

Significant verband tussen aanwezigheid van depressie en negatieve uitkomst van drugsbehandelingsprogramma

Misbruik van middelen gaat vaak samen met andere psychiatrische stoornissen, maar of, en zo ja hoe deze de uitkomst van de behandeling van middelemisbruik bepalen, is nauwelijks onderzocht. Daarom gingen Compton e.a. (2003) de rol van specifieke psychiatrische stoornissen op de uitkomst van een jaar behandeling van drugsafhankelijkheid na, en ook of dit voor mannen en vrouwen verschillend was.

De onderzoekspopulatie bestond uit 401 nieuwe patiënten (264 mannen, 137 vrouwen) die deelnamen aan verschillende drugsbehandelingsprogramma's in diverse settings (ambulant en opgenomen). Alle geïncludeerde patiënten maakten deel uit van een longitudinaal onderzoek van het National Institute on Drug Abuse naar het verband tussen druggebruik en het HIV-risico. De betrokkenen werden na ten minste 2 weken behandeling (om vertekening door intoxicatie of onttrekking te voorkomen) ondervraagd aan de hand van *the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS), version III-R*, en *the NIDA Risk Behavior Assessment*. Na 1 jaar werden deze onderzoeksinstrumenten nog eens afgenomen. Wat betreft betrouwbaarheid en validiteit van de DIS is deze in vergelijking met de *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)* redelijk tot goed gebleken.

De meest gebruikte drug bleek cocaïne, gevolgd door heroïne, cannabis, andere opiaten, amfetaminen, sedativa en phencyclidine. Alcoholafhankelijkheid was de meest voorkomende comorbide stoornis, gevolgd door antisociale persoonlijkheidsstoornis, fobie, depressie, dysthymie en gegeneraliseerde angststoornis.

De comorbide psychiatrische stoornissen alcoholafhankelijkheid, depressie, gegeneraliseerde angststoornis, en antisociale persoonlijkheidsstoornis hadden een negatieve invloed op de uit-

komst van de drugsbehandeling, hoewel alleen voor depressie een significant verband werd aangetoond. Daarentegen voorspelde de aanwezigheid van fobie juist een betere uitkomst. Verder voorspelde bij mannen het aantal psychiatrische stoornissen, en vooral de aanwezigheid van een depressie, een slechtere uitkomst, terwijl ook een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een gegeneraliseerde angststoornis mogelijk verband hielden met een mindere uitkomst, hoewel deze correlatie niet statistisch significant bleek. Bij vrouwen daarentegen was alleen de afwezigheid van fobieën geassocieerd met een slechtere uitkomst van behandeling.

De auteurs stellen dat onderzocht moet worden welke factoren een rol kunnen spelen in dit verschil tussen mannen en vrouwen, en tevens, of en zo ja welke implicaties de behandeling van comorbide stoornissen op de uitkomst van de drugsbehandeling heeft. Er werd geen onderzoek gedaan naar een verband met aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis, hoewel een relatie met middelemisbruik reeds is aangetoond (Mannuzza e.a. 1998).

Overigens wordt in het artikel niet vermeld of de comorbide aandoeningen gelijktijdig behandeld werden. Evenmin werd er na één jaar een herevaluatie van het psychiatrisch beeld uitgevoerd. De auteurs hebben ook niet gespecificeerd waaruit de behandelprogramma's bestaan en of deze onderling vergelijkbaar zijn (ambulant versus opgenomen). Ten slotte kan men zich afvragen of het feit dat alleen depressie een voorspeller bleek voor een slechte uitkomst niet te maken heeft met de geringe aantallen patiënten voor de andere aandoeningen? Ook het feit dat bij vrouwen geen significante correlaties gevonden werden, zou kunnen wijzen op een gebrek aan statistische kracht.

Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de resultaten bevestigd kunnen worden. Er zal ook onderzocht moeten worden of de gelijktijdige behandeling van de comorbide aandoeningen wel degelijk tot een beter resultaat van de drugsbehandeling leidt.

