



STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ

CONCEPTVERSIE JULI 2007

Multidisciplinaire richtlijn

Persoonlijkheidsstoornissen

**Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van
volwassen patiënten met een
persoonlijkheidsstoornissen**

Conceptversie juli 2007 ter becommentariëring

Onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ) [.....logo]

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) [.....logo]

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) [..... .logo]

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) [.....logo]

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) [..... logo]

In samenwerking met de deelnemende patiënten-/familieorganisaties en beroepsverenigingen

Ondersteuning en begeleiding: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut

COLOFON

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering voor het deel patiëntenparticipatieI

Erasmus MC

Fonds Psychische Gezondheid

St. Borderline

St. Labyrint~In Perspectief

Trimbos-instituut

Productiebegeleiding:

.....

Omslag:

Conefrey/Koedam BNO, Zeist

Lay-out binnenwerk:

.....

Druk:

.....

Eindredactie

Medisch Redactie bureau Dominicus - drs. J.C. Brandt-Dominicus

Uitgever:

Trimbos-instituut, Utrecht in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.
E-mail: bestel@trimbos.nl, tel. 030-2971108, fax 030-2971111, onder vermelding van
artikelnummer:

Deze richtlijn is tevens beschikbaar op de website: www.ggzrichtlijnen.nl

INHOUD

ORGANISATIESTRUCTUUR	4
1. ALGEMENE INLEIDING	7
1.1 Aanleiding voor de richtlijnen	7
1.2 Richtlijnontwikkeling in de ggz	7
1.3 Fasen in het zorgproces voor personen met een persoonlijkheidsstoornis	8
1.4 Taken en disciplines in het zorgproces	8
1.5 Doelstelling	8
1.6 Toepassing van richtlijnen	9
1.7 Vertegenwoordigers van patiënten en familieleden	10
1.8 Richtlijngebruikers	10
1.9 Definities	10
1.10 Uitgangsvragen	10
1.11 Samenstelling werkgroep	12
1.12 Werkwijze werkgroep	12
1.13 Wetenschappelijke onderbouwing	13
1.14 Format	14
1.15 Kosteneffectiviteit	15
1.16 Implementatie	15
1.17 Juridische betekenis van richtlijnen	16
1.18 Herziening	16
2. SPECIFIEKE INLEIDING PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN	17
2.1 Definitie	17
2.2 Beschrijving van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen	18
2.3 Epidemiologie van persoonlijkheidsstoornissen	24
2.4 Etiologie van persoonlijkheidsstoornissen	25
2.5 Het beloop van persoonlijkheidsstoornissen	26
2.6 Leeswijzer voor de richtlijnen	28
3. DIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELLING	30
3.1. Patiënten- en familieperspectief	30
3.2 Inleiding	32
3.3 Uitgangsvragen	32
3.4 Keuze en verantwoording van de literatuur	32
3.5 Categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen	33
3.6 Dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidspathologie	38
3.7 De rol van categoriale DSM_IV-TR classificatie bij de indicatiestelling	40
3.8 Indicatiestelling en behandeladvies; patiënten- en familieperspectief	43
3.9 Indicatiestelling voor behandeling	44
3.10 Eerste-stap-behandelingen	46
3.11 Verfijnde indicatiestelling tijdens de diagnostische- en behandelfase	47
3.12 De rol van de hulpvraag van de patiënt bij de indicatiestelling	49
4. PATIËNTEN- EN FAMILIEPERSPECTIEF BIJ DE BEHANDELING VAN MENSEN MET EEN PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS	55
4.1 Patiëntenperspectief	55
4.2 Perspectief familie, partners en directe anderen	58
4.3 Interventies voor familieleden, partners in de directe omgeving	60

