoek / meetinstrumenten ; diagnostiek / gezondheidszorg.

Ten geleide

De grote toename van sociaal wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de gezondheid en de gezondheidszorg heeft ertoe geleid dat er voor het meten van begrippen zoals gezondheid, sociale steun, kwaliteit van leven en persoonlijkheidskenmerken een uitgebreid scala aan meetinstrumenten ontwikkeld is.

Dit heeft tot gevolg dat een onderzoeker bij een nieuw project telkens moet overwegen een keuze te maken uit bestaande instrumenten of toch weer een nieuwe lijst te ontwikkelen.

Bij deze afweging spelen vragen een rol als:

- meten bestaande lijsten wel wat ik wil meten;
- hoe valide en betrouwbaar zijn bestaande lijsten;
- kan ik mijn resultaten vergelijken met de resultaten uit ander onderzoek.

Bij het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCG) van de Rijksuniversiteit Groningen wordt regelmatig een nieuw project gestart waarbij dergelijke vragen aan de orde zijn. Soms heeft dit geleid tot het ontwikkelen van een nieuwe lijst, soms tot het overnemen van bestaande.

Het doel van deze reeks die de ervaringen met een aantal vragenlijsten behandelt, is drieledig. *Ten eerste* het gebruik van bepaalde instrumenten te stimuleren, om zodoende de vergelijkingsmogelijkheden tussen verschillende onderzoeken te vergroten. *Ten tweede* zal een keuze voor een ander, of zelfs nieuw instrument, wellicht meer overwogen kunnen plaatsvinden. *Ten derde* dienen de handleidingen ertoe om een bron te creëren waarin de scoringsregels en de basale psychometrische kwaliteiten van een instrument beschreven staan. Het ligt dan ook in de bedoeling dat – indien zich belangrijke ontwikkelingen voordoen met betrekking tot een instrument – aan de gebruikers nieuwe informatie zal worden toegezonden. Wanneer er sprake is van een belangrijke aanvulling zal de handleiding in herziene vorm worden uitgegeven. Tot slot iets over het gebruik van de instrumenten. Voor de verschillende instrumenten die in deze reeks zijn opgenomen gelden verschillende regels met betrekking tot het gebruik. We vragen u dan ook nadrukkelijk om goede nota te nemen van de spelregels vermeld in deze handleiding onder 'Toestemmingsprocedure gebruik vragenlijst' (zie pagina 22).

*Dr R. Sanderman
Dr F.L.P. van Sonderen*

Bij de tweede druk

De naam van het instituut is aangepast, evenals de 'toestemmingsprocedure gebruik vragenlijst'. Daarmee vervalt de oude toestemmingsprocedure.

Juni 2012,

*Prof. Dr R. Sanderman
Dr F.L.P. van Sonderen*

Inhoud

4

	Voorwoord	5
1	Het begrip depressie	6
2	Beschrijving van de CES-D schaal	7
3	Beschrijving van onderzoeksgroepen waarin de CES-D is gebruikt	9
3.1	<i>Beschrijving van onderzoeksgroepen; gemiddelden en standaarddeviaties van de CES-D</i>	9
3.2	<i>Gemiddelde en standaarddeviatie van de CES-D in relatie tot enige demografische kenmerken</i>	10
4	Betrouwbaarheid	13
5	Validiteit	15
5.1	<i>Begripsvaliditeit</i>	15
5.2	<i>Inhoudsvaliditeit</i>	18
6	Conclusies	19
7	Literatuur	7
	Toestemmingsprocedure gebruik vragenlijst	22
	Bijlage (CES-D)	23

Voorwoord

Een situatie die veel onderzoekers zullen herkennen uit de onderzoekpraktijk is dat er voor een te meten verschijnsel geen Nederlandstalige vragenlijst beschikbaar is. Ook komt het voor dat er wel een vertaalde versie beschikbaar is, maar dat de verzamelde gegevens geen bruikbare waarde hebben omdat de onderzochte groep niet vergelijkbaar is of bijvoorbeeld methodologische tekortkomingen hebben. In een dergelijke situatie rest een onderzoeker, gedreven door tijdnood vaak niets anders dan ‘de sprong in het duister’ maar te maken: het in eigen beheer (laten) vertalen van een te goeder naam en faam bekend staande vragenlijst, veelal van Amerikaanse oorsprong, zonder dat er echte zekerheid bestaat over de psychometrische eigenschappen van het instrument in Nederland. Een dergelijke gang van zaken, hoe begrijpelijk ook, lijkt niet de aangewezen weg. De aangewezen, maar vaak niet haalbare, weg is uiteraard een gedegen validatie-onderzoek opstarten voordat een instrument kan worden toegepast. Soms kan echter van de nood een deugd gemaakt worden door een nog niet (voldoende) gevalideerd instrument in een onderzoek mee te laten lopen tezamen met een ander, wel gevalideerd instrument, dat (op onderdelen) een vergelijkbaar domein bestrijkt. De gang van zaken rondom de CES-D is daar een voorbeeld van. De CES-D is door Hanewald (1987) als eerste in het Nederlands vertaald en gebruikt in een validatie-onderzoek bij een relatief kleine groep studenten. De op zich bemoedigende uitkomsten waren o.i. onvoldoende basis om van een gevalideerd instrument te kunnen spreken. Niettemin is er binnen het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken een aantal jaren geleden besloten de (ongewijzigde) CES-D in een aantal onderzoeken, tezamen met een aantal validatielijsten, te gebruiken.

De bemoedigende eerste validatie gegevens, de als goed beschouwde ‘face validity’ van de lijst, in combinatie met zeer goede uitkomsten verkregen in het buitenland, werden als een voldoende basis beschouwd. In deze uitgave worden de verkregen resultaten op een rij gezet, met als doel om onderzoekers die overwegen de CES-D in hun onderzoek te gebruiken van relevante informatie te voorzien. Het is van belang om hier te vermelden dat een en ander in goed overleg is gegaan met de oorspronkelijke Amerikaanse auteurs alsmede met de heer Hanewald. De correspondentie met hen is op verzoek bij ons ter inzage (zie ook ‘Toestemmingsprocedure gebruik vragenlijst, p. 22).

Tot slot willen we dr. P.P. Mersch (Vakgroep Biologische Psychiatrie), mw. drs. K. van der Zee (Vakgroep Psychologie RUG), mw. drs. M. Mulder (NCG) en drs. J.H. de Rooter (AZG) bedanken. De Vakgroep Biologische Psychiatrie verdient alle lof voor het belangeloos ter beschikking stellen van gegevens van het project ‘Prevalentie Seizoensdepressie’ ten behoeve van deze uitgave.

Groningen, januari 1995

*Jelte Bouma*¹

*Adelita V. Ranchor*²

*Robbert Sanderma*³

*Eric van Sonderen*²

¹ Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken en Vakgroep Gezondheidswetenschappen, RU Groningen

² Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, RU Groningen

³ Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Vakgroep Gezondheidswetenschappen en Vakgroep Psychologie (sectie Klinische Psychologie), RU Groningen

1 Het begrip depressie

Wat is depressie? De beantwoording van deze vraag is complexer dan op het eerste gezicht lijkt. Hoewel depressie een begrip is dat veelvuldig voorkomt in uiteenlopende vormen van onderzoek, is veelal niet duidelijk wat er onder wordt verstaan. Enerzijds wordt bedoeld op een ernstige vorm van depressie, dus depressie als psychiatrische stoornis, terwijl anderzijds met dit begrip mildere vormen van depressie worden aangeduid.

