

De relaties tussen suïcidaliteit, depressie en ziekte-inzicht bij schizofrenie

Restifo e.a. (2009) gingen na of het demoralisatie- of ontmoedigingsmodel van Drake juist is. Deze stelt dat bij patiënten met schizofrenie die goed functioneerden voor hun aandoening en een goed ziekte-inzicht hebben, het suïciderisico verhoogd is. Besef van hun huidige functioneren en toekomstperspectief en van de discrepantie met hun vroegere mogelijkheden en verwachtingen kan leiden tot hopeloosheid en depressie en uiteindelijk tot suïcide. Restifo e.a. toetsen nu voor het eerst al deze factoren en hun onderlinge interactie in een multivariaat model bij een groep van 164 patiënten met een schizofrene of schizoaffectieve stoornis.

De auteurs vonden slechts partiële bevestiging voor het model. Ziektebesef bleek voorspellend te zijn voor de ernst van depressie, maar premorbide functioneren niet. Er was wel een significant interactie-effect van premorbide functioneren en ziektebesef op depressie: bij goed premorbide schools functioneren hing ziektebesef samen met meer depressieve symptomen; gebrekkig ziekte-inzicht hing samen met minder ernstige depressieve symptomen.

Verder vonden de auteurs dat een voorgeschiedenis van majeure depressie de groep met suïcidepoging niet onderscheidde van de groep zonder suïcidepoging. Daarnaast waren er significante verschillen tussen deze groepen wat betref de aanwezigheid van de psychologische kenmerken van depressie en niet zozeer de somatische symptomen van depressie: schuldgevoelens en doodsgedachten (beide $p < 0,001$), gevoelens van mislukking en concentratieproblemen (beide $p < 0,05$). De aanwezigheid van deze cognitief-psychologische symptomen bij een patiënt met een schizofrene stoornis kan het suïciderisico reeds verhogen, dus voor de clinicus geldt: aandacht voor subklinische depressie is in de praktijk belangrijk.

Bovendien sluit de afwezigheid van depressieve symptomen het suïciderisico niet uit (zo kunnen ook psychotische symptomen het suïciderisico verhogen).

Men kan methodologische vragen stellen bij de operationalisatie van demoralisatie als de ernst van depressie en de daardoor gewekte indruk dat deze begrippen samenvallen. Eneman en Sabbe (2006) beschrijven enkele conceptuele verschillen tussen demoralisatie en depressie: vitale symptomen van depressie zijn vaak afwezig bij demoralisatie; een gedemoraliseerde persoon heeft wel de motivatie en kracht tot handelen, maar kan geen doelstelling of richting formuleren, waar dit omgekeerd is bij patiënten met een depressie; deze laatsten vertonen totale anhedonie, waar de ontmoedigde patiënt wel nog in het hier en nu kan genieten. Ten slotte kunnen we de progressief verstoorde realiteitstoetsing zien als een gevolg van de ernst van depressie – in tegenstelling tot de realistische inschatting van de levenssituatie van een ontmoedigde patiënt. Deze tegenstelling vertoont analogieën met het verschil tussen depressie en rouw, met vergelijkbare implicaties voor de behandeling. De ontmoedigde patiënt rouwt om het verlies van wie hij of zij was en had kunnen zijn.

Verder gaan Restifo e.a. ook voorbij aan de verschillende dimensies van inzicht. Ziektebesef wordt in deze studie door slechts één variabele geoperationaliseerd, terwijl Amador e.a. (1993) negen dimensies van inzicht onderscheiden: psychiatrische aandoening, medicatierespons, sociale gevolgen van de aandoening, hallucinaties, wanen, denkstoornissen, affectvervlakking, anhedonie en afwezigheid van sociale omgang.

Zowel de sterke als de zwakke punten van hun studie benadrukken de complexiteit in de driehoeksverhouding suïcidaliteit, depressie en ziekte-inzicht bij schizofrenie. Risicotaxatie in deze patiëntenpopulatie dient niet alleen te gebeuren op verschillende symptoomniveaus, maar ook op verschillende dimensies van inzicht.

LITERATUUR

- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 873-9.
- Eneman M, Sabbe BGC. Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie. Lijden aan en onder schizofrenie. *Tijdschr Psychiatr* 2006; 48: 373-82.
- Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE. Suicidal behavior in schizophrenia. A test of the demoralization hypothesis. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 147-53.

AUTEURS

NELE DE VRIENDT, arts in opleiding tot psychiater.

LIEVE VANHEE, psycholoog en wetenschappelijk medewerker UPC Sint-Kamillus, Bierbeek.

MARC ENEMAN, hoofdgeneesheer UPC, Sint-Kamillus, Bierbeek.