LITERATUUR

Compton, W.M., III, Cottler, L.B., Jacobs, J.L., e.a. (2003). The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160, 890-895.

Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., e.a. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498.

C. VRANKEN, geneesheer-specialist in opleiding tot psychiater.

Is therapietrouw bij schizofrenie te beïnvloeden met compliance-therapie?

Patiënten denken vaak anders over hun ziekte en behandeling dan artsen. Zo blijkt twee derde van de patiënten die voor schizofrenie worden heropgenomen de medicatie niet of onjuist te hebben gebruikt. In een Iers onderzoek (O'Donnell e.a. 2003) werd daarom onderzocht of de therapietrouw (*compliance*) gunstig beïnvloed kan worden door compliance-therapie. Deze therapie, die in eerder onderzoek (Kemp e.a. 1996) met succes is toegepast bij psychotische patiënten, bestaat uit 5 sessies van 30-60 minuten waarin een combinatie van cognitieve gedragsinterventies, motivering en psycho-educatie wordt gebruikt.

Van de 94 patiënten die recent met een psychose waren opgenomen, voldeden er 84 aan de inclusiecriteria (diagnose schizofrenie volgens de *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*, leeftijd tussen 18 en 65 jaar, een IQ boven de 80, Engelssprekend, en zonder organische afwijkingen). Met een geprotocolleerd en in eerder onderzoek gebruikt gestructureerd klinisch interview werd de therapietrouw gedurende 1 maand vóór de interventie op een 4-puntsschaal (1=0-25% therapietrouw t/m 4=75-100% therapietrouw) vastgelegd, waarbij een score van 3 of lager beschouwd werd als suboptimaal. Er werd bij het beoordelen gebruikgemaakt van aanvullende informatie van familieleden en hulpverleners. Naast het verzamelen van demografische en sociaal-economische

gegevens, werden de *Positive and Negative Symptoms Scale (PANNS)*, de *Schedule for Assessment of Insight (SAI)*, de *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)* en de *Quality of Life Scale (QLS)* afgenomen.

De 32 patiënten die deelname aan het onderzoek weigerden, waren beduidend ouder en vaker vrouw. De overige 56 patiënten werden gerandomiseerd verdeeld over 2 groepen, waarbij de ene groep de compliance-therapie kreeg en de andere groep een reguliere begeleiding kreeg. Zes patiënten vielen uit het onderzoek. Eén jaar na de interventie werden dezelfde meetinstrumenten afgenomen, waarbij werd gekeken naar het aantal dagen tot de eerste heropname en het totale aantal dagen ziekenhuisopname.

Op geen enkele uitkomstmaat (therapietrouw, attitude ten aanzien van behandeling, symptomatologie, algemeen functioneren, en kwaliteit van leven) werden tussen beide groepen significante verschillen gevonden. Voorspellend voor een goede therapietrouw bleken een betere therapietrouw en houding ten opzichte van therapie aan het begin van het onderzoek, vrouwelijk geslacht, en de betrokkenheid van een verzorger.

Het is de vraag in hoeverre een interview de mate van compliance betrouwbaar meet, en daarnaast blijft het onduidelijk hoe het komt dat de resultaten van dit onderzoek zo teleurstellend zijn terwijl deze therapie eerder succesvol bleek. De auteurs geven als mogelijke verklaring dat zij in tegenstelling tot in het eerdere onderzoek bij alle metingen geblindeerd waren voor de interventie. Bovendien werden in dit onderzoek niet alle psychotische patiënten geïnccludeerd, maar alleen patiënten met schizofrenie die mogelijk slechter op deze therapie reageren.

Bij deze in cognitief en sociaal opzicht waarschijnlijk minder goed functionerende groep patiënten had de therapie wellicht langer moeten duren. Een aanwijzing hiervoor is dat de betrokkenheid van een verzorger (dus ook een directe hulpverlener?) een van de weinige voorspellers bleek voor een betere compliance.