5.	PSYCHOTHERPEUTISCHE INTERVENTIES	63
5.1	Keuze en verantwoording van de literatuur	63
5.2	Ambulante individuele psychotherapie	64
5.3	Ambulante groepstherapie	73
5.4	Dagklinische psychotherapie voor het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen	77
5.5	Klinische psychotherapie voor het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen	80
5.6	Dosering en wijze van toepassing van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen	84
5.7	Beslisboom psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen	88
6.	PSYCHOSOCIALE INTERVENTIES	100
6.1	Verpleegkundige zorg	100
6.2	Vaktherapieën	110
6.3	Maatschappelijk werk	122
6.4	Crisisinterventie	124
7.	FARMACOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES	133
7.1	Keuze en verantwoording van de literatuur	133
7.2	Farmacotherapie in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis	134
7.3	Farmacotherapie in de behandeling van schizotypische persoonlijkheidsstoornis	150
7.4	Farmacotherapie in de behandeling van de overige persoonlijkheidsstoornissen	151
7.5	Behandelalgoritmen farmacotherapie persoonlijkheidsstoornissen	152
8.	COMORBIDITEIT BIJ PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN	165
8.1	Patiënten- en familieperspectief	165
8.2	Inleiding	167
8.3	Keuze en verantwoording literatuur – algemeen	167
8.4	Depressie en persoonlijkheidsstoornissen	168
8.5	Angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	174
8.6	Verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	180
8.7	Eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	187
8.8	Bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	188
8.9	Aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornissen (ADHD) en persoonlijkheidsstoornissen	190
9.	KOSTENEFFECTIVITEIT	204
9.1	Keuzen en verantwoording van de literatuur	204
9.2	Kosteneffectiviteit van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen	204
10.	ORGANISATIE VAN ZORG	210
10.1	Keuze en verantwoording van literatuur	210
10.2	Echelonnering	210
10.3	Zorggebruik bij persoonlijkheidsstoornissen	212
10.4	De eerste lijn	212
10.5	Tweedelijns- en derdelijns-ggz	220
10.6	Behandelaanbod in derdelijnsvoorzieningen	223
10.7	Literatuur patiënten- en familieperspectief	225

Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen is op initiatief en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en de daaronder ressorterende Commissie Patiëntenparticipatie tot stand gebracht door de werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen waarin de deelnemende verenigingen en organisaties hebben samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werden verzorgd door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut.

SAMENWERKENDE PATIËNTEN- / FAMILIEORGANISATIES

Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (LSZ)

Stichting Borderline

Stichting Labyrint~In Perspectief

Stichting Wegwijs

SAMENWERKENDE BEROEPSVERENIGINGEN

Federatie Vaktherapeutische Beroepen

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Phorza- Beroepsorganisatie van professionals in sociale, (ortho)pedagogische en hulpverlenende functies

Vereniging Klinische Psychotherapie

LANDELIJKE STUURGROEP MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNONTWIKKELING IN DE GGZ

Voorzitter

Dhr. R.M.W. Smeets - Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter

Prof.dr. G. Hutschemaekers - De Gelderse Roos, Arnhem

Secretaris

Dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden:

Dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)

Dr. D.P. Ravelli - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Prof.dr. R.W. Trijsburg† - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden

Dr. G.H.M.M. ten Horn - Voorzitter Commissie Patiëntenparticipatie

Drs. W.P.H. Brunenberg - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Drs. A.E. Timmermans - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Adviseur

Prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren, Amsterdam/Trimbos-instituut

COMMISSIE PATIËNTENPARTICIPATIE

Voorzitter:

Mw.dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris:

Mw. M. Vink - Trimbos-instituut

Leden:

Mw. M.H. van der Aar-Peulen - Labyrint~In Perspectief
Mw. H. Boumans - Ypsilon
Mw. A. Faber - Stichting Labyrint~In Perspectief
Mw. A. Kal - Ypsilon
Dhr. I. Keuchenius - Angst, Dwang en Fobiestichting
Dhr. B.H. Kraaijenbrink - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Mw. M. Mannak-Bouman - Stichting Labyrint~In Perspectief
Dhr. M. Muis - Anoïsis
Mw. L. van Oosterum - Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
Mw. L. van 't Veen - Patiëntenbond in de GGZ
Dhr. M. Vermeulen - Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
Dhr. T. van Wel
Mw. I. Wijne - Landelijke Stichting Zelfbeschadiging
Mw. drs. J. Zwanikken-Leenders
Dhr. H. van Zwol - LSOVD

