

Tijdschr Jeugdgezondheidsz (2021) 54:9–15  
<https://doi.org/10.1007/s12452-021-00265-4>



# Depressieve stoornis bij Belgische eerstejaarsstudenten

## Prevalentie, academische impact en zorggebruik

A. D'Hulst · E. Bootsma · G. Kiekens · R. P. Auerbach · P. Cuijpers · K. Demyttenaere · D. D. Ebert · J. G. Green · R. C. Kessler · P. Mortier · M. K. Nock · R. Bruffaerts

Published online: 22 januari 2022

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2021

**Samenvatting** Inleiding: Er is weinig bekend over epidemiologische aspecten (prevalentie, comorbiditeit, impact en zorggebruik) van de depressieve stoornis bij universiteitsstudenten. In een descriptief-epidemiologisch onderzoek naar de depressieve stoornis (volgens DSM-IV) bij eerstejaarsstudenten aan de KU Leuven, België, werden de 12-maanden prevalentie, de psychiatrische comorbiditeit, het zorggebruik en de academische impact gemeten.

Methode: Elektronisch vragenlijstonderzoek op basis van een cross-sectionele gewogen onderzoeksoptzet bij alle eerstejaarsstudenten van de KU Leuven ( $N=5.460$ , responspercentage gecorrigeerd voor dropout is 51,8%) tussen oktober 2014 en mei 2017. De depressieve stoornis werd gemeten met het Composite

International Diagnostic Instrument – Screener (CIDI-SC).

Resultaten: De 12-maanden prevalentie van een depressieve stoornis bij studenten werd geschat op 13,6% van de gehele populatie eerstejaarsstudenten. De prevalentie van een majeure depressieve episode (MDE) hing sterk samen met verschillende andere emotionele problemen, waaronder gegeneraliseerde angst, (hypo)manie en suïcidaliteit. De impact van MDE op het academisch functioneren, gemeten met het gewogen eindpercentage, bedroeg 3,6 à 6,4%. MDE hing eveneens samen met een hoger risico voor het falen van het eerste jaar aan de universiteit (odds ratio = 1,5–2,0). Het 12-maanden zorggebruik was 21,5%.

Dit artikel is gebaseerd op D'Hulst A, Kiekens G, Auerbach RP, et al. Depressieve stoornis bij Belgische eerstejaarsstudenten: voorkomen, academische impact en zorggebruik [Major depressive episode in college freshmen: prevalence, academic functioning and receipt of treatment]. *Tijdschr Psychiatr.* 2021;63(1):24–31. Dutch. PMID:33537971.

A. D'Hulst  
 Departement Psychiatrie, KU Leuven, Leuven, België

E. Bootsma  
 Vlaams Instituut Biotechnologie, KU Leuven, Leuven, België

G. Kiekens  
 Klinische Psychologie, Contextuele Psychiatrie, Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg, KU Leuven, Leuven, België

R. P. Auerbach  
 Department of Psychiatry, Columbia University, New York, Verenigde Staten

P. Cuijpers  
 Faculteit Psychologie en Pedagogiek, VU Amsterdam, Amsterdam, Nederland

K. Demyttenaere · R. Bruffaerts (✉)  
 Universitair Psychiatrisch Centrum, KU Leuven, Leuven, België  
[ronny.bruffaerts@kuleuven.be](mailto:ronny.bruffaerts@kuleuven.be)

D. D. Ebert  
 afdeling Klinische, neuro- en ontwikkelingspsychologie, VU Amsterdam, Amsterdam, Nederland

J. G. Green  
 Weelock College of Education and Human Development, Boston University, Boston, Verenigde Staten

R. C. Kessler  
 Health Care Policy, Harvard University, Boston, Verenigde Staten

P. Mortier  
 Health Services Research Unit, IMIM, Hospital del Mar Medical Research Institute, Barcelona, Spanje

M. K. Nock  
 Faculty of Psychology, Harvard University, Boston, Verenigde Staten



Conclusie: MDE komt vaak voor bij eerstejaarsstudenten. Ondanks de hoge prevalentie en de aanzienlijke impact zoeken weinig studenten hulp.