Wanneer in onderzoek depressie wordt gemeten door middel van zelf-rapportage, wordt veelal de mildere vorm van depressie bedoeld (Ensel, 1986). Deze vorm van depressie wordt gekarakteriseerd door de tijdelijke aanwezigheid van depressieve symptomen, zoals somberheid, neerslachtigheid, vermoeidheid en een geringe zelfwaardering (Van den Hoofdakker et al., 1994). Er is sprake van depressie als een ernstige psychiatrische stoornis wanneer de depressieve symptomen chronisch van aard zijn en van een grote intensiteit zijn.

Naast dit onderscheid, dat vooral betrekking heeft op de aard van de depressie, wordt een onderscheid gemaakt op basis van de oorzaak van depressie. Er worden hierbij twee vormen van depressie onderscheiden, te weten exogene en endogene depressie. Exogene of reactieve depressie ontstaat vooral als een reactie op een ernstige gebeurtenis, waaraan het individu zich onvoldoende weet aan te passen. De depressie wordt met andere woorden veroorzaakt door externe factoren. Van de endogene vorm van depressie is vaak niet duidelijk waardoor deze ontstaat. Vermoed wordt dat er sprake is van een biologische basis van de depressie.

Wanneer depressie onderzocht wordt in relatie tot stressoren, staat vooral de reactieve vorm van depressie centraal. Een voorbeeld van dit type onderzoek is het onderzoek naar de effecten van diverse vormen van stress, zoals life-events, langdurige stress en dagelijkse ongemakken. Daarnaast wordt depressie onderzocht als factor bij somatische aandoeningen: behalve als een uitkomstmaat waarin het effect van de ziekte op het welbevinden van de patiënt wordt onderzocht, wordt het tevens onderzocht als oorzakelijke factor in het ontstaan van een aantal aandoeningen, waarvan hart- en vaatziekten en kanker de belangrijkste zijn.

Er zijn globaal twee methoden om depressieve symptomen te meten. In de eerste plaats kan depressie worden gemeten door middel van semi-gestructureerde interviews. Een voorbeeld van een dergelijke methode is de Present State Examination (PSE; Slooff et al., 1983). Een tweede methode om depressie te meten is door middel van schriftelijke vragenlijsten. Voorbeelden van deze methode zijn de Zung Depressie Schaal (Zung, 1965), de Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983) en de Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D).

In deze handleiding staat de CES-D centraal. De hier besproken versie is de Nederlandse vertaling door Hanewald (1987) van de oorspronkelijke Amerikaanse, 20 item versie (zie Bijlage). Op de volgende bladzijden wordt de CES-D verder besproken en zullen gegevens over betrouwbaarheid en validiteit worden gepresenteerd die zijn verkregen in een aantal in Nederland uitgevoerde onderzoeken.

2 Beschrijving van de CES-D schaal

De CES-D schaal is ontwikkeld in het kader van het 'Community Mental Health Assessment' (CMHA) programma. Dit CMHA programma werd in 1969 in de Verenigde Staten geïnitieerd door stafleden van het 'Center for Epidemiologic Studies' (CES) van het 'National Institute of Mental Health'. De CES-D is ontwikkeld met het doel om depressieve symptomen bij bevolkingsgroepen vast te kunnen stellen. Met de uitkomsten kunnen bijvoorbeeld risicogroepen getraceerd worden. Het instrument pretendeert niet om klinische depressie bij individuen aan te tonen, maar beperkt zich tot het vaststellen van depressieve symptomatologie bij groepen mensen in de week voorafgaand aan de afname van de vragenlijst. De CES-D is een zelfbeoordelingsvragenlijst die is gebaseerd op een aantal al langer in gebruik zijnde en gevalideerde depressie schalen. De items zijn ontleend aan de Zung Depressie Schaal (Zung, 1965), de Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961), delen van de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Dahlstrom & Welsh, 1960), de Raskin zelfbeoordelings depressie schaal (Raskin et al., 1970) en de Gardner symptom checklist (Gardner, 1968). De geselecteerde items worden geacht de belangrijkste componenten van depressieve symptomen te dekken (depressieve stemming, schuldgevoelens en gevoelens van inferioriteit, gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop, verlies van eetlust, slaapstoornissen en psycho-motorische retardatie). Doordat wordt gevraagd naar de situatie in de afgelopen week (zie Bijlage) meet de CES-D geen chronische depressie maar registreert de depressieve gevoelens die als gevolg van een bepaalde gebeurtenis kunnen ontstaan (reactieve depressie). Hierin onderscheidt de CES-D zich van bijvoorbeeld de Beck Depression Inventory die beoogt de intensiteit van een depressie te meten. Wel is het mogelijk met herhaalde metingen de aanwezigheid van een chronische depressie aannemelijk te maken.

Een verschil met andere depressie schalen is verder dat in de CES-D niet alleen antwoordcategorieën als 'soms of weinig', en 'regelmatig' worden gehanteerd, maar dat daar ook een equivalent van het aantal dagen in de week aan wordt gekoppeld. Een ander onderscheid met andere instrumenten is de eenvoud en de simpele wijze van afname. Het instrument telt slechts 20 eenvoudig en bondig geformuleerde items die door de respondent zelf thuis, dus zonder deskundige interviewers, kunnen worden ingevuld. Er wordt gevraagd naar de toestand gedurende de afgelopen week. De volgende antwoordcategorieën en bijbehorende scores worden gehanteerd:

- 0: zelden of nooit (minder dan 1 dag)
- 1: soms of weinig (1-2 dagen)
- 2: regelmatig (3-4 dagen)
- 3: meestal of altijd (5-7 dagen)

De schaal heeft dus een range van 0-60. Hoe hoger de score hoe meer gevoelens van depressie aanwezig zijn. De mensen met een score van 16 of hoger worden beschouwd als 'possible cases'. Aangezien de validiteit van dit cut-off point op dit moment nog niet voldoende is onderbouwd, wordt aangeraden om het percentage mensen met een score van 16 of hoger te beschouwen als een ruwe indicator van het voorkomen van klinische depressie in een bevolkingsgroep (Ensel, 1986).

Er zijn 16 items 'negatief' geformuleerd en 4 'positief' (te weten nr. 4, 8, 12 en 16. Zie Bijlage). De 'positieve' items dienen dan ook gespiegeld te worden voordat tot somming van de antwoordscores wordt overgegaan. De oorspronkelijke, Amerikaanse versie van de CES-D schaal bestaat uit 4 sub-schalen (Ensel, 1986):

- 'Somatic-Retarded Activity': vraag 1, 2, 3, 5, 7, 11, 20 (range: 0 - 21)
- 'Depressed Affect': vraag 6, 10, 14, 17, 18 (range: 0 - 15)
- 'Positive Affect': vraag 4, 8, 12, 16 (range: 0 - 12)
- 'Interpersonal Affect': vraag 15 en 19 (range: 0 - 6)

De items 9 en 13 zijn niet in een sub-schaal opgenomen maar doen wel mee in de totale schaal. Deze factorstructuur is in meerdere buitenlandse studies aangetoond (Ensel, 1986; Radloff, 1975).

De enige bekende poging tot validatie van de CES-D in Nederland (Hanewald, 1987) verschaft geen informatie over de eventuele factorstructuur.

