

Muziektherapie bij schizofrenie en andere  
chronische psychiatrische stoornissen

Wat is het effect van muziektherapie bij patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie? Deze vraag hebben Gold e.a. (2005) zich gesteld. Zij hebben een meta-analyse verricht volgens de criteria van de *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Zij selecteerden de enige 4 gerandomiseerde onderzoeken uit 34 onderzoeken. In deze onderzoeken werd het effect onderzocht van muziektherapie die wordt toegevoegd aan de bestaande klinische behandeling. Er bleken geen publicaties te vinden over onderzoeken waarin muziektherapie vergeleken werd met placebotherapie of met geen behandeling.

Een positief effect van muziektherapie werd gevonden op de 'global state', de 'mental state' (gebaseerd op 1 gerandomiseerd onderzoek: *number needed to treat* = 2), de negatieve symptomen (volgens de *Scale for the Assessment of Negative Symptoms*, gebaseerd op 3 gerandomiseerde onderzoeken) en het sociale functioneren (gebaseerd op 1 onderzoek met meer dan 20 therapieessies). Deze resultaten zijn gevonden na een relatief korte periode met de interventie (1 - 3 maanden), bij patiënten die in de kliniek opgenomen waren. Het lijkt belangrijk te zijn dat een voldoende groot aantal therapieessies worden gegeven: minimaal 20. Dit zijn belangrijke bevindingen die mogelijk van betekenis zijn voor de zorg voor mensen met schizofrenie.

De toegepaste randomisatieprocedure was adequaat. De beoordelaars en de patiënten waren echter niet geblindeerd voor de interventie. Dit kan de uitkomst van muziektherapie in gunstige zin beïnvloed hebben.

Er is duidelijk ruimte voor vervolgonderzoek: Wat is de dosis-effectrelatie? Heeft muziektherapie een blijvend effect, dat voortduurt nadat de therapieessies beëindigd zijn? Voor vervolgonderzoek lijkt verder van belang te onderzoeken welk element van de muziektherapie het positieve effect veroorzaakt. De besproken onderzoeken be-

vatten alle vier zowel het luisteren naar muziek, het zelf spelen, en het discussiëren over het proces. Het blijft dus onbekend of deze factoren een additief of misschien een synergistisch effect hebben, of dat bijvoorbeeld maar één factor van belang is. Ook zou onderzocht moeten worden of het bezig zijn met muziek het effect veroorzaakt, of dat bijvoorbeeld het groeps-element of de professionele aandacht van de muziektherapeut vooral een belangrijke rol spelen. Hiervoor is een gerandomiseerd onderzoek met een actieve controleconditie nodig. Gold e.a. (2005) hebben geen onderscheid gemaakt tussen een groepssetting en een individuele setting. Een dergelijk onderscheid is echter voor vervolgonderzoek van belang.

Ook kwam in deze meta-analyse niet aan de orde het effect van zelfstandige muziekstudie, met bijvoorbeeld eens per week een muziekles. Hoewel misschien meer geschikt voor patiënten die thuis wonen, is dat toch een therapeutische mogelijkheid die ook aandacht verdient.

## LITERATUUR

Gold, C., Haldal, T.O., Dahle, T., e.a. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD004025.pub2. DOI: 10.1002/14651858.

D. TIMMER, arts/muzikant

L. DE HAAN, psychiater

*Escitalopram niet effectiever dan citalopram bij  
matige en ernstige depressie*

Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) worden tegenwoordig vaak als eerste keus voorgeschreven bij de behandeling van de depressieve stoornis. Recent is een nieuw SSRI op de markt gekomen: escitalopram. Het is de linksdraaiende, werkzame isomeer van citalopram en kan daarom lager worden gedoseerd ([www.cvz.nl/resources/cfh04-16-escitalopram-rapport\\_tcm13-7844.pdf](http://www.cvz.nl/resources/cfh04-16-escitalopram-rapport_tcm13-7844.pdf)). In eerder gepubliceerde onderzoeken werd de ef-

fectiviteit van escitalopram geanalyseerd op de korte termijn (8 weken). Het hier besproken onderzoek van Colonna e.a. (2005) bestudeert de effecten na 24 weken.

Uit 66 huisartspraktijken in West-Europa werden 357 patiënten met een depressieve stoornis geïncludeerd en dubbelblind gerandomiseerd in een groep met behandeling met citalopram 20 mg ( $n = 182$ ) en een groep met behandeling met escitalopram 10 mg ( $n = 175$ ). Een depressieve stoornis werd gediagnosticeerd op grond van een semi-structureerd interview gebaseerd op de DSM-IV. Met behulp van de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)* werd de ernst van de depressie bepaald. Alleen patiënten met een score tussen 22 en 40 (matige tot ernstige depressie) werden geïncludeerd. De belangrijkste exclusiecriteria waren: leeftijd  $< 18$  of  $> 65$  jaar, ernstige lichamelijke ziekte, psychiatrische comorbiditeit, gebruik van psychofarmaca, suïcidale gedachten, (mogelijke) zwangerschap en borstvoeding.

De belangrijkste uitkomstmaat was de klinische respons, na 8 en na 24 weken, gedefinieerd als  $> 50\%$  vermindering op de MADRS. Analyses werden verricht middels het *intention-to-treat*-principe.

Er waren geen relevante verschillen in demografische kenmerken tussen beide groepen. Na 24 weken was er een respons bij 80% van de escitalopramgroep versus 78% van de citalopramgroep ( $p > 0,05$ ). Patiënten die werden behandeld met escitalopram verbeterden significant sneller en staakten minder snel de medicatie (13% versus 22%;  $p < 0,05$ ).

In een subgroepanalyse bleek dat matig depressieve patiënten beter reageerden op escitalopram. De MADRS-score was zowel na 8 als na 24 weken significant beter in de escitalopramgroep. Het aantal *responders* na 24 weken was echter niet verschillend (82% in de escitalopramgroep versus 74% in de citalopramgroep;  $p > 0,05$ ). Bij patiënten met een ernstige depressie werden geen verschillen gevonden.

Hoewel de onderzoekers concluderen dat depressieve patiënten goed reageren op escitalopram en dat bij matig depressieve patiënten escitalo-

pram mogelijk effectiever is dan citalopram, dient deze conclusie met voorzichtigheid getrokken te worden. Er werden namelijk gefixeerde doses voorgeschreven en er werd niet individueel bepaald welke dosering optimaal was. Daarnaast werd het onderzoek gesponsord door een farmaceutisch bedrijf. Bovendien werd de subgroep matig depressieve patiënten pas achteraf gedefinieerd, wat doet vermoeden dat men het negatieve algemene resultaat mogelijk nog heeft willen bijsturen. Ten slotte werden grote groepen patiënten geëxcludeerd, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is.

Concluderend: ook in dit onderzoek werd niet bewezen dat het duurdere en minder bekende escitalopram effectiever of veiliger is dan citalopram bij de behandeling van de depressieve stoornis.

#### LITERATUUR

Colonna, L., Andersen, H.F., & Reines, E.H. (2005). A randomized, double-blind, 24-week study of escitalopram (10 mg/day) versus citalopram (20 mg/day) in primary care patients with major depressive disorder. *Current Medical Research and Opinion*, 21, 1659-1668.

A. NEVEN, arts niet in opleiding tot specialist