**Trefwoorden** depressie · studenten · zorggebruik · academisch functioneren

## Inleiding

De depressieve stoornis (majeure depressieve episode, of MDE) is een veelvoorkomende psychische stoornis met een aanzienlijke maatschappelijke impact. In België wordt de jaarprevalentie van depressie in de algemene bevolking geschat op 5–16% [1]. Er is de laatste jaren een verhoogde aandacht voor psychische stoornissen bij studenten, die verband houdt met de toegenomen aandacht voor 15- tot 25-jarigen en dan specifiek voor de transitie van de laat-adolescentie naar de ontluikende en jongvolwassenheid, en de daarbij behorende psychologische en biologische ontwikkelingen [2, 3]. De plotselinge overgang van het secundair naar het hoger onderwijs brengt een aantal stressfactoren met zich mee (onder andere de druk om te presteren, een zwaardere studielast, een nieuwe omgeving en het wegvallen van de vertrouwde structuur van het secundair onderwijs), die een aanleiding kunnen vormen voor MDE [4, 5]. Recent internationaal onderzoek schat de 12-maanden prevalentie van MDE bij studenten op 21,2% [6]. MDE bij studenten heeft zowel mogelijke korte- als langetermijneffecten. Zo kunnen ze een negatieve impact hebben op studieresultaten, zoals ophouden met de studie, maar ook op andere vlakken, zoals persisterende emotionele en fysieke gezondheidsklachten, relationele problemen of absentie en presentie [7–11]. Ondanks de hoge prevalentie en de mogelijke negatieve gevolgen suggereert onderzoek dat minder dan een derde van de studenten met MDE hulp zoekt [12].

Hoewel de academische wereld steeds meer interesse heeft voor de emotionele gezondheid van jongeren en studenten, is er nog maar beperkt onderzoek naar MDE gedaan. De meeste onderzoeken binnen dit onderzoeksdomein werden uitgevoerd met geaggregeerde data, met zowel Europese, Amerikaanse of Aziatische gegevens [6, 13, 14]. Deze onderzoeken geven een goed overzicht van de prevalentie van stemmingsstoornissen, maar bieden geen schattingen op het niveau van de universiteit. Basale epidemiologische gegevens voor MDE bij studenten zijn er niet in het Belgische landschap. Eerdere onderzoeken gericht op de academische impact van depressie gebruikten ofwel een algemeen screeningsinstrument, of baseerden hun schatting van het academische functioneren op zelfrapportage en niet op objectieve examenresultaten [7, 15].

Om tegemoet te komen aan deze beperkingen trachtten wij de volgende vier onderzoeksvragen te beantwoorden: 1) wat is de prevalentie van MDE bij eerstejaarsstudenten en is er een significant verschil

tussen mannelijke en vrouwelijke studenten, 2) hoe sterk is de psychiatrische comorbiditeit van 12-maanden MDE, 3) in welke mate heeft MDE een impact op academische prestaties, en 4) in welke mate zoekt deze populatie hulp voor hun problemen?

## Methode

### Onderzoekspopulatie

De gebruikte gegevens zijn afkomstig van de Leuven College Surveys (LCS), (<https://www.researchgate.net/project/Leuven-College-Surveys>), die deel uitmaken van het World Mental Health International College Surveys-initiatief (WMH-ICS). Het WMH-ICS-initiatief beoogt wereldwijd epidemiologische schattingen te genereren rond het bestaan en de ontwikkeling van psychische stoornissen bij studenten, en probeert na te gaan hoe psychische stoornissen bij studenten beter behandeld kunnen worden. De gegevens die in ons onderzoek worden gebruikt, stammen uit de periode oktober 2014 tot mei 2017. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Leuven en de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

De aanvankelijke steekproefbasis bestond uit 13.103 studenten, van wie in de genoemde periode 5.844 eerstejaarsstudenten deelnamen aan het onderzoek (een responspercentage van 44,6%; gecorrigeerd voor drop-out 51,8%). Hiervan werden voor het huidige onderzoek 5.460 studenten geïncludeerd over wie alle data met betrekking tot academisch functioneren beschikbaar waren. Exclusiecriteria waren: jonger dan 18 jaar, een onvolledige beheersing van het Nederlands en eerdere inschrijvingen aan dezelfde onderwijsinstelling. Het rekruteringsproces bestond uit drie opeenvolgende stappen: 1) de vragenlijst werd afgenomen als onderdeel van een preventieve psychologische en medische raadpleging waaraan alle eerstejaarsstudenten elk jaar vrijwillig kunnen deelnemen. De uitnodiging gaat uit van het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven, een organisatie die op een laagdrempelige wijze psychotherapeutische ondersteuning biedt aan studenten van de KU Leuven. 2) Non-responders werden opnieuw uitgenodigd aan de hand van gepersonaliseerde e-mails. 3) Resterende non-responders werden nogmaals via dergelijke e-mails uitgenodigd, ditmaal in combinatie met een loting van winkelwaardebonnen [16].

