

Melancholie; verstoorde beweging of ontstemd gemoed?

A. DOLS, D. RHEBERGEN, P. EIKELENBOOM, M.L. STEK

SAMENVATTING Melancholie is een historisch concept waarbij het klinische beeld wordt gekarakteriseerd door droefgeestigheid, ziekelijke bezorgdheid, gestoorde psychomotoriek, vitale kenmerken en psychotische verschijnselen. Het stellen van de diagnose is belangrijk voor het behandelbeleid. Bij ontbreken van een duidelijke stemmingsdaling wordt de ontregelde psychomotoriek vaak niet opgemerkt als passend bij een ernstige depressie, waardoor adequate behandeling uitblijft. Bij twee oudere patiënten gaven psychomotorische symptomen belangrijke aanwijzingen voor een goede beoordeling van het klinische beeld van melancholische depressie, waarna zij elektroconvulsietherapie kregen en herstelden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)8, 583-588]

TREFWOORDEN bewegingsstoornissen, melancholie, psychotische depressie

Ernstige depressies, gekenmerkt door kleurrijke symptomen met psychotische en psychomotorische verschijnselen, zijn al in de vijfde eeuw voor Christus door Hippocrates als melancholie beschreven. In gangbare psychiatrieleerboeken van de vorige eeuw vindt men dat motorische remmingsverschijnselen, naast de sombere stemming, tot de hoofdsymptomen van het melancholisch symptomencomplex worden gerekend (Jelgersma 1901; Kraus 1957). Bij het ontwikkelen van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III* (DSM III, American Psychiatric Association 1980) koos men voor een indeling in depressieve stoornis en dysthymie. Een depressieve stoornis wordt gekarakteriseerd door noodzakelijke kernsymptomen en vervolgens verder onderverdeeld in subcategorieën, onder meer met psychotische kenmerken, met katatone symptomen en met melancholische (vitale) kenmerken.

Als de kernsymptomen van depressie niet onderkend worden omdat deze bij de klinische presentatie niet op de voorgrond staan, kan men

de diagnose gemakkelijk ten onrechte niet stellen. Zo toonde onderzoek in vier academische centra in de VS aan dat de diagnose 'ernstige depressieve stoornis met psychotische kenmerken' in ongeveer een kwart van de gevallen niet wordt gesteld als de psychotische symptomen op de voorgrond staan en niet de gestoorde stemming (Rothschild e.a. 2008).

Naar alle waarschijnlijkheid geldt dit ook voor de vormen van depressies waarbij het klinische beeld sterk bepaald wordt door psychomotorische symptomen, zoals motorische remming of agitatie. Wij bespreken in dit artikel twee patiënten met een depressie waarbij niet een verstoord gemoed, maar de bewegingsstoornissen op de voorgrond stonden. Door aandacht te schenken aan psychomotore verstoringen kan men ernstige depressies sneller herkennen en adequater behandelen.

GEVALSBESCHRIJVINGEN

Patiënt A, een 70-jarige man, werd naar onze kliniek verwezen wegens ernstige, voortdurend aanwezige hyperventilatie, waarvoor geen somatische oorzaak gevonden kon worden. Dit belemmerde hem in zijn dagelijks functioneren: hij wilde graag op zijn boot varen, maar ondervond hierbij ernstige hinder van zijn hyperventilatie. De dagelijkse beperkingen hadden hun invloed op de stemming en leidden tot een doodswens. Hoewel patiënt een voorgeschiedenis had van psychotische depressies, duiden zowel patiënt als zijn behandelaren de somberheid ditmaal als gevolg van zijn hyperventilatie, en niet primair in het kader van een depressie. Ook het ontbreken van anhedonie was opvallend. Gezien de ernst van de hyperventilatieklachten en de suïcidale ideaties werd hij uiteindelijk opgenomen.

Bij opname zagen wij een matig verzorgde gespannen man, met een sterk verhoogde ademhalingsfrequentie. Patiënt was slechts in staat tot monosyllabische antwoorden en maakte een wanhopige indruk. Hij wrong met zijn handen en liep met kleine, schuifelende pasjes. Bij navraag was het slapen verstoord, met vroeg ontwaken door de onrust. Ook was de eetlust verminderd. Patiënt voelde zich desgevraagd niet somber en ervoer de klachten geheel als lichamelijk 'alsof er in hem een motor aanstaat die op hol geslagen is'.