WERKGROEP PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

Voorzitter

Prof.dr. R.W. Trijsburg†, tot april 2007

Prof.dr. R. Verheul, per april 2007, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong

Leden

Mw. M. van der Aar-Peulen, Labyrint~In Perspectief
Mw.dr. L.M.C. van den Bosch, Forensische Pscych. Zorg Oldenkotte
Mw. M. Bruggeman, Huisartsenpraktijk Lewenborg (per februari 2006)
Mw. J.E. van Dijke, RIAGG Amersfoort&Omstreken
Mw. S. Haeyen, SPATIE Centrum v. Geestelijke Gezondheidszorg
Dr. A.J.P.M. Hafkenscheid, Sinai Centrum-Geestelijke Gezondheidszorg
Mw.dr. L. Hakkaart-van Roijen, iMTA Erasmus MC
Dhr. A.B. Hoffmans, Centrum voor Specialistische Psychotherapie
Dhr. F.M. Huitema, GGZ Stadskanaal
Dhr.drs. T.J.M. Ingenhoven, Symfora Groep
Mw. S. Kleis, Stichting Wegwijs (tot sept.2005)
Dhr. B. Koekkoek Altrecht/RPC Zeist
Mw. L. Baan, Stichting Borderline
Dhr. R. Koster, De Gelderse Roos
Mw.drs. K. Kraak, GGNNet Locatie Zevenaar
Mw. E. Kruis, Stichting Borderline
Mw.drs. E.T.T., Lamers Gezondheidscentrum Gein
Mw.drs. M.W. Mauritz, GGNNet Locatie Zevenaar
Mw.drs. M.J.T. Oud, Huisartsenpraktijk Lewenborg
Dr. Th. Rinne, Pieter Baan Centrum
Mw. R. Velthorst GGNNet Locatie Zevenaar
Mw.drs. A. Weertman Psychotherape Mw. I.R.M. Wijne, Landelijke Stichting Zelfbeschadiging
Mw. I.R.M. Wijne, Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (per sept. 2005)

Dhr. K. van der Meer (tot februari 2006)

Externe deskundigen

Mw. Drs. M. Herbrink
Dhr. Dr. S. Colijn
Dhr. Dr. J.J. van Busschbach
Mw. Drs. D. Soeteman
Mw Dr. S. Kool
Mw. Dr. J.J.S. Kooy
Dhr. Dr. R. Hoekstra
Mw. Drs. O. Swagemakers
Dhr. H. Bloks
Dhr. Dr. A. Kaasenbrood

Adviseurs

Mw. drs. I. Boerema - Trimbos-instituut
Mw. Drs. E.R. Fischer - Trimbos-instituut
Mw. Drs. A. Hagemeijer - Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Redactiecommissie

Prof.dr. R.W. Trijsburg†, tot april 2007
Prof.dr. R. Verheul
Mw.dr. L.M.C. van den Bosch
Mw. I.R.M. Wijne

METHODOLOGISCHE ONDERSTEUNING EN BEGELEIDING

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Sinds zijn oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een toonaangevend en ook internationaal erkend instituut dat via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding biedt bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg.
Het Trimbos-instituut bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee

1 Algemene inleiding

1.1 Aanleiding voor de richtlijn

In de periode juni 2002 tot maart 2003 heeft een prerichtlijnwerkgroep, in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, zich beziggehouden met de vragen of het mogelijk zou zijn een richtlijn voor de behandeling en de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen te ontwikkelen, en of dit kon gelden voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen.

Op basis van een eerste globaal literatuuronderzoek bleek dat er voldoende bewijs voorhanden is om een aantal uitgangsvragen met betrekking tot interventies bij persoonlijkheidsstoornissen te beantwoorden. Hoewel een substantieel deel van de gevonden onderzoeken betrekking heeft op interventies bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, is er toch ook veel wetenschappelijk bewijs aangetroffen dat betrekking heeft op het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Op grond van deze bevindingen heeft de prerichtlijnwerkgroep geadviseerd aan de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ een richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen, ofwel het brede spectrum, te ontwikkelen.