LITERATUUR

- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., e.a. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., e.a. (2003). Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327, 834.

M.P. VAN DEN BERG, psychiater in opleiding

Beïnvloedt de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek de behandeling van depressie?

De beschikbare gegevens over het effect van persoonlijkheidsstoornissen (PS) op de behandeling van depressies zijn niet eenduidig. Hoewel de klinische indruk is dat een PS een negatieve invloed heeft op de uitkomst van depressiebehandeling, blijkt hiervoor uit een recent systematisch overzicht van de methodologisch goed uitgevoerde onderzoeken, geen evidentie (Mulder 2002).

Mulder e.a. (2003) onderzochten of een comorbide persoonlijkheidsstoornis de uitkomst na 6 weken behandeling van depressie negatief beïnvloedde. Bovendien gingen zij na of er verschil in respons was op behandeling met fluoxetine en nortriptyline. Voor diagnostiek en ernstmeting werd gebruikgemaakt van de 17-itemversie van de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), de Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), de Structured Clinical Interview for DSM-III-R voor as-I- (SCID-I) en as-II- (SCID-II) stoornissen, en de self-report-vragenlijsten Symptom Checklist 90 (SCL-90), de Social Adjustment Scale (SAS) en de SCID patient questionnaire. Na 6 weken gerandomiseerde, open behandeling met fluoxetine of nortriptyline, werd een herevaluatie uitgevoerd met MADRS, HRSD, SCL-90 en SAS. De analyse was een completer analysis, waarbij sprake bleek te zijn van een tamelijk hoog percentage uitvallers (18%).

Van de 195 geïncludeerde patienten werd bij 183 persoonlijkheidsdiagnostiek gedaan met de

SCID-I. Bij 45% bleek sprake van ten minste 1 comorbide PS (23,5% vermijdende PS, 16,4% borderline PS, 14,8% paranoïde PS, 8,7% obsessieve-compulsieve PS, en 6% afhankelijke PS). Honderdnegenveertig patiënten voltooiden 6 weken behandeling.

De aanwezigheid van een comorbide PS beïnvloedde de globale repons op de antidepressieve behandeling niet negatief. Wel bleek sprake van een significante interactie tussen soort medicatie en de comorbide PS, waarbij er vooral een minder goede respons op nortriptyline was bij patiënten met een comorbide PS, vooral met een cluster-B-PS. Bij patienten met een cluster-B-PS was er een duidelijk betere respons op fluoxetine. Dit verschil bleef significant na controle voor demografische variabelen en verdere psychopathologie.

De resultaten van dit onderzoek zijn verrassend, maar moeten gezien de methodologische beperkingen van dit onderzoek als voorlopig worden beschouwd. Ten eerste gaat het, zoals de auteurs aangeven, om een open, niet placebocontroleerd kortetermijnonderzoek. Ten tweede is de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie bij depressieve patiënten problematisch. Verder kan het feit dat het om een completer analysis met een hoog uitvalpercentage gaat, een vertekend beeld geven, vooral omdat mensen met cluster-B-PS wellicht vaker uitvallen dan anderen. De grootste beperking lijkt ons echter dat er geen herevaluatie van persoonlijkheidspathologie na behandeling werd uitgevoerd, waardoor er geen duidelijkheid is over eventuele overdiagnostiek van as-II-pathologie tijdens de depressieve fase.

Dat cluster-B-pathologie een goede respons heeft op een serotonineheropnameremmer sluit aan bij de literatuur hierover. Het blijft de vraag of de patiënten die in dit onderzoek beter reageerden op fluoxetine, niet eerder depressieve patiënten met meer borderline symptomatologie (met vooral agressiviteit en impulsiviteit) waren, dan wel dat er sprake was van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

LITERATUUR

Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.

Mulder, R.T., Joyce, P.R., & Luty, S.E. (2003). The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 259-264.

D. CUENEN, arts-assistent in opleiding tot psychiater

S. CLAES, psychiater