

Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie

Lijden aan en onder schizofrenie

M. ENEMAN, B.G.C. SABBE

ACHTERGROND Klinische ervaring toont dat hopeloosheid niet zelden optreedt bij patiënten met schizofrenie.

DOEL Deze hopeloosheid te omschrijven, zicht te krijgen op de ermee samenhangende factoren, hopeloosheid af te bakenen van depressie, de invloed te onderzoeken van hopeloosheid op suïcidaliteit en na te gaan wat de implicaties zijn van hopeloosheid voor behandeling.

METHODE Literatuuronderzoek in MEDLINE en PsycINFO met behulp van de trefwoorden 'schizophrenia', 'hopelessness', 'demoralization' en 'disappointment'.

RESULTATEN Naast hopeloosheid wordt ook de bredere term demoralisatie gehanteerd. Er blijken positieve correlaties te bestaan tussen hopeloosheid en: (1) ziekte-inzicht; (2) engulfment; en (3) depressieve symptomen. Negatieve correlaties bestaan tussen hopeloosheid en: (1) cognitieve stoornissen; en (2) een vermijdende coping-stijl. Hopeloosheid en demoralisatie kunnen niet zomaar gelijkgesteld worden aan depressie. Hopeloosheid verhoogt duidelijk de suïcidaliteit. Het optreden van hopeloosheid dwingt tot verscherpte aandacht voor de persoon die lijdt aan schizofrenie.

CONCLUSIE Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie is niet noodzakelijk een teken van pathologie, maar kan wijzen op existentieel lijden. Dit onderkennen is belangrijk voor de benadering van de mens die aan en onder schizofrenie lijdt.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)5, 373-382]

TREFWOORDEN demoralisatie, depressie, hopeloosheid, schizofrenie, suïcide

GEVALSBESCHRIJVING

Tot op zijn zestiende is de ontwikkeling van patiënt probleemloos verlopen. Vanaf dan begint zijn schoolcarrière moeizaam te verlopen. Slechts met grote moeite behaalt hij het diploma van de middelbare school. Enkele pogingen tot een hogere opleiding mislukken, en hetzelfde gebeurt wanneer hij vervolgens probeert aan het werk te komen. Hij isoleert zich meer en meer en wordt zeer angstig. Uiteindelijk wordt hij in een manifest psychotische toestand binnengebracht in een psychiatrisch ziekenhuis. Het instellen van klassieke antipsychotica (eerst haloperidol, later pimo-

zide) doet het manifest psychotische beeld vlot verdwijnen. Patiënt voelt zich goed en veilig in het psychiatrisch ziekenhuis. Pas na veelvuldig aandringen van het team durft hij het ziekenhuis te verlaten en gaat hij naar een beschutte en later zelfstandige woonvorm.

In de daaropvolgende vijftien jaar wordt patiënt driemaal kort opgenomen, telkens als gevolg van gevoelens van vertwijfeling en hopeloosheid en van zeer ernstige suïcidaliteit. Naast de psychiatrische begeleiding volgt patiënt een supportieve psychotherapie. Deze is voor hem van grote waarde. Hij zegt hierover: 'Zonder de psychotherapie was het voor mij overleven, met de therapie is het

leven.' Geleidelijk aan wordt patiënt actiever. Hij begint met een drie jaar durende opleiding administratie in de avonden en weekenden. Door cognitieve moeilijkheden, vooral op het gebied van concentratie, volbrengt hij deze opleiding in vijf jaar. Inmiddels heeft hij een halftijdse baan, weliswaar niet op het niveau van zijn opleiding maar wel in de lijn ervan. Op medicamenteus vlak zijn de klassieke antipsychotica vervangen door het atypische antipsychoticum amisulpride.

Bij deze patiënt kan men kortom spreken van een succesverhaal: zelfstandig wonen lukt reeds vele jaren goed, heropnames hebben zich tot een minimum beperkt, hij heeft nu ook een fraai diploma behaald en verdient zelf zijn brood in het gewone arbeidscircuit.

