

Emotionele kwetsbaarheid bij  
borderlinepersoonlijkheidsstoornissen wordt  
gemoduleerd door traumatisering

In een steekproef van de Amerikaanse bevolking bedroeg de prevalentie van posttraumatische stressstoornissen (PTSS) 5%, van borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) 3,7% en van BPS met PTSS 3,7% (Pagura e.a. 2010). Hoewel zowel bij BPS als bij PTSS trauma een belangrijke rol speelt, werd de relatie tussen beide nog weinig onderzocht.

Limberg e.a. (2011) ontwierpen een goed onderbouwde methode om de emotionele reactiviteit van patiënten met een BPS te bekijken en te onderzoeken of een comorbide PTSS daarop een invloed heeft. Zij gebruikten hierbij scripts waarvan de inhoud onaangenaam was, aangenaam, neutraal, idiografisch aversief (met traumagerelateerde taferelen) of stoornisspecifiek (met taferelen van verlating en verwerping).

Zij vergeleken de fysiologische reacties op deze scripts van 40 opgenomen patiënten met BPS zonder medicamenteuze behandeling met die van 32 controlepersonen zonder klachten. Beide groepen hadden vergelijkbare leeftijd, opleiding en nicotineconsumptie. Van de patiënten met BPS leden er 13 aan ernstige PTSS (score > 60 op de Clinician-administered PTSD Scale) en 13 aan matige PTSS. Van alle patiënten met BPS maakte minstens 90% één trauma door en de meesten (73%) waren blootgesteld aan verschillende trauma's over een langere tijdsperiode, dit gold ook voor de 13 patiënten met BPS en ernstige PTSS. Vóór het experiment werden de taferelen in willekeurige volgorde getoond aan de deelnemers, zodat ze wisten wat ze konden verwachten. Tijdens het experiment werd ieder script door de deelnemers hardop voorgelezen, vervolgens stelden ze zich het gelezen tafereel zo levendig mogelijk voor. Verschillende fysiologische reacties werden gemeten: veranderingen in hartslag en in huidgeleiding en oogknipperen als reflex op schrikreacties. Dit

vormt een maatstaf voor de mobilisatie van amygdala-afhankelijke defensieve antwoorden.

Bij scripts die verwerping of verlating beschreven, zag men significant versterkte schrikreacties in de vorm van oogknipperen bij patiënten met BPS, maar niet bij de controlegroep. De schrikreactie bij patiënten met BPS en PTSS was significant kleiner dan die bij patiënten met BPS zonder PTSS.

Terwijl de groep patiënten met een BPS zonder PTSS een sterke potentiatie vertoonde van de schrikreactie en een verhoging in de hartslag gedurende het zich voorstellen van idiografisch aversieve taferelen in vergelijking met de neutrale, kwam deze potentiatie niet voor bij patiënten met BPS en ernstige PTSS. Bij hen was er daarentegen een grotere toename van de hartslag bij idiografisch aversieve en onaangename taferelen. De auteurs verklaren dit door een toegenomen dissociatie bij deze patiënten tijdens de imaginatie van deze taferelen, maar zij bevelen verder onderzoek aan.

Deze gegevens bevestigen de hypothese van de auteurs dat patiënten met een BPS specifiek kwetsbaar zijn voor ervaringen van verwerping en verlating. Daarnaast zwakt een comorbide PTSS de emotionele reactiviteit af. Aangezien Pagura e.a. (2010) concludeerden dat een comorbide PTSS een slechter functioneren tot gevolg heeft, is de vraag klinisch relevant hoe het komt dat sommige patiënten met BPS een PTSS krijgen en anderen niet, ondanks een vergelijkbaar niveau van traumatisering in hun kindertijd.

Deze studie toont verder aan dat het in de behandeling van BPS belangrijk is om oog te hebben voor PTSS. Daarnaast is de vraag wanneer, in hoeverre en hoe deze twee aandoeningen apart behandeld dienen te worden, bijvoorbeeld met *eye movement desensitization and reprocessing* of *mentalization-based treatment* of, zoals de auteurs voorstellen, met *mindfulness*.

## LITERATUUR

Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatric Res* 2010;44:1190-8.

Limberg A, Barnow S, Freyberger HJ, Hamm AO. Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization. *Biol Psychiatry* 2011;69:574-82.

## AUTEURS

KAROLIEN IEVEN is psychiater, UPC KU Leuven, Campus St-Jozef Kortenberg, Kortenberg.

RUDI VERMOTE, psychiater, UPC KU Leuven, Campus St-Jozef Kortenberg, Kortenberg.

Correspondentieadres: prof. dr. Rudi Vermote, UPC KU Leuven, Campus St-Jozef Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.

E-mail: Rudi.vermote@uc-kortenberg.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

### Een gerandomiseerd onderzoek naar risperidonadditie bij posttraumatische stressstoornis met onvoldoende reactie op antidepressiva

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt in Nederland bij voorkeur behandeld met psychotherapie. Farmacotherapie is aangewezen als de patiënt dit wil of als psychotherapie onvoldoende werkt. De eerste keus bij farmacotherapie is een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) (Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen 2011).

Krystal e.a. (2011) onderzochten veteranen met PTSS. Veteranen zijn meestal mannen en als zij PTSS hebben, dan is deze meestal chronisch. In eerder onderzoek bleken manlijk geslacht en chronische PTSS gerelateerd aan verminderde werkzaamheid van SSRI's. Antidepressiva zijn de meest gebruikte psychofarmaca voor PTSS en twee SSRI's zijn hiervoor door de Food and Drug Administration goedgekeurd. In de praktijk worden atypische antipsychotica vaak gebruikt voor PTSS (zie bijvoorbeeld Comer e.a. 2011), maar overtuigend onderzoek hiervoor is er nog niet.

Krystal e.a. verrichtten een dubbelblind, gerandomiseerd, placebogecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van risperidonadditie. Er werden patiënten met PTSS geïncludeerd indien ze nog symptomen hadden ondanks behandeling met minimaal 2 SSRI's. De inclusiecriteria werden tijdens de studie verruimd door ook medicatie die mogelijk interacteerde met risperidonadditie toe te laten. Dit betrof trazodon  $\leq 100$  mg, nefazodon  $\leq 100$  mg, quetiapine  $\leq 25$  mg of mirtazapine  $\leq 30$  mg, waarbij de patiënten deze medicijnen minimaal 3 maanden gebruikten met ten minste de laatste maand een vast doseringsschema.

Exclusiecriteria waren onder andere bipolaire stoornis, schizofrenie, noodzaak van gebruik van antipsychotica voor behandeling van psychose en middelenafhankelijkheid in recente verleden. De patiënten ( $n = 296$ ) gebruikten 24 weken risperidon, met als streefdosering 3 mg en mogelijkheid van ophogen tot 4 mg, of placebo.