### Meetinstrumenten

Voor *psychische stoornissen* gebruikten we het diagnostisch instrument van de WMH-ICS, dat bestaat uit verschillende gevalideerde zelfrapportagevragenlijsten die niet zozeer zijn gericht op het diagnosticeren, als wel op het screenen van psychische problemen. We gebruikten de Screening Scales van het Com-

**Tabel 1** Prevalentie majeure depressieve episode (N = 5.460)

	volledige steekproef	vrouwelijke steekproef	mannelijke steekproef	sterkte van het verband
	gewogen % (SE)	gewogen % (SE)	gewogen % (SE)	oddsratio (95%-BI)
levensprevalentie MDE	16,4 (0,5)	19,7 (0,7)	12,0 (0,7)	1,8 (1,5–2,1)
12-maanden prevalentie MDE	13,6 (0,5)	16,6 (0,7)	9,5 (0,7)	1,9 (1,6–2,3)

posite International Diagnostic Instrument – Screener CIDI (CIDI-SC) voor MDE, manie/hypomanie, generaliseerde angststoornis, paniekstoornis, en een stoornis in het middelengebruik (zowel misbruik als afhankelijkheid) [17]. Ten aanzien van psychische stoornissen stemmen de CIDI-SC en klinische interviews in hoge mate overeen (AUC tussen 0,70 en 0,78) [17]. De Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) werd gebruikt voor het in beeld brengen van alcoholgerelateerde stoornissen [18]. In lijn met eerder onderzoek werd een alcoholstoornis (misbruik en/of afhankelijkheid) gedefinieerd bij een AUDIT-totaalscore van  $\geq 16$  of een AUDIT-totaalscore tussen 8 en 15 met een score van  $\geq 4$  op de AUDIT-afhankelijkheidsschaal [19]. De AUDIT-versie die werd geïncorporeerd in de LCS heeft een overeenstemming tussen 0,78 en 0,91 met diagnoses op basis van klinische interviews [20]. Psychiatrische comorbiditeit werd gedefinieerd aan de hand van het voldoen aan diagnostische criteria van meer dan een psychische stoornis. Studenten werden geclassificeerd als hebbende een 12-maanden psychische stoornis en/of een alcoholgebonden stoornis als ze aan de criteria van de CIDI-SC en/of AUDIT-stoornis voldoen in de twaalf maanden voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Op analoge wijze wordt een levensprevalentie gedefinieerd, dat wil zeggen het voldoen aan de diagnostische criteria van de CIDI-SC en/of AUDIT-stoornis *ooit* in het leven van de student.

Voor het in beeld brengen van de *suïcidaliteit* van studenten werd een aangepaste versie van de Columbia Suicidal Severity Rating Scale gebruikt [21]. Twee niveaus van suïcidaliteit werden geïncorporeerd: suïcidedgedachten en suïcidepogingen.

Het *academisch functioneren* werd geoperationaliseerd aan de hand van twee maten. Ten eerste werd het jaarpercentage (0,0–100%) verkregen uit administratieve data van de KU Leuven. Het resultaat van een gevolgd vak wordt uitgedrukt aan de hand van een cijfer tussen 0 en 20, waarbij 0 een minimaal en 20 een maximaal resultaat is. Het jaarpercentage is het resultaat van een gewogen gemiddelde van alle gevolgde vakken tijdens het eerste studiejaar [7]. Een tweede maatstaf om academische prestaties te meten is de zogenaamde studievoortgang of cumulatieve studie-efficiëntie (CSE). Dit is de verhouding, uitgedrukt in een percentage, tussen het aantal te behalen studiepunten om te slagen voor een academisch jaar en het aantal studiepunten dat die persoon binnen dit onderzoek daadwerkelijk heeft vergaard. Elke student heeft een beperkt aantal kansen om voor een vak