Patiënt had mij (eerste auteur) er telefonisch van op de hoogte gebracht dat hij geslaagd was voor zijn opleiding, en dit met een mooi resultaat. Bij het daaropvolgende consult verwachtte ik dan ook een meer opgewekte en ontspannen man te zien. Hij zag er echter ernstig en wat gespannen uit, en zei – ongeveer – het volgende: 'Ik heb nu een week vakantie, maar ik kom tot niets en ik geniet er niet van. Ik heb een drang naar passiviteit in mij. Zo'n week vakantie is zinloos. Ik zou nu bijna willen gaan werken, en als ik ga werken is dat soms een te grote druk voor mij en wil ik verlof. Voor mij is alles zinloos, deze vakantie maar ook mijn werk. Wat heb ik in de toekomst te verwachten? Ik zie weinig in de toekomst. Wat zou het uitmaken mocht ik er niet meer zijn, voor wie of voor wat zou dit een verschil zijn? Ook voor mezelf, als ik zou moeten doodgaan, het zou voor mij geen verschil uitmaken. Ik heb wel schrik voor het sterven, maar de dood zelf zie ik als een bevrijding.' Hoewel ook niet echt uit te sluiten, leek de toestand van patiënt niet te beantwoorden aan de criteria voor een depressieve episode.

Dergelijke uitspraken zijn vaker te horen bij patiënten met schizofrenie. Hierbij kan er moeilijk gesproken worden van een gestoorde realiteits-toetsing. Deze patiënten lijken eerder het tragische van hun levenssituatie op een lucide manier

in te schatten. Wat ze zeggen, lijkt invoelbaar en begrijpelijk te zijn. Eenvoudige, vlotte antwoorden kunnen hier niet gegeven worden. In de toekomst zien ze geen fundamentele beterschap en geen perspectief. Voor hun toekomst hebben ze weinig of geen hoop.

Deze gevalsbeschrijving geeft aanleiding tot de volgende vragen: Hoe kan hopeloosheid inhoudelijk omschreven worden? Wat maakt dat sommige patiënten met schizofrenie hopeloos worden en anderen niet? Moet deze hopeloosheid al of niet geïnterpreteerd worden in het kader van een depressie? Speelt hopeloosheid een rol in het optreden van suïcide bij patiënten met schizofrenie? Zijn therapeutische interventies hiervoor aangegeven, en zo ja, welke?

METHODE

Om een antwoord op deze vragen te vinden werd een literatuuronderzoek verricht in de databases MEDLINE en PsycINFO. Hierbij werd de literatuur tussen 1966 en april 2004 onderzocht met behulp van de trefwoorden 'schizophrenia', 'hopelessness', 'demoralization' en 'disappointment'. Het onderzoek in MEDLINE leverde 93 artikelen op, in PsycINFO werden 89 artikelen gevonden. Er waren 27 artikelen die in beide reeksen voorkwamen. Teksten gepubliceerd in andere talen dan het Engels, Frans of Nederlands werden niet geselecteerd, evenmin artikelen die slechts zijdelings met het onderwerp te maken hadden. Van auteurs met meerdere publicaties werden alleen de meest relevante artikelen geselecteerd. Het uiteindelijke bestand betrof ongeveer 40 teksten, meestal gepubliceerd in kwalitatief goede tijdschriften.

Bij de bevindingen van dit eerste exploratieve onderzoek werd rekening gehouden met het gewicht van de aangehaalde onderzoeken, in het bijzonder de aantallen patiënten, de kwaliteit van de gevolgde methodologie en de validiteit van de conclusies. Vervolgonderzoek zal een meer gesystematiseerde beoordeling vergen van de kwaliteit van de aangehaalde onderzoeken.

RESULTATEN

De begrippen hopeloosheid en demoralisatie

Een veel gebruikte definitie is van Stotland (1969), waarbij hopeloosheid beschreven wordt als een geheel van negatieve verwachtingen betreffende zichzelf en zijn toekomstig leven. Voor Hoffmann e.a. (2000) is hopeloosheid een cognitief-affectieve toestand waarin de patiënt de ziekte en haar gevolgen ervaart als buiten de eigen controle en waarbij hij zich hulpeloos voelt en niet meer verwacht het verloop van de ziekte positief te kunnen beïnvloeden. Hierbij worden verantwoordelijkheid en actieve coping-strategieën opgegeven.

Nauw verwant aan de term 'hopeloosheid' is het begrip 'demoralisatie'. Bij demoralisatie gaat het om een combinatie van twee elementen (De Figueiredo 1993; Frank 1974): het falen van de coping-mechanismen in geval van confrontatie met een specifieke, stresserende, toekomstbedreigende situatie en een reeks pijnlijke gevoelens, zoals hulpeloosheid, hopeloosheid, zinloosheid, subjectieve onbekwaamheid en verminderde zelfwaarde.

