

Persoonlijheidsdiagnostiek bij adolescenten: op zoek naar een betrouwbaar instrument

De DSM-IV waarschuwt tegen routinematig diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren. Behalve voor de *borderline* persoonlijkheidsstoornis (Ludolph e.a. 1990) zijn er geen betrouwbare en gevalideerde criteria voor het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. Toch is het stellen van een persoonlijkheidsdiagnose bij jongeren zinvol, omdat er een hoge prevalentie is en er vaak stabiliteit is van de diagnose tot in de volwassenheid. Ook lopen adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis een groter risico van zowel as-I- als as-II-stoornissen in de vroege volwassenheid. Westen e.a. (2003) onderzochten bij adolescenten de bruikbaarheid van DSM-IV-as-II-diagnoses en de validiteit van een door henzelf ontworpen dimensionaal instrument, de *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 for Adolescents* (SWAP-200-A). Hiervoor lieten zij 296 ervaren clinici, met verschillende theoretische oriëntaties, uit hun eigen praktijk ieder 1 patiënt (tussen de 14 en 18 jaar) beschrijven aan de hand van de DSM-IV-criteria voor as-II-stoornissen, de SWAP-200-A, de *Child Behaviour Checklist* en schalen voor adaptief functioneren. Tot slot hebben de onderzoekers door middel van clusteranalyse een begin gemaakt met de ontwikkeling van een nieuwe classificatie.

Westen e.a. concluderen dat persoonlijkheidspathologie bij jongeren grotendeels gelijk is aan die bij volwassenen en ook diagnosticeerbaar is. DSM-IV-criteria leiden echter tot overdiagnostiek van antisociale en vermijdende persoonlijkheidsstoornissen (beide 30%). Er blijkt een sterke correlatie te zijn tussen DSM-IV-as-II-items en SWAP-200-A-items.

De clusteranalyse van SWAP-200-A levert 6 groepen patiënten op: 1 adaptieve groep, en 5 groepen met een persoonlijkheidsstoornis: antisociaal-psychopatisch, emotioneel ontregeld, vermijdend, narcistisch en theatraal. Binnen de adap-

tieve, niet-zieke groep, tekent zich nog een persoonlijkheidsstijl als subgroep af: de geïnhibeerd zelf-kritische groep. Er is een sterke correlatie tussen de categorie antisociaal-psychopatisch en de DSM-categorie antisociale persoonlijkheidsstoornis. De diagnose 'vermijdend' correleert met 3 verschillende as-II-diagnoses: schizoïd, schizotypisch en vermijdend. De *borderline* persoonlijkheidsstoornis valt uiteen in 2 aparte SWAP-200-A-categorieën: emotioneel ontregeld en theatraal. De onderzoekers merken terecht op dat het voordeel van de SWAP-categorieën is dat zij statistisch onafhankelijk zijn, niet overlappen en rechtstreeks afgeleid zijn van een jongerenpopulatie.

Zoals Westen e.a. zelf stellen, is het een nadeel dat het onderzoek gebaseerd is op gegevens uit slechts één bron (de clinicus), en dat de groep patiënten vrij klein is met betrekking tot de beoogde doelen. Zij geven terecht aan dat longitudinaal onderzoek vereist is om uit te maken of de SWAP-200-A-categorieën representatief zijn voor stabiele persoonlijkheidsstructuren. Ons inziens is het daarnaast onduidelijk wat de theoretische basis van de SWAP-200-A is en dat roept vragen op over de constructvaliditeit ervan.

Verdere validering van de SWAP-200-A in grotere groepen patiënten is noodzakelijk, voordat het instrument gebruikt kan worden, voor zowel categoriale, als dimensionale diagnostiek bij adolescenten, gefundeerd op een empirische basis.

## LITERATUUR

- Ludolph, P.S., Westen, D., Mislis, B., e.a. (1990). The *borderline* diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., e.a. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952-966.