De psychometrische kenmerken van de CES-D zijn, blijkens onderzoeksresultaten uit de vs, goed te noemen. Radloff (1977) vond in de vs een hoge score bij een groep psychiatrische patiënten (gemiddelde CES-D score: 39.1; n=39). Na 1 en 4 weken behandeling waren de gemiddelde scores aanzienlijk lager: respectievelijk 29.3 en 20.9. De correlatie binnen dezelfde patiëntengroep tussen de CES-D score en het oordeel over de ernst van de depressie door een 'nurse-clinician' was .56. Respondenten in drie steekproeven uit de bevolking die werden benaderd voor de validatie van de CES-D in de Verenigde Staten werd gevraagd of ze de afgelopen week hulp nodig hadden voor een emotioneel probleem. Degenen die vonden dat ze hulp nodig hadden scoorden aanzienlijk hoger op de CES-D dan zij die dat niet van mening waren (19.0 vs. 7.9, 18.9 vs. 7.1, 12.9 vs 6.9). Ook werd gekeken naar de CES-D scores van personen die in het jaar voorafgaand aan de afname een bepaalde vervelende gebeurtenis hadden ondergaan (life-event). Deze scores werden vergeleken met die van degenen die een dergelijke gebeurtenis niet rapporteerden. Het bleek dat hoe ernstiger de gerapporteerde gebeurtenis was, hoe hoger de CES-D score (bijvoorbeeld: partner overleden ja-nee: CES-D: 19.1 vs. 9.1; gescheiden ja-nee: CES-D: 16.8 vs. 9.1; ziekte/verwonding ja-nee: CES-D: 11.2 vs 8.7). Ook bleek dat de gemiddelde CES-D score van patiënten aanzienlijk hoger was dan die van de drie steekproeven uit de bevolking. Patiënten: 24.4 (SD 13.5), steekproeven: 9.3 (8.6), 8.2 (8.2) en 7.9 (13.5). Indien het cut-off point van 16 en hoger wordt gehanteerd, dan valt 70% van de patiënten in de groep 'possible cases'; bij de 'niet-patiënten' zijn deze percentages respectievelijk 19%, 15% en 15%.

De vragenlijst is door Hanewald en een aantal medewerkers in het Nederlands vertaald. Uit de verschillende versies is één gezamenlijke vragenlijst samengesteld. Deze versie is vervolgens door een uit Engeland afkomstige persoon terugvertaald. Deze vertaalde versie is daarna vergeleken met de oorspronkelijke, Amerikaanse versie. Waar nodig werd de Nederlandse versie bijgesteld en werd de procedure nogmaals herhaald, waarna de definitieve versie werd vastgesteld.

3 Beschrijving van onderzoeksgroepen waarin de CES-D is gebruikt

3.1 Beschrijving van onderzoeksgroepen; gemiddelden en standaarddeviaties van de CES-D

Alvorens gegevens van de CES-D te presenteren, wordt een korte omschrijving van de onderzoeken gegeven waarin gebruik is gemaakt van de CES-D. Alle projecten, behalve project 5 (zie hieronder), zijn door NCG-medewerkers uitgevoerd.

1 Het SORK-project (Sociale Ondersteuning en Relaties bij Kankerpatiënten; Van den Heuvel, Legtenberg, De Ruiter, Sanderman, Van Sonderen en Tempelaar). Het project is gestart in 1990 en is in 1994 afgerond met een eerste eindrapportage (Tempelaar et al., 1994). Het onderzoek is gehouden onder kankerpatiënten en een controle-groep: 475 patiënten met als diagnose kanker (gynaecologische, colorectale, long- en mamma tumoren) en 255 'controles' gestratificeerd naar leeftijd, geslacht en regio. De informatie is verzameld met behulp van getrainde interviewers. De respondenten zijn afkomstig uit Noord-Nederland.

1a SORK, gezonde controlegroep

1b SORK, patiënten (kankerpatiënten)

2 Het MYOSES-project (MYocardinfarct en Sociaal-Economische Status; Bouma, Ranchor en Sanderman). Het project is gestart in 1990 en is in 1993 afgerond met een eindrapport (Ranchor et al., 1993). In 1994 is een proefschrift verschenen, grotendeels gebaseerd op het verzamelde materiaal (Ranchor, 1994). Het onderzoek betreft 279 recente myocardinfarct patiënten, alleen mannen tussen 30 en 70 jaar, verkregen via ziekenhuizen in Friesland en Groningen en een a-selecte steekproef uit de bevolking uit de patiëntenregio's van 2663 mannen in dezelfde leeftijdsgroep. De gegevens zijn verkregen door middel van een schriftelijke enquête.

2a MYOSES, gezonde controlegroep

2b MYOSES, patiënten (myocardinfarctpatiënten)

3 Projecten onderzoek onder studenten (Sanderman)

3a Studenten Maastricht (teneinde het homogene

karakter van de onderzoeksgroep te behouden zijn een klein aantal personen boven de leeftijd van 35 jaar uit het onderzoek verwijderd (n=12). Hetzelfde is gedaan voor een kleine groep mannen in dit onderzoek (n=36). Naast de genoemde reden ligt hier ook een praktische overweging aan ten grondslag (te klein aantal personen per cel). De berekeningen zijn gebaseerd op n=213.

3b Studenten Groningen (teneinde het homogene karakter van de onderzoeksgroep te behouden zijn een klein aantal personen boven de leeftijd van 35 jaar uit het onderzoek verwijderd (n=16). De berekeningen zijn gebaseerd op n=276.

4 Het Project Emmen. Dit project is opgezet met als doel een aanzet te geven voor de validatie van de RAND-36 (Van der Zee, Sanderman en Heyink). Het onderzoek is gestart in 1992 en afgerond met een publikatie (Van der Zee et al., 1993). Tevens zijn de resultaten gepresenteerd in de NCG reeks Meetinstrumenten (Van der Zee & Sanderman, 1993). Het onderzoek is gehouden onder 356 personen woonachtig in de gemeente Emmen en betreft een a-selecte steekproef uit de volwassen bevolking (18 jaar en ouder), aan wie een schriftelijke vragenlijst werd voorgelegd.

5 Project prevalentie seizoensdepressie. Biologische Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Groningen (Beersma, Bouhuys, Van den Hoofdakker, Mersch en Middendorp). Doel van het onderzoek was het vaststellen van het percentage mensen in Nederland dat lijdt aan een 'Seasonal Affective Disorder'. Het onderzoek is gestart in 1992 en is in de eerste helft van 1995 afgerond. Voor dit onderzoek werd een a-selecte steekproef getrokken uit de bevolkingsregisters van 15 gemeenten in Groningen, Friesland en Drente, bestaande uit 5356 personen van 18-65 jaar. De steekproef bestond uit evenveel mannen als vrouwen en was representatief voor Nederland voor wat betreft inwonertal van de woonplaats. De vragenlijsten werden over 13 maanden verspreid ingevuld. De respons bedroeg 53,9%. In totaal hebben 2768 respondenten de CES-D ingevuld.

In Tabel 1 zijn enige gegevens van de onderzoeksgroepen weergegeven (gemiddelde leeftijd, standaarddeviatie en het percentage vrouwen), alsmede de gemiddelde CES-D scores en het percentage personen met een score van 16 of hoger ("possible cases"). De gemiddelden variëren tussen 7.9 en 10.2. In de projecten 1 en 2 scoren patiënten hoger dan niet-patiënten. Hetzelfde beeld kan worden geconstateerd als wordt gekeken naar het percentage mensen met een score van ≥ 16 , waarbij met name de hogere percentages bij kankerpatiënten (onderzoek 1b) en in onderzoek 5 opvallen.