In een artikel beschrijven Clarke & Kissane (2002) het proces van het totstandkomen van demoralisatie. Zij noemen hopeloosheid het waarmerk van de demoralisatie. Hoewel demoralisatie gepaard gaat met meerdere gevoelens, blijkt hopeloosheid het essentiële kenmerk van het bredere begrip demoralisatie uit te maken. Demoralisatie wordt onderscheiden van depressie, maar kan wel – hoewel niet noodzakelijk – optreden tijdens een depressie, maar ook in het kader van andere psychiatrische (zoals psychose of persoonlijkheidsstoornis) of somatische (bv. kanker) aandoeningen. Demoralisatie kan echter ook voorkomen buiten elke stoornis om.

Samenhangende factoren

Ziekte-inzicht en cognitief functioneren De aanwezigheid van ziekte-inzicht bij patiënten met schizofrenie blijkt meerdere voordelen te

hebben, zoals een betere therapietrouw, een gunstiger klinisch beloop, een beter psychosociaal functioneren (Robben e.a. 2002). In vijf recentelijk uitgevoerde empirische onderzoeken is vastgesteld dat een verbetering van ziekte-inzicht kan leiden tot een toename van hopeloosheid of dat een gebrek aan ziekte-inzicht beschermt tegen ontmoediging en hopeloosheid (Carroll e.a. 1999, 2004; Lysaker e.a. 2002; Moore e.a. 1999; Schwartz 2001).

Ook cognitieve stoornissen kunnen bij patiënten met schizofrenie een beschermend effect hebben tegen gevoelens van hopeloosheid. Hetzelfde geldt voor het gebruik van een vermijdende coping-stijl: een hoger niveau van vluchtend – vermijdend – gedrag voorspelt hogere niveaus van hoop en welbevinden (Lysaker e.a. 2001).

Engulfment Met *engulfment* wordt bedoeld de mate waarin iemands zelfconcept enkel bepaald wordt door de ziekte. Zelfconcept is het geheel van gedachten en gevoelens die iemand heeft over zichzelf. Er is een positief verband gevonden tussen de mate van *engulfment* enerzijds en de grootte van de hopeloosheid anderzijds (McCay & Seeman 1998).

Negatieve en depressieve symptomen Aguilar e.a. (1997) vonden een positieve correlatie tussen hopeloosheid en negatieve symptomen, evenals tussen hopeloosheid en depressieve symptomen. Lysaker e.a. (2001) konden echter geen verband aantonen tussen negatieve symptomen en hoop.

Het onderscheid tussen demoralisatie en depressie

De Figueiredo (1993) beschrijft het onderscheid tussen demoralisatie en depressie als volgt: om een actie uit te voeren zal men moeten weten wat men moet doen (de richting van de actie moet bekend zijn) en zal men over de kracht (de motivatie) moeten beschikken om te handelen (vergelijk het met een vector die een richting en een grootte heeft). Noch de depressieve, noch de gedemoraliseerde persoon komt tot actie. De depressieve per-

soon weet wel wat hij of zij moet doen, of zou moeten doen, maar de kracht daartoe ontbreekt. De gedemoraliseerde persoon ziet geen oplossing, kent de richting van de actie niet, maar de motivatie tot handelen is intact. Indien iemand een oplossing zou kunnen aanwijzen, zou de gedemoraliseerde persoon tot de actie overgaan. Verder wijst De Figueiredo erop dat somatische symptomen, zoals stoornissen van de eetlust en de slaap, dikwijls voorkomen bij depressieve mensen, maar meestal ontbreken bij gedemoraliseerde mensen.

Een ander verschil (Klein e.a. 1980) situeert zich in de capaciteit tot genieten. De depressieve persoon is niet in staat tot genieten (anhedonie), noch van wat in het heden gebeurt, noch van vooruitzichten op de toekomst. De gedemoraliseerde mens is niet in staat om met genoeg vooruit te blikken naar de toekomst, maar kan wel genieten van wat zich in het heden afspeelt.