te slagen. Om die reden heeft de student de keuze om tijdens een academisch jaar deel te nemen aan een vak en de studiepunten die voor het betreffende vak gelden ‘op te nemen’, of om een vak en de bijbehorende studiepunten niet op te nemen en daarmee dus uit te stellen. De CSE, uitgedrukt in het jaarpercentage, is een indicatie van de studievoortgang en is medebepalend voor een reeks maatregelen in het kader van de bevordering van de studievoortgang. Zo mogen eerstejaarsbachelor- en schakelstudenten niet binnen eenzelfde opleiding verder studeren wanneer ze na een jaar een studie-efficiëntie behaalden van minder dan 30%. Het jaarpercentage is een continue variabele; de CSE is daarentegen een binaire variabele om academisch functioneren te evalueren.

Wat betreft *zorggebruik* werd studenten gevraagd of ze gedurende de voorafgaande twaalf maanden professionele psychologische hulp hadden geraadpleegd of psychotrope medicatie hadden gebruikt die was voorgeschreven in het kader van een emotioneel probleem of middelenafhankelijkheid [12]. Ook werd studenten met MDE gevraagd of zij expliciet geen behandeling wensten voor hun emotionele problemen en dus geen professionele hulp wilden zoeken.

### Statistiek

Om ervoor te zorgen dat de gegevens van de huidige onderzoekspopulatie representatief zijn voor de gehele studentenpopulatie werden de data gewogen aan de hand van socio-demografische variabelen (leeftijd, socio-economische situatie, geslacht, leeftijd en samenstelling van het gezin van herkomst) die beschikbaar waren voor de gehele populatie. De prevalentie van MDE wordt weergegeven in termen van gewogen aantallen, percentages en standaardfouten (SE). Het verband tussen MDE (als onafhankelijke variabele) en academisch functioneren (als afhankelijke variabele) werd onderzocht aan de hand van logistische en lineaire regressiemodellen, met respectievelijk CSE < 30% (als binaire) en eindpercentage als (continue) afhankelijke variabele. In elk van beide benaderingen van het effect van MDE op het academisch functioneren geven we de regressieparameters, aangepast voor leeftijd en geslacht (stap 1), en vervolgens aangepast voor de mogelijke comorbide emotionele problemen en samen voorkomende suïcidaliteit (stap 2). De regressieparameters voor het logistische model worden weergegeven als gewogen oddsratio's (OR) en bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI). De associatiemaat van het lineaire model wordt uitgedrukt in

**Tabel 2** Verband tussen 12-maanden majeure depressieve episode en aanwezigheid van andere 12-maanden psychische problemen en suïcidale gedachten en gedrag

	steekproef zonder MDE	steekproef met MDE	sterkte van het verband
psychische stoornis	gewogen % (SE)	gewogen % (SE)	oddsratio (95%-BI)
gegeneraliseerde angststoornis	4,2 (0,3)	42,9 (1,9)	17,1 (13,9–21,0)
paniekstoornis	1,4 (0,2)	8,9 (1,1)	7,0 (4,8–9,9)
(hypo)manie	0,7 (0,1)	6,3 (0,9)	10,2 (6,3–16,4)
stoornis in het gebruik van alcohol	4,4 (0,3)	7,8 (1,0)	1,9 (1,3–2,6)
suïcidale gedachten	4,7 (0,3)	37,0 (1,8)	12,0 (9,7–14,7)
suïcidepoging	0,1 (0,0)	2,1 (0,5)	45,6 (10,4–200,6)