3.2 Gemiddelde en standaarddeviatie van de CES-D in relatie tot enige demografische kenmerken

In Tabel 2 worden CES-D gegevens gepresenteerd in relatie tot enige demografische kenmerken. Binnen

de onderzoeksprojecten scoren vrouwen steeds hoger dan mannen. Binnen project 4 zijn de verschillen het kleinst. Uit de uiterst lage correlaties met leeftijd kan worden geconcludeerd dat er geen verband met leeftijd bestaat. De gemiddelde scores van de groepen 'Weduwe/weduwenaar' en 'Gescheiden' zijn steeds het hoogst. Dezelfde tendens is aanwezig bij de laagst opgeleiden (alleen lager onderwijs). De positie op de arbeidsmarkt laat geen eenduidig beeld zien. WAO-ers, met uitzondering van groep 2b (hartinfarctpatiënten) scoren steeds hoog. Werklozen behoren in drie onderzoeken, waaronder de twee grote a-selecte steekproeven uit de bevolking, tot de hogere scoorders.

Indien er wordt gekeken naar het percentage mensen met een CES-D score van ≥ 16 (Tabel 3) in plaats van naar de gemiddelde scores dan ontstaat er een identiek, zij het veel uitgesprokener, beeld.

Tabel 1

Gemiddelde leeftijd (M) en standaarddeviatie (SD) van de leeftijd, het percentage vrouwen, het gemiddelde en standaarddeviatie van de CES-D en het percentage personen met een CES-D score van ≥ 16 en in zes onderzoeksgroepen.

	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4	5
Leeftijd								
M	57,9	58,6	47,1	56,4	22,6	23,0	44,4	39,0
SD	15,0	14,4	11,6	9,0	2,6	10,7	31,0	13,0
% vrouwen	67,8	71,4	-	-	100	61,5	65,0	53,8
CES-D								
M	8,2	10,2	7,9	9,0	8,3	8,3	8,0	9,7
SD	7,2	7,9	7,5	7,3	7,1	8,5	7,9	8,6
% met score ≥ 16	12,7	19,7	12,4	14,4	12,7	13,8	12,8	19,5

1a = gezonde controles, n = 255 • 1b = kankerpatiënten, n = 475 • 2a = a-selecte steekproef, n = 2663 • 2b = myocardinfarct, n = 279 •

3a = studenten Maastricht, n = 213 • 3b = studenten Groningen, n = 276 • 4 = a-selecte steekproef, n = 356 • 5 = a-selecte steekproef, n = 2768

Tabel 2

Gemiddelde CES-D scores en standaarddeviatie (SD) voor enige demografische kenmerken en correlatie Leeftijd - CES-D.

	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4	5	
<i>Geslacht</i>									
man	6,5 (5,3)	8,2 (6,9)	7,9 (7,5)	9,0 (7,3)	-	-	6,9 (7,4)	7,2 (7,8)	8,7 (7,9)
vrouw	9,0 (7,8)	11,1 (8,2)	-	-	8,3 (7,1)	9,2 (9,0)	8,3 (7,8)	10,5 (8,9)	
<i>Leeftijd</i>									
18-24	-	-	-	-	8,4 (6,9)	8,5 (8,9)	9,0 (9,9)	9,3 (8,2)	
25-34	6,6 (6,5)	10,1(10,1)	7,7 (7,7) ¹	-	8,2 (7,8)	7,6 (6,2)	7,2 (8,4)	9,2 (9,2)	
35-44	8,1 (8,5)	11,4 (8,7)	8,1 (7,9)	12,4 (9,1)	-	-	6,1 (6,8)	9,5 (8,6)	
45-54	8,1 (6,2)	10,9 (8,3)	8,4 (7,9)	9,2 (8,1)	-	-	7,4 (6,0)	10,4 (8,5)	
55-64	7,0 (6,2)	10,4 (8,4)	7,4 (6,5)	8,8 (6,1)	-	-	9,2 (7,4)	10,0 (7,8)	
65-74	8,6 (7,6)	9,8 (6,9)	7,4 (6,8) ²	7,4 (6,3)	-	-	11,3 (7,2)	-	
74-84	-	8,4 (5,9)	-	-	-	-	-	-	
85+	-	-	-	-	-	-	-	-	
<i>Correlatie Leeftijd / CES-D</i>									
	.05	-.09	-.02	-.10	-.03	-.07	.07	.05	
<i>Burgerlijke staat</i>									
Gehuwd	7,3 (6,5)	9,9 (7,9)	7,0 (6,4)	8,6 (7,0)	-	-	7,2 (7,0)	9,1 (8,0)	
Samenwonend	6,3 (5,2)	11,4 (9,7)	7,9 (7,5)	8,8 (4,5)	-	-	10,3(10,6)	9,6 (9,5)	
Partner, niet samenwonend	-	-	10,6 (8,5)	-	-	-	5,6 (5,0)	9,8 (9,1)	
Ongehuwd	7,7 (6,1)	7,8 (5,6)	10,8 (9,3)	-	-	-	8,9 (9,0)	10,3 (8,9)	
Gescheiden	-	13,0 (7,8)	15,9(11,7)	-	-	-	-	14,3(10,3)	
Weduwe/ Weduwnaar	12,5 (9,2)	11,6 (7,7)	14,3(13,7)	-	-	-	10,5 (7,5)	13,5 (9,2)	
<i>Opleiding</i>									
lo	9,9 (7,8)	10,9 (8,1)	10,0 (8,7)	10,0 (7,6)	-	-	10,4 (7,3)	13,2 (8,8)	
lbo/mavo	8,4 (7,5)	10,0 (7,2)	8,4 (7,0)	9,5 (8,5)	-	-	7,7 (7,6)	9,9 (8,6)	
mbo/vwo	7,6 (6,1)	10,7(10,1)	7,2 (7,1)	8,8 (6,9)	-	-	7,7 (9,1)	8,0 (8,2)	
hbo	5,0 (5,1)	7,8 (7,1)	7,9 (7,5)	6,4 (5,2)	8,3 (7,1)	8,3 (8,5)	5,7 (6,3)	8,7 (8,3)	
universiteit	-	-	7,0 (7,7)	7,6 (6,1)	-	-	7,3 (7,8)	8,2 (8,0)	
<i>Positie arbeidsmarkt</i>									
Werkend	6,8 (5,7)	9,4 (7,8)	7,0 (6,8)	8,9 (7,1)	-	-	6,6 (7,4)	8,4 (7,8)	
Werkloos	4,6 (6,4)	9,3 (6,9)	12,3 (9,5)	16,6(10,5)	-	-	-	13,1 (9,1)	
Huishouding	9,1 (7,4)	10,7 (8,3)	-	-	-	-	7,9 (7,5)	11,3 (9,3)	
Pensioen	8,8 (8,5)	9,4 (7,1)	6,9 (6,4)	7,6 (7,0)	-	-	9,4 (6,5)	-	
VUT	-	-	6,2 (5,2)	7,4 (6,0)	-	-	-	8,1 (6,6)	
WAO	-	12,6 (9,1)	12,7 (9,5)	8,4 (6,1)	-	-	10,8 (8,6)	14,3(10,0)	
Scholier/student/ opleiding volgend	-	-	-	-	-	-	-	8,7 (7,6)	

¹ leeftijdsgroep 30-35 jaar, ² leeftijdsgroep 65-70 jaar

1a = gezonde controles, n = 255 • 1b = kankerpatiënten, n = 475 • 2a = a-selecte steekproef, n = 2663 • 2b = myocardinfarct, n = 279 •

3a = studenten Maastricht, n = 213 • 3b = studenten Groningen, n = 276 • 4 = a-selecte steekproef, n = 356 • 5 = a-selecte steekproef, n = 2768

