

Preventie van depressie bij adolescenten met verhoogd risico: een gerandomiseerde, gecontroleerde studie

Adolescenten met een depressieve ouder hebben een grotere kans om depressie te ontwikkelen. Daarnaast verhoogt het doormaken van een depressieve episode tijdens de adolescentie het risico op latere episodes. Clarke e.a. (2001) toonden aan dat een cognitief gedragstherapeutisch preventieprogramma (CGP) in een groep werkzaam is om depressie bij kinderen van ouders met een voorgeschiedenis van depressie te voorkomen dan de standaardbehandeling. Het CGP bestond uit 8 wekelijkse groepssessies, gevolgd door 6 maandelijks onderhoudssessies voor een groep van 3-10 adolescenten. In week 1 en 8 was er een oudersessie met informatie over de onderwerpen en vaardigheden van het programma.

Garber e.a. (2010) probeerden onlangs deze bevindingen te repliceren. Aan het onderzoek namen 316 adolescenten (13 tot 17 jaar) deel. Elke adolescent had minstens één ouder die in de laatste 3 jaar een depressie doormaakte of minstens 3 depressies in het leven. De jongere moest op het ogenblik van het CGP subsyndromale depressieve symptomen vertonen en/of minstens 2 maanden in remissie zijn na een depressie. Zowel de ouders als de adolescenten werden gedurende 9 maanden gevolgd. Er waren metingen op het aanvangsmoment en na de acute interventiefase en de onderhoudsfase.

In een *intention-to-treat* analyse bleek deelname aan het CGP samen te hangen met een kleinere kans op het doormaken van depressieve episodes in vergelijking met jongeren die enkel de standaardzorg kregen. Daarnaast daalden de zelfgerapporteerde depressieve symptomen sterker bij de jongeren uit de CGP-groep. Bij jongeren van wie de ouder op het ogenblik van het programma depressief was, was het CGP niet effectiever dan bij jongeren die alleen de gewone zorg kregen, dit in tegenstelling tot de jongeren van wie de ouder bij

aanvang van het programma niet depressief was.

In het onderzoek werd de jongeren uit de preventieconditie toegestaan om, naast het CGP, te starten of verder te gaan met andere vormen van hulpverlening. De vraag die de onderzoekers hier terecht bij stellen, is of het programma ook zonder de combinatie met gewone zorg werkzaam is.

In tegenstelling tot de preventieve gezinsinterventie van Beardslee e.a. (2003), die ontwikkeld werd om psychische problemen bij jongeren te voorkomen, namen aan deze studie alleen jongeren deel die eerder een depressieve episode doormaakten of subsyndromale symptomen vertoonden. Het gaat hier dus eerder om recidiefpreventie. Van bijna 700 families die aan de inclusievooraarden voldeden, bleken bovendien 200 jongeren en 383 ouders niet geïnteresseerd om aan het onderzoek deel te nemen. Daarnaast weigerden 42 jongeren om geïnterviewd te worden. De vraag hierbij is in welke mate de resultaten te generaliseren zijn naar de algemene populatie van kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis (KOPP).

LITERATUUR

- Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright E, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics* 2003; 112: 119-31.
- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Galen J, Beardslee W, e.a. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parent. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 1127-34.
- Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TRG, e.a. Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301: 2215-24.

AUTEURS

- J. VANHAUWERE is klinisch psycholoog, verbonden aan het KOPP preventieproject van de provincie Vlaams-Brabant.
- G. PIETERS is psychiater aan het UPC KU Leuven, Campus Sint-Jozef Kortenberg, Kortenberg.

Correspondentieadres: prof. dr. G. Pieters, UPC KU Leuven,
Campus Sint-Jozef Kortenberg, afdeling Gedragstherapie,
Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.
E-mail: guido.pieters@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Ggz en justitieel systeem als communicerende vaten; over behandelbare gedetineerden

Lionel Penrose, Brits psychiater, stelde eind jaren dertig van de vorige eeuw als eerste dat we het justitiële systeem en de geestelijke gezondheidszorg als communicerende vaten kunnen zien. Uit de literatuur volgt geen consistente samenhang tussen delinquent gedrag en psychiatrische ziekte. Algemeen neemt men aan dat de hypothese van Penrose juist is. Constantine e.a. (2010) onderzochten de hypothese met een longitudinale dossierstudie bij een groep ernstig geesteszieke gedetineerden in een huis van bewaring in Florida (vs). Doel van de auteurs was het identificeren van behandelbare subgroepen.