Meerdere auteurs hebben pogingen ondernomen tot classificering van depressieve verschijnselen bij patiënten met schizofrenie. In het diagnostisch algoritme van Hausmann & Fleischhacker (2002) wordt de categorie 'chronische demoralisatie' beschreven: een langdurige en aanhoudende toestand van diepe hopeloosheid en existentieel lijden, en dit in afwezigheid van de somatische kenmerken van een depressie. De auteurs voegen eraan toe dat chronische demoralisatie gepaard gaat met een belangrijk suïciderisico. In de differentiële diagnose van Siris & Bench (2003) worden ook acute en chronische ontgoochelingsreacties beschreven. Bij de chronische ontgoochelingsreactie (volgens de auteurs bekend onder de naam 'demoralisatiesyndroom') voelen de patiënten zich langdurig moedeloos en mistroostig en dit als gevolg van herhaald falen, veelvuldige verlieservaringen en/of omdat ze de indruk hebben dat belangrijke levensdoelen voor hen onbereikbaar geworden zijn. De auteurs beklemtonen dat het belangrijk is om het demoralisatiesyndroom goed te onderscheiden van andere beelden, aangezien deze toestand erg toegankelijk is voor psychosociale therapie en ondersteuning.

Hopeloosheid en suïcidaliteit

In het algemeen De analyse van Beck (1967), van de afzonderlijke items op de door hem ontworpen depressieschaal, toont aan dat suïcidepogingen sterker correleren met hopeloosheid dan met om het even welk ander item. Een depressieve patiënt die droevig is, zich waardeloos voelt, somatische klachten uit ... maar toch hoop bewaart voor de toekomst, blijkt niet suïcidaal te zijn. Wanneer hopeloosheid optreedt, neigen ook suïcidedgedachten zich te ontwikkelen. Hopeloosheid is de missing link tussen depressie en suïcidaal gedrag (Beck e.a. 1975; Beck e.a. 1993; Beck e.a. 1985). Het is de aanwezigheid van hopeloosheid, eerder dan die van depressieve stemming, die bepaalt dat patiënten met verschillende psychiatrische stoornissen suïcidaal gedrag vertonen (Westermeyer e.a. 1991; Wetzel e.a. 1980).

Bij patiënten met schizofrenie Drake e.a. (1984) verrichtten empirisch onderzoek over suïcide bij patiënten met schizofrenie, gebruikmakend van uit de vakliteratuur geselecteerde risicofactoren. Ze vonden dat patiënten met schizofrenie die suïcide plegen, voor zichzelf hoge verwachtingen hebben over hun functioneren, en dit in de lijn van hun vroegere opleiding. Deze patiënten zijn zich op een realistische wijze bewust van de gevolgen van hun ziekte. Ze voelen zich niet in staat hun doelstellingen te bereiken en vrezen verder mentaal verval. Hun stemming is somber en wat hun toekomst betreft voelen ze zich hopeloos. Ze verkiezen hun leven te beëindigen boven te blijven leven met een chronische psychiatrische aandoening. Afhankelijk van de mate waarin hun beslissing eerder een realistische inschatting van hun huidig en toekomstig functioneren inhoudt dan een door de stemming gestoorde perceptie is van de toekomst, moeten deze mensen eerder hopeloos genoemd worden dan lijdend aan een depressieve stoornis. In een ander onderzoek (Drake & Cotton 1986) wordt vermeld dat vele patiënten voor ze suïcide plegen depressief lijken, maar dat slechts een minderheid van hen een depressieve

stoornis (*major depressive disorder*) heeft: ze vertonen eerder tekenen van hopeloosheid en andere psychologische kenmerken van depressie, zoals gevoelens van waardeloosheid. Wanneer hopeloosheid niet aanwezig is, vertonen depressieve patiënten met schizofrenie geen groter risico voor suïcide dan niet-depressieve patiënten met schizofrenie.

Van alle verschillende risicofactoren voor suïcide bij patiënten met schizofrenie zijn, vanuit een klinisch perspectief, vroegere suïcidepogingen en hopeloosheid de belangrijkste (Meltzer 2001).

Zich baserend op andere onderzoeken (Amador e.a. 1994; Bartels e.a. 1992; Schwartz 2000), meent Schwartz (2001) dat het gerechtvaardigd is te besluiten dat er zich bij veel patiënten met schizofrenie een lijn ontwikkelt van inzicht - demoralisatie - depressie - suïcidaal syndroom. Wanneer patiënten zich meer bewust worden van hun functionele beperkingen, van hun begrensde toekomstige mogelijkheden en van de geleden verliezen die te wijten zijn aan hun ondermijnende aandoening, kan een vorm van 'hopeloosheidsdepressie' (Abela & Seligman 2000) ontstaan. Deze vorm kan leiden tot suïcidaliteit.