* - betekent dat de betreffende categorie of niet van toepassing is of dat het aantal respondenten kleiner of gelijk aan 10 is (dit geldt ook voor de volgende tabellen)

Tabel 3

Percentage respondentent met een CES-D score van 16 en hoger voor enige demografische kenmerken

	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4	5
<i>Geslacht</i>								
man	4,9	12,5	12,4	14,4	-	11,9	11,5	16,1
vrouw	15,7	22,6	-	-	12,7	15,0	13,5	22,4
<i>Leeftijd</i>								
18-24	-	-	-	-	12,9	15,0	18,4	19,1
25-34	16,7	20,7	11,3 ¹	-	11,9	8,2	11,5	19,1
35-44	6,3	22,2	13,5	29,6	-	-	9,3	19,6
45-54	16,1	30,4	15,6	15,6	-	-	5,6	21,1
55-64	9,6	20,0	9,6	14,9	-	-	17,4	19,1
65-74	13,8	14,5	8,7 ²	5,3	-	-	20,0	-
74-84	-	9,6	-	-	-	-	-	-
85+	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Burgerlijke staat</i>								
Gehuwd	10,1	18,4	8,9	13,4	-	-	8,7	17,3
Samenwonend	7,1	25,9	14,4	10,0	-	-	22,2	19,3
Partner, niet samenwonend	-	-	28,4	-	-	-	6,3	21,1
Ongehuwd	15,4	4,6	22,5	-	-	-	23,3	21,7
Gescheiden	-	43,8	41,9	-	-	-	-	40,0
Weduwe/weduwenaar	22,0	22,1	25,0	-	-	-	23,8	27,5
<i>Opleiding</i>								
lo	15,9	21,1	17,2	19,6	-	-	18,0	24,9
lbo/mavo	12,7	20,1	12,3	13,8	-	-	9,6	20,1
mbo/vwo	13,9	20,4	10,4	13,4	-	-	15,3	13,9
hbo	3,9	10,0	12,9	11,1	12,7	13,8	8,3	18,5
universiteit	-	-	11,5	12,5	-	-	14,3	14,5
<i>Positie arbeidsmarkt</i>								
Werkend	6,3	18,0	10,0	14,8	-	-	7,9	14,8
Werkloos	20,0	15,4	25,5	45,5	-	-	-	36,4
Huishouding	16,2	20,7	-	-	-	-	9,9	24,8
Pensioen	10,3	10,8	7,2	7,1	-	-	11,1	-
VUT	-	-	4,7	10,5	-	-	-	15,5
WAO	-	38,5	30,8	8,3	-	-	33,3	35,5
Scholier/student opleiding volgend	-	-	-	-	-	-	-	17,5

¹ leeftijdsgroep 30-35 jaar, ² leeftijdsgroep 65-70 jaar

1a = gezonde controles, n = 255 • 1b = kankerpatiënten, n = 475 • 2a = a-selecte steekproef, n = 2663 • 2b = myocardinfarct, n = 279 •

3a = studenten Maastricht, n = 213 • 3b = studenten Groningen, n = 276 • 4 = a-selecte steekproef, n = 356 • 5 = a-selecte steekproef, n = 2768

4 Betrouwbaarheid

De interne consistentie van de CES-D totaal schaal is goed te noemen (Cronbach's alpha's schommelen tussen .79 en .92; zie Tabel 4). Over de subschalen bestaat nog geen volledige duidelijkheid. De subschalen 'Somatic Retarded Activity', 'Depressed Affect' en 'Positive Affect' hebben over het algemeen goede Cronbach's alpha's. Van de sub-schaal 'Interpersonal Affect' kan gezegd worden dat de interne consistentie in de meeste onderzoeken te laag is en in enkele matig tot redelijk. Dit temeer daar deze sub-schaal slechts uit twee items bestaat, hetgeen een hoge alpha in de weg staat. Er wordt nadrukkelijk op gewezen dat de gepresenteerde alpha's in alle onderzoeken betrekking hebben op de a-priori schalen. Een nader onderzoek naar de reproduceerbaarheid van de sub-schalen met behulp van het materiaal van onderzoek 2a, 3a en 3b middels Simultane Componenten Analyse (SCA) (Kiers, 1990), wijst uit dat de oorspronkelijke factorstructuur in grote lijnen ook in de Nederlandse situatie wordt aangetroffen. Zoals reeds vermeld geeft ook het enige tot nu toe in Nederland bekende validatie-onderzoek (Hanewald, 1987) geen informatie over het wel of niet bestaan van sub-schalen. Verder onderzoek naar de validiteit van de sub-schalen is nog niet uitgevoerd, zodat op dit moment het met de voor handen zijnde informatie niet mogelijk is een definitieve uitspraak te doen over het wel of niet aanwezig zijn van sub-schalen van de CES-D in Nederland.

De gemiddelde inter-item correlaties zijn van een acceptabel niveau. Te hoge correlaties duiden op een te grote overlap tussen de items, terwijl te lage correlaties wijzen op een geringe samenhang tussen de schaalitems.

Aangezien er in de CES-D gevraagd wordt naar kenmerken van mensen die in de tijd sterk kunnen fluctueren, bestaat de verwachting dat een test-hertest meting niet al te hoge correlaties zal vertonen. Deze verwachting wordt versterkt door het feit dat er in de CES-D gevraagd wordt over een recente, korte periode (de afgelopen week). Bij herhaalde metingen, waarbij op verschillende wijze (interview en schriftelijke enquête) en op uiteenlopende tijdstippen verschillende groepen 'niet-patiënten' en patiënten werden benaderd, werden in de vs dan ook matige correlaties gevonden. De test-hertest correlaties lagen tussen .45 en .70. Gemiddeld namen de correlaties af naarmate de tijdsduur tussen de herhaalde metingen toenam (Radloff, 1977). Het blijft echter een precarie zaak om uitspraken te doen over de test-hertest waarden, met name bij grotere tijdsintervallen, indien het een verschijnsel betreft dat juist geacht wordt in de tijd te kunnen fluctueren.

De test-hertest is in Nederland door Hanewald (1987) met een zeer korte tussenperiode afgenomen (op dezelfde dag). De reden die hiervoor wordt opgegeven is dat het voor een correcte nameting noodzakelijk is om over dezelfde periode terug te vragen (de afgelopen week). Het nadeel van eventuele geheugenwerking werd geprobeerd op te vangen met enige "afleidende" activiteiten (andere tests invullen, het laten maken van een opstel). De test-hertest correlatie bedroeg .90 ($n=79$). De items 10, 17 en 19 werden het meest consistent beantwoord (respectievelijk 85%, 91% en 88% van de respondenten scoorde bij de tweede afname identiek ten opzichte van de eerste meting). De grootste inconsistenties traden op bij de items 5, 8, en 20, waar respectievelijk 63%, 61% en 56% bij de tweede meting hetzelfde antwoord gaf als bij de eerste afname. De overige items namen een tussenpositie in.