Ondanks het ontkennen van een primair sombere stemming en anhedonie, beoordeelden wij de dominante psychomotorie en vitale verschijnselen als onderdeel van een ernstige depressie. Er was grote lijdensdruk en wij besloten spoedig tot elektroconvulsiotherapie (ECT). Reeds na 1 behandeling was de ademhalingsfrequentie rustig en was de psychomotoriek verbeterd. Na 8 behandelingen waren de klachten in remissie en werd de ECT gestaakt. Patiënt werd nabehandeld met nortriptyline en lithium.

Na 1,5 jaar psychiatrisch stabiel geweest te zijn, leek hij psychotisch te decompenseren bij een sterk verslechterde hartfunctie. Enkele weken

later overleed hij aan de complicaties van een cardiale bypassoperatie.

Patiënt B, een 68-jarige man met een blanco psychiatrische voorgeschiedenis, werd gedwongen psychiatrisch opgenomen nadat hij bedreigd had zijn vrouw te vermoorden met een mes en zich ook suïcidaal geuit had. Hij was de maanden daarvoor uitgebreid internistisch, neurologisch en urologisch onderzocht in verband met buikpijnklachten, gewichtsverlies, obstipatie en een rigide looppatroon, maar er was geen goede verklaring gevonden. Zijn onverklaarde buikpijnklachten werden toen zo ondraaglijk dat hij een overdosis slaapmiddelen (oxazepam) innam.

Hierna werd patiënt aangemeld bij de polikliniek Psychiatrie. Hij vermeldde desgevraagd geen sombere stemming te hebben en nog te kunnen genieten. Patiënt was afwisselend geagiteerd en geremd. Er was sprake van een schuifelend looppatroon, waardoor het vermoeden rees van de ziekte van Parkinson. Behandeling werd gestart met levodopa-carbidopa, maar dit gaf geen verlichting van de klachten. Er werd uitgebreid beeldvormend onderzoek van het brein verricht: CT-scan, MRI-scan en single photonemissiecomputertomografie met ¹²³I-joflupaan en -joodbenzamide. Daarbij vond men geen duidelijke aanwijzingen voor frontotemporale dementie, de ziekte van Alzheimer of de ziekte van Parkinson, noch voor andere afwijkingen die de klachten konden verklaren.

Patiënt maakte een vlakke, inactieve indruk en hij deed nihilistische uitspraken over zijn lichaamsfuncties. De diagnose ernstige depressieve stoornis werd gesteld. Nortriptyline werd gedurende 4 weken voorgeschreven, waarbij in die periode geen adequate bloedspiegels bereikt konden worden door intolerantie en effect uitbleef.

Twee maanden later werd patiënt aangemeld voor een second opinion en mogelijke behandeling met ECT. Hij was toen inmiddels 15 kg afgevallen. Hij voelde zich lichamelijk ziek, had pijn bij het plassen, vaak loze aandrang, was soms incontinent en sliep vrijwel niet meer. Hij was

zeer geremd, zowel verbaal als motorisch, en scoorde 37/60 op de Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).

Wij startten snel behandeling met ECT en patiënt was na 2 behandelingen duidelijk opgeknapt. Hij had geen lichamelijke klachten meer en de motoriek was sterk verbeterd. De score op de MADRS daalde in een week van 37/60 naar 13/60. Na 9 ECT-sessies werd hij in goede conditie ontslagen. Hij werd nabehandeld met nortriptyline en was een jaar later stabiel, zijn loopstoornissen waren verdwenen en hij kon uren achtereen wandelen.

