

*Meeste misbruikte jongens worden geen dader*

Seksueel misbruik is een veelvoorkomende vorm van kindermishandeling, die grote gevolgen voor de (latere) geestelijke gezondheid van de slachtoffers heeft. Een mogelijke preventieve interventie is het opsporen (en behandelen) van personen die verhoogd risico lopen om pleger van seksueel misbruik te worden, zoals mannelijke slachtoffers van seksueel misbruik. Om risicofactoren en beschermende factoren voor het eventueel later plegen van seksueel misbruik nauwkeurig in kaart te brengen, onderzochten Salter e.a. (2003) in Groot-Brittannië dossiers van 224 jongens die tussen 1980 en 1992 waren verwezen naar een kliniek gespecialiseerd in slachtoffers van seksueel misbruik. Vervolgens werd aan de hand van landelijke gegevens van de politie en dossiers van de sociale dienst nagegaan welke jongens op latere leeftijd als dader van seksueel misbruik bekend waren geworden.

De data van 170 jongens waren traceerbaar. Het percentage slachtoffer/plegers was 12%. Deze slachtoffer/plegers begingen ook vaker andere (gewelds)delicten. Risicofactoren waren seksueel misbruik door een vrouw (odds ratio (OR) 3,0; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,1-10,0), materiële verwaarlozing (OR 3,4; BI 1,2-9,7) en gebrek aan toezicht in de jeugd (OR 3,0; BI 1,1-8,3), evenals het meegemaakt hebben van ernstig huiselijk geweld (OR 3,1; BI 1,0-10,0). Geen van de vermeende beschermende factoren, zoals bijvoorbeeld een goede relatie met een belangrijke ander en een aantal jaren goede zorg, bleek van invloed te zijn geweest. De verwachting dat de ernst van het misbruik of de leerproblemen het risico vergroten, werd niet bevestigd.

Het risico dat slachtoffers zelf misbruik gaan plegen, was lager dan verwacht, hoewel de problematiek van patiënten van bovengenoemde gespecialiseerde kliniek mogelijk complexer was (verwijzingsbias) dan de problematiek van niet verwezen slachtoffers. Het is onbekend wie van alle misbruikte slachtoffers in de samenleving door de

gespecialiseerde kliniek werden gezien, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt.

De auteurs vermelden als sterke kant van het onderzoek dat eerst gegevens over risicofactoren bij de slachtoffers zijn verzameld, alvorens gekeken is naar later gepleegd misbruik. Deze prospectieve opzet brengt de beperking met zich mee dat er geen controlegroep is van plegers van seksueel misbruik die zelf geen slachtoffer zijn geweest. Hoewel het plegen van seksueel misbruik meestal begint in de adolescentie, kunnen plegers van latere leeftijd in dit onderzoek gemist zijn, en het aantal slachtoffers van wie bekend is dat zij later zelf misbruik hebben gepleegd, kan dus een onderschatting zijn van het werkelijke aantal. Het kleine aantal personen van wie de gegevens compleet waren, maakt het onderscheidend vermogen (power) bovendien klein.

## LITERATUUR

Salter, D., McMillan, D., Richards, M., e.a. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *The Lancet*, 361, 471-476.

I. M. HEIN, arts-assistent in opleiding tot psychiater

*Leidt antipsychoticagebruik tot diabetes mellitus?*

Al vóór de introductie van antipsychotica wordt een afwijkende glucoseregulatie bij schizofrenie gemeld. Gevalsbeschrijvingen en ongecontroleerde onderzoeken rapporteren significante stijgingen van glucose, triglyceriden en cholesterol tijdens behandeling met atypische antipsychotica. Tevens neemt de incidentie van diabetes mellitus in de algemene bevolking toe. Grote epidemiologische onderzoeken spreken elkaar tegen met betrekking tot in hoeverre antipsychotische behandeling een risicofactor vormt voor het ontwikkelen van diabetes mellitus.

Daarom onderzochten Lindenmayer e.a. (2003) de invloed van haloperidol, risperidon, clozapine en olanzapine op glucose- en cholesterolspiegels bij intramuraal verblijvende patiënten

met schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis. Zij verrichtten een gerandomiseerd prospectief dubbelblind, 14 weken durend onderzoek. Inclusiecriteria waren: persisterende positieve symptomen ondanks ten minste 6 weken behandeling met een antipsychoticum overeenkomend met 600 mg chloorpromazine, een laag niveau van functioneren gedurende 2 jaar voorafgaand aan het onderzoek, en nuchtere glucose- en cholesterolspiegels binnen de normaalwaarden. Bij gebruik van antipsychotica in depotvorm korter dan 30 dagen geleden, gebleken non-respons op, of intolerantie voor 1 van de 4 antipsychotica, of een ernstige somatische aandoening, kwamen patiënten niet voor het onderzoek in aanmerking. Zeven patiënten bleken diabetes mellitus te hebben. Van 85 mannen en 16 vrouwen waren gegevens voor analyse beschikbaar. Achtentwintig patiënten werden ingesteld op clozapine (500 mg per dag), 25 op haloperidol (20 mg per dag), 26 op olanzapine (20 mg per dag) en 22 op risperidon (8 mg per dag).

