

*Crisiskaart voorkomt geen zelfbeschadiging*

Om zelfbeschadiging te voorkomen wordt regelmatig gebruikgemaakt van interventies als belafspraken of bed-op-recept-regelingen. In Engeland (Evans e.a. 2005; Evans e.a. 1999) is het effect van een 'crisiskaart' onderzocht. Met de crisiskaart kon gedurende 6 maanden, 24 uur per dag telefonisch contact opgenomen worden met een psychiater in opleiding.

In een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gedurende 12 maanden werden 827 patiënten geïncludeerd die behandeld waren in een van de ziekenhuizen in Bristol in verband met een recidief van zelfbeschadiging (zowel automutilatie als het nemen van een overdosis medicatie). Alle patiënten werden beoordeeld door de dienstdoende arts en afhankelijk van diens inschatting kregen zij een behandeling die kon variëren van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, een verwijzing naar een ggz-instelling (geestelijke gezondheidszorg) tot alleen een advies. Vervolgens werden de patiënten gerandomiseerd in 2 groepen waarbij de ene groep de crisiskaart kreeg uitgereikt en de andere groep niet. Behoudens dat er een klein verschil was in het percentage mannen, waren er geen verschillen tussen de gerandomiseerde groepen wat betreft psychiatrische diagnostiek, aantal zelfbeschadigingen in het verleden en demografische gegevens.

De uitkomstmaat was behandeling in een van de ziekenhuizen in Bristol in verband met een recidief van zelfbeschadiging. In de groep die gebruik kon maken van de crisiskaart (n = 417) beschadigde 21,6% zichzelf opnieuw, tegenover 18,8% in de controlegroep (n = 410). Dit verschil was niet significant. Ook de tijd die verstreek tot het recidief verschilde niet tussen de groepen. In totaal maakten 70 patiënten 1 of meerdere malen gebruik van de crisiskaart. Het artikel vermeldt helaas niet het effect en de reden van deze telefoongesprekken.

Uit het onderzoek blijkt dat een crisiskaart de kans op zelfbeschadigend gedrag niet vermindert. De auteurs merken op dat het onderzoek bijna 10 jaar geleden is uitgevoerd en dat de behandelmethoden zich inmiddels verder ontwikkeld hebben. Het is echter ook mogelijk dat de interventie met de crisiskaart contraproductief werkt. Immers – het was weliswaar niet significant – maar de groep zonder crisiskaart had minder vaak een recidief dan de groep met crisiskaart. Een mogelijke verklaring is dat de crisiskaart patiënten eerder afhankelijk maakt en dat ze niet leren hoe zelfbeschadiging te voorkomen.

Kritische voorstanders van een crisiskaart zouden kunnen opperen dat in dit onderzoek geen specifiek geschoolde crisisdienstmedewerkers meededen, maar psychiaters in opleiding of dat de crisiskaart niet ingebed was in een uitgebreide behandeling. De vraag of de crisiskaart wel effectief is als dergelijke wijzigingen in een onderzoek worden doorgevoerd is een nieuwe onderzoeksvraag en zal uitgezocht moeten worden middels een gerandomiseerd onderzoek. Hetzelfde geldt voor interventies als strippenkaarten of bed-op-recept-regelingen. Tot die tijd lijkt terughoudendheid tegenover het toepassen van dit soort interventies gepast.

## LITERATUUR

- Evans, J., Evans, M., Morgan, G.H., e.a. (2005). Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 186-187.
- Evans, M.O., Morgan, G.H., Hayward, A., e.a. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effect on repetition. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 23-27.

G. D. KUUT, arts in opleiding tot psychiater  
P. N. VAN HARTEN, psychiater

### Suïciderisico door antidepressiva opnieuw onder de loep genomen

Er bestaat controverse over het frequenter optreden van suïcidaliteit gedurende de behandeling met antidepressiva (AD). In 2003 waarschuwde het Britse MHRA (UK Medicines and Health care products Regulatory Agency 2003) hiervoor bij de behandeling van adolescenten met paroxetine. In 3 meta-analyses werd in klinische onderzoeken bij volwassenen geen verhoogd suïciderisico gevonden bij antidepressivagebruik ten opzichte van placebo (Khan e.a. 2003; Gunnell e.a. 2005; Storsum e.a. 2001). In andere meta-analyses werd wel een verhoogd risico op suïcidaliteit gevonden (Aursnes e.a. 2005; Fergusson e.a. 2005).

