

*Geïntegreerde psychiatrische behandeling even effectief als dialectische gedragstherapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis*

De laatste jaren is de effectiviteit van verschillende psychotherapeutische behandelvormen bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen aangetoond. Een bezwaar van de meeste studies is dat de controlegroepen geen gesystematiseerde op de borderlineproblematiek toegesneden behandeling hadden gekregen.

Om deze reden vergeleken McMain e.a. (2009) in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek de dialectische gedragstherapie (DGT) volgens Linehan met een geïntegreerde behandeling gebaseerd op de APA-richtlijnen (APA 2001), welke werd uitgevoerd door een psychiater. Hierbij combineert men crisisinterventies, psycho-educatie, psychodynamische gesprekstherapie en farmacotherapie.

In totaal werden 180 patiënten met een DSM-IV-borderlinepersoonlijkheidsstoornis geïncludeerd. Alle patiënten hadden ten minste tweemaal een episode van suïcidaal of zelfbeschadigend gedrag doorgemaakt in de laatste 5 jaar. De behandelingen bestonden uit wekelijkse individuele sessies gedurende een jaar. In de DGT-conditie werden daaraan toegevoegd wekelijkse groeps therapie en telefonische coaching.

Beide behandelingen bleken effectief. In tegenstelling tot wat de auteurs verwachtten, bleken er geen verschillen tussen DGT en de geïntegreerde psychiatrische behandeling. De effectmaten varieerden van 0,35 voor agressieproblematiek en 0,47 voor interpersoonlijke problemen tot 1,1 voor depressie en voor ernst van de borderlinesymptomen. Suïcidaal gedrag en aantal crisisinterventies namen eveneens af. Opvallend was dat ook het medicatiegebruik gelijk was.

De auteurs noemen als beperking dat de uitkomsten met zelfbeoordelingsvragenlijsten zijn gemeten en dat niet gecontroleerd is voor tegelijk uitgevoerde andere behandelingen. Daaraan wil ik

toevoegen dat er enkel direct na behandeling is gemeten, vooralsnog geen verdere follow-upgegevens bekend zijn en de auteurs niet duidelijk maken of na een jaar de behandeling is afgerond of voortgezet moet worden.

De studie geeft een wetenschappelijke basis aan de destijds op klinische gronden in de APA-richtlijnen opgenomen aanbevelingen. Het onderzoek is echter uitgevoerd in slechts één onderzoekscentrum in Canada en de bevindingen kunnen dus niet zonder meer gegeneraliseerd worden.

Met dit onderzoek is opnieuw aangetoond dat de borderlinepersoonlijkheidsstoornis een behandelbare aandoening is. Inmiddels is er ook *evidence* beschikbaar voor *transference-focused*, *schemagerichte* en *mentalisation based therapy* (Gunderson & Links 2008). Met zoveel keuzemogelijkheden mag men van instellingen een *evidence-based* behandelmethode voor deze stoornis verwachten. McMain e.a. zijn de eersten die laten zien dat bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis het combineren van farmacotherapie en psychodynamische gesprekstherapie door de psychiater effectief en goed uitvoerbaar is.

## LITERATUUR

- McMain, S.F., Links, P., Gnam, W., e.a. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (10 Suppl), 1-52.
- Gunderson, J., & Links, P. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2de druk). Arlington: American Psychiatric Publishing.

## AUTEUR

H.L. VAN is psychiater bij Arkin, Amsterdam.  
Correspondentieadres: dr. H.L. Van, Arkin, opleiding Psychiatrie, 2e Constantijn Huygensstraat 37, 1054 AG Amsterdam.  
E-mail: rien.van@arkin.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

### Werkzaamheid en acceptatie van 12 nieuwere antidepressiva: sertraline als eerste keus?

Er is hernieuwde belangstelling voor eventuele onderlinge verschillen in werkzaamheid van de nieuwe generatie antidepressiva in de acute fase van behandeling. Een publicatie door Cipriani e.a. (2009) in *The Lancet* en de briefwisseling die daarop volgde, illustreren de complexiteit van de materie.

