

REFERAAT

Het risico op suicidaliteit of psychiatrische opname bij adoptiekinderen van biologische ouders die een suïcidepoging deden

Wilcox e.a. (2012) gingen de invloed na van familiale overerving en van omgevingsfactoren bij suïcidaliteit. Bijzonder is dat auteurs geen beroep doen op neurobiologische technieken (Calati e.a. 2011). Zij maakten gebruik van de gegevens van een retrospectief, longitudinaal cohortonderzoek in Zweden van 1973 tot en met 2003. De cohort bestond uit geadopteerde kinderen en auteurs onderzochten een groep van kinderen met biologische ouders die suïcidaal gedrag hadden vertoond (*biological parents suicidal behaviour; BPSB*) en een groep wiens biologische ouders een psychiatrische opname had doorgemaakt zonder suïcidaal gedrag (*biological parents with psychiatric hospitalisation; BPPH*).

Auteurs exploreerden het risico op suïcidaliteit of psychiatrische opnames bij BPSB en BPPH, alsook de invloed hierop van psychiatrische opnames van een adoptieouder tijdens de jeugdijaren. Bij deze onderverdeling telde de BPPH-groep 5875 individuen en de BPSB-groep 2516 individuen. Coxregressie werd gebruikt om het risico te bepalen tussen de twee groepen wat betreft suïciderisico en opname.

De interactie tussen BPSB én een adoptieouder met een psychiatrische opname op het moment dat de geadopteerde minderjarig was, bleek een verhoogd risico te geven op een suïcidepoging bij de geadopteerde. Deze twee factoren afzonderlijk bleken geen verhoogd risico met zich mee te brengen. Men kon een vergelijkbare conclusie trekken bij unipolaire depressie en middelemisbruik.

De resultaten komen overeen met de literatuur die stelt dat suïcidepogingen en psychiatrische stoornissen gedeeltelijk onafhankelijk van elkaar zijn. De auteurs geven zelf al een groot aantal beperkingen aan. Zo kwamen er enkel zelfmoordpogingen in aanmerking die ernstig genoeg

waren om een opname noodzakelijk te maken. Verder konden enkel opnames na 1973 meegerekend worden. Dit onderzoek lijkt dus alleen representatief voor ernstige psychiatrische stoornissen. Er waren geen gegevens over factoren zoals huwelijkse staat, financiële mogelijkheden, leeftijd en werkloosheid. Aangezien vele van de kinderen mogelijk alleenstaande moeders hadden of er geen biologische vader bekend was, is het mogelijk dat de suïcidaliteit en het aantal opnames onderschat werden. Ook was niet bekend of de kinderen op de hoogte waren van psychiatrische problematiek bij de ouders. De groepen vormen echter wel een nationaal representatieve afspiegeling van geadopteerden. Er is geen gebruik gemaakt van zelfrapportage. Bias op basis hiervan is dus niet mogelijk.

Mij valt op dat de sterfgevallen onder biologische ouders die niet herkend zijn als een suïcide, eveneens niet meegerekend worden. We zien vervolgens dat slechts 38 kinderen de twee benodigde risicofactoren hebben. Betreft dit aantal inderdaad enkel degenen met ernstige psychiatrische problemen of spelen er ook andere factoren mee, zoals beschikbaarheid van ambulante zorg, bereikbaarheid van een ziekenhuis, financiële mogelijkheden of een weigering van opname omdat de zorg voor de kinderen niet op andere manier voorzien kan worden?

Dit onderzoek laat zien dat aanleg niet bepalend is voor suïcidaal gedrag. Er bestaat een kans dat een gedegen behandeling van (adoptie)ouders het risico op suïcide kan verminderen, in het bijzonder bij kinderen bij wie een genetische/familiale kwetsbaarheid wordt vermoed.

LITERATUUR

- Calati R, Porcelli S, Giegling I, Hartmann AM, Möller HJ, De Ronchi D, e.a. Catechol-o-methyltransferase gene modulation on suicidal behavior and personality traits: review, meta-analysis and association study. *J Psychiatr Res* 2011; 45: 309-21.
- Wilcox HC, Karamuto SJ, Brent D, Runeson B. The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parents' psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalizations. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 309-15.