**Tabel 3** Verband tussen 12-maanden majeure depressieve episode en jaarpercentage/cumulatieve studie-efficiëntie

	jaarpercentage (0–100%)			cumulatieve studie-efficiëntie <30%		
	B (SE)	95%-BI	p-waarde	OR	95%-BI	p-waarde
<i>stap 1</i>						
12-maanden MDE	-6,4 (0,7)	-7,7; -5,0	<0,001	2,0	1,6–2,3	<0,001
geslacht (man)	-0,9 (0,5)	-1,9; 0,0	0,056	1,1	1,0–1,3	0,066
leeftijd	-3,8 (0,5)	-4,3; -3,3	<0,001	1,4	1,3–1,5	<0,001
<i>stap 2</i>						
12-maanden MDE	-3,6 (0,8)	-5,2; -2,0	<0,001	1,5	1,2–1,8	<0,001
geslacht (man)	-1,0 (0,5)	-2,0; -0,1	0,031	1,2	1,0–1,3	0,030
leeftijd	-3,7 (0,3)	-4,3; -3,2	<0,001	1,4	1,3–1,5	<0,001
12-maanden gegeneraliseerde angststoornis	-2,3 (0,9)	-4,1; -0,4	0,015	1,3	1,0–1,6	0,057
12-maanden paniekstoornis	-4,7 (1,6)	-7,9; -1,6	0,003	1,9	1,3–2,8	0,001
12-maanden (hypo)manie	-5,6 (2,1)	-9,7; -1,6	0,006	1,4	0,8–2,4	0,183
12-maanden stoornis in het gebruik van alcohol	-2,7 (1,1)	-4,8; -0,5	0,016	1,2	0,9–1,6	0,339
12-maanden suïcidale gedachten	-3,2 (0,9)	-5,0; -1,4	<0,001	1,4	1,1–1,7	0,008
12-maanden suïcidepoging	-4,9 (4,3)	-13,3; 3,6	0,259	1,3	0,5–3,8	0,577

ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten en bijbehorende SE.

## Resultaten

### Steekproefkenmerken/prevalentie van MDE

Van de 5.460 studenten voldeed 13,6% aan de criteria van een CIDI-SC MDE in het voorgaande jaar (zie tab. 1). Vrouwelijke studenten toonden de voor MDE bekende tweemaal hogere 12-maanden en levensprevalentie (OR 1,8–1,9).

### Twaalf-maanden comorbiditeit en suïcidaliteit van MDE

Uit tab. 2 blijkt dat alle psychische stoornissen die aan de hand van de CIDI-SC gemeten zijn, een statistisch significante samenhang vertoonden met 12-maanden MDE, met respectievelijke OR's voor gegeneraliseerde angststoornis, (hypo)manie en paniekstoornis van 17,1, 10,2 en 7,0. Verder zien we dat bij de studenten met een hoog risico voor een stoornis in het gebruik van alcohol eveneens vaker 12-maanden MDE wordt gerapporteerd (OR 1,9). Het hebben van suïcidale gedachten in het laatste jaar werd gerapporteerd door 37% van de studenten met 12-maanden

MDE (tegenover 4,7% van de niet-depressieve studenten, OR 12,0; 95%-BI 9,7–14,7). Zelfmoordpogingen kwamen daarbij bijna 46 keer vaker voor bij depressieve studenten (15 op 741), dan bij niet-depressieve studenten (2 op 4.719).

### Impact van MDE op het academisch functioneren

De academische impact van MDE is weergegeven in tab. 3. Het gemiddelde jaarpercentage was 49,0% (SE 17,9). MDE hing significant samen met het jaarpercentage (zie tab. 3), dat wil zeggen met een verlaging van 6,4% (in het model dat enkel rekening houdt met de effecten van geslacht en leeftijd) en 3,6% (in het model dat met alle covariabelen rekening houdt). Een op de vier studenten had een CSE <30% (24,2%; SE 0,6). Studenten met 12-maanden MDE hadden een beduidend hogere kans om niet te slagen voor ten minste 30% van de opgenomen studiepunten (zie tab. 3). Zowel in het logistische model met alleen geslacht en leeftijd als covariabele, als in een *full-factorial* model met alle covariabelen hangt MDE samen met een verhoogd risico voor het niet behalen van het eerste jaar aan de universiteit (respectievelijke OR's 2,0; 95%-BI 1,6–2,3 en 1,5; 95% BI 1,2–1,8).

### Zorggebruik bij MDE

Van de studenten met 12-maanden MDE gaf slechts 21,5% (SE 2,5) aan gedurende het voorbije jaar om emotionele redenen professionele psychologische hulp gezocht te hebben of medicatie gebruikt te hebben. Bovendien rapporteerde 32,4% van de studenten met 12-maanden MDE dat ze geen behandeling wensden voor hun emotionele problemen en ook nergens professionele hulp wilden gaan zoeken.