Correspondentieadres: dr. Nele De Vriendt, OPZC Rekem, Daalbroekstraat 106, B-3621 Rekem, België.

E-mail: nele.devriendt@opzcrekem.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Behandeling met SSRI van depressie na myocardinfarct; effect op cardiovasculaire prognose

Depressie en een slechtere cardiovasculaire prognose na een myocardinfarct hangen sterk met elkaar samen. Door bias van de huidige studies blijft de aard van de samenhang onduidelijk (Nicholson e.a. 2006). De voorkeursbehandeling is met selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's). Tricyclische antidepressiva zijn relatief gecontra-indiceerd vanwege een verhoogd cardiovasculair risico. Cognitieve gedragstherapie vermindert de depressie, maar niet het cardiovasculair risico en de mortaliteit (Berkman e.a. 2003). De vraag is of een adequate medicamenteuze behandeling van de depressie de cardiale prognose verbetert en de mortaliteit reduceert.

Pizzi e.a. (2011) vergeleken in een meta-analyse het effect van een SSRI met dat van een controleditatie (placebo of geen antidepressivabehandeling) bij patiënten met een doorgemaakt myocardinfarct (één onderzoek betrof patiënten met opname voor coronaire hartziekte) en een depressieve stoornis bij ontslag of binnen 3-12 maanden na het infarct. Zij maakten geen onderscheid tussen een recidiefdepressie of een eerste episode. Zij kozen als primaire uitkomstmaat mortaliteit door en heropname wegens hart- en vaatziekte (myocardinfarct, instabiele angina pectoris en cerebrovasculaire accidenten) en totale mortaliteit. De secundaire uitkomstmaat was verbetering van de depressie.

Zes onderzoeken voldeden aan de onderzoeksvraag; deze werden nauwkeurig gescreend op bias en methodische kwaliteit (randomisatie, blinding en kwaliteit van analyse). Ze vertegenwoordigden 2461 patiënten uit de VS, Europa, Australië en India. De gemiddelde leeftijd was 58 jaar en de gemiddelde follow-upduur 12 weken tot 29 maanden. Voor de hoofdanalyse gebruikten zij vier RCT's met adequate randomisatie. Voor de secundaire analyse gebruikten zij ook twee additionele RCT's, die vanwege onvoldoende kwaliteit van de randomisatie als observationele studies werden beschouwd.

Op de primaire uitkomstmaten was er geen significante verbetering van de SSRI's versus controle-conditie op heropnamefrequentie (RR 0,74; 95%-BI 0,44-1,23) of mortaliteit (RR 0,39; 95%-BI 0,08-2,01). De effecten werden echter wel significant wanneer de observationele studies meegenomen werden (RR 0,63; 95%-BI 0,46-0,86 resp. RR 0,56; 95%-BI 0,35-0,88).

Op de secundaire uitkomst vond men zowel in de vier RCT's als in een observationele studie voor de SSRI's een significante verbetering van de ernst van de depressie gemeten met een onderzoeksschaal, en hogere respons en remissie (absoluut risicoverschil 36%; 95%-BI 7-73% resp. 32%; 95%-BI 14-54%). Deze analyses waren gebaseerd op twee resp. drie RCT's, maar ze werden wat betrof remissie nog sterker als een observationele studie werd meegenomen.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen, vooral de beperkte hoeveelheid en de kwaliteit van de onderzoeken. Er waren slechts zes RCT's; vijf ervan hadden onvoldoende power en de enige trial met voldoende power was niet goed gerandomiseerd. Tegelijkertijd laat dit een sterk punt van deze meta-analyse zien, namelijk de kritische evaluatie van de geïnccludeerde studies en de nauwkeurige beschrijving van biasrisico.

Het is geruststellend dat behandeling van een depressie na een myocardinfarct met een SSRI een gunstig effect op de depressie heeft zonder de mortaliteit te verhogen. Wellicht is er zelfs een gunstig effect op de cardiale prognose, maar hierover kunnen alleen toekomstige studies met een betere kwaliteit meer inzicht verschaffen.

LITERATUUR

- Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, e.a. Effects of treating depression and low-perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHED) randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 3106-16.
- Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006; 27: 2763-74.
- Pizzi C, Rutjes AWS, Costa GM, Fontana F, Mezzetti A, Manzoli L. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2011; 107: 972-9.

AUTEURS

RENÉ BOUWMAN is arts in opleiding tot psychiater, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

RAPHAEL SCHULTE is opleider psychiatrie en voorzitter genesmiddelencommissie GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Correspondentieadres: René Bouwman.

E-mail: r.bouwman@ggz-nhn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.