K. MINTJENS, geneesheer-specialist in opleiding tot kinderen jeugdpsychiater  
S. CLAES, psychiater

Kostenbesparing ná psychoanalytische deeltijdklinische behandeling voor borderline persoonlijkheidsstoornis

Een kostenanalyse van een gecontroleerd onderzoek (Bateman & Fonagy 2003), waarvan eerder de resultaten na een 18 maanden durende deeltijdklinische behandeling en na 18 maanden follow-up zijn gepubliceerd (Bateman & Fonagy 1999, 2001), heeft goed nieuws opgeleverd. Vierenveertig patiënten met een *borderline* persoonlijkheidsstoornis, zoals gediagnosticeerd met de *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Disorders (SCID)* werden gerandomiseerd verdeeld in een groep die een psychoanalytisch georiënteerde deeltijdklinische behandeling kreeg en een groep die de gebruikelijke psychiatrische behandeling kreeg. De deeltijdklinische behandeling bestond uit individuele psychoanalytische psychotherapie (1 x per week), psychoanalytische groepspsychotherapie (3 x per week), expressieve therapie (psychodramatechnieken) en een wekelijkse grote-groep-bespreking (Bateman & Fonagy 1999). Er werd nagegaan of er sprake was van deelname aan therapie en behandelcontacten buiten het behandelprogramma. Er was geen protocol voor de gebruikelijke psychiatrische behandeling. Medicatie, crisisinterventie en voltijdse opname waren bij beide behandelcondities mogelijk.

De patiënten die in deeltijdklinische behandeling waren geweest, vertoonden significant minder depressieve symptomen, suïcidaliteit, en zelfmutilatie dan de patiënten die 'gewone' psychiatrische behandeling hadden gehad. Bovendien waren zij minder dagen opgenomen en was hun sociaal en interpersoonlijk functioneren meer verbeterd (Bateman & Fonagy 1999). Deze resultaten bleken na 18 maanden follow-up nog sterker (Bateman & Fonagy 2001). In beide groepen waren er geen suïcides.

Een retrospectieve kostenanalyse van medische zorg toonde voor beide groepen gelijke kosten over de 6 maanden voorafgaande aan de behandeling, evenals tijdens de 18 maanden behandeling met een voor beide behandelcondities gelijke, sig-

nificante kostenafname (Bateman & Fonagy 2003). De additionele kosten van deeltijdklinische behandeling werden terugverdiend door afname van crisisbehandeling en opnamedagen. Echter, na 18 maanden follow-up bleken de kosten voor de patiënten die in deeltijdklinische behandeling waren geweest slechts een vijfde te zijn van die in de controlegroep (Bateman & Fonagy 2003).

Hoewel het om waardevol onderzoek gaat, is er een aantal kanttekeningen bij te maken. Het (kleine) aantal patiënten is in de drie publicaties verschillend en het is onduidelijk op welke wijze gerandomiseerd is. De conclusie van de kostenanalyse is gebaseerd op de patiënten die de experimentele behandeling daadwerkelijk hadden afge maakt (in tegenstelling tot *intention-to-treat*), en de resultaten kunnen vertekend zijn doordat patiënten met een hoog suïciderisico toch naar deeltijdklinische behandeling overgingen. De auteurs schrijven zelf het succes van de experimentele behandeling toe aan de psychoanalytische grondslag ervan. De structuur van de deeltijdbehandeling en de mogelijk goed georganiseerde nazorg lijken echter eveneens een voor de hand liggende verklaring. Het ontbreekt helaas aan informatie over nazorg.

Verschillen in gezondheidszorg en maatschappelijke context maken generalisering van de resultaten naar andere landen lastig. Hiervoor is onderzoek in eigen land nodig, waarbij een van de behandelcondities langdurige gestructureerde ambulante behandeling, met crisisinterventie en kortdurende (deeltijd)opnamen zou moeten zijn, in plaats van 'gewone psychiatrische zorg'.

## LITERATUUR

- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.