1.2 Richtlijnontwikkeling ggz

Tal van beroepsverenigingen en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ontwikkelen richtlijnen, vaak als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid. Na een landelijke werkconferentie werd begin 1999 de Landelijke Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ geïnstalleerd. Aan deze Landelijke Stuurgroep nemen deel vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Federatie Verpleegkunde in de GGZ. De Landelijke Stuurgroep wordt geleid door een onafhankelijke voorzitter. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut verlenen ondersteuning.

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is de Stuurgroep in 1999 de verschillende activiteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling op elkaar af gaan stemmen. Vele beroepsbeoefenaars ontplooiën activiteiten op dit gebied: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen en verpleegkundigen in de ggz, maar ook apothekers, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en sociaalpedagogische hulpverleners ontplooiën activiteiten op dit gebied. Brede afstemming van deze activiteiten is nodig met het oog op de toekomst. Op dit moment is de situatie nog weinig problematisch: het aantal richtlijnen in de ggz is nog bescheiden en de richtlijnen van de eerste generatie, standaarden en protocollen, hebben meestal betrekking op slechts één of enkele aspecten van de hulpverlening – ze zijn monodisciplinair en monofasisch. Door het in toenemende mate denken in termen van zorgtrajecten, waarbij de patiënt en de 'ziektecarrière' centraal staan in de beschrijving van het zorgproces, is echter behoefte aan geïntegreerde richtlijnen ontstaan. Deze geïntegreerde en multidisciplinaire richtlijnen kunnen de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces beschrijven.

Voorop staat echter dat het ontwikkelen van richtlijnen geen doel op zich is, maar vooral de kwaliteit van zorg moet dienen. De patiënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwerkelijk steun aan kunnen ontleen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een bureaucratisch keurslijf van regelgeving te ontwerpen dat in iedere spreekkamer een blok aan het been is en waarin ook patiënten zich niet herkennen. Om

ontsporingen te voorkomen, zo stelt de Landelijke Stuurgroep voor, zal dit uitgangspunt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst worden.

1.3 Fasen in het zorgproces voor personen met een persoonlijkheidsstoornis

De Landelijke Stuurgroep onderscheidt ruwweg de volgende min of meer chronologische fasen in het zorgproces:

- preventie (het voortraject)
- diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing (voorkeur GGZ)
- vervolgdagnostiek, opstellen behandelplan, afspraken tussen patiënt en hulpverlener
- behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding (met onderscheid naar eventuele subfasen, inclusief evaluatie en bijstellen indicatie)
- afsluiting en nazorg, of terug naar een eerdere fase

1.4 Taken en disciplines in het zorgproces

Een monodisciplinaire richtlijn, bijvoorbeeld een huisartsenstandaard (NHG-standaard), voldoet uitstekend als de taken van de betreffende beroepsgroep goed af te bakenen zijn en niet direct samenhangen met die van andere beroepsgroepen. Als men echter meerdere of alle elementen van een zorgproces in samenhang wil uitvoeren, zoals in de ggz geregeld aan de orde is, volstaat een monodisciplinaire richtlijn niet. Dan moeten monodisciplinaire visies op het zorgproces worden samengesmeed tot een multidisciplinaire richtlijn of moederrichtlijn die toewerkt naar samenhang, afstemming en uniformiteit van begrippen.

In de multidisciplinaire richtlijnen moeten naar de mening van de Landelijke Stuurgroep in ieder geval de volgende kerndisciplines participeren rond de volgende thema's:

- algemene diagnostiek: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen
- biologische interventies: psychiaters, (huis)artsen, apothekers
- psychologische interventies: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen
- vaktherapeutische interventies: vaktherapeuten
- praktische en sociaal-maatschappelijke interventies: maatschappelijk werkers, ggz-verpleegkundigen, sociaalpedagogische hulpverleners
- zorgcoördinatie en afstemming: alle beroepsgroepen

1.5 Doelstelling

Een richtlijn is – in het algemeen – een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering en dient dan ook als zodanig gebruikt te worden. Een richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten, gericht op het uitdrukkelijk omschrijven van goed handelen.