DISCUSSIE

Psychomotore scorelijsten Om tot een goede evaluatie te komen van psychomotore symptomen ontwierpen Parker en Hadzi-Pavlovic (1996) de CORE-scorelijst. Met deze lijst scoort men de objectiveerbare symptomen die de kern van de diagnose melancholie vormen. De lijst bevat drie domeinen: gebrek aan interactie, retardatie en agitatie, met in totaal 18 items. Deze symptomen tonen grote overeenkomst met de katatone DSM-kenmerken. De items kan men een score toekennen van 0 tot 3. Bij een afkappunt van meer dan 8 is er volgens de groep van Parker in ieder geval sprake van melancholie. Melancholie is volgens Parker en Hadzi-Pavlovic (1996) breder dan de DSM-IV-categorie 'ernstige depressie met melancholische kenmerken', het zou in zijn visie gaan om alle ernstige depressies met psychomotore, psychotische en/of vitale symptomen.

In diverse studies heeft Parker (2007) aangetoond dat melancholie een relevant klinisch concept is, met consequenties voor de behandeling: patiënten die positief scoren op de CORE, familiair belast zijn met stemmingsstoornissen en een afwijkende uitslag op de dexamethasonsuppressietest hebben, reageerden beter op antidepressiva, vooral tricyclische antidepressiva, en ECT. De klinische toepasbaarheid van de CORE is bevestigd door anderen (Sobin & Sackeim 1997).

Naast de CORE wordt de schaal van Widlöcher (1981), de 'Echelle de ralentissement dépressif', in de klinische praktijk toegepast om remming te meten. De remmingsschaal van Widlöcher is voor de Nederlandse situatie gevalideerd om psychomotore verschijnselen bij depressie te meten, deels middels observatie door de clinicus, deels op basis van zelfevaluatie door de patiënt (Weme e.a. 1996).

De CORE is een observatieschaal en heeft als voordeel boven de schaal van Widlöcher dat deze zowel remming als agitatie meet. De schaal van Widlöcher heeft als voordeel dat ook het oordeel van de patiënt wordt meegewogen, hetgeen echter juist bij ernstige beelden een nadeel zou kunnen zijn omdat de patiënt niet in staat is tot een beoordeling van het eigen (psychomotorische) functioneren.

Scores en beloop bij onze patiënten Bij onze eerste patiënt stonden de motorische symptomen en innerlijke onrust op de voorgrond. Hij ervoer zijn sombere stemming als een gevolg van zijn lichamelijke klachten. Er werd eerst gezocht naar een somatische oorzaak voor zijn lichamelijke klachten. Toen hij geleidelijk somber werd en zich suïcidaal uitte, werd hij aangemeld voor opname op een psychiatrische afdeling. Hij scoorde 17 punten op de CORE (maximum 54). Een score van 8 of meer is indicatief voor een melancholische depressie. Op de ingestelde behandeling met ECT herstelde patiënt spoedig.

Bij onze tweede patiënt stonden de bewegingsstoornissen zo op de voorgrond dat hij in eerste instantie werd behandeld voor de ziekte van Parkinson. Neurologische ziektebeelden van de basale ganglia, zoals de ziekte van Parkinson en de ziekte van Huntington, worden gekarakteriseerd door motorische stoornissen en dopaminerge disfunctie en gaan frequent gepaard met depressieve symptomen. Maar het omgekeerde is ook mogelijk: een depressie kan zich presenteren met psychomotorische verschijnselen. Bij onze patiënt kon de diagnose ziekte van Parkinson met beeldvormend onderzoek niet bevestigd worden. Zijn klinisch beeld kenmerkte zich door wisselende

remming en agitatie, nihilistische uitspraken en vitale kenmerken. Hij ervoer zijn stemming niet als somber, wel had hij last van sombere buien als gevolg van zijn lichamelijke klachten. Met een score van 47/60 op de MADRS en van 14 op de CORE werd de diagnose melancholie gesteld en startte hij snel met ECT. Al na de eerste ECT-behandeling verminderden zijn motorische verschijnselen en herstelde zijn looppatroon. Patiënt ervoer meer levenslust en zijn slaappatroon was verbeterd.

Door de prominente aanwezigheid van psychomotorische symptomen kon de diagnose bij beide patiënten gesteld worden.