De auteurs volgden 3769 psychiatrische patiënten uit een jaarcohort van 37.236 gedetineerden longitudinaal tussen 2002 en 2006 in 16 perioden van 3 maanden. Gedetineerden met een diagnose schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, bipolaire I-stoornis, ernstige depressieve en overige psychotische stoornis of stemmingsstoornis werden geïnccludeerd. Men registreerde dakloosheid en comorbide middelenmisbruik, evenals het aantal arrestaties – ingedeeld in lichte en zware misdrijven – en dagen gevangenschap binnen de onderzoeksperiode.

Van de gedetineerden (59% mannen, 41% vrouwen) had 10,1% een ernstige psychiatrische diagnose: 7,8% van de mannen en 17,7% van de vrouwen. Deze cijfers komen globaal overeen met internationale cijfers (Van Marle 2007). Mannelijk geslacht, dakloosheid, gedwongen psychiatrische diagnostiek (meestal in opnamesetting op juridische indicatie) en het ontbreken van ambulante

behandeling in het voorafgaande kwartaal vergrootten onafhankelijk van elkaar significant de kans op arrestaties voor lichte misdrijven en het aantal dagen gevangenschap. Negroïde etniciteit, lagere leeftijdsgroep, een niet primair psychotische stoornis (bipolaire I, depressieve stoornis, overig) en comorbide middelenmisbruik hingen onafhankelijk samen met de kans op arrestatie voor een zwaar misdrijf. Het aantal zware misdrijven nam af met de leeftijd; dit leeftijdseffect werd voor lichte misdrijven niet gevonden. Het ontbreken van ambulante zorg en gedwongen psychiatrisch onderzoek hingen ook significant samen met arrestatie voor een zwaar misdrijf, maar de samenhang was niet zo sterk als voor lichte misdrijven. Gedwongen psychiatrisch onderzoek vergrootte in deze studie sterk de duur van gevangenschap, net als het ontbreken van ambulante zorg.

Nieuw in dit onderzoek is de bevinding dat mannen weliswaar vaker in aanraking komen met justitie, maar er werd geen sekseverschil gevonden waar het gaat om zware misdrijven. Het bijzondere ontwerp van deze studie, met een driemaandelijke follow-up, maakte het mogelijk medische gegevens aan justitiële data te koppelen; gestelde diagnoses werden echter niet gevalideerd. De vraag is in hoeverre de populatie representatief is voor Nederland. Negroïde etniciteit betekent in de vs 'African American'. Druggebruik is in de vs per definitie een zwaar misdrijf. Dit onderzoek in Nederland herhalen lijkt moeilijk: het merendeel van de ex-gedetineerden verdwijnt hier, bij ontbreken van een justitiële titel, uit beeld. Hoewel de auteurs er geen uitsluitel over geven, vertoont de groep zonder ambulante zorg waarschijnlijk een grote overlap met die van het gedwongen onderzoek: beide worden 'van straat' gehaald (Heilbrun & Peters 2000).

Psychiatrische patiënten veroorzaken vooral maatschappelijke overlast en zijn in mindere mate een ernstige bedreiging voor de publieke veiligheid. Penrose had gelijk: een juiste behandeling van deze subgroep kan er ook in Nederland voor zorgen dat deze plegers van survival crimes niet in detentie belanden.

LITERATUUR

- Constantine R, Andel R, Petrila J, Becker M, Robst J, Teague G, e.a.
 Characteristics and experiences of adults with a serious mental
 illness who were involved in the criminal justice system.
 Psychiatry Services 2010; 61: 451-7.
- Heilbrun K, Peters L. Community-based treatment programmes.
 In S. Hodgins, R. Müller-Isberner, (red). Violence, crime and
 mentally disordered offenders (pp. 193-215). Chichester: Wiley;
 2000.
- Van Marle HJC. Mental health care in prison: How to manage our
 care. Int J Prison Health 2007; 3: 115-23.

AUTEURS

M.A. VAN SCHIJNDEL, arts in opleiding tot psychiater,
 Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.

H.J.C. VAN MARLE, hoogleraar Forensische Psychiatrie aan
 het Erasmus Medisch Centrum en aan de Erasmus Universiteit
 Rotterdam, faculteit der Rechtsgeleerdheid.

Correspondentieadres: prof. dr. H.J.C. van Marle, Erasmus MC,
 's Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam.

E-mail: h.j.c.vanmarle@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.