Het toepassingsgebied van deze richtlijn bestaat uit de ondersteuning van diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Aard, ernst en duur van een persoonlijkheidsstoornis kunnen sterk verschillen.

Indien de aanbevelingen uit deze richtlijn in de concrete situatie niet aansluiten bij de wensen of behoeften van de patiënt, dan moet het in principe mogelijk zijn beredeneerd af te wijken van de richtlijn tenzij de wensen of behoeften van de patiënt naar de mening van de behandelaar hem/haar kunnen schaden dan wel geen nut hebben.

Deze richtlijn moet gezien worden als een 'moederrichtlijn': een multidisciplinair basisdocument. Op basis hiervan zal een vertaling kunnen plaatsvinden naar monodisciplinaire richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Het document biedt

eventueel ook aanknopingspunten voor transmurale afspraken of lokale protocollen, wat de implementatie van de aanbevelingen zal bevorderen.

In de richtlijn worden niet (of onvolledig) behandeld:

- Patiënten die behandeld worden in een justitiële setting. De aard van de persoonlijkheidspathologie en de behandeling ervan is dermate anders dat een afzonderlijke en uitgebreide beschrijving voor deze doelgroep is aangewezen. Vooralsnog ziet de werkgroep geen reden om aan te nemen dat de conclusies in de richtlijn, althans wat betreft de persoonlijkheidsstoornissen waarop de conclusies het meest van toepassing zijn (zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis), niet zouden gelden voor forensische patiënten.
- Patiënten jonger dan 18 jaar. Ondanks het feit dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis voor het 18e levensjaar al wel gesteld kan worden, is er weinig bekend over de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij deze jongere groep. De voorliggende richtlijn kan voor deze doelgroep weliswaar gebruikt worden, maar het er is geen wetenschappelijk bewijs dat de conclusies in deze richtlijn ook gelden voor jeugdigen. De werkgroep beveelt daarom beroepsbeoefenaren in deze enige terughoudendheid aan bij de toepassing van deze richtlijn bij jeugdigen.

De richtlijn bevat aanbevelingen die op een transparante manier gebaseerd zijn op bewijs in combinatie met ervaring en opinie. De aanbevelingen zijn zo veel mogelijk geldig voor het grootste deel van de in de aanbeveling besproken patiëntengroep en zijn geldig voor zo veel mogelijk zorgverleners en situaties. Uiteraard blijven beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener in overleg met de individuele zorgvrager, toegespitst op die unieke situatie. De richtlijn is daarbij bedoeld als een hulpmiddel.

Een richtlijn kan wetenschappelijk nog zo goed onderbouwd zijn, maar als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten, dan wordt de richtlijn in de praktijk onbruikbaar. Patiënten zullen hun voorkeuren dan niet in de richtlijn herkennen en de aanbevelingen hoogstwaarschijnlijk naast zich neerleggen. Het is belangrijk dat er in de richtlijn aandacht is voor bijwerkingen van medicijnen, hoge kosten, ongemak of risico's die behandelingen met zich mee kunnen brengen. De Gezondheidsraad heeft gesteld dat richtlijnen "behalve wetenschappelijk solide, ook een weerspiegeling moeten zijn van preferenties van patiënten". Bij de totstandkoming van deze richtlijn hebben patiënten en familieleden vanuit verschillende patiëntenverenigingen een bijdrage geleverd. Daarnaast is er onder leiding van de toenmalig voorzitter Prof. Dr. Trijsburg een grootschalig onderzoek gedaan over de tevredenheid van patiënten met de hulpverlening aan mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Trijsburg et.al, 2006). Dit onderzoek werd uitgevoerd ten behoeve van de richtlijn en omdat bleek dat naar ervaringen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis nog nauwelijks onderzoek gedaan was.

1.6 Toepassing van richtlijnen

Richtlijnen en indicatiestelling

Een hulpverlener die te maken krijgt met de hulpvraag van een patiënt, moet samen met de patiënt vaststellen wat passende hulp is. Dit gebeurt in de eerste lijn en in de tweede lijn (voordeur). De aanbevelingen uit de richtlijn kunnen bij dit proces van indicatiestelling richtinggevend zijn.