P.C.A.M. DEN BOER, psychiater

### *Transcraniële magnetische stimulatie bij de behandeling van depressie*

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) kan een rol gaan spelen bij de behandeling van (therapieresistente) depressies. Er wordt onderscheid gemaakt tussen hoogfrequente linkszijdige TMS (HFL-TMS: 5-20 Hz) en laagfrequente rechtszijdige TMS (LFR-TMS: 1 Hz). Van HFL-TMS zijn er bij patiënten met (therapieresistente) depressie enkele sham(schijnbehandeling)-gecontroleerde onderzoeken verricht die weliswaar een statistisch significante, maar marginale verbetering laten zien. Van LFR-TMS is maar 1 sham-gecontroleerd onderzoek gerapporteerd, dat een significante verbetering laat zien. Fitzgerald e.a. (2003) besloten bij therapieresistente depressieve patiënten beide therapieën zowel met elkaar als met sham te vergelijken.

Er werden 60 patiënten gerandomiseerd verdeeld in 3 groepen van elk 20 patiënten: HFL-TMS-behandeling, LFR-TMS-behandeling, en sham-behandeling. Er waren op het begintijdstip geen significante verschillen tussen de 3 groepen met betrekking tot belangrijke demografische kenmerken en ziektekenmerken. De patiënten waren allen therapieresistent voor ten minste 2 antidepressieve behandelingen van ten minste 6 weken elk. De antidepressieve medicatie werd tijdens de behandeling met dezelfde dosering gecontinueerd. De patiënten kregen gedurende 2 weken de actieve rTMS-behandeling. Als er een verbetering was van meer dan 20% volgens de *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS), werd dezelfde behandeling nog eens 2 weken gecontinueerd. Als de verbetering minder was dan 20% volgens de MADRS, kregen de patiënten vervolgens de andere actieve behandeling. De sham-patiënten werden

na 2 weken verdeeld over de 2 actieve behandelingen. De patiënten die na 2 weken van therapie wisselden, waren niet langer blind voor de nieuwe behandeling.

Als uitkomstmaat werd de MADRS gebruikt, maar een minimale vermindering in de score werd van tevoren niet omschreven. De MADRS verbeterde significant in beide actieve groepen in vergelijking met de sham-groepen. Tussen de twee actieve TMS-groepen was geen significant verschil. In de groep die eerst twee weken sham-TMS had gekregen en daarna twee weken actieve therapie, was LFR-TMS beduidend beter dan HFL-TMS. De groep die na onvoldoende effect in de eerste twee weken wisselde van actieve therapie, liet nauwelijks verdere verbetering zien. Er waren geen significante verschillen in bijwerkingen tussen de twee actieve therapieën. De meest voorkomende bijwerkingen waren een onplezierig gevoel tijdens de behandeling en hoofdpijn.

De methodologie van het onderzoek geeft aanleiding tot enkele aanmerkingen. Zo ontbreekt precieze informatie over de in- en exclusiecriteria en over de duur van de indexdepressie. De therapieresistentie werd niet geobjectiveerd, de DSM-IV-diagnose werd zonder gestructureerd psychiatrisch interview vastgesteld, het gebruik van de antidepressieve medicatie was zeer divers, en in de statistische analyse werd hier onvoldoende rekening mee gehouden. Ook waren de groepen tamelijk klein, en werd de blindheid voor de meeste patiënten na twee weken opgeheven. Tevens ontbrak een follow-up.

Het is dus nog voorbarig om uitgesproken conclusies aan deze resultaten te verbinden, daar het effect van rTMS eerst in een onderzoek met een goede methodologie onderzocht moet worden.

#### LITERATUUR

Fitzgerald, P.B., Brown, T.L., Marston, N.A., e.a. (2003). Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a double-blind, placebo-controlled trial. *Archives General Psychiatry*, 60, 1002-1008.