De tot nu toe enige gegevens betreffende herhaalde metingen in Nederland, na het onderzoek van Hanewald (1987), zijn afkomstig uit de onderzoeken 1a,

Tabel 4

Interne consistentie (Cronbach's alpha) en gemiddelde inter-item correlatie van de CES-D en de a-priori sub-schalen

	1a	1b	2a	2b	3a	3b	4	5
<i>Cronbach's alpha</i>								
CES-D, totaal	.85	.85	.82	.79	.88	.92	.87	.88
'Somatic-Retarded Activity'	.78	.74	.80	.72	.71	.80	.77	.80
'Depressed Affect'	.77	.83	.82	.82	.79	.82	.82	.84
'Positive Affect'	.87	.75	.77	.68	.78	.72	.79	.82
'Interpersonal Affect'	.52	.41	.59	.65	.59	.66	.60	.55
<i>Gemiddelde inter-item correlatie</i>								
CES-D, totaal	.26	.25	.24	.20	.27	.36	.28	.31
'Somatic-Retarded Activity'	.36	.29	.37	.26	.26	.37	.33	.36
'Depressed Affect'	.41	.49	.48	.47	.43	.48	.48	.52
'Positive Affect'	.44	.43	.48	.30	.46	.40	.49	.54
'Interpersonal Affect'	.35	.26	.42	.49	.42	.49	.44	.38
<i>Stabiliteit (6 mnd.)</i>	.57/.61	.65/.71					.64	

1a = gezonde controles, n = 255 • 1b = kankerpatiënten, n = 475 • 2a = a-selecte steekproef, n = 2663 • 2b = myocardinfarct, n = 279 •

3a = studenten Maastricht, n = 213 • 3b = studenten Groningen, n = 276 • 4 = a-selecte steekproef, n = 356 • 5 = a-selecte steekproef, n = 2768

1b en 4 (zie Tabel 4). In onderzoek 1a werden, met drie metingen met intervallen van zes maanden, correlaties gevonden tussen .57 en .61. In onderzoek 1b, waar dezelfde procedure werd toegepast, varieerden de correlaties tussen .65 en .71. Onderzoek 4, eveneens met een interval van zes maand, neemt een tussenpositie in: .64. Vanwege de relatief lange tussenperiode, mede met het oog op de korte periode van een week waarover wordt teruggevraagd, is er eerder sprake van een langere termijn stabiliteit. Gezien dit gegeven lijken correlaties van deze hoogte te wijzen op een bevredigende stabiliteit. Het is van belang dit met verder onderzoek te onderbouwen.

5 Validiteit

5.1 Begripsvaliditeit

De validatie gegevens zoals die uit onderzoek in de vs naar voren komen, zijn, zoals in hoofdstuk 2 is gesteld, goed te noemen. De eerste validatie gegevens in Nederland zijn bemoedigend. Hanewald (1987) vond significante correlaties tussen de CES-D en de Beck Depression Inventory (BDI), bij de eerste afname .56 en bij de tweede keer .66. De correlaties met de vragenlijst voor angst-dispositie, de State-Trait Anxiety Inventory (STAI), bedroegen bij beide afnames .29 en .31.

Verder werd door Hanewald een verband gevonden met de items van de Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst die inadequaatie meten: .33 en bij hertest .36. Een relatie met neuroticisme werd eveneens aangetoond. Hiervoor werden twee neuroticisme schalen gehanteerd: de Vijf Persoonlijkhedsfactoren Test (5PFT), correlaties .36 en .33, en de neuroticisme schaal van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst, correlaties .33 en .27.

Er werd geen verband aangetoond met negatieve faalangst, maar wel met positieve faalangst.

In de onderzoeken die in deze handleiding worden beschreven, zijn de volgende validatie gegevens verkregen. De correlaties van de CES-D met verwante (sub)schalen zijn hoog tot zeer hoog te noemen (Tabel 5a en 5b). De correlaties met de POMS en RAND-36 sub-schaal 'Mentale gezondheid', die veel vragen bevat over gevoelens van depressie, waren met respectievelijk .83 en -.81. het hoogst. De correlatie met de sub-schaal 'Emotionele reacties' van de Nottingham Health Profile (NHP) bedroeg .68 en de correlatie met de sub-schaal 'Depressie' van de General Health Questionnaire (GHQ-28) in de 1b groep was .70 en .73 in onderzoek 3b. De correlatie in de 1a groep was iets lager: .57. De correlatie met de Beck Depression Inventory (BDI) in onderzoek 3a bedroeg .67.

De door Hanewald (1987) aangetroffen correlatie met de STAI werd in onderzoek 4 eveneens aangetroffen (Tabel 5a). De correlatie tussen CES-D en STAI was met een waarde van .73 echter aanzienlijk hoger dan in Hanewalds (1987) onderzoek.

De lage of zelfs niet significante correlaties met variabelen die vooral puur fysiek vermogen meten (RAND-36 sub-schaal 'Fysiek functioneren' en de NHP sub-schaal 'Fysieke mobiliteit') in combinatie met veel hogere correlaties met sub-schalen die verwijzen naar het aspect 'lusteloosheid' (de NHP sub-schaal 'Energie' en de RAND-36 sub-schaal 'Vitaliteit') vormen een ondersteuning voor de discriminante validiteit van de CES-D (Tabel 5b).

Tabel 5a

Correlaties CES-D met de POMS, BDI, GHQ-28 (depressie), RSCL en STAI

	1a	1b	3a	3b	4	5
POMS						.83
BDI			.67			
GHQ-28						
depressie	.57	.70		.73		
RSCL						
psychische klachten	.69	.72				
somatische klachten	.53	.54				
STAI					.73	

Alle correlaties significant, $p < .001$

1a = gezonde controles, $n = 255$ • 1b = kankerpatiënten, $n = 475$ • 3a = studenten Maastricht, $n = 213$ •

3b = studenten Groningen, $n = 276$ • 4 = a-selecte steekproef, $n = 356$ • 5 = a-selecte steekproef, $n = 2768$

Korte uitleg van de in Tabel 5a, 5b en 6 gebruikte schalen

- POMS (Profile Of Mood States). Meet positief en negatief affect (McNair et al., 1971).
- BDI (Beck Depression Inventory). Unidimensionele vragenlijst ontwikkeld met de opzet om een syndroom depressiebegrip te meten (Beck et al., 1961).
- GHQ-28 (General Health Questionnaire, 28 item versie). Bevat vragen die betrekking hebben op ongewone en onaangename psychische belevingen en het onvermogen van het individu om normaal te blijven functioneren (Sanderman & Ormel, 1987).
- RSCL (Rotterdam Symptom Check List). Meet psychisch en fysiek functioneren (De Haes et al., 1990)
- STAI (State Trait Anxiety Inventory). Angstschaal; betreft gevoelens van spanning, nervositeit en verwarring (Ploeg et al., 1981).
- RAND-36. Een uit 36 items bestaande meerdimensionele niet ziekte specifieke kwaliteit van leven vragenlijst. Staat ook bekend als de MOS SF-36 vragenlijst (Van der Zee & Sanderman, 1993).
- NHP (Nottingham Health Profile). Meer dimensionele niet ziekte specifieke kwaliteit van leven vragenlijst (Hunt et al., 1985).
- EPQ-N (Eysenck Personality Questionnaire - Neuroticisme). Persoonlijkheidsvragenlijst, met o.a. als subschaal Neuroticisme (Sanderman et al., 1991).
- LASA (Linear Analogue Self Assessment methode). Gebruikt is de 1-item versie. De respondenten wordt gevraagd hun oordeel over de algemene kwaliteit van leven aan te geven op een lijn van 10 cm. met als polen 'laagste kwaliteit' (0) en 'hoogste kwaliteit' (10) (Andrews & Withey 1976).
- SWLS (Satisfaction With Life Scale). Een uit 5 items bestaande vragenlijst waarin wordt gevraagd naar de kwaliteit van leven in het algemeen (Arrindell et al., 1991).