Cipriani e.a. verrichtten een omvangrijke meta-analyse waarin zij bupropion, citalopram, duloxetine, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, milnacipran, mirtazapine, paroxetine, reboxetine, sertraline en venlafaxine met elkaar vergeleken. Zij includeerden 117 gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's), afkomstig uit de Cochrane Collaboration Controlled Trials Registers en farmaceutische websites met in totaal 25.928 patiënten. Zij includeerden alleen vergelijkende en geen placebogecontroleerde studies, in een multiple-treatments- of netwerkmeta-analyse. Hierin worden onderlinge vergelijkingen tussen middelen gemaakt wanneer die middelen met eenzelfde 'comparator'-middel zijn vergeleken in een RCT. Na een behandeling van 8 weken werden respons (minimaal 50% reductie van de Hamilton- of Montgomery-Åsberg-depressiescore) en acceptatie/uitvoerbaarheid (aantallen uitvallers) als uitkomstmaten gebruikt.

Escitalopram, mirtazapine, sertraline en venlafaxine bleken significant werkzamer dan de andere antidepressiva. Daarnaast werden escitalopram en sertraline het best verdragen. Sertraline blijkt de beste keuze, omdat dit middel tegen de laagste kosten kan worden voorgeschreven. Op basis van de in het artikel gepresenteerde getallen is het verschil in effect met bijvoorbeeld paroxetine en fluoxetine ook in absolute zin groot, met *numbers needed to treat* van respectievelijk 11,1 en 12,5.

De auteurs stellen dat placebostudies onvoldoende informatie geven voor onderlinge vergelijkingen tussen middelen. Verder zijn ze ethisch alleen goed uitvoerbaar bij lichte depressies vanwege de beschikbaarheid van goede alternatieven

bij ernstiger depressies. Ook stellen zij dat placebovergelijkingen de farmaceutische industrie onvoldoende stimuleren tot productie van middelen die daadwerkelijk beter zijn dan de al beschikbare middelen ('me-too'-middelen), terwijl ze wel duurder zijn. Zij vragen zich dan ook af of placebovergelijking wel de standaard moet zijn bij nieuwe registraties.

De discussie die hierop volgde in *The Lancet* (373, 1759 e.v.) illustreert de complexiteit van de vertaling van wetenschappelijke gegevens naar de praktijk. In een eveneens recente systematische review vonden Turner e.a. (2008) op basis van FDA-gegevens een andere rangorde van de effectiviteit dan Cipriani e.a. Opgemerkt werd dat juist placebostudies wegens FDA-registratievoorschriften aan de strengste kwaliteitsnormen moeten voldoen. Verder was er kritiek dat Cipriani e.a. slechts een standaarddosering per middel aanhielden, dat de methode van onderlinge vergelijkingen geen absolute zekerheid geeft en dat de gehanteerde uitkomstmaat minder informatie geeft over absolute verbetering of over effectiviteit bij verschillende maten van ernst van de depressie.

Wij zijn van mening dat de auteurs een zorgvuldige studie hebben opgezet met een grondige dataverzameling en de mogelijkheid om de gegevens terug te lezen in het publieke domein, zonder belangen vanuit de farmaceutische industrie. De argumentatie ten gunste van studies die middelen onderling vergelijken, verdient nadere overweging.

#### LITERATUUR

- Cipriani, A., Furukawa, T.A., Salanti, G., e.a. (2009). Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, 373, 746-758.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., e.a. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.

REFERATEN

AUTEURS

L.A. BOERSMA is arts in opleiding tot specialist bij Arkin GGZ, Amsterdam.

R.A. SCHOEVERS is psychiater en A-opleider bij Arkin GGZ, Amsterdam.

Correspondentieadres: L.A. Boersma, Mentrum Rehab, Sarphati-straat 8-14, 1017 WS Amsterdam.

E-mail: lianne.boersma@arkin.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.