Richtlijnen en zorgprogramma's

Zorgprogramma's zijn gedefinieerd als een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Bij het opstellen van een zorgprogramma kunnen de richtlijnen

worden gebruikt om de verschillende behandelmodules en de stappen in het zorgprogramma zoveel mogelijk evidence-based te doen zijn.

1.7 Vertegenwoordigers van patiënten en familieleden

Apart aandachtspunt is de inbreng van de vertegenwoordigers van de patiënten en familieleden bij het opstellen van deze richtlijn. Een geïntegreerde GGZ-richtlijn is uitdrukkelijk óók een beslissingsondersteunend instrument voor de patiënt en zijn familie. Patiënten- en familievertegenwoordigers van Stichting Borderline en Labyrint~In Perspectief, de stichting Wegwijs en de stichting Zelfbeschadiging waren bij het opstellen van deze richtlijn betrokken. De richtlijnadviseurs van het Trimbos-instituut hebben in samenwerking met de commissie patiëntenparticipatie en de voorzitter van de richtlijnwerkgroep aan de patiëntenvertegenwoordigers waar nodig begeleiding en ondersteuning gegeven. In overleg met de vertegenwoordigers van de betrokken patiënten- en familieorganisaties is in deze richtlijn gekozen voor het invoegen van het patiëntenperspectief in de teksten, met aparte vermelding van de aanbevelingen die ten behoeve van (de bejegening aan en behandeling van) patiënten en familieleden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis ontwikkeld zijn. Deze teksten staan aan het begin van elk hoofdstuk.

Tijdens het tot stand komen van deze richtlijn is gebleken dat er onvoldoende literatuur beschikbaar was om uitspraken te doen over de ervaringen van patiënten met betrekking tot diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Daarom is er niet of nauwelijks niveau A/B bewijs. Om dit te ondervangen is in opdracht van de samenwerkende patiënten- en familieorganisaties een beschrijvend onderzoek gedaan onder [aantal] patiënten die in behandeling zijn voor een persoonlijkheidsstoornis (*ik vind het belangrijk dit aantal te noemen, omdat er in bovenstaande tekst o.m. gesproken wordt over "de helft"*). De resultaten komen zowel ingevoegd in de tekst, als in de overige overwegingen en aanbevelingen aan de orde.

1.8 Richtlijngebruikers

Deze richtlijn is geschreven voor de ondersteuning van iedereen die bij de professionele zorg voor volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis betrokken is. Op basis van deze richtlijn kunnen door de hierboven genoemde experts voor de verschillende groepen professionals consensusdocumenten worden opgesteld. De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ benadrukt dat de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen geschiedt vanuit een inhoudelijke invalshoek ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

1.9 Definities

Daar waar de werkgroep in deze richtlijn 'hij' schrijft, wordt in het algemeen ook 'zij' bedoeld. Daar waar de richtlijn 'patiënt' schrijft, erkent de werkgroep dat de term 'patiënt' in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt. Omwille van de eenheid binnen deze richtlijn en binnen alle GGZ-richtlijnen is de term patiënt aangehouden.

1.10 Uitgangsvragen

Onderstaande uitgangsvragen zijn gebaseerd op de knelpunten in de zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen die door de prerichtlijnwerkgroep en de Landelijke Stuurgroep in eerste instantie waren gesignaleerd.

De voorzitter van de richtlijnwerkgroep heeft samen met de adviseurs van het Trimbos-instituut op basis van relevantie, beantwoordbaarheid en prioriteit een selectie uit deze knelpunten gemaakt. Deze selectie is vervolgens voorgelegd aan en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

In de richtlijn worden de volgende uitgangsvragen behandeld:

Diagnostiek en indicatiestelling

- Met welke instrumenten, gebaseerd op de DSM-IV-TR kunnen betrouwbare en valide categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen worden verricht?
- Welke waarde hebben dimensionale modellen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat is de rol van de DSM-IV-TR classificatie bij indicatiestelling?
- Wanneer en bij welke patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een behandeling geïndiceerd?
- Welke behandeling heeft de voorkeur als eerste stap bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke andere overwegingen gelden bij de indicatiestelling tijdens de diagnostische- en behandelfase?
- In welke mate dient de aard van de hulpvraag bij de indicatiestelling een rol te spelen?