### Beschouwing

Dit is het eerste onderzoek in België dat de epidemiologie van MDE bij eerstejaarsstudenten in beeld brengt aan de hand van gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten. We vonden dat a) 13,6% van de studenten voldeed aan de criteria van een CIDI-SC 12-maanden MDE, b) 12-maanden MDE sterk samenhangt met een scala aan psychische stoornissen en suïcidaliteit (maar het sterkste verband houdt met gegeneraliseerde angststoornis), c) MDE verband houdt met verminderde academische prestaties en d) slechts een minderheid van de studenten professionele hulp zoekt, ondanks de grote academische impact van MDE.

Met betrekking tot de prevalentie vonden we dat 12-maanden MDE een stuk lager lag dan we in recente internationale bevindingen zien, die de prevalentie schatten op ongeveer een vijfde van de eerstejaarsstudenten wereldwijd [6]. De lagere inschatting van MDE in ons onderzoek kan deels methodologisch worden verklaard: ons responspercentage is immers hoger dan het gemiddelde responsepercentage van het WMH-ICS-initiatief (52% versus 46%). Het zou kunnen dat websurveys met een lager responsepercentage een hogere prevalentie van psychische stoornissen genereren. Toekomstig onderzoek zal dat moeten uitwijzen. In lijn met eerder buitenlands onderzoek zou een alternatieve verklaring kunnen liggen in het gegeven dat de KU Leuven zich op een relatief kleine oppervlakte in een betrekkelijk kleine stad bevindt, met een grotere verbondenheid tussen studenten onderling, en tussen studenten en de universiteit [22].

Dat MDE tweemaal vaker voorkomt bij vrouwen komt overeen met bevindingen uit de algemene populatie [23]. De comorbiditeitspatronen van MDE zijn in algemene termen vergelijkbaar met die uit eerder onderzoek bij algemene populaties. Zo vonden we dat MDE het vaakst samenging met een gegeneraliseerde angststoornis en een paniekstoornis [24]. Twee specifieke bevindingen met betrekking tot de comorbiditeitspatronen behoeven een verklaring. Ten eerste screenden MDE-studenten minder vaak positief voor bipolariteit in vergelijking met de algemene populatie [25]. De meest aannemelijke verklaring hiervoor is dat de leeftijd van de start van bipolariteit meestal rond de 25 jaar ligt en dat het gros van onze populatie zich

in de leeftijdscategorie van 18 tot 24 jaar bevindt [26]. Een alternatieve verklaring zou zijn dat de syndromale bipolaire 18-jarigen niet tot het niveau van universitair onderwijs opklimmen, waardoor er sprake is van selectiebias. Ten tweede gaven data verkregen met de AUDIT-schaal aan dat een alcoholstoornis ongeveer tweemaal zo vaak voorkomt bij depressieve studenten als bij niet-depressieve studenten.

In overeenstemming met eerdere onderzoeken vonden we dat MDE in het eerste jaar aan de universiteit gepaard gaat met een negatieve impact op het academisch functioneren [7, 16, 27]. Uit ons onderzoek bleek dat studenten met MDE een gemiddelde daling van 3,6 tot 6,4% op het jaarpercentage hadden en een anderhalf tot tweemaal hogere kans om zich te moeten heroriënteren na het eerste jaar aan de universiteit. Opmerkelijk was dat het zorggebruik bij MDE ondanks de negatieve invloed op psychisch en academisch functioneren relatief laag was: ongeveer 1 op de 5 respondenten met MDE gaf aan daadwerkelijk te zijn behandeld in het voorbije jaar. In deze zin sluiten de data aan bij eerdere onderzoeken rond het lage zorggebruik voor personen met MDE, zowel op populatieniveau (~35%) als op het niveau van universiteitsstudenten wereldwijd (~30%) [12, 22]. De constatering dat bijna 8 op de 10 studenten met MDE niet aan behandeling toekomen maakt duidelijk dat de weg naar professionele hulp een aantal drempels kent, die misschien anders zijn dan voor de algemene populatie [28]. De in literatuur vaak vermelde financiële redenen en hoogdrempeligheid van de zorg worden door onze data indirect tegengesproken [29, 30]. De aanwezigheid van een laagdrempelig studentengezondheidscentrum maakt de toegang tot professionele zorg immers financieel draagbaar. Recent attitudeonderzoek naar het hulpzoekgedrag bij universiteitsstudenten laat zien dat er andere drempels zijn die de stap naar professionele hulpverlening tegenhouden: het gevoel de problemen zelf te moeten aanpakken, het bespreken van emotionele problemen met vrienden of familie, of schaamte, de belangrijkste barrière voor het zoeken van hulp bij studenten met MDE [31]. Een belangrijke klinische maar ook beleidsmatige implicatie is dat de hulpverleningssector bij studenten (en misschien bij ontluikende en jongvolwassenen in het algemeen) rekening moet houden met het gegeven dat een aanzienlijk deel van de studenten met MDE niet de weg van de klassieke hulpverlening zal nemen, maar zich zal bedienen van innovatieve mogelijkheden, zoals e-behandeling [32]. Internetbehandelingen kunnen op deze wijze complementair worden aangeboden aan het reeds geldende aanbod van reguliere behandelingen en kunnen dienen als eerste opstap naar een meer formele vorm van behandeling of worden aangeboden als een tweede modus van één behandeling [33, 34].

