

Boulimia nervosa: drie subtypen?

Patiënten met *boulimia nervosa* zijn te onderscheiden in drie persoonlijkheidssubtypen (Westen & Harnden-Fischer 2001): het gedisreguleerde/ ongecontroleerde type, het constrictieve/overgecontroleerde type en het perfectionistische type met een hoger niveau van functioneren. Thompson-Brenner & Westen (2005) onderzochten of deze subtypen valide en klinisch relevant zijn.

Willekeurige leden van de *American Psychological Association* werden aangeschreven die ten minste vijf jaar klinische ervaring hadden en waren gepromoveerd, en leden van de *American Psychiatric Association*. Zij werden gevraagd om de laatst beëindigde psychotherapie van een vrouwelijke patiënt met klinische symptomen van *boulimia nervosa* bij aanvang van de behandeling te selecteren. Het persoonlijkheidstype werd met vragenlijsten gemeten en daarnaast werden de duur en uitkomst van de behandeling en de therapeutische interventie vastgelegd.

De therapeuten werd gevraagd van de 3 subtypen het meest gelijkende persoonlijkheidstype te kiezen. Van de 145 patiënten bleek 42% perfectionistisch te zijn, 31% constrictief en 27% gedisreguleerd. De perfectionistische groep had een voorgeschiedenis met de minste psychiatrische opnamen en de laagste comorbiditeit op zowel as I (81%) als as II (30%). De gedisreguleerde groep had het grootste aantal opnamen in haar voorgeschiedenis en de meeste comorbiditeit, zowel op as I (100%) als op as II (80%). Verder kwam seksueel misbruik op de kinderleeftijd het meest frequent voor bij deze groep. Van de 3 groepen duurde de behandeling bij de gedisreguleerde groep het langst en had het slechtste resultaat, terwijl de behandeling bij de perfectionistische groep het kortst duurde en het beste resultaat had. Ongeacht de oriëntatie van de therapeut, werden bij het gedisreguleerde type eerder psychodynamische technieken gehanteerd en bij de andere typen eerder cognitief-gedragsmatige technieken.

Klinisch relevant is de conclusie dat de behandeling en de prognose van de eetstoornis afhankelijk zijn van het persoonlijkheidstype. Integrale therapieën, waarbij zowel symptomen van de eetstoornis als van de persoonlijkheid worden behandeld zijn veelbelovend en lijken de aangewezen therapieën te zijn.

Beperkingen zijn volgens de auteurs de kleine onderzoeksgroep, de retrospectieve benadering en de beoordeling door één therapeut.

Daarnaast blijft onduidelijk hoeveel therapeuten zijn aangeschreven. Verder is de groep van *boulimia nervosa* heterogeen samengesteld en niet op basis van 'lifetime-diagnose', wat de representativiteit discutabel maakt. Ook is er wellicht sprake van omgekeerde causaliteit als de respondenten hun patiënten hebben ingedeeld in de drie subtypen op basis van de resultaten met hun patiënten. De behandelaar was immers op de hoogte van het behandelresultaat.

Onderverdeling in drie subtypen lijkt klinisch relevant, maar prospectief vervolgonderzoek is nodig om de validiteit van deze onderverdeling te objectiveren.

LITERATUUR

- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516-524.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562.

C.C.M. TIMMERS, arts in opleiding tot psychiater

P.N. VAN HARTEN, psychiater

Verband tussen de studiesponsor en de conclusies in vergelijkende onderzoeken van tweedegeneratie-antipsychotica

Klinische onderzoeken worden vaak gefinancierd door farmaceutische bedrijven. Sinds kort is er meer aandacht voor het verband tussen financiële

belangen en onderzoeksresultaten.

Heres e.a. (2006) onderzochten of er een verband bestond tussen sponsor, resultaten en conclusies in *randomized controlled trials* (RCT) waarin twee tweede-generatie-antipsychotica werden vergeleken.

Literatuuronderzoek met behulp van Medline (1966-2003) en screening van congresverslagen (1999-2004) leverde 42 abstracts op van RCT's. Onderzoekers, geblindeerd voor naam en dosis van antipsychotica, beoordeelden in de samenvattingen welk product werd bevoordeeld in de conclusies. Niet-geblindeerde onderzoekers doorzochten daarnaast het volledige artikel op bronnen van vertekening (bias).

Drieëndertig van de 42 geïdentificeerde onderzoeken waren gesponsord door de farmaceutische industrie. Dertig samenvattingen werden beoordeeld, waarvan 27 (90%; $p < 0,001$) het product van de sponsor bevoordeelden. Onderzoeken met verschillende sponsors die dezelfde producten vergeleken, rapporteerden tegengestelde resultaten. De auteurs identificeerden als bronnen van vertekening dosering en titratieschema, definiëring en afbakening van onderzoekspopulatie, onderzoeksopzet, statistische methoden, rapportage van resultaten, verwoording van conclusies en meervoudige publicatie. Op basis hiervan formuleerden ze aanbevelingen om vertekening in toekomstig onderzoek te verminderen. Ze adviseerden onder meer externe controle op onderzoeksprotocollen en een vlot toegankelijk centraal onderzoeksregister. Onderzoekers moeten het doseringsadvies van de producenten volgen en uitkomstparameters a priori definiëren. Reviewers moeten de representativiteit van samenvattingen en een evenwichtige weergave van de onderzoeksresultaten bewaken. Lezers moeten op basis van uitkomstparameters en onderzoeksopzet kunnen beoordelen of het onderzoek niet werd opgezet om gekende positieve resultaten te genereren.

De auteurs beperken zich tot gepubliceerde gegevens over sponsoring van onderzoek en houden geen rekening met andere vormen van financiële belangenconflicten. Zoals de auteurs zelf

aangeven is hun verklarende analyse speculatief: er is geen bewijs dat factoren die geïdentificeerd zijn als bronnen van vertekening werkelijk de resultaten hebben beïnvloed.

Hun analyse toont echter een sterke associatie aan tussen de sponsor van een onderzoek en onderzoeksconclusies, en maakt duidelijk dat vertekening op subtiële wijze gebeurt. Deze bevindingen liggen in de lijn van eerdere vaststellingen en tasten de geloofwaardigheid van de psychofarmacologische literatuur aan. Financiering van onderzoeken door farmaceutische bedrijven maakt grote, methodologisch sterke onderzoeken mogelijk. Niet-gesponsorde onderzoeken zijn niet noodzakelijk vrij van vertekening. Vertekening van onderzoeksgegevens door financiële belangen is echter problematisch, omdat via opname in meta-analyses en behandelrichtlijnen de klinische praktijk kan worden beïnvloed. De combinatie van *peer review*, rigoureuze methodologie en bekendmaking van belangenconflicten (*disclosure*) die tegenwoordig wordt gehanteerd, lijkt onvoldoende garanties te bieden om vertekening door financiële belangenconflicten te vermijden. De auteurs suggereren eenvoudige maatregelen die, in combinatie met internationale richtlijnen (zoals CONSORT en de *Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals*) de kwaliteit van psychofarmacologische literatuur sterk kunnen verbeteren.

LITERATUUR

Heres, S., Davis, J., Maino, K. e.a. (2006). Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, 163, 185-194.

L. VAN LEEMPUT, arts in opleiding tot psychiater
J. VANDENBERGHE, psychiater