

Respons op tricyclische antidepressiva: niet afhankelijk van gender?

Depressieve stoornissen komen twee keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen (Gijsbers van Wijk 2002). Het is echter niet duidelijk of het geslacht ook van invloed is op de respons op verschillende antidepressieve behandelingen. Recente onderzoeken laten tegenstrijdige resultaten zien (Vulink & Nolen 2003). Wohlfarth e.a. (2004) hebben in een korte bijdrage de verschillen tussen mannen en vrouwen in respons op behandeling met een tricyclisch antidepressivum beschreven. Zij analyseerden 30 onderzoeken die zijn verricht tussen 1979 en 1991.

Gedurende deze 12 jaar werden 3886 patiënten (60% vrouwen, van wie 78% jonger dan 50 jaar) geïncludeerd, die gediagnosticeerd waren met een depressieve stoornis volgens DSM-III-R-criteria. In alle gevallen betrof het dubbelblind placebocontroleerd onderzoek. In 27 onderzoeken (90%) was de actieve component imipramine, in de resterende 3 onderzoeken amitryptiline. Het behandel-effect werd bepaald door 4 responsvariabelen: afname van de score op de Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), respons (50% reductie in HDRS-score), remissie (HDRS-score  $\leq$  7), en het aantal uitvallers. Alle onderzoeken maakten gebruik van regressieanalyse om het geslachtsverschil in respons te bepalen. Om de invloed van de hormonale status te evalueren werd de behandelrespons voor mannen, voor vrouwen jonger dan 50 jaar, en voor vrouwen ouder dan 50 jaar apart geanalyseerd.

De resultaten lieten geen systematisch verschil zien tussen mannen en vrouwen in respons op een tricyclisch antidepressivum. In een tweetal onderzoeken werd, afhankelijk van de gekozen responsvariabele, een significante interactie gevonden tussen geslacht en behandeling, maar dit werd geduid als een toevalsbevinding. Ook uit de meta-analyse bleek hetzelfde behandel-effect voor de drie onderzochte groepen, waaruit de onderzoekers concluderen dat de menopauzale status

niet van invloed is op de respons.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn overeenkomstig met die van Quitkin e.a. (2002), maar zijn beter generaliseerbaar door het grotere gegevensbestand en het gebruik van verschillende definities van behandel-effect. Eerder gevonden geslachtsverschillen in individuele onderzoeken zouden op toeval berusten.

In dit onderzoek zijn alleen tricyclische antidepressiva onderzocht, waardoor het geslachtsverschil in respons op selectieve serotonineheropnameremmers, die vaker worden voorgeschreven, nu nog onduidelijk blijft. Tevens is het opvallend dat er gesproken wordt over DSM-III-R-diagnoses (gepubliceerd in 1987), terwijl de onderzochte onderzoeken dateren vanaf 1979. De auteurs laten na om de behandelsetting (klinisch versus ambulantly) en de gemiddelde behandelduur van de onderzochte onderzoeken te vermelden. Ook geslachtsverschillen in bijwerkingen zijn niet systematisch beschreven, volstaan wordt met uitval als grove maat voor intolerantie. Wij nemen aan dat de meeste onderzoeken de acute behandel-fase beslaan. Echter, de door vrouwen als hinderlijk ervaren bijwerkingen, zoals gewichtstoename, zullen hun medicatietrouw vooral op de langere termijn beïnvloeden, en daarmee de kans op terugval en recidief. Daarmee zou geslachtsdifferentiatie bij het voorschrijven van antidepressiva niet zozeer op effectiviteit op korte termijn, maar op tolerantie op langere termijn kunnen berusten.

## LITERATUUR

- Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2002). Depressie: genderverschillen in prevalentie, klinisch beeld en behandelrespons. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 377-382.
- Quitkin, F.M., Stewart, J.W., McGrath, P.J., e.a. (2002). Are there differences between women's and men's antidepressant responses? *American Journal of Psychiatry*, 159, 1848-1854.
- Vulink, N.C.C., & Nolen, W.A. (2003). Zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen in respons op antidepressiva? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 647-648.
- Wohlfarth, T., Storosum, J.G., Elferink, A.J.A., e.a. (2004). Response to tricyclic antidepressants: independent of gender? *American*

*Journal of Psychiatry*, 161, 370-372.

I. WESDORP, arts-assistent in opleiding tot psychiater  
C.M.T. GIJSBERS VAN WIJK, psychiater

### Een korte screeningstest voor persoonlijkheidsstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen komen voor bij 10-15% van de algemene bevolking en bij 20-50% van de psychiatrisch behandelde populatie. Omdat persoonlijkheidsstoornissen interfereren met de behandeling van andere stoornissen, zou het inschatten van de persoonlijkheidstoestand tot de routine van het intakegesprek moeten horen. De klinische blik blijkt echter onbetrouwbaar, een volledig gestandaardiseerd interview tijdrovend en een vragenlijst niet bij alle patiënten toepasbaar. De *Standardised Assessment of Personality Abbreviated Scale* (SAPAS; tabel 1), bestaande uit de eerste acht vragen van de *Standardised Assessment of Personality*, is een kort, gestructureerd interview dat hiervoor een oplossing biedt.

TABEL 1 *Standardised Assessment of Personality Abbreviated*

Vraagnummer	Vraag
1	Heeft u in het algemeen moeite met het maken en behouden van vrienden?
2	Zou u zichzelf als een typische eenling beschrijven?
3	Heeft u in het algemeen vertrouwen in andere mensen?
4	Heeft u gewoonlijk moeite uw zelfbeheersing te bewaren?
5	Bent u impulsief van aard?
6	Maakt u zich gewoonlijk snel zorgen?
7	Hebt u in het algemeen de neiging sterk op anderen te leunen?
8	Bent u in het algemeen een perfectionist?

De eigenschappen van deze vragenlijst werden door Moran e.a. (2003) onderzocht aan de hand van de uitkomsten van de *Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID-II)* bij een groep van 60 stabiele en coöperatieve patiënten. De SAPAS vertoonde

een matige interne consistentie (Cronbachs  $\alpha = 0,68$ ) en een redelijke reproduceerbaarheid (Lins  $\kappa = 0,89$ ). Met de SCID-II werd bij 33 patiënten (55%) ten minste 1 persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Bij een afkappunt van 3 punten (= 3 bevestigende antwoorden) bedroegen de sensitiviteit en de specificiteit van de SAPAS 0,94 respectievelijk 0,85%, en de positief en negatief predictieve waarden 0,92 respectievelijk 0,98.

Soortgelijke predictieve waarden zal de SAPAS alleen kunnen bereiken onder soortgelijke omstandigheden: bij stabiele en coöperatieve patiënten met een relatief hoge kans op een persoonlijkheidsstoornis. Die beperking in aanmerking genomen, lijkt de SAPAS een bruikbare test die, zonder training, snel en eenvoudig af te nemen is. Een SAPAS-score van drie of meer zou aanleiding kunnen geven tot een meer gedetailleerd interview ter verdere differentiatie van de persoonlijkheidsproblematiek.

Gezien de invloed van persoonlijkheidsstoornissen op de psychiatrische behandeling en het screeningsvermogen van de SAPAS lijkt het zinvol dit instrument ook in de Nederlandse situatie te onderzoeken op zijn bruikbaarheid.

### LITERATUUR

Moran, P., Leese, M., Lee, T., e.a. (2003). *Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder*. *British Journal of Psychiatry*, 183, 228-232.

S. GERMANS, arts-assistent in opleiding tot psychiater  
G.L. VAN HECK, psycholoog  
P.P.G. HODIAMONT, zenuwarts