De verkregen gegevens moeten worden geïnterpreteerd tegen de achtergrond van verschillende be-



perkingen. Ten eerste werd de prevalentie van MDE niet vastgesteld via een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, maar met de CIDI-SC. Hoewel de klinische validatie van de CIDI-SC een hoge overeenstemming heeft met diagnoses gegenereerd door een gestructureerd klinisch interview, moeten we de huidige prevalenties van psychische stoornissen eerder beschouwen als schattingen [17]. Hierbij moet worden opgemerkt dat het gebruik van de CIDI-SC bij epidemiologisch onderzoek vaak tot een overschatting leidt, omdat de inschatting geen rekening houdt met het klinische oordeel. De CIDI-SC screent immers voor depressieve symptomen en niet voor de diagnose van een depressieve stoornis per se. Ten tweede werd een aantal belangrijke psychische aandoeningen, zoals psychose en schizofrenie, niet geïncludeerd in dit onderzoek. Het schatten van de prevalentie van dergelijke stoornissen is erg moeilijk, zo niet ondoenbaar met enquêtes die via het internet verlopen. Bovendien komen deze stoornissen op het niveau van universiteitsstudenten minder vaak voor. Ten derde moet bij bepaalde analyses rekening worden gehouden met een beperkte statistische power (bijvoorbeeld bij het verband tussen MDE en suïcidepogingen). Tot slot betreffen de data over het zorggebruik in ons onderzoek een periode van één jaar. Dit maakt een inschatting van de proportie behandelde studenten moeilijker omdat er – althans in de algemene populatie – een lang uitstel bestaat om hulp te zoeken voor psychische problemen [35]. Bovendien kunnen we geen inschatting geven van de mate waarin de gezochte professionele hulp toereikend is en in hoeverre deze voldoet aan wat de individuele student nodig heeft.

## Conclusie

Eén op 7 tot 8 eerstejaarsstudenten screent positief voor de DSM-IV-criteria voor de depressieve stoornis. Een positieve screening hangt in belangrijke mate samen met een slechter psychisch en academisch functioneren. Het lage zorggebruik door studenten met MDE is enigszins zorgwekkend (vanwege de hoge psychiatrische comorbiditeit en suïcidaliteit). Verder maken de bevindingen duidelijk dat hoewel we geen enkele uitspraak kunnen doen over causaliteit, MDE relatief frequent samen met andere emotionele gezondheidsproblemen voorkomt en ook samenhangt met een slechter academisch functioneren. Universiteiten en beleidsmakers moeten zich hiervan bewust zijn, zodat deze studenten extra begeleiding krijgen en ze de universiteit niet vroegtijdig en zonder diploma verlaten.