Tabel 5b

Correlaties CES-D met de RAND-36 en de NHP

	4
<i>RAND-36</i>	
Fysiek functioneren	-.28
Sociaal functioneren	-.65
Rolbeperkingen (fysiek probleem)	-.36
Rolbeperkingen (emotioneel probleem)	-.55
Mentale gezondheid	-.81
Vitaliteit	-.68
Pijn	-.37
Algemene gezondheidsbeleving	-.60
Gezondheidsverandering	-.21*
<i>NHP</i>	
Fysieke mobiliteit	.11 n.s.
Sociale isolatie	.62
Energie	.40
Emotionele reacties	.68
Pijn	.24
Slaap	.38

Alle correlaties significant, $p < .001$, tenzij anders aangegeven

* $p < .01$

4 = a-selecte steekproef, $n = 356$

De soms sterk verhoogde CES-D scores van personen die zich in maatschappelijk minder bevoorrechte posities bevinden (werkloos, WAO, gescheiden) zoals die in de in dit rapport gepresenteerde onderzoeken naar voren komen (zie Tabel 2 en 3) kunnen als een ondersteuning van de (begrips-) validiteit worden beschouwd. Hetzelfde geldt voor de relatie met de sub-schalen 'psychische klachten' en 'somatische klachten' van de Rotterdam Symptom Check List (RSCL) en de sub-schalen 'sociale isolatie' en 'sociaal functioneren' zoals gemeten met de NHP, RAND-36 en de

GHQ-28. Ook de relaties met het algemene oordeel over de kwaliteit van leven (Linear Analogue Self Assessment methode, LASA. Satisfaction With Life Scale, SWLS; Tabel 6) en het oordeel over de algemene gezondheid (zie Tabel 6) alsmede de RAND-36 sub-schaal 'Algemene gezondheidsbeleving' wijzen in dezelfde richting. De door Hanewald (1987) gevonden relatie met Neuroticisme werd in onderzoek 2a, 2b en 3b ook aangetroffen, zij het in veel sterkere mate (.60, .59 en .64 respectievelijk).

52 Inhoudsvaliditeit

De CES-D is samengesteld uit een aantal gevalideerde depressielijsten en vraagt naar symptomen die in de klinische praktijk worden aangetroffen bij depressieve patiënten. Zoals in de inleiding is gesteld worden de geselecteerde items geacht de belangrijkste componenten van depressieve symptomen te dekken (depressieve stemming, schuldgevoelens en gevoelens van inferioriteit, gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop, verlies van eetlust, slaapstoornissen en psycho-motorische retardatie).

Tabel 6

Correlaties CES-D met gerelateerde variabelen

	2a	2b	3b	4
Neuroticisme (EPQ)	.60	.59	.64	
Psychische problemen/overspannen ¹	.50	.23		
LASA	-.50	-.47		-.41
SWLS	-.53	-.52		
Algemene gezondheid ²	.45	.45		-.34

¹ Het betreft hier de vraag of men zich het afgelopen jaar heeft laten behandelen wegens psychische problemen of overspanning.

² In onderzoek 2a en 2b betreft het de vraag hoe men in het algemeen de gezondheid ervaart ('heel goed', 'goed', enz.). In onderzoek 4 werd gevraagd een oordeel te geven over de gezondheid in de vorm van een percentage (tussen 0, de laagst mogelijke en 100, als hoogste score).

6 Conclusies

De CES-D totaal schaal lijkt ook in de Nederlandse situatie, evenals dat onder andere in de Verenigde Staten het geval bleek te zijn, aan zijn doel te beantwoorden: een eenvoudig (schriftelijk) af te nemen vragenlijst waarmee op betrouwbare en valide wijze informatie over depressieve gevoelens gedurende de afgelopen week bij een grote groep mensen kan worden verzameld.

De interne consistentie van de CES-D totaal schaal blijkt in een groot aantal onderzoeken, waaronder twee grote α -selecte steekproeven uit de bevolking, zeer hoog te zijn.

Ook de (begrips) validiteit kan de toets der kritiek ruimschoots doorstaan, blijkens de soms zeer hoge correlaties met (sub)schalen die een vergelijkbaar domein bestrijken (POMS, Beck Depression Inventory, Rand-36 sub-schaal 'Mentale gezondheid', de Nottingham Health Profile sub-schaal 'Emotionele reacties', de sub-schaal 'Depressie' van de General Health Questionnaire en de State-Trait Anxiety Inventory). Ook de hoge correlaties met alle in de diverse onderzoeken gebruikte gerelateerde (sub)schalen en variabelen vormen een ondersteuning van een zeer goede validiteit van de CES-D totaal schaal.

Hier dient bij aangetekend te worden dat er op dit moment weinig informatie beschikbaar is over test-hertest cijfers, lange termijn stabiliteit en gevoeligheid voor het meten van veranderingen. De gegevens die er wel zijn, zijn echter bemoedigend te noemen. Indien de Nederlandse situatie wat dit betreft met de Amerikaanse situatie vergelijkbaar zou zijn, dan kan ten aanzien van deze aspecten de toekomst met vertrouwen tegemoet worden gezien.

De CES-D totaal schaal blijkt niet gevoelig voor leeftijd te zijn. Wel is er een lichte samenhang met opleiding (de laagst opgeleiden scores gemiddeld iets hoger). De samenhang met geslacht is daarentegen opvallend te noemen: vrouwen scores gemiddeld vrijwel altijd substantieel hoger dan mannen.

De vier sub-schalen van de CES-D lijken na een uitgevoerde Simultane Componenten Analyse ook in grote lijnen in de Nederlandse situatie te bestaan. Verdere analyse en nieuw onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van de sub-schalen in Nederland, zal hierin meer duidelijkheid moeten brengen.

Er bestaat eveneens behoefte aan meer informatie over de houdbaarheid van het cut-off point van 16 of hoger (< 16 'non cases', 16 of meer 'possible cases') op de CES-D totaal schaal in de Nederlandse situatie. Meer onderzoek, met name bij 'erkende' depressieve patiënten of patiënten die hulp zoeken/verwezen worden vanwege emotionele problemen, is ook ten aanzien van dit aspect een vereiste.

Een punt dat hier zijdelings wordt genoemd maar dat wel van belang is, is dat uit onderzoek 5 is gebleken dat de CES-D onderhevig is aan seizoenschommelingen. De CES-D scores die van onderzoek 5 in deze handleiding zijn gepubliceerd betreffen gemiddelden van steekproeven die gedurende een jaar lang elke maand zijn getrokken, een gemiddeld jaarcijfer dus. Veel onderzoeken betreffen echter momentopnamen. Geconstateerde verschillen tussen onderzoeken, maar ook herhaalde metingen binnen één onderzoek, kunnen, gezien de niet geringe seizoenschommelingen (in de herfst en winter worden gemiddeld hogere scores gevonden dan in de zomer), zeer goed verklaard worden door de verschillende tijdstippen waarop de metingen zijn verricht. Ook hiernaar is meer onderzoek gewenst. Geadviseerd wordt om, indien mogelijk, binnen één onderzoek de meetmomenten (bijvoorbeeld voor patiënten en controles) zoveel mogelijk gelijk te schakelen.