E. VAN OS, arts-assistent in opleiding tot psychiater

W.W. VAN DEN BROEK, psychiater

### Topiramaat vermindert drankgebruik en craving bij alcoholafhankelijkheid

Het anti-epilepticum topiramaat – een glutamaat-antagonist en gamma-aminoboterzuuragonist – vermindert de cerebrale afgifte van dopamine. Waarschijnlijk speelt dopaminerge stimulatie een sleutelrol bij de belonende effecten van alcoholgebruik en het ontstaan van *craving*. Johnson e.a. (2003) onderzochten daarom of topiramaat het gebruik van alcohol reduceert, craving vermindert en abstinentie bevordert.

In een gerandomiseerd, 12 weken durend, dubbelblind onderzoek bij alcoholafhankelijke mannen (n=107) en vrouwen (n=43) in de leeftijd van 21 tot 65 jaar (gemiddelde leeftijd 41,8 jaar) vergeleken zij topiramaat, tot een dosering van 300 mg per dag, met placebo. De deelnemers kregen daarnaast allen een korte gestandaardiseerde gedragstherapeutische behandeling gericht op medicatietrouw en abstinentie. De inclusiecriteria waren alcoholafhankelijkheid volgens DSM-IV-criteria, een score van  $\geq 8$  op de *Alcohol use disorder identification test*, en een alcoholgebruik van ten minste 21 eenheden per week voor vrouwen en 35 eenheden per week voor mannen. De voornaamste exclusiecriteria waren een as-I-stoornis anders dan alcohol- of nicotineafhankelijkheid, ernstige onthoudingsverschijnselen of ernstige somatische aandoeningen.

Beide groepen bleken aan het eind van het onderzoek significant minder alcohol te gebruiken, maar de deelnemers uit de topiramaatgroep vertoonden een significant grotere verbetering op de 6 belangrijkste uitkomstmaten: zij verlaagden hun gemiddelde alcoholgebruik met meer eenheden per dag (-6,24 versus -3,36) en per drinkdag (-6,24 versus -3,14); het aantal ernstige drinkdagen was 28% minder dan dat van de placebogebruikers, en zij hadden 26% meer abstinentedagen. Het  $\gamma$ -GT (gammaglutamyltransferase) daalde duidelijker in de topiramaatgroep. Craving, gemeten met de 14-item *obsessive compulsive drinking scale* was bij topiramaatgebruik beduidend minder: op de 3 subschalen ‘obsessieve gedachten aan alcohol’,

‘automatisch alcoholgebruik’ en ‘interferentie van drankgebruik met het dagelijkse functioneren’ hadden topiramaatgebruikers een significant lagere score in vergelijking met placebogebruikers. Topiramaat had geen invloed op de intensiteit van onttrekkingverschijnselen. In de topiramaatgroep kwamen meer bijwerkingen voor, zoals duizeligheid, paresthesieën, geheugen- en concentratieproblemen, psychomotorische remming en gewichtsverlies, maar deze resulteerden niet in een hoger drop-outpercentage. Het drop-outpercentage wegens bijwerkingen bedroeg in de topiramaatgroep 4% (3 van 75) en in de placebogroep 7% (5 van 75).

De auteurs verklaren de positieve effecten van topiramaat vooral door de afname van craving. In dit zorgvuldig opgezette onderzoek komt topiramaat naar voren als een veelbelovend hulpmiddel bij de acute behandeling van alcoholafhankelijkheid. Er blijven echter vragen open over onder meer de langetermijneffecten van topiramaat, het precieze werkingsmechanisme ervan en de benodigde doseringen. Het is ook nog niet bekend of topiramaat duidelijke voordelen biedt ten opzichte van inmiddels algemeen erkende anti-cravingmiddelen als acamprosaat en naltrexon (Garbutt e.a. 1999).

#### LITERATUUR

- Johnson, B.A., Ait-Daoud, N., Bowden, C.L., e.a. (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*, 361, 1677-1685
- Garbutt, J.C., West, S.L., Carey, T.S., e.a. (1999). Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1318-1325.

T. BERGER, arts-assistent in opleiding tot psychiater  
R.C. VAN DER MAST, psychiater