

Geestelijk ziek en toch niet ongelukkig

In het algemeen neemt men vaak aan dat psychiatrische patiënten ongelukkig zijn en sinds jaar en dag wordt er veel onderzoek gedaan naar de kwaliteit van leven bij patiënten met een psychiatrische stoornis. Weich e.a. (2011) onderzochten of geestelijk zieke mensen minder gelukkig zijn dan mensen zonder een psychiatrische stoornis.

De auteurs hebben getracht te onderzoeken in welke mate geestelijk welzijn en een psychiatrische stoornis in de Engelse populatie afhankelijk van elkaar zijn. Dit hebben zij gedaan middels een analyse van een bevolkingsonderzoek met 7293 participanten tussen 16-75 jaar, bij wie zowel welzijn als psychische gesteldheid werden onderzocht. Vaak voorkomende psychiatrische stoornissen werden vastgesteld met het 'Revised Clinical Interview Schedule' (CIS-R). Welzijn werd getoetst door de deelnemers negen vragen uit verschillende instrumenten in te laten vullen, zoals 'Ik kan goed omgaan met mijn familie' of 'Ik geniet van mijn vrije tijd'. Deze items kwamen uit onder meer de 'Short Form Health Survey' en de 'Social Functioning Scale'. Hoewel een ideaal instrument misschien niet bestaat (Katsching e.a. 2006), is bekend dat het gebruik van items uit verschillende instrumenten ten koste gaat van de betrouwbaarheid en de validiteit.

De auteurs kwantificeerden welzijn in twee aspecten, namelijk hedonisch en eudaimonisch welzijn. Hedonisch welzijn beschouwden zij als energiek zijn, voldoening en interesse hebben in het leven. Eudaimonisch welzijn beschouwden zij als optimaal psychisch functioneren, persoonlijke groei doormaken en positieve relaties met anderen hebben. Gezonde mensen rapporteerden in grotere aantallen hoger op hedonisch en eudaimonisch welzijn dan zieke mensen. Met het toemen van de leeftijd van niet-zieke mensen nam de energie wat af, maar het eudaimonisch welzijn nam toe. Het belangrijkste resultaat van hun stu-

die was dat mensen met een psychiatrische ziekte gemiddeld hoog rapporteerden op hedonisch welzijn en nog hoger op eudaimonisch welzijn.

In de discussie noemen de auteurs als sterke punten de grote omvang van hun studie en de goede meting van de psychiatrische morbiditeit. Hierbij moeten wij echter aantekenen dat niet duidelijk is of hierbij patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen ook vertegenwoordigd waren. Bovendien zouden wij graag over deze mensen willen weten of hun psychiatrische stoornis in remissie is en of er misschien zelfs sprake is van functioneel herstel.

Weich e.a. (2011) concluderen dat geestelijk zieke mensen niet ongelukkig zijn, maar het antwoord geldt wellicht niet voor alle psychiatrische patiënten. Sidlova e.a. (2011) geven aan dat de kwaliteit van leven bij de patiënten met schizofrenie in hun studie verminderd is in vergelijking met die van een controlegroep zonder klachten.

Hoe het ook zij, het blijft onze taak als hulpverleners om onze patiënten bij te staan en hen te helpen de kwaliteit van hun leven te vergroten. Ten slotte citeren wij de Ethica van Spinoza (www.dbnl.org): 'elk willekeurig ding kan bij gelegenheid oorzaak van blijheid, droefheid of begeerte zijn'.

LITERATUUR

- Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, red. Quality of life in mental disorders. West Sussex: Wiley; 2006.
- Sidlova M, Prasko J, Jelenova D, Kovacsova A, Latalova K, Sigmundova Z, e.a. The quality of life of patients suffering from schizophrenia – a comparison with healthy controls. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub 2011; 155: 173-80.
- Weich S, Brugha T, King M, McManus S, Bebbington P, Jenkins R, e.a. Mental well-being and mental illness: findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey for England 2007. Br J Psychiatry 2011; 199: 23-8.

AUTEURS

WENIKA SOEBHAG, arts in opleiding tot psychiater.

HANS HOVENS, psychiater en opleider, Delta Psychiatrisch Ziekenhuis, Poortugaal.

Correspondentieadres: wenika.sobhag@deltapsy.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Antipsychoticagebruik beïnvloedt weefselverlies in de hersenen

Patiënten met schizofrenie hebben afwijkende hersenvolumes vergeleken met controlegroepen personen zonder deze stoornis; deze hersenafwijkingen nemen toe met duur van de ziekte. Het versnelde verlies van grijze stof en de toename van liquorbevattende hersenhouten kunnen het gevolg zijn van de ziekte zelf, maar ook van langdurig gebruik van antipsychotica. Dierstudies toonden eerder een reductie in hersenmassa van 8-11% ten gevolge van gebruik van antipsychotica.

Ho e.a. (2011) gebruikten gegevens van het grootste beschikbare cohort van patiënten met schizofrenie bij wie herhaalde MRI-metingen waren verricht en die gevolgd waren vanaf de eerste ziekenhuisopname. Van 211 patiënten waren meerdere MRI-scans beschikbaar, met een gemiddelde van 3 scans per persoon over een follow-upperiode van 7,2 jaar. De auteurs gebruikten een analysevorm waarbij zij corrigeerden voor herhaalde metingen bij dezelfde personen en relateerden hersenvolumeveranderingen aan behandeling met antipsychotica, ernst van de ziekte en alcohol- en drugsgebruik. Daarnaast werd een interactieterm van antipsychoticagebruik met de tijd getest.

De resultaten lieten een afname in totaal hersenvolume en grijzestofvolumes over de tijd zien, alsmede een toename van het ventriculair volume. Ook basale ganglia werden kleiner. In een vervolgpublishatie toonde dezelfde groep deze leeftijdsafhankelijke veranderingen, zij het in mindere

mate, ook aan bij een controlegroep zonder schizofrenie (Andreasen e.a. 2011). Antipsychoticagebruik was, ook gecorrigeerd voor ernst van de ziekte, significant gerelateerd aan hersenvolumes. Naarmate een patiënt meer antipsychotica had gebruikt, was het grijzestofvolume kleiner en het putamen groter (hoofdeffect). Bovendien namen het totale hersenvolume en het volume van cerebellum en nucleus caudatus sneller af met de tijd wanneer patiënten waren blootgesteld aan hogere doseringen antipsychotica (interactie-effect). Het ventrikelvolumen nam sneller toe bij hogere doseringen antipsychotica.

De ernst van de psychiatrische ziekte had eveneens significante effecten op hersenvolumes. In tegenstelling tot antipsychotica laten de auteurs alleen hoofdeffecten zien en bestudeerden zij geen interactie met de tijd.

De belangrijkste beperking in deze studie is dat *confounding by indication* niet kan worden uitgesloten. Hogere doseringen antipsychotica worden gegeven bij ernstiger ziekte en ernstiger ziekte zou evengoed progressie van de hersenafwijkingen over de tijd kunnen verklaren. Statistische controle voor ernst van de ziekte is niet voldoende om dit effect uit te sluiten. Bovendien wordt niet gecorrigeerd voor het interactie-effect tussen ernst van de ziekte en de tijd, waarmee zelfs de statistische controle tekortschiet. Een tweede beperking is de generaliseerbaarheid. Hoewel selectieve uitval van deelnemers door de auteurs opmerkelijk goed wordt genoemd (circa 37%), rapporteerden de onderzoekers van de betreffende Iowa Longitudinal Study in geen van hun artikelen de initiële selectiepercentages. De inclusieperiode besloeg 20 jaar, met een gemiddelde van 20 tot 30 patiënten met een eerste psychose per jaar (totaal 542 patiënten). Het aantal patiënten dat vervolgens meer dan 1 MRI-scan had ondergaan, bedroeg slechts 211. Oververtegenwoordiging van patiënten die veelvuldig werden opgenomen (en tijdens opname weer een studie-MRI ondergingen) en van patiënten die het beste functioneren, kan niet worden uitgesloten.

Ondanks de genoemde beperkingen zijn de resultaten van deze enorme studie belangrijk voor onze bewustwording rondom het voorschrijven van antipsychotica. De huidige toename van off-label-gebruik van antipsychotica voor bijvoorbeeld slaapproblemen, alsmede het voorschrijven aan zwangere vrouwen en kinderen, moet opnieuw ter discussie worden gesteld.

LITERATUUR

Ho BC, Andreasen NC, Ziebell S, Pierson R, Magnotta V. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 128-37.

Andreasen NC, Nopoulos P, Magnotta V, Pierson R, Ziebell S, Ho BC. Progressive brain change in schizophrenia: a prospective longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2011; 70: 672-9.

AUTEURS

SABINE ROZA is arts in opleiding tot psychiater, Erasmus MC, Rotterdam en Bavo Europoort, Rotterdam.

NICO VAN BEVEREN is psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

CHRISTIAN RÖDER is psychiater, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentieadres: dr. Sabine Roza, Erasmus MC, afd. Psychiatrie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: s.roza@erasmusmc.nl

Strijdige belangen: J.M. van Beveren heeft betalingen ontvangen voor het houden van lezingen van Astra Zeneca, Janssen, Wyeth en Benecke.

Preventie van paniekaanvallen en paniekstoornis bij COPD

Paniekstoornis en -aanvallen komen meer voor bij patiënten met chronisch obstructieve longziekte (COPD) dan in de algemene populatie. Deze hebben invloed op levenskwaliteit en dagelijks functioneren en op de kosten van de gezondheidszorg. Dyspnoe, de hoofdklacht bij COPD, kan door de patiënt gemakkelijk fout geïnterpreteerd worden als catastrofaal. Dit heeft verdere agitatie, nog meer kortademigheid en uiteindelijk paniek tot gevolg.