De resultaten van een onderzoek bij patiënten met schizofrenie naar het verband tussen hopeloosheid, neurocognitief functioneren en inzicht enerzijds en suïcidaal gedrag anderzijds (Kim e.a. 2003) suggereren dat hopeloosheid, middelenmisbruik, groter inzicht en beter cognitief functioneren geassocieerd zijn met een verhoogde suïcidaliteit bij patiënten met chronische schizofrenie. Van deze verschillende factoren heeft hopeloosheid de sterkste voorspellende waarde van suïcidaliteit.

De Hert e.a. (2001) wijzen op de band tussen hoge premorbide intelligentie en suïcide. Zij vermelden ook dat het vroeg ontwikkelen van een defecttoestand bij patiënten met schizofrenie beschermend blijkt te zijn tegen suïcide. Uit een literatuuroverzicht blijkt dat de meeste onderzoekers een positief verband vinden tussen IQ en inzicht, maar een negatief verband tussen cognitieve functiestoornissen en inzicht (Robben e.a. 2002). Hier-

boven werd reeds gewezen op de relatie tussen inzicht en het ontstaan van hopeloosheid. Rekening houdend met dit alles kan men argumenteren dat de invloed van intelligentie en cognitief functioneren op suïcidaliteit minstens voor een deel loopt via de lijn inzicht-hopeloosheid-suïcidaliteit.

Toch waarschuwen Vieta e.a. (1998) dat klinici eraan moeten denken dat niet alleen demoralisatie of depressieve symptomen belangrijk zijn bij het inschatten van het suïciderisico bij patiënten met schizofrenie, maar dat positieve psychotische symptomen nog meer gerelateerd zijn aan het risico op een ernstige zelfmoordpoging.

Implicaties van hopeloosheid voor behandeling

De patiënt als persoon Strauss (1989) legt grote nadruk op het open en aandachtig luisteren naar de subjectieve ervaringen van patiënten met schizofrenie. Hulpverleners krijgen niet te maken met een stereotypisch ziekteproces dat gegrift wordt in een soort vage 'om-het-even-wie' (*a shadowy everyperson*), maar met ziekteprocessen die interageren met een eigen en zeer gedifferentieerde mens. Bij een schizofreen ziekteproces speelt de persoon zelf niet een perifere rol, louter als passief slachtoffer van de ziekte. De persoon als een actief, doelgericht en zelfregulerend wezen interageert op een cruciale wijze met de ziekte en haar verloop.

Deze interactie is niet lineair maar circulair en kan leiden tot escalaties en het ontstaan van vicieuze cirkels. Zo kan hopeloosheid chroniciteit bevorderen, en op haar beurt kan een chronisch verloop mensen hopeloos maken (Hoffmann e.a. 2000).

Specifieke interventies Het concept 'engulfment' stimuleert de ontwikkeling van een therapeutische stijl die patiënten helpt om een positieve persoonlijke identiteit te verwerven (McCay & Seeman 1998). Alleen maar therapietrouw nastreven heeft ondermijnende aspecten, resulterend in gevoelens van machteloosheid en het versterken van de passiviteit die de ziekte met

zich meebrengt. De uitdaging is het vinden van methoden die personen met schizofrenie in staat stellen om een actieve rol te spelen in de aanpak van hun aandoening, en om de hopeloze gelatenheid te overwinnen die dikwijls optreedt bij het louter passief aanvaarden van de ziekte, haar behandeling en haar prognose.

Vanuit empirisch onderzoek – kwantitatief en kwalitatief (focusgroepen) – en vanuit de persoonlijke ervaringen van patiënten met schizofrenie zijn drie criteria voor herstel ontwikkeld (Noordsy e.a. 2002): hoop, zelfverantwoordelijkheid en het verder realiseren van het levensproject ondanks de ziekte. Vanuit deze criteria worden hulpverleners aangemoedigd om zo veel mogelijk een samenwerkingsrelatie met de patiënten uit te bouwen waarbij beslissingen zo veel mogelijk door beide partijen genomen worden.

De snelste manier om een proces van demoralisatie te stoppen is het verlichten van de symptomen, of het nu gaat om constipatie, pijn, anhedonie, agitatie of hallucinaties (Clarke & Kissane 2002). Verder kan zowel op het vlak van cognitie als op het vlak van gedrag heel wat ondernomen worden. Maar het allerbelangrijkste is wellicht het empathisch begrijpen van de patiënten, samen met de tijd en aandacht die aan hen geschonken wordt. Dit vermindert de vervreemding evenals het alleen zijn en het versterkt hun waarde als persoon. Clarke & Kissane (2002) benadrukken de waarde van 'het er zijn met de patiënt' en het expliciet met hen spreken over wat voor hen zin of betekenis kan hebben. Ook Kirkpatrick e.a. (2001) wijzen op het belang van het nastreven van een echt respectvolle en goede relatie met patiënten met schizofrenie. Deze laatsten zeiden dat het 'er zijn', het aanmoedigen, het ondersteunen en het proberen te begrijpen voor hen echt helpend was. Hulpverleners waren vooral belangrijk in tijden van ziekte, wanneer anderen het lieten afweten.