Gebruik van haloperidol, clozapine en olanzapine leidde in 14% van de gevallen tot een dusdanig hoge glucosespiegel dat sprake was van diabetes mellitus. Bijna de helft van de groep met diabetes mellitus bestond uit patiënten die clozapine gebruikten, slechts 1 gebruikte haloperidol. De helft van de patiënten met een verhoogde glucosespiegel had voor het begin van het onderzoek een Body Mass Index (BMI) hoger dan 30, en tijdens 14 weken gebruik van olanzapine en clozapine was de gemiddelde gewichtstoename respectievelijk 7,3 en 4,8 kilogram. Olanzapine en clozapine leidden bovendien tot een verhoging van de cholesterolspiegel, zij het binnen de normaalwaarden.

Een hoge BMI is een risicofactor voor het ontwikkelen van diabetes mellitus en verhoogde cholesterolwaarden. Gebruik van olanzapine en clozapine vergroot dat risico. De onderzoekers bevelen aan om tijdens het voorschrijven van antipsychotica het gewicht, de nuchtere glucosespiegel, het HbA<sub>1c</sub> en de nuchtere cholesterol- en triglyceridenwaarden te controleren.

Voordat een psychiater besluit een patiënt met overgewicht olanzapine of clozapine voor te

schrijven, moet hij het risico van het ontstaan van diabetes mellitus en hogere cholesterolwaarden afwegen tegen de vermeende voordelen van deze medicaties voor de betreffende patiënt.

## LITERATUUR

Lindenmayer, J.P., Czobor, P., Volavka, J., e.a. (2003). Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, 160, 290-296.

E.C.M. VAN DER MEER, psychiater

### Relatie tussen bof-mazelen-rode-hond-vaccinatie en het ontstaan van autisme niet aangetoond

Sinds de publicatie van Wakefield e.a. (1998) over een mogelijke relatie tussen de bof-mazelen-rode-hond-vaccinatie (BMR) en het ontstaan van autismespectrumstoornissen, is er voortdurend discussie over deze relatie. Met name in Engeland laaien de gemoederen hoog op. Ouders zijn bevreesd om hun kinderen te laten vaccineren, terwijl de Britse National Health Service vreest voor epidemieën, omdat de landelijke vaccinatiegraad daalt.

Onderzoek van Madsen e.a. (2002) lijkt deze discussie te beslechten. Deze onderzoekers verrichtten een retrospectief cohortonderzoek bij alle tussen 1 januari 1991 en 31 December 1998 in Denemarken geboren kinderen. Aan de hand van de in het Danish Civil Registration System toegewezen registratienummers werden van elke nieuwgeborene uit de genoemde cohort de vaccinatiegegevens verkregen via de Danish National Board of Health. De 'autismestatus' van de betreffende kinderen werd verkregen via het Danish Psychiatric Central Register, waarin alle psychiatrische diagnoses van patiënten in Deense psychiatrische ziekenhuizen en poliklinieken zijn vastgelegd.

Van de 537.303 kinderen in de cohort bleken er 440.655 (82%) gevaccineerd te zijn. Driehonderd-zestien kinderen hadden de diagnose autisme in engere zin en 422 kinderen hadden een andere di-

agnose uit het autismespectrum. Bij vergelijking van de gevaccineerde met de niet-gevaccineerde groep wat betreft het optreden van autisme in engere zin en van andere autismespectrumstoornissen werd gecorrigeerd voor bekende *confounders*, zoals leeftijd ten tijde van diagnose, geslacht, geboortjaar, socio-economische status van de moeder, opleidingsniveau van de moeder, zwangerschapsduur en geboortegewicht.

Het relatieve risico van het hebben van autisme in engere zin van de groep gevaccineerde kinderen in vergelijking met de niet-gevaccineerden was 0,92 met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 0,68 tot 1,24. Voor het hebben van een andere stoornis uit het autismespectrum was het relatieve risico 0,83 met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 0,65 tot 1,07. Er was geen verband tussen de leeftijd ten tijde van de BMR, de verstreken periode sedert de BMR of de leeftijd ten tijde van de vaccinatie enerzijds en het ontwikkelen van een autismespectrumstoornis anderzijds.

