

Persoonlijkheidsstoornis kan in aanwezigheid van depressieve stoornis gediagnosticeerd worden

Onder clinici in ons vak bestaat wijdverbreid de opvatting dat persoonlijkheidsdiagnostiek beperkt mogelijk is bij patiënten in de actieve fase van een depressieve stoornis. Immers, het depressieve toestandsbeeld kan de beoordeling van persoonlijkheidsstoornissen verstoren. Diagnostiek van as II-stoornissen moet daarom uitgesteld worden totdat de depressieve stoornis in (gedeeltelijke) remissie is.

Dat deze klinische wijsheid wellicht herzien moet worden, tonen Morey e.a. (2010) aan. Deze Amerikaanse onderzoekers deden longitudinaal onderzoek naar comorbiditeit en stabiliteit van persoonlijkheidsstoornissen en depressieve klachten. Zij includeerden patiënten van 18-45 jaar uit de *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* en stelden 3 groepen samen: een groep met uitsluitend een depressieve stoornis zonder noemenswaardige persoonlijkheidsstoornis ($n = 73$), een groep met in ieder geval één van vier persoonlijkheidsstoornissen, te weten een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, schizotypische, vermijdende of obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, zonder depressie ($n = 119$) en een groep met een persoonlijkheidsstoornis en een depressieve stoornis ($n = 241$).

In de groepen gebruikte men als diagnostische meetinstrumenten en ernstschalen: het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*, het *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*, de *Neo Personality Inventory-Revised* en de depressieschaal van de *Personality Assessment Inventory*. Metingen werden bij aanvang van de studie verricht, na 3 en 6 maanden en vervolgens jaarlijks met een follow-up van 6 jaar. Statistische analyses werden uitsluitend verricht op gegevens van deelnemers van wie data op alle meetmomenten beschikbaar waren. Door deze gedegen methodologische aanpak is de kwaliteit van de studie goed.

De resultaten zijn opmerkelijk. Er was geen significant verschil in de ernst van persoonlijkheidsstoornis tussen de groepen persoonlijkheidsstoornis met én zonder comorbide depressie bij aanvang en na 6 jaar follow-up. Persoonlijkheidsproblematiek persisteert dus over de tijd, ongeacht en onafhankelijk van de initiële aanwezigheid van een depressie. Verrassend was ook dat de depressieve symptomen in de groep met de dubbele diagnose stabiel bleken dan die in de groep met enkel een depressie. Bij de proefpersonen bij wie de depressie wel opklaarde, bleek de persoonlijkheidsproblematiek onveranderd en vergelijkbaar met die in de groep persoonlijkheidsproblematiek zonder depressie. Dit gold in gelijke mate voor de verschillende onderzochte persoonlijkheidsstoornissen. Morey e.a. concluderen dan ook dat men wel degelijk een uitspraak kan doen over problematiek op as II als er een ernstige depressie vastgesteld is op as I.

De vraag is nu wat er aan de hand is bij patiënten die na een succesvol behandelde depressie minder persoonlijkheidsproblematiek laten zien. Diagnosen op as II, gesteld tijdens een depressieve episode, berusten immers niet op een artefact van de stemming, zo laten Morey e.a. zien. Mogelijk is hier sprake van een behandeldeffect. Morey e.a. geven al een hint in die richting in hun inleiding en de studie van Tang e.a. (2009) gaat daar op door. Zij vonden dat behandeling van een depressie met selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), onafhankelijk van het effect op de depressie, een verbetering geeft op de onderliggende persoonlijkheidskenmerken neuroticisme en extraversie. Het verschil in depressieverbetereing tussen de placebogroep en de SSRI-groep bleek, gecontroleerd voor neuroticisneverandering, niet langer significant. Dat suggereert dat SSRI's (ook) op onderliggende persoonlijkheidskenmerken ingrijpen, wellicht meer nog dan op de depressie zelf.

Hoewel Tang e.a. persoonlijkheidskenmerken onderzochten en Morey e.a. persoonlijkheidsstoornissen, kunnen we toch stellen dat het in kaart brengen van persoonlijkheidsstoornissen

van groot belang is en dat dit dus ook kan tijdens een depressieve episode. Dit past in de voornemens om in de DSM-5 (<http://www.dsm5.org>) bij alle patiënten de persoonlijkheid op een dimensionale wijze te beschrijven op as II.