Twee waarschuwingen Verschillende auteurs (Carroll e.a. 2004; Kim e.a. 2003; Lysaker e.a. 2001) waarschuwen ervoor dat het verhogen van ziektebesef en ziekte-inzicht aanleiding kan ge-

ven tot gevoelens van hopeloosheid en suïcidaliteit. Zo had een kort psycho-educatieprogramma bij patiënten met schizofrenie, dat geleid had tot een verbetering van inzicht en van de attitude tegenover behandeling, ook geresulteerd in een verhoogde suïcidaliteit (Cunningham Owens e.a. 2001). Dit mag echter geen beletsel zijn voor het streven naar verbetering van inzicht, vooral vanwege het positieve effect ervan op therapietrouw en het klinisch beloop van de ziekte (Robben e.a. 2002). Wanneer men inzichtverbetering nastreeft, moet men dit echter op een oordeelkundige manier doen. Bij psycho-educatie moet men zich niet beperken tot het overbrengen van informatie, maar moet men aandacht hebben voor de hele persoon van de zieke en zijn beleving.

Ten slotte geldt de waarschuwing (Clarke & Kissane 2002) dat klinici niet zelden de demoralisatie nog erger maken door een inadequate behandeling, door tactloos te spreken over vooruitgang (of het gebrek aan vooruitgang), door niet goed te luisteren naar zorgen en preoccupaties, door een verwerpende houding die de patiënt als persoon devalueert, door vermijdingsgedrag (soms letterlijk wegblijven) en door hun onbekwaamheid om rustig over belangrijke zaken te spreken. Dit kan voor een deel te wijten zijn aan de eigen demoralisatie en hopeloosheid van de klinici. Daarom is het belangrijk samen te werken in een multidisciplinair team waarin collega's elkaar wederzijds steunen en te werken in een omgeving die reflectie aanmoedigt over dat waarmee men bezig is (Clarke & Kissane 2002).

DISCUSSIE

Met hopeloosheid samenhangende factoren Het ontstaan van hopeloosheid en demoralisatie lijkt een indicatie te zijn voor de aanwezigheid van psychisch gezonde aspecten bij de persoon met schizofrenie. Hoe hoger de intelligentie, hoe beter het cognitief functioneren, hoe groter het inzicht, hoe kleiner de deterioratie, hoe minder vermijdende coping-stijl, des te groter is de kans op het optreden van hopeloosheid en demoralisatie.

satie. Patiënten met schizofrenie die meer zicht hebben op en besef hebben van wat er gaande is, lopen meer kans met gevoelens van hopeloosheid te kampen te krijgen. Het lijkt wel: hoe zieker, hoe minder kans daartoe.

Het onderscheid hopeloosheid-depressie Wat betreft het onderscheid hopeloosheid-depressie is het op zijn minst ongenueanceerd en vermoedelijk zelfs onjuist om hopeloosheid en demoralisatie zomaar gelijk te stellen aan de aandoening depressie, hoewel hopeloosheid en demoralisatie gepaard kunnen gaan met gevoelens van depressiviteit. Depressieve stoornissen kunnen optreden met of zonder hopeloosheid. Hopeloosheid kan voorkomen binnen of buiten het kader van een depressieve stoornis. Men kan stellen: depressie is een aandoening, een ziekte; hopeloos zijn is niet, of niet noodzakelijk, ziekelijk.

Naast de boven beschreven verschillen tussen de depressieve stoornis enerzijds en demoralisatie anderzijds kan men nog op een ander verschil wijzen. Naarmate een depressie ernstiger wordt, zeker wanneer ze uitgroeit tot in de psychotische registers, wordt de realiteitstoetsing progressief aangetast, ontstaan er meer en meer inhoudelijke denkstoornissen en stijgt de kans op suïcide. Bij demoralisatie is de realiteitstoetsing niet gestoord, integendeel, deze patiënten met schizofrenie lijken de ernst van hun levenssituatie op een realistische wijze in te schatten. Dit kan gevoelens van hopeloosheid doen ontstaan en suïcidegedachten genereren. Hier blijken niet cognitieve distorsies, maar wel helder inzicht de kans op suïcide te verhogen.