Psychotherapeutische interventies

- Welke psychologische en/of sociale behandelinterventies en -methoden zijn effectief bij de te onderscheiden vormen van persoonlijkheidsstoornissen ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?
- Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van de verschillende behandelingen?

Verpleegkundige zorg

- Welke verpleegkundige diagnoses zijn geassocieerd met persoonlijkheidsstoornissen?
- Welke diagnostische instrumenten en criteria zijn er om deze verpleegkundige diagnoses vast te stellen?
- Welke kenmerken van de patiënt en zijn omgeving zijn relevant voor het indiceren van verpleegkundige zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het indiceren van verpleegkundige zorg?
- Welke (sociaal)psychiatrisch verpleegkundige interventies zijn effectief bij de zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en zijn aan te bevelen ter ondersteuning van het sociaal en maatschappelijk functioneren van patiënten op verschillende levensgebieden (privé, sociaal, werk, etc.)
- Welke factoren bevorderen de effectiviteit van (sociaal)psychiatrisch verpleegkundig handelen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen?

Vaktherapieën

- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beeldende therapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dramatherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis muziektherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis psychomotore therapie (PMT) aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?

Farmacotherapeutische interventies

- In welke mate is het gebruik van psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en overige middelen) effectief bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke behandelrichtlijnen kunnen hieruit worden afgeleid?

Comorbiditeit

- Welke klinische overwegingen en welke type klachten spelen bij co-morbiditeit een doorslaggevende rol om te focussen op AS I, AS II of AS III problematiek?
- Welke effectieve interventies / behandelmethoden zijn bekend voor de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een diagnose op AS I (co-morbiditeit)?

Kosteneffectiviteit

- Welke economische evaluaties over interventies bij persoonlijkheidsstoornissen zijn er in de literatuur bekend?
- En wat is de kwaliteit van deze onderzoeken op basis van de richtlijnen voor doelmatigheidsonderzoek?

Organisatie van zorg

- Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat zijn de aandachtspunten voor de implementatie van deze richtlijn?

1.11 Samenstelling werkgroep

De werkgroep (zie "Organisatiestructuur" voor namen werkgroepleden) die deze richtlijn heeft ontwikkeld, was multidisciplinair samengesteld: naast psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen in de ggz namen ook patiënten, familieleden, maatschappelijk werkers, psychomotorisch therapeuten en creatief therapeuten deel.

De werkgroep was onderverdeeld in drie subgroepen:

- diagnostiek
- behandeling
- comorbiditeit

Hoewel afzonderlijke tekstgedeelten door individuele werkgroepleden of subwerkgroepen zijn voorbereid, is dit document geschreven uit naam van de hele werkgroep.

Bij het samenstellen van de werkgroep is zoveel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en met een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, 'scholen' en academische achtergronden. De werkgroepleden handelden onafhankelijk en waren gemandateerd door hun vereniging. De werkgroepleden hadden geen relevante binding met farmaceutische industrieën, producten of diensten, noch met enige andere relevante 'derde partij'.

1.12 Werkwijze werkgroep

De werkgroep werkte gedurende 29 maanden (11 vergaderingen) aan de totstandkoming van deze richtlijn. De werkgroepleden zochten op systematische wijze literatuur en beoordeelden de inhoud en de betrouwbaarheid van de resultaten. Vervolgens schreven de werkgroepleden per subgroep een paragraaf of hoofdstuk voor de conceptrichtlijn, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun

eigen teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De patiënten en familievertegenwoordigers participeerden in alle drie de subgroepen en vormden daarnaast hun eigen subgroep. Dat gold ook voor de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen. Aan sommige subgroepen werd een externe auteur toegevoegd met deskundigheid vanuit een speciaal vakgebied, in overleg en met instemming van de gehele werkgroep. De auteurs staan per hoofdstuk vermeld in de richtlijn. Er werd een redactiecommissie gevormