

Hopeloosheid en zingeving bij het lijden onder schizofrenie

*Marc Eneman*¹, *Jozef Corveleyn*², *Bernard Sabbe*³ & *Patrick Luyten*²

¹Hoofdgeneesheer, Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Bierbeek

²Centrum voor Psychotherapie en Dieptepsychologie, Katholieke Universiteit Leuven

³Psychiatrisch Centrum Sint-Norbertus Duffel/Collaborative Antwerp Research Institute, Universiteit Antwerpen

Deze studie situeert zich binnen de internationale onderzoeksliteratuur over ziekte-inzicht en suïcidaliteit bij personen met schizofrenie. Van E. Bleuler (1950) kennen we de uitspraak dat de suïcideneiging het meest ernstige symptoom is van alle schizofrene symptomen. Uit onderzoek blijkt dat vijftig procent van de patiënten met schizofrenie minstens één suïcide poging in hun leven doen en dat zes tot vijftien procent effectief suïcide plegen (Addington e.a., 1998; Caldwell en Gottesman, 1990; Heila e.a., 1997; Kelleher e.a., 1998; Roy, 1986). De vraag die in voorliggend onderzoek gesteld wordt, betreft de aard van het psychologische proces dat met suïcidaliteit verbonden is (Birchwood, 2003). De klinische praktijk leert met name dat suïcidaliteit bij een deel van de schizofrene patiënten eerder verbonden lijkt te zijn met existentieel lijden (lijden onder schizofrenie) dan primair pathologiegestuurd te zijn (vanuit de ziekteverschijnselen zelf, lijden aan schizofrenie).

Studie van de empirische onderzoeksliteratuur in de databases Medline en Psycinfo tussen 1966 en april 2004 exploreerde deze vraagstelling met behulp van de trefwoorden ‘schizophrenia’, ‘hopelessness’, ‘demoralization’ en ‘disappointment’ (Eneman & Sabbe, 2006). Diverse risicofactoren voor suïcide bij patiënten met schizofrenie worden aangeduid, waarvan hopeloosheid één van de belangrijkste is (Meltzer, 2001; Kim e.a., 2003). Ook hoog premorbied intellectueel functioneren is een risicofactor, terwijl anderzijds cognitieve deterioratie een beschermende factor blijkt te zijn. Er is sprake van een lijn ziekte-inzicht – hopeloosheid – suïcidaliteit: verhoogd ziekte-inzicht leidt via groeiende hopeloosheid tot suïcidaliteit. Terwijl enerzijds de verhoging van ziekte-inzicht bij patiënten met schizofrenie kan bijdragen tot therapietrouw en tot een betere outcome, kan dit anderzijds ook gepaard gaan met depressieve gevoelens, hopeloosheid en suïcidaliteit, waardoor men kan spreken over een ‘inzichtparadox’ (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007).

Begrip van hopeloosheid als een gevolg van het besef ‘schizofreen te zijn’, kan bijdragen tot verklaring van deze paradox. We veronderstellen dat de hopeloosheid in dit kader geconceptualiseerd kan worden als deel uitmakend van een demoralisatiesyndroom (Clarke & Kissane, 2002), binnen een context van existentieel lijden. Er is dan geen sprake van een gestoorde realiteitstoetsing, integendeel: deze patiënten lijken eerder het tragische van hun levenssituatie op een lucide manier in te schatten. Men kan spreken over een

‘depressief realisme’ (Ghaemi, 2007). Zo kunnen het ontstaan van hopeloosheid en demoralisatie, in een zekere zin, tekenen van psychische gezondheid zijn. Deze hypothese komt eerder weinig aan bod in de literatuur. Vermoedelijk wordt demoralisatie niet zelden gemedicaliseerd en benoemd als een (eventueel postpsychotische) depressie, met andere woorden als een stoornis.

In deze studie naar schizofrenie wordt onderzocht op welke manier ziekte-inzicht verbonden is met demoralisatie, depressie, hoop en hopeloosheid, zingeving en suïcidaliteit. De interpretatie van de gegevens zal gebeuren aan de hand van onderzoek en theorie over stress en betekenisgevende coping (Park & Folkman, 1997) , binnen een ruimer referentiekader van zingeving en humane psychiatrie (Frankl, 1963, van Loenen, 2005). Het zich bewustzijn van te lijden aan schizofrenie wordt opgevat als een stressor, die het subject dwingt zijn persoonlijk zingevingskader te herzien.

Contact: marc.eneman@fracarita.org