Hopeloosheid en demoralisatie lijken te maken te hebben met een rouwproces, maar dan toch een bijzonder rouwproces. In een rouwproces rouwt men om een affectief verlies, meestal van een geliefd persoon. Wie is hier de geliefde persoon die men verloren heeft, om wie gerouwd wordt? De patiënt met schizofrenie rouwt om het verlies van zichzelf of, met de woorden van Semrad (1966), om *the loss of the former self*. Bovendien strekt dit verlies zich niet alleen uit over het verleden, maar

spreidt het zich ook uit over de toekomst. Men verliest niet alleen wie men was, maar ook de persoon die men had kunnen zijn.

Therapeutische aspecten Hoewel het altijd is aan te bevelen bij de behandeling van schizofrenie, zal men er bij het optreden van hopeloosheid en demoralisatie a fortiori op moeten letten het therapeutische scala breed te houden. Naast het bestrijden van ziekteprocessen moet er worden gezorgd voor voldoende en actieve aandacht voor de persoon van de patiënt, met zijn ervaringen en subjectief beleven. Uiteraard moet medicatie, zoals antipsychotica en antidepressiva, oordeelkundig, op de juiste indicatie en lege artis worden voorgeschreven. Echter, hopeloosheid en demoralisatie (al te snel) benoemen als een eventueel postpsychotische depressie en zich hierbij beperken tot het voorschrijven van antidepressiva, doet denken aan de waarschuwing van Clarke & KISSANE (2002) om de psyche niet te behandelen als was het een orgaan van het lichaam, met veronachtzaming van de persoon. Naast farmacotherapie zal steeds aandacht geschonken moeten worden aan het geven van support, indien geïndiceerd in de vorm van supportieve psychotherapie. Herinneren we ons de woorden van de besproken patiënt, voor wie het zonder psychotherapie overleven was, maar met therapie leven.

CONCLUSIE

Hopeloosheid en demoralisatie kunnen optreden in het kader van ernstig levensbedreigende of levensversturende lichamelijke en psychiatrische aandoeningen, en ook buiten een stoornis om. Dat schizofrenie dikwijls een ernstig levensversturende psychiatrische aandoening is, betwist niemand. Het vóórkomen van hopeloosheid en demoralisatie bij patiënten met schizofrenie hoeft dan ook niet te verwonderen. Het beïnvloedt het verloop en de prognose van de aandoening.

Het optreden van depressieve beelden bij patiënten met schizofrenie noopt tot een genuanceerd diagnostisch denken. Het vóórkomen van

hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie kan deel uitmaken van het symptomencomplex van een depressieve aandoening, maar wellicht is dit veelal ook niet het geval en moet hopeloosheid eerder opgevat worden als een teken van existentieel lijden. Dit laatste is weliswaar lijden, maar geen ziekte. Het onderkennen van de aanwezigheid van dit existentiële lijden is belangrijk voor een adequate benadering van de persoon lijdend niet alleen aan maar ook onder schizofrenie.

LITERATUUR

- Abela, J.R.Z., & Seligman, M.E.P. (2000). The hopelessness theory of depression: a test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 361-378.
- Aguilar, E.J., Haas, G., Manzanera, F.J., e.a. (1997). Hopelessness and first-episode psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 25-30.
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., e.a. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Bartels, S.J., Drake, R.E., & McHugo, G.J. (1992). Alcohol abuse, depression, and suicidal behavior in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 394-395.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Beck, J.S., e.a. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 23, 139-145.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., e.a. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., e.a. (1999). Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 35, 247-253.
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 169-173.
- Clarke, D.M., & Kissane, D.W. (2002). Demoralization: its phenomenology and importance. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 733-742.
- Cunningham Owens, D.G., Carroll, A., Fattah, S., e.a. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 362-369.
- Drake, R.E., & Cotton, P.G. (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 148, 554-559.
- Drake, R.E., Gates, C., Cotton, P.G., e.a. (1984). Suicide among schizophrenics. Who is at risk? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 613-617.
- Figueiredo, J.M. de. (1993). Depression and demoralization: phenomenological differences and research perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 308-311.
- Frank, J.D. (1974). Psychotherapy: the restoration of morale. *The American Journal of Psychiatry*, 131, 271-274.
- Hausmann, A., & Fleischhacker, W.W. (2002). Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 83-96.
- Hert, M. de, McKenzie, K., & Peuskens, J. (2001). Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 47, 127-134.
- Hoffmann, H., Kupper, Z., & Kunz, B. (2000). Hopelessness and its impact on rehabilitation outcome in schizophrenia -an exploratory study. *Schizophrenia Research*, 43, 147-158.
- Kim, C.H., Jayathilake, K., & Meltzer, H.Y. (2003). Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research*, 60, 71-80.
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Woodside, H., e.a. (2001). How people with schizophrenia build their hope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39, 46-53.
- Klein, D.F., Gittelman, R., Quitkin, F., e.a. (1980). *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders: adults and children* (pp. 230-231, 248-249, 258, 445-446). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lysaker, P.H., Clements, C.A., Plascak-Hallberg, C.D., e.a. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry*, 65, 197-206.
- Lysaker, P.H., Clements, C.A., Wright, D.E., e.a. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 457-462.
- McCay, E.A., & Seeman, M.V. (1998). A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives*