Diagnostische valkuilen Onze gevalsbeschrijvingen en bijvoorbeeld de studie van Rothschild e.a. (2008) laten zien dat de subtypes van een ernstige depressie nogal eens niet herkend worden, vooral als depressieve stemming of anhedonie niet op de voorgrond staat of niet door de patiënt gerapporteerd wordt. Uit het onderzoek van Rothschild e.a. bleek bovendien dat ervaren klinici vaker de diagnose psychotische depressie ten onrechte niet stelden dan artsen in opleiding. Omgekeerd worden 'klassieke' beelden soms onvoldoende herkend door artsen van de huidige generatie omdat zij niet bekend zijn met de klinische beschrijvingen van ernstige psychiatrie, zoals uitgebreid gedocumenteerd door psychiaters op het Europese continent in de vorige eeuw. Oudere psychiaters willen er nog wel eens over klagen dat de jongere generatie niet op de hoogte zou zijn van deze monografieën en alleen de DSM-criteriadiagnostiek kan toepassen. Het is denkbaar dat men, zoekend naar kernsymptomen van DSM-diagnoses, symptomen die niet direct passen binnen een bepaalde categorie niet herkent of niet belangrijk acht. De aanwezigheid van kernsymptomen als voorwaarde om de diagnose te kunnen stellen berust niet op wetenschappelijk of klinisch onderzoek (Kendler & Gardner 1998). Deze voorwaardelijke aanwezigheid van kernsymptomen om een diagnose te kunnen stellen is dus discutabel.

Nadelen DSM-containerbegrip Bij het tot stand komen van de DSM-III is depressie gedefinieerd als een diagnose met kernsymptomen sombere stemming en anhedonie en verder onderverdeeld in subtypes. De *International Classification of Diseases (ICD)* verschilt maar weinig van de DSM; ook in de ICD-10 zijn psychomotorische en melancholische verschijnselen een maat voor de ernst en geen zelfstandige ziektebeelden. De karakteristieke symptomen van de subtypes lijken van ondergeschikt belang en krijgen weinig aandacht. Het bundelen van de verschillende depressies bij het tot stand komen van de DSM-III zou ongedaan gemaakt moeten worden, daar het hanteren van dit containerbegrip diagnostische en wetenschappelijke belemmeringen geeft (Jongedijk 2001; Van Praag 1974; 2000). De voorspelling van Carroll aan Spitzer in 1979, voordat de DSM-III verscheen, lijkt uitgekomen: *'Als er geen differentiatie bestaat tussen de verschillende soorten depressie, dan lijkt het alsof hetgeen we zeggen over psychopathologie, genetica of biologische mechanismen slaat op alle soorten. Als die houding algemeen wordt, dan ontstaat er chaos wat betreft therapievormen en klinische farmacologie'* (Schwartz & Shorter 2007).

Inderdaad laat het onderzoek naar de werkzaamheid van psychofarmaca teleurstellende resultaten zien (Kirsch e.a. 2008; Libiger e.a. 2007). Een argument in deze complexe discussie zou zijn dat onder de overkoepelende diagnose 'depressieve stoornis' een te gevarieerde populatie patiënten valt, die niet hetzelfde kan reageren op een behandeling. Een groot gedeelte van de onderzochte patiënten reageert goed op de placeboconditie omdat er sprake was van een tijdelijke zelflimiterend stemmingsdaling en een andere groep patiënten wordt onderbehandeld met selectieve serotonine-heropnameremmers (Taylor & Fink 2006).

BESLUIT

Tijdens de voorbereiding van DSM-V gaan veel stemmen op voor een andere indeling en een herwaardering voor het concept 'melancholie' (Coryell 2007; Fink & Taylor 2007; Parker 2007;