LITERATUUR

Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, Stout RL, Hopwood CJ, Gunderson JG, e.a. State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 528-35.

Tang TZ, DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam J, Shelton R, Schalet B. Personality change during depression treatment, a placebo controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1322-30.

AUTEURS

A.M. RUISSSEN, arts in opleiding tot psychiater en onderzoeker, GGZ inGeest en Metamedica, VUmc, Amsterdam.

P.L. REMIJNSE, psychiater, GGZ inGeest, Amsterdam.

Correspondentieadres: A.M. Ruissen, Metamedica VUmc/GGZ inGeest, Van der Boechorststraat 7D 331, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: a.ruissen@vumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Poliklinische mentalization-based treatment in de behandeling van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) komt veel voor en gaat gepaard met een hoog suïcidegevaar. Voor BPS bestaan er specifieke *evidence-based* behandelingen, zoals dialectische gedragstherapie, schemagefocuste therapie, *transference-focused* therapie en *mentalization-based treatment* (MBT). Zonarini (2009) besprak in een overzichtartikel de effectiviteitsstudies hiernaar.

Over MBT in dagtherapie werd er een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) uitgevoerd met een follow-up na 18 maanden, 5 jaar en 8 jaar (Allen e.a. 2008). Deze studie werd verricht in dagopname. Het was daarom onduidelijk in hoeverre de resultaten door de specifieke MBT-methode verkregen werden dan wel mede beïnvloed zijn door de dagklinische setting en het charisma van de auteurs.

Bateman en Fonagy (2009) pasten de MBT-methode poliklinisch toe en met andere behandelaren. Zij randomiseerden hiertoe 134 patiënten met BPS, die therapie kregen van elf professionele ggz-medewerkers met even veel jaren ervaring en opleiding. Bij deze patiënten werd poliklinische MBT gedurende 18 maanden in een RCT vergeleken met een poliklinisch gestructureerd behandelprogramma in de controlegroep. Onafhankelijke beoordelaars evalueerden zesmaandelijks.

Als primaire uitkomsten werden zelfmoordpogingen, levensbedreigende zelfverwonding en opname bekeken. In beide groepen werd een daling van het suïcidaal gedrag gezien gedurende de eerste 12 maanden. Het verschil in resultaat tussen beide groepen werd pas statistisch significant in de laatste 6 maanden, waarin in de MBT-groep 2 suïcidepogingen voorkwamen tegenover 16 in de controlegroep. Over het hele verloop van de studie was de daling in suïcidaal gedrag duidelijker in de MBT-groep.

Zelfverwonding nam in de eerste 6 maanden sterker af in de controlegroep, maar daarna had de MBT-groep een grotere daling, waardoor uiteinde-

lijk MBT significant betere resultaten vertoonde. Vanaf het begin was er een grotere reductie van het aantal opnamen in de MBT-groep dan in de controlegroep; deze grotere reductie werd in de laatste 6 maanden significant voor MBT.

Ook secundaire uitkomsten zoals de score op de *Global Assessment of Functioning* (GAF) en zelfscores van ernst van symptomen, depressie, interpersoonlijk functioneren en sociale aanpassing verbeterden in beide groepen, maar de verbetering was opnieuw significant hoger in de MBT-groep. Dit viel vooral op bij depressieve symptomen en sociale aanpassing. Medicatiegebruik verminderde in beide groepen, ook hier was de daling groter voor de MBT-groep.

Dit onderzoek is belangrijk omdat het de eerste studie is die de effectiviteit aantoonde van MBT buiten een opnamesetting en in minder intensieve vorm. Dit wijst op een effectiviteit van de methode op zich en op de generaliseerbaarheid ervan. De poliklinische vorm maakt de methode bovendien kostenefficiënter.

LITERATUUR

- Allen JG, Bateman A, Fonagy P. *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1355-68.
- Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120: 373-7.

AUTEURS

K. IEVEN is arts in opleiding tot psychiater UPC KU Leuven.
 R. VERMOTE is psychiater aan het UPC KU Leuven, Campus St-Jozef Kortenberg, Kortenberg.
 Correspondentieadres: prof. dr. R. Vermote, UPC KU Leuven, Campus St-Jozef Kortenberg, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, België.
 E-mail: Rudi.vermote@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.