Livermore e.a. (2010) randomiseerden 41 patiënten met COPD die deelnamen aan een longrevalidatieprogramma; dezen kregen óf 4 sessies cognitieve gedragstherapie (CGT; n = 21) óf routinebehandeling (n = 20). Voor evaluatie gebruikten auteurs vragenlijsten ('Anxiety Disorders Interview Schedule-IV', 'Hospital Anxiety and Depression Scale' (HADS) en 2 op ademhalingsklachten gerichte vragenlijsten) en aantal ziekenhuisopnames na 6, 12 en 18 maanden. De CGT-sessies werden alle door dezelfde persoon gegeven en omvatten psycho-educatie over CGT, effecten van stress en paniek op ademhaling, training in uitdagen van disfunctionele gedachten, training in pursed-lip-breathing, bekrachtiging van activiteitenplanning en pacing, een persoonlijk copingplan, en probleemoplossend vermogen en copingstrategieën. Patiënten met paniekstoornis werden geëxcludeerd gezien het preventieve karakter van de studie.

Alle patiënten in de CGT-groep waren zonder paniekaanvallen na de interventie en tot anderhalf jaar nadien. In de controlegroep had 35% minstens 1 paniekaanval na de interventie en 60% minstens 1 paniekaanval in de anderhalf jaar daarna. In de controlegroep kregen 2 patiënten een paniekstoornis. De gemiddelde angstscores (HADS) lagen boven de afkapwaarde in de controlegroep en waren niet klinisch significant in de CGT-groep. De interpretatie van respiratoire symptomen verschilde significant op alle meetpunten in het voordeel van de CGT-groep. Het aantal ziekenhuisop-

names was significant hoger in de controlegroep na 6 en 12 maanden.

CGT lijkt doeltreffender dan routinebehandeling ter preventie van panieklachten bij COPD. CGT had zowel een preventie- als een behandelingseffect: er waren minder angstsymptomen, minder opnames en minder catastrofale gedachten omtrent dyspnoe. De studie heeft sterke punten, zoals de lange follow-upperiode. Verder is het de eerste trial die focust op paniekspectrumstoornis bij COPD, en de eerste die op elk meetpunt ook diagnosticeert. CGT was op maat van de patiënten en er was geen uitval. Zwakke punten zijn het kleine patiëntenaantal en de niet-dubbelblinde opzet, met kans op bias bij patiënten en onderzoeker. De interventie en de beoordeling van de resultaten gebeurden door dezelfde persoon, wat ook kans geeft op *experimenter bias*. Ook is er mogelijk selectiebias: patiënten die aan zulke studies deelnemen, hebben mogelijk meer introspectieve mogelijkheden.

We concluderen dat een korte, aangepaste CGT-interventie bij patiënten met COPD paniekaanvallen kan voorkomen en de ontwikkeling van paniek- en angstsymptomen kan tegengaan of afremmen.

In de praktijk is er nog steeds weinig multidisciplinaire aanpak bij chronische ziekten. Dat deze toch nuttig is, bewijst deze studie. Ondanks het kleine patiëntenaantal, is er significant resultaat met CGT, mogelijk leidend tot betere levenskwaliteit en lagere kosten voor de gezondheidszorg. CGT kan geïncorporeerd worden in een longrevalidatieprogramma, waarin behalve voor een oefentraining tweemaal per week ook plaats is voor educatie. Ook voor slaapstoornissen bij COPD blijkt CGT nuttig (Kapella e.a. 2011). Het blijft belangrijk psychische symptomen bij chronische ziekte niet over het hoofd te zien, evenmin als de mogelijkheden tot psychologische of psychiatrische begeleiding ter preventie of behandeling hiervan. Verder onderzoek naar CGT hierbij is zeker nuttig.

LITERATUUR

- Kapella M, Herdegen J, Perlis M, Shaver J, Larson J, Law J, Carley D. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with COPD is feasible with preliminary evidence of positive sleep and fatigue effects. *Int J COPD* 2011; 6: 625-35.
- Livemore N, Sharpe L, McKenzie D. Prevention of panic attacks and panic disorder in COPD. *Eur Respir J* 2010; 35: 557-63.

AUTEURS

LIEVE DE BACKER, arts in opleiding tot psychiater, UPC St Norbertus, Duffel.

GEERT DOM, hoofdgeneesheer PC Broeders Alexianen, Boechout.

BERNARD SABBE, hoogleraar Medische Psychologie en Psychiatrie, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UA, en diensthoofd, UPC St Norbertus, Duffel.

Correspondentieadres: dr. Lieve De Backer, UPC St Norbertus, Stationsstraat 22c, 2570 Duffel, België.

E-mail: debackerlieve@hotmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.