Simon e.a. (2006) hebben dit toegenomen risico van suïcidaliteit bij het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) in de dagelijkse praktijk geëvalueerd. Hiervoor hebben zij uit (voornamelijk eerstelijns) bestanden van de gezondheidszorg in de VS 65.103 patiënten geselecteerd (januari 1992 tot juli 2003) die voor 82.285 depressieve episodes AD voorgeschreven kregen. Patiënten kregen de 6 maanden voorafgaand aan het begin van de behandeling geen AD. Criteria waren daadwerkelijke suïcides en suïcidepogingen die leidden tot ziekenhuisopname.

De suïcideratio was 40 per 100.000 behandelperioden ( $n = 31$ ) en de ratio van ernstige suïcidepogingen was 93 per 100.000 ( $n = 76$ ). In de 3 maanden voorafgaand aan het starten met de AD werden evenveel ernstige suïcidepogingen gezien. Suïcidepogingen kwamen vaker voor bij jongeren: 314 op de 100.000 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 160-468) bij adolescenten vergeleken met 78 op de 100.000 (95%-BI 58-98) bij volwassenen. Hoewel het risico op een ernstige suïcidepoging in de eerste maand van de behandeling verhoogd was ten opzichte van de daaropvolgende 5 maanden (odds ratio 2,4 (95%-BI 1,6-3,8), bestond het grootste risico op een suïcidepoging in de maand vóór behandeling (in de laatste week daarvan: 65 per 100.000). Het risico op suïcidepogingen nam af na de start van AD. Het suïciderisico was vergelijkbaar voor

de moderne AD (SSRI's en SNRI's (serotonine-noradrenalineheropnameremmer), 34 per 100.000) en klassieke AD (tricyclische AD, 51 per 100.000). Het aantal ernstige suïcidepogingen was respectievelijk 76 op de 100.000 en 129 op de 100.000 behandelingen. Het algemeen aangenomen effect dat het risico op suïcidepogingen gedurende de eerste maand van behandeling af zou nemen leek vooral op de moderne AD van toepassing te zijn en niet op klassieke AD.

Dit artikel beschrijft een goed onderzoek dat, ondanks mogelijke bronnen van bias, inherent aan dergelijke cohortonderzoeken, een reële weergave geeft van de dagelijkse praktijk. De auteurs concluderen dat er geen toename van het suïciderisico is bij gebruik van AD, en dat er geen verschil in suïciderisico bestaat tussen de moderne en de klassieke AD. In het algemeen verminderen AD dus de kans op suïcidepogingen, waarschijnlijk door vermindering van de symptomen. Een intensieve begeleiding van patiënten met een depressie gedurende de eerste weken waarin een AD wordt gebruikt blijft belangrijk. De recente waarschuwingen voor de verhoogde kans op suïcidepogingen na de start van AD lijken echter onterecht te zijn. Zo'n waarschuwing zal eerder de start van effectieve behandeling belemmeren dan suïcidepogingen voorkomen.

#### LITERATUUR

- Aursnes, I., Tvette, I. F., Gaasemyr, J., e.a. (2005). Suicide attempts in clinical trials with paroxetine randomised against placebo. *BMC Medicine* 3,14. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/3/14>
- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K.C., e.a. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 330, 396.
- Gunnell, D., Saperia, J., & Ashby, D. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *British Medical Journal*, 330, 385.
- Khan, A., Khan, S., Kolts, R., e.a. (2003). Suicide rates in clinical trials

of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *American Journal of Psychiatry*, 160, 790-792.

Simon, G.E., Savarino, J., Operskalski, B., e.a. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163, 41-47.

Storosum, J.G., van Zwieten, B.J., van den Brink, W., e.a. (2001). Suicide risk in placebo-controlled studies of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1271-1275.

UK Medicines and Health Care Products Regulatory Agency (MHRA): Department of Health press release. (2003, juni). Seroxat must not be used for treatment of children. <http://www.mhra.gov.uk/news/2003/seroxat10603.pdf>

H.G. R U H É, psychiater-epidemioloog