

Gecompliceerde rouw moet onderscheiden worden van rouwgerelateerde angst en depressie

Gecompliceerde rouw (traumatic grief) wordt gekenmerkt door aanhoudende en verlammeende preoccupatie met het verlies van een persoon. Het moet onderscheiden worden van angst en depressie na een dergelijk verlies – dit was althans de conclusie in Amerikaans onderzoek bij ouderen die recent hun man of vrouw hadden verloren. Of dit onderscheid ook opgaat voor jongere mensen in een Nederlandse populatie is door Boelen e.a. (2003) onderzocht.

Er werden 77 vrouwelijke en 26 mannelijke ambulante patiënten (gemiddelde leeftijd 44 jaar; standaarddeviatie (SD) 13,1) geselecteerd van 18 jaar en ouder die zich bij de ggz hadden gemeld voor problemen met rouw en die minstens 2 maanden geleden een eerstegraads familielid (partner, ouder, kind of broer/zus) hadden verloren. Zij hadden gemiddeld 41,7 maanden (SD 61,4) tevoren hun naaste verloren. Bij 33% betrof het de partner, bij 29% een kind, bij 28% een ouder en bij 10% een broer of zus. In 43% van de gevallen was ziekte de doodsoorzaak. Bij de intake kreeg 25% van de patiënten de diagnose depressieve stoornis, 3% de diagnose angststoornis en 10% beide.

Bij de patiënten werd de subschaal angst- en depressie van de Symptom Checklist-90 (SCL-90) afgenomen en ook de Inventory of Traumatic Grief, een vragenlijst waarmee de ernst van gecompliceerde rouw kan worden gemeten. In de factoranalyse konden door de beperkte groepsgrootte slechts 5 items van elk van de SCL-90-subschalen en 10 items van de Inventory of Traumatic Grief (de items met de hoogste correlatie met de totale score van de betreffende schaal) worden opgenomen. Deze factoranalyse leverde 3 factoren op: 'gecompliceerde rouw', 'angst' en 'depressie', die respectievelijk 31, 18 en 16% van de variantie verklaarden.

De auteurs concludeerden dat ook bij deze Nederlandse patiënten van middelbare leeftijd

gecompliceerde rouw een aparte symptomencluster vormt, wat mogelijk implicaties heeft voor de behandeling. Er zijn aanwijzingen dat bij gecompliceerde rouw specifieke psychotherapie, die onderdelen combineert van interpersoonlijke therapie en cognitieve gedragstherapie met exposure-elementen, een beter resultaat geeft dan andere therapie (Shear e.a. 2001).

Het is moeilijk om onderzoeken op dit gebied met elkaar te vergelijken. Ten eerste bestaat er geen consensus over de terminologie. Amerikaanse onderzoekers gebruiken sinds enkele jaren de term 'traumatic grief' in plaats van 'complicated grief', terwijl in Nederland van 'gecompliceerde rouw' wordt gesproken. Hieruit voortkomend zijn er bovendien verscheidene herzieningen geweest van de Inventory of Traumatic Grief. Verder verschilden de onderzochte groepen in comorbiditeit. Zo was er in het onderzoek van Shear e.a. bij bijna 50% van de patiënten sprake van een depressie en bij 30% van een posttraumatische stressstoornis. Het is ook goed zich te realiseren dat deze onderzoeken een momentopname zijn, terwijl de symptomatologie mogelijk verandert in de loop der tijd.

LITERATUUR

- Boelen, P.A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339-1341.
- Shear, M.K., Frank, E., Foa, E., e.a. (2001). Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.

E. J. I. SCHIPPER, arts-assistent in opleiding tot psychiater
J. W. B. M. VAN BERKESTIJN, psychiater

Schizofrenie vóór het 18de jaar: zijn er voorbodes, en wat zeggen deze?

Hollis (2003) vergeleek het vóórkomen van specifieke premorbide beperkingen bij schizofrenie die optrad vóór het 18de jaar, met die bij affectieve psychosen. Ook was hij benieuwd naar het verband van eventuele beperkingen met specifieke symptoomdimensies.

Bij een tweestaps retrospectief dossieronderzoek van alle patiënten die op een leeftijd jonger dan 18 jaar het Maudsley Hospital in Londen bezochten in de periode van 1973 tot 1991, bleken er bij de eerste screening 196 patiënten te zijn met een eerste psychotische episode. Bij verdere selectie vielen er nog 23 af wegens ontbrekende gegevens, en werden er 58 als niet-psychotisch gediagnosticeerd en 5 als autistisch. Van de 110 uiteindelijk in het onderzoek geïnccludeerde patiënten hadden 61 volgens de DSM-III-criteria de diagnose schizofrenie en 49 de diagnose niet-schizofrene psychose. Met behulp van de gevalideerde lijst Operational Criteria (OPCRIT), werden de psychopathologische kenmerken ingedeeld in 6 psychotische symptoomdimensies: negatieve symptomen, positieve symptomen I en II, depressie, manie, en symptomen van desorganisatie. Gegevens over premorbide gedrag en ontwikkeling werden gemeten met behulp van 3 instrumenten. Het eerste was een speciaal voor dit onderzoek ontwikkelde schaal betreffende vroege (neurologische) ontwikkelingsstoornissen. Het tweede was een afgeleide van de eerder beschreven *Premorbid Schizoid and Schizotypal Scale* voor volwassenen, deze meet in het bijzonder sociaal gedrag. Aanpassing werd vastgesteld met een gedeelte (tot 11 jaar) van de bestaande *Premorbid Adjustment Scale*, waarbij de scores in een 3- in plaats van 7-puntsschaal werden gecategoriseerd.

Beperkingen in het premorbide functioneren bleken vaker voor te komen bij patiënten die op latere leeftijd negatieve symptomen vertoonden. Tevens was bij schizofrenie de score op alledrie genoemde schalen meer afwijkend dan bij affectieve psychosen. Van deze drie testinstrumenten is de

validiteit echter onbekend.

Daarnaast is de kwaliteit van (retrospectieve) dossiergegevens minder dan die van prospectief verzamelde gegevens, hoewel de auteur zelf deze bij dit opleidingsziekenhuis hoog inschat. Gezien de lage incidentie van psychose vóór het 18de jaar is het echter begrijpelijk dat de onderzoeker voor een dergelijke aanpak koos, maar het zou zorgvuldiger zijn geweest als de beoordeling van de dossiergegevens door meer personen dan alleen de auteur had plaatsgevonden.

De auteur suggereert dat het gevonden verband tussen premorbide beperkingen en negatieve symptomen een aanwijzing kan zijn voor continuïteit van deze beperkingen met latere symptoomdimensies. Deze beperkingen kunnen echter ook prodromale symptomen zijn van het negatieve syndroom bij schizofrenie. Ook zou schizofrenie voor het 18de jaar volgens de auteur kunnen worden onderscheiden van andere vroege psychosen door de grotere premorbide beperkingen, maar voor de klinische praktijk is deze bevinding van weinig waarde door de lage specificiteit ervan. Ook bij andere ontwikkelingsstoornissen bij kinderen komen premorbide beperkingen vaak voor.

Concluderend levert dit onderzoek – met weliswaar een interessante vraagstelling – nog weinig duidelijkheid op over vroege voorspellers in de ontwikkeling van schizofrenie.

LITERATUUR

Hollis, C. (2003). Developmental precursors of child- and adolescent-onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 37-44.

I. M. HEIN, arts-assistent in opleiding tot psychiater