Tot slot een laatste opmerking over het gebruik van de CES-D in onderzoek. Of de CES-D bij onderzoek gebruikt zal worden hangt in de eerste plaats af van de vraagstelling. De beslissing of de CES-D, gezien de vraagstelling, een adequaat instrument is, behoort tot de competentie van de onderzoeker. Met de informatie die in deze handleiding is verstrekt, kan

deze keus op een meer rationele basis worden gemaakt. De CES-D blijkt over goede psychometrische eigenschappen te beschikken. Daarnaast is de lijst, zo is de ervaring, gemakkelijk door de respondenten in te vullen in een korte periode. Bovendien is er met deze publikatie veel vergelijkingsmateriaal ter beschikking gekomen. In veel onderzoek worden echter veel meer schalen meegenomen, hetgeen vroeg of laat, om praktische redenen, leidt tot keuze-problemen. Indien in een dergelijk onderzoek al besloten is om bijvoorbeeld de RAND-36 mee te nemen, dan lijkt het in zo'n situatie te verdedigen om de sub-schaal 'Mentale gezondheid' als 'next best' oplossing te beschouwen, en derhalve te besluiten de CES-D niet mee te nemen. Dit gezien de grote inhoudelijke overeenkomst van beide lijsten, ook blijkend uit de zeer hoge onderlinge correlatie. Indien echter depressieve gevoelens een meer centrale rol spelen in een onderzoek lijkt de keus voor een meer uitgebreide vragenlijst als de CES-D op zijn plaats. Dit geldt des te meer indien er aanvullende informatie komt over de validiteit en betrouwbaarheid van de sub-schalen en over het onderscheid tussen 'non cases' en 'possible cases'.

7 Literatuur

Andrews F.M., & Withey S.B. (1976). *Social indicators of well-being*. Plenum Press, New York.

Arrindell W.A., Meeuwesen L., & Huyse F.J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (swls): psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12, 117 - 123.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561 - 571.

Dahlstrom, W.G., & Welsh, G.S. (1960). *An MMPI handbook*. Minneapolis, University of Minnesota Press.

Ensel, W.M. (1986). Measuring depression: the CES-D scale. In : *Social support, life events and depression*. Lin, N., Dean, A., & Ensel, W.M. (Eds.), p. 51- 70. Academic Press Inc., Orlando.

Gardner, E.A. (1968). Development of a symptom checklist for the measurement of depression in a population. Unpublished manuscript (cited in: Ensel, 1986).

Haes, J.C.J.M. de, Knippenberg, F.C.E., & Neyt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Check List. *British Journal of Cancer*, 62, 1034 - 1038.

Hanewald, G.J.F.P. (1987). CES-D. De Nederlandse versie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit. Amsterdam, Vakgroep klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, interne publikatie.

Hoofdakker, R. H. van den, Albersnagel, F.A., & De Cuyper, H. (1994). Stemningsstoornissen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.

- M. G. (eds.), *Handboek Psychopathologie deel 1*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hunt S.M., McEwen J., & McKenna S.P. (1985). Measuring Health Status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract*, 35, 185 - 188.
- Kiers, H.A.L. (1990). *sca*, a program for simultaneous components analysis of variables measured in two or more populations. User's manual. Groningen: *PROGAMMA*.
- McNair, D.M., Lorr, M., & Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, Educational and Industrial Testing Service.
- Ploeg, H.M., Defares P.B., & Spielberger, C.D. (1981). Handleiding bij de Zelf-Beoordelingsvragenlijst (zBV): een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State -Trait Anxiety Inventory (STAI-DY). Lisse, Swetz & Zeitlinger.
- Radloff, L.S. (1975). Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex roles*, 1, 249-265.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ranchor, A.V., Bouma, J., & Sanderman, R. (1993). *Sociaal-economische status en het myocardinfarct. Verslag ten behoeve van de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen (SEGV)*. Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen/Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, interne publicatie.
- Ranchor, A.V. (1994). *Social class, psychosocial factors and disease*. Groningen, academisch proefschrift.
- Raskin, A., Chulterbrandt, J.S., Reating, N., & McKeon, J. (1970). Replication of factors in psychopathology in interview, ward behavior and self report ratings of hospital depressives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 87 - 96.
- Sanderman, R., & Ormel J. (1987). Long-term stability of the Rational Behavior Inventory and the General Health Questionnaire. *Psychological Reports*, 60, 637 - 638.
- Sanderman, R., Eysenck, S.B.G., & Arrindell, W.A. (1991). Cross-cultural comparisons of personality: the Netherlands and England. *Psychological Reports*, 69, 1091 - 1096.
- Slooff, C.J., Mulder-Hajonides van der Meulen, W.R.E.H., & Hoofdakker, R. H. van den (1983). *De Nederlandse vertaling van de Present State Examination 9-e editie I. Betrouwbaarheidsaspecten*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 151-162.
- Tempelaar, R., Ruiters, H. de, Sonderen, E. van, Sanderman, R., & Legtenberg, A. (1994). *Kanker en sociale relaties. Verslag van een onderzoek naar het belang van de sociale relaties van kankerpatiënten*. Groningen, Vakgroep Gezondheidswetenschappen RUG/Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Zee, K.I. van der, Sanderman, R., & Heyink, J. (1993). *De psychometrische kwaliteiten van de MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) in een Nederlandse populatie*. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 4, 183-191.
- Zee, K.I. van der, & Sanderman, R. (1993). *Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de Rand-36. Een handleiding*. Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken RUG.
- Zigmund, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361 - 370.
- Zung, W.W.K.A. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63 - 70.

Toestemmingsprocedure gebruik CES-D

22

De vragenlijst mag gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. Bij publicaties verzoeken we u de volgende bronnen te vermelden:

Schroevers, M. J., Sanderman, R., van Sonderen, E., & Ranchor, A. V. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale: depressed and positive affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Quality of Life Research*, 9, 1015-1029.

Bouma J, Ranchor AV, Sanderman R, Sonderen van E. (2012). Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: een handleiding. Tweede herziene druk. UMCG / Rijksuniversiteit Groningen, Research Institute SHARE.

Het is niet toegestaan de lijsten te gebruiken in commercieel onderzoek of in een diagnostische setting, waarbij de invuller op enige wijze kosten in rekening gebracht worden.

Integrale overname van de vragenlijst op een website is uitsluitend toegestaan voor het online invullen van de vragenlijst ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek. De handleiding dient in dat geval eveneens op die website vermeld te worden.

Bijlage

CES-D¹

Omcirkel achter elke uitspraak het cijfer dat het beste uw gevoel of gedrag van de afgelopen week weergeeft.

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
Tijdens de afgelopen week :				
1 Stoorde ik me aan dingen, die me gewoonlijk niet storen.	0	1	2	3
2 Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht.	0	1	2	3
3 Bleef ik maar in de put zitten, zelfs als familie of vrienden probeerden me er uit te halen.	0	1	2	3
4 Voelde ik me even veel waard als ieder ander.	0	1	2	3
5 Had ik moeite mijn gedachten bij mijn bezigheden te houden.	0	1	2	3
6 Voelde ik me gedeprimeerd.	0	1	2	3
7 Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte.	0	1	2	3
8 Had ik goede hoop voor de toekomst.	0	1	2	3
9 Vond ik mijn leven een mislukking.	0	1	2	3
10 Voelde ik me bang.	0	1	2	3
11 Sliep ik onrustig.	0	1	2	3

¹ © Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken,
Rijksuniversiteit Groningen.

	Zelden of nooit (minder dan 1 dag)	Soms of weinig (1-2 dagen)	Regelmatig (3-4 dagen)	Meestal of altijd (5-7 dagen)
Tijdens de afgelopen week:				
12 Was ik gelukkig.	0	1	2	3
13 Praatte ik minder dan gewoonlijk.	0	1	2	3
14 Voelde ik me eenzaam.	0	1	2	3
15 Waren de mensen onaardig.	0	1	2	3
16 Had ik plezier in het leven.	0	1	2	3
17 Had ik huilbuien.	0	1	2	3
18 Was ik treurig.	0	1	2	3
19 Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden.	0	1	2	3
20 Kon ik maar niet op gang komen.	0	1	2	3