## Literatuur

1. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Het voorkomen van depressie in België: stand van zaken en reflecties voor de toekomst. *Tijdschr Psychiatr.* 2008;50:655–65.
2. Arnett JJ. Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000;55:469–80.
3. Eccles J, Templeton J, Barber B, Stone M. Adolescence and emerging adulthood: the critical passage ways to adulthood. In: Bornstein MH, Davidson L, Keyes CLM, Moore KA, redactie. *Crosscurrents in contemporary psychology. Well-being: positive development across the life course.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2003. pag. 383–406.
4. Gollust SE, Eisenberg D, Golberstein E. Prevalence and correlates of self-injury among college students. *J Am Coll Health.* 2008;56:491–8.
5. Stallman HM. Psychological distress in university students: a comparison with general population data. *Aust Fam Physician.* 2008;37:673–7.
6. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol.* 2018;127:623–38.
7. Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, et al. Mental health problems in college freshmen: prevalence and academic functioning. *J Affect Disord.* 2018;225:97–103.
8. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2016;46:2955–70.
9. Kerr DC, Capaldi DM. Young men's intimate partner violence and relationship functioning: long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence. *Psychol Med.* 2011;41:759–69.
10. Niederkrotenthaler T, Tinghög P, Alexanderson K, et al. Future risk of labour market marginalization in young suicide attempters—a population-based prospective cohort study. *Int J Epidemiol.* 2014;43:1520–30.
11. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, et al. Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:119–27.
12. Bruffaerts R, Mortier P, Auerbach RP, et al. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2019;28(2):e1764.
13. Eisenberg N, Hofer C, Sulik MJ, Spinrad TL. Self-regulation, effortful control, and their socioemotional correlates. In: Gross JJ, redactie. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford; 2014. pag. 157–72.
14. Liu F, Zhou N, Cao H, et al. Chinese college freshmen's mental health problems and their subsequent help-seeking behaviors: a cohort design (2005–2011). *PLoS ONE.* 2017;12(10):e185531.
15. Bryan CJ, Bryan AO, Hinkson K Jr, Bichrest M, Ahern DA. Depression, posttraumatic stress disorder, and grade point average among student service members and veterans. *J Rehabil Res Dev.* 2014;51:1035–46.
16. Mortier P, Demyttenaere K, Nock M, Green J, Kessler R, Bruffaerts R. De epidemiologie van ADHD bij universiteitsstudenten. *Tijdschr Psychiatr.* 2015;57:635–44.
17. Kessler RC, Calabrese JR, Farley PA, et al. Composite international diagnostic interview screening scales for DSM-IV anxiety and mood disorders. *Psychol Med.* 2013;43:1625–37.
18. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care. Second Edition. 2001. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf). Geraadpleegd op: 4 jul 2018, World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence.

19. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, Fuente JR de la, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*. 1993;88:791–804.
20. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26:272–9.
21. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168:1266–77.
22. Ketchen Lipson S, Gaddis MS, Heinze J, Beck K, Eisenberg D. Variations in student mental health and treatment utilization across US colleges and universities. *J Am Coll Health*. 2015;63:388–96.
23. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Prevalentie van psychische stoornissen bij de Belgische bevolking. In: Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K, redactie. Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking. Den Haag: ACCO Uitgeverij; 2011. pag. 59–70.
24. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;420:28–37.
25. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:791–8.
26. Kessler RC, Berglund PA, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593–602.
27. Kiekens G, Bruffaerts R, Nock M, et al. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: personality, stress and coping. *Eur Psychiatry*. 2015;30:743–9.
28. Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care. *J R Coll Gen Pract*. 1981;31:631–2.
29. Magaard JL, Seeralan T, Schulz H, Brütt AL. Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: a systematic review. *PLoS ONE*. 2017;12(5):e176730.
30. Alonso J, Ferrer M, Romera B, et al. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA) project: rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2000;11:55–67.
31. Ebert DD, Mortier P, Kahlke F, et al. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: first cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2019;28(2):e1782.
32. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:351–9.
33. Apolinário-Hagen J, Harrer M, Kahlke F, Fritsche L, Salewski C, Ebert DD. Public attitudes toward guided internet-based therapies: web-based survey study. *JMIR Ment Health*. 2018;5:e10735.
34. Erbe D, Eichert HC, Riper H, Ebert DD. Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: systematic review. *J Med Internet Res*. 2017;19:e306.
35. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:937–44.

**A. D'Hulst**, arts-assistent-in-opleiding

**E. Bootsma**, master biomedische wetenschappen

**G. Kiekens**, Msc Psychologie

**R.P. Auerbach**, psycholoog

**P. Cuijpers**, psycholoog

**K. Demyttenaere**, psychiater

**D.D. Ebert**, psycholoog

**J.G. Green**, psycholoog

**R.C. Kessler**, socioloog

**P. Mortier**, psychiater

**M.K. Nock**, psycholoog

**R. Bruffaerts**, psycholoog