of *Psychiatric Nursing*, 12, 41-49.

- Meltzer, H.Y. (2001). Treatment of suicidality in schizophrenia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 44-58; discussion, 58-60.
- Moore, O., Cassidy, E., Carr, A., e.a. (1999). Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry*, 14, 264-269.
- Noordsy, D., Torrey, W., Mueser, K., e.a. (2002). Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326.
- Robben, N., de Hert, M., & Peuskens, J. (2002). Gebrek aan ziekte-inzicht bij schizofrene patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 313-322.
- Schwartz, R.C. (2000). Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 235-237.
- Schwartz, R.C. (2001). Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 401-403.
- Semrad, E.V. (1966). Long-term therapy of schizophrenia. In G.L. Usdin (Red.), *Psychoneuroses and schizophrenia*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Siris, S.G., & Bench, C. (2003). Depression and schizophrenia. In S.R. Hirsch & D.R. Weinberger (Red.), *Schizophrenia* (pp. 142-167). Oxford: Blackwell Publishing.
- Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, J.S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry--II. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179-187.
- Vieta, E., Nieto, E., & Gasto, C. (1998). Suicide risk in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 1640.
- Westermeyer, J.F., Harrow, M., & Marengo, J.T. (1991). Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 259-266.
- Wetzel, R.D., Margulies, T., Davis, R., e.a. (1980). Hopelessness, depression, and suicide intent. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 159-160.

AUTEURS

M. ENEMAN is psychiater en hoofdgeneesheer in het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus te Bierbeek.

B.G.C. SABBE is hoogleraar medische psychologie en psychiatrie aan de Universiteit Antwerpen en is als psychiater werkzaam in het Psychiatrisch Centrum Sint-Norbertus te Duffel.

Correspondentieadres: M. Eneman, UPC Sint-Kamillus, Krijkelberg 1, B-3360 Bierbeek, België.

E-mail: marc.eneman@fracarita.org.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-12-2005.

SUMMARY

Hopelessness in patients with schizophrenia. Suffering from and with schizophrenia – M. Eneman, B.G.C. Sabbe –

BACKGROUND Clinical experience shows that feelings of hopelessness quite often arise in patients with schizophrenia.

AIM To describe these feelings of hopelessness, obtain insight into interrelated factors, distinguish hopelessness from depression, study the influence of hopelessness on suicidal behaviour and find out how feelings of hopelessness can influence the treatment that is provided.

METHOD We searched the literature via MEDLINE and PsycINFO using the key words 'schizophrenia', 'hopelessness', 'demoralization', and 'disappointment'.

RESULTS Demoralization is a broader term than hopelessness and is used quite often. Positive correlations are found between hopelessness and: (1) awareness of illness; (2) engulfment; and (3) depressive symptoms. Negative correlations are found between hopelessness and: (1) cognitive disorders; and (2) an avoidant coping style. Hopelessness and demoralisation cannot be equalled with depression. Hopelessness clearly heightens suicidal tendencies. Feelings of hopelessness in a patient suffering from schizophrenia signal that closer attention should be given to that patient.

CONCLUSION Feelings of hopelessness in patients with schizophrenia are not necessarily a sign of pathology but may point to existential suffering. This needs to be recognised by those dealing with persons suffering from schizophrenia,

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)5, 373-382]

KEY WORDS demoralization, depression, hopelessness, schizophrenia, suicide