Madsen e.a. hebben met behulp van de goed georganiseerde Deense gezondheidsregistratie vrijwel complete data verzameld en op basis hiervan zorgvuldig epidemiologisch onderzoek verricht. Dit onderzoek weerlegt de angst dat er een relatie is tussen de BMR en het ontstaan van autismespectrumstoornissen. Madsen e.a. ontkrachten dus de hypothese dat de BMR-vaccinatie een risicofactor is voor het krijgen van een autismespectrumstoornis.

De conclusies van dit Deense onderzoek lijken generaliseerd te kunnen worden naar de Nederlandse situatie, omdat de vaccinatieprogramma's gelijk zijn. Zo wordt de BMR-vaccinatie in Denemarken op dezelfde leeftijd gegeven als in Nederland en wordt in beide landen hetzelfde triple-BMR-vaccin gebruikt. De landelijke vaccinatiegraad is bovendien ook gelijk.

## LITERATUUR

- Madsen K.M., Hviid, A., Vestergaard, M., e.a. (2002). A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *New England Journal of Medicine*, 347, 1477-1482.
- Wakefield, A.J., Murch, S.H., Anthony, A., e.a. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 351, 637-641.

N.M. PESTEL, arts-assistent in opleiding tot psychiater

A.M.M. VAN DER REIJKEN, kinder- en jeugdpsychiater

R.C. VAN DER MAST, psychiater

*Longitudinaal onderzoek naar het natuurlijke beloop van de borderline persoonlijkheidsstoornis: 6 jaar prospectieve follow-up*

In de literatuur is weinig bekend over het beloop van de *borderline* persoonlijkheidsstoornis (BPS) met betrekking tot remissie en terugval. In het prospectieve onderzoek van Zanarini e.a. (2003) stond de vraag centraal wat het natuurlijke beloop is van deze stoornis gedurende een periode van 6 jaar, bij klinische patiënten tussen 18-35 jaar met een IQ hoger dan 71, die vloeiend Engels spraken en bij wie geen sprake was van een psycho-organisch syndroom, schizofrenie, een schizo-affectieve stoornis, of een bipolaire-I-stoornis.

Er werden drie semi-gestructureerde diagnostische interviews met goede betrouwbaarheid (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders (SCID)*, *Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)*) en het diagnostische interview van de DSM-III-R voor persoonlijkheidsstoornissen) afgenomen door psychologen zonder voorkennis over de diagnose. De behandelgeschiedenis en het psychosociale functioneren werden in kaart gebracht door het gebruik van het speciaal voor deze patiëntengroep ontwikkelde *Background Information Schedule*, een semi-gestructureerd interview met een goede betrouwbaarheid en validiteit. Na 2, 4 en 6 jaar werd de diagnose en de behandelgeschiedenis herbeoordeeld met behulp van de interviews zoals gebruikt bij de eerste meting in

combinatie met de *Revised Borderline Follow-Up Interview*.

Van de 378 patiënten voldeden 290 patiënten aan de criteria van borderline persoonlijkheidsstoornis op basis van zowel de DIB-R als de DSM-III-R. Tweeënzeventig patiënten voldeden aan de DSM-III-R-criteria voor minimaal 1 andere persoonlijkheidsstoornis dan de BPS. De overige 16 patiënten hadden een diagnose schizofrenie of een bipolaire-I-stoornis of voldeden niet aan de criteria van de DSM-III-R voor een persoonlijkheidsstoornis. Het percentage vrouwen, patiënten met een jongere leeftijd en lagere economische klasse was hoger bij de borderline-groep. Van de patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis was 34,5% na 2 jaar in remissie, 49,4% na 4 jaar en 68,6% na 6 jaar. Slechts 5,9% van de patiënten met een remissie kreeg een terugval. De patiënten waren in remissie wanneer ze niet meer voldeden aan de criteria voor een borderline persoonlijkheidsstoornis zoals hier werd gedefinieerd.

De patiënten werden langdurig behandeld gedurende de zes jaar follow-up. In dit onderzoek blijft onduidelijk wat de relatie is tussen behandeling en beloop. De interventies en de effectiviteit ervan worden niet beschreven. Het verdere beloop van deze patiëntengroep na deze zes jaar is een nieuw onderzoek waard. Een krachtig punt in dit onderzoek is het zorgvuldig in kaart gebrachte beloop van de ziekte en het gemaakte onderscheid tussen verschillende categorieën borderline patiënten met verschillende symptomen en beloop.

#### LITERATUUR

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., E.A. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.

V.J.A. BUWALDA, psychiater