Shorter 2007). Als melancholie een afzonderlijke diagnose zou zijn in plaats van een subcategorie van ernstige depressie, zou er meer aandacht zijn voor specifieke symptomen, hetgeen de herkenning zou bevorderen. De afgelopen jaren is er een aantal monografieën gepubliceerd over melancholie met veel nadruk op casuïstiek en de therapeutische consequenties (Parker & Hadzi-Pavlovic 1996; Schwartz & Shorter 2007; Taylor & Fink 2006). Melancholie wordt hierin gedefinieerd als een stoornis van het gemoed met psychomote, psychotische en/of vitale symptomen. Het identificeren van patiënten met deze vorm van melancholie is van belang, aangezien het beloop ernstig kan zijn met suïcidaliteit; bovendien is aangetoond dat er een goede reactie is op tricyclische antidepressiva en ECT (Parker 2007). Gerichte aandacht voor psychomote verschijnselen, specifiek gevat in een scorelijst zoals de CORE, zal wellicht een nuttige bijdrage vormen bij de diagnostiek van de melancholische depressie.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington: American Psychiatric Press.
- Coryell, W. (2007). The facets of melancholia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (Suppl.433), 31-36.
- Fink, M., & Taylor, M.A. (2007). Resurrecting melancholia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (Suppl. 433), 14-20.
- Jelgersma, G. (1901). Melancholie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 45, 193-205.
- Jongedijk, R.A. (2001). Psychiatrische diagnostiek en het DSM-systeem. Een kritisch overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 43, 309-319.
- Kendler, K.S., & Gardner, C.O. (1998). Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 172-177.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., e.a. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45.
- Kraus, G. (1957). *Leerboek der psychiatrie*. Leiden: Kroese.
- Libiger, J., Young, A., Bond, D., e.a. (2007). Forum – Melancholia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 202-207.
- Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1996). *Melancholia. A disorder of movement and mood: a phenomenological and neurobiological review*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parker, G. (2007). Defining melancholia: the primacy of psychomotor disturbance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (Suppl. 433), 21-30.
- Praag, H.M. van (1974). Naar een biochemische typologie van depressies? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 16, 259-277.
- Praag, H.M. van (2000). Verrijkt biologisch depressieonderzoek de diagnostiek van depressies? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 11-18.
- Rothschild, A.J., Winer, J., Flint, A.J., e.a. (2008). Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1293-1296.
- Schwartz, C., & Shorter, E. (2007). *Psychotic depression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shorter, E. (2007). The doctrine of the two depressions in historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (Suppl. 433), 5-13.
- Sobin, C., & Sackeim, H.A. (1997). Psychomotor symptoms of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 4-17.
- Taylor, M.A., & Fink, M. (2006). *Melancholia: the diagnosis, pathophysiology, and treatment of depressive illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weme, R.J.C., Hoeksema, T., & Goekoop, J.G. (1996). De Widlocher remmingsschaal, een Nederlandse schaal voor het meten van psychomote remming. *Acta neuropsychiatrica*, 8, 56-63.
- Widlöcher, D. (1981). Echelle de ralentissement dépressif, fondements théoriques et premières applications. *Psychologie médicale*, 13, 53-59.

AUTEURS

- A. DOLS is psychiater op een polikliniek voor ouderen bij GGZ inGeest/VUmc te Amsterdam.
- D. RHEBERGEN is psychiater op een ouderenafdeling van GGZ inGeest/VUmc te Amsterdam.
- P. EIKELENBOOM is psychiater verbonden aan GGZ inGeest en hoogleraar Ouderenspsychiatrie, VU medisch centrum, en hoogleraar Neuropsychiatrie, Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.
- M.L. STEK is psychiater en directeur behandelzaken Ouderenspsychiatrie GGZ inGeest/VUmc te Amsterdam.
- Correspondentieadres: A. Dols, GGZ inGeest, Circuit Ouderen, polikliniek, Valeriusplein 14, 1075 BH Amsterdam.
- E-mail: a.dols@ggzingeest.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-2-2010.

SUMMARY

Melancholia, psychomotor disturbance or depressed mood? – A. Dols, D. Rhebergen, P. Eikelenboom, M.L. Stek –

Melancholia is a historical concept according to which the clinical condition is characterised by gloom, apprehension and psychomotor disturbance, vital symptoms and psychotic phenomena. The condition needs to be accurately diagnosed if treatment is to be appropriate. If a patient shows no clear signs of depression, psychomotor disturbance is often not recognised as a feature of severe depression and as a result treatment is delayed. On the basis of two case studies we show that psychomotor symptoms can be extremely important for an accurate clinical evaluation.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)8, 583-588]

KEY WORDS melancholia, psychomotor symptoms, psychotic depression