AUTEUR

LOUISE BROKKING, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem.

Correspondentieadres: dr. Louise Brokking, afd. Psychiatrie, UZA, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.

E-mail: louise.brokking@telenet.be.

Intermitterende antipsychotische onderhoudsbehandeling van schizofrenie

Het onderbreken van de onderhoudsbehandeling bij schizofrenie wordt duidelijk in verband gebracht met toegenomen recidief en het verzekeren van therapietrouw is dus essentieel. Echter, men onderzoekt ook hoe blootstelling aan antipsychotica beperkt kan worden, gedreven door bezorgdheid over de bijwerkingen van deze medicamenten.

Eerder bestudeerde men vormen van gerichte therapie waarbij behandeling met antipsychotica werd stopgezet tot prodromale tekenen van psychische decompensatie optraden. De uitkomsten waren echter teleurstellend, waardoor men moest zoeken naar andere methoden om de blootstelling aan antipsychotica te beperken.

Remington e.a. (2011) onderzochten in een dubbelblinde, placebogecontroleerde trial of intermitterende, maar regelmatige dosering van antipsychotica een vergelijkbaar klinisch effect op kan leveren als dagelijkse dosering. Ze baseren hun hypothese op recent onderzoek dat de centrale rol van D₂-bezetting in de werking van antipsychotica bevestigde en waaruit bleek dat de receptoren geen 24 uur per dag bezet behoeven te zijn.

Deelnemers moesten een DSM-IV-diagnose van schizofrenie hebben, moesten informed consent kunnen geven en stabiel zijn als ambulante patiënt met één oraal antipsychoticum > 3 maanden. Ze mochten geen depotantipsychoticum gebruikt hebben het afgelopen jaar, geen recent middelenmisbruik en er moest bewijs zijn van trouw aan de huidige behandeling.

Van de 35 deelnemers werd bij 18 de gebruikelijke behandeling voortgezet, 17 kregen intermitterende dosering (dezelfde dosis om de dag gegeven). Om de studie dubbelblind te houden werd waar nodig placebo voorzien. Patiënten werden een halfjaar gevolgd, waarbij om de 2 weken psychiatrische symptomen en bijwerkingen beoordeeld werden.

De totale scores op de 'Brief Psychiatric Rating Scale' over het verloop van de studie verschilden niet tussen de twee groepen. Behalve naar opnamen werd ook gekeken naar recidief, gedefinieerd als 20% toename van symptomen. Intermitterende dosering bleek niet gepaard te gaan met meer recidief. Dat patiënten enigszins verbeterden gedurende de studie kan het gevolg zijn van de opgelegde structuur en het regelmatige patiëntencontact.

Auteurs stellen op grond van hun studie geen dagelijkse, maar regelmatige dosering voor met een interval van maximaal 48 uur. Newton e.a. (1989) vonden bij een regime met wekelijks medicatievrij weekend een vergelijkbaar resultaat. Wat echter een veilig interval is, blijft voorlopig onduidelijk en is vermoedelijk ook niet voor elke patiënt hetzelfde. Daarnaast moet nog blijken of er verschillen zijn tussen de antipsychotica en de snelheid waarmee ze gemetaboliseerd worden.

Auteurs stellen dat we de bevindingen moeten bekijken in de context van de beperkingen van de studie, in de eerste plaats de kleine patiëntenpopulatie. Daarnaast moeten we in ons achterhoofd houden dat deze studie wat betreft bijwerkingen geen betere resultaten laat zien. Zodoende is het nodig voorzichtigheid te hanteren bij het vertalen van deze resultaten naar de klinische praktijk. Bovendien is om de dag medicatie nemen misschien moeilijker dan dagelijks.

Deze studie stelt het dogma van dagelijkse dosering (en soms zelfs meermalen per dag) van antipsychotica ter discussie. Afgelopen jaren zagen we echter eerder een verschuiving naar gebruik van preparaten met vertraagde afgifte om continue blootstelling te bereiken. Daarnaast bestaat er toenemende focus op depotantipsychotica. Maar gaan we daarmee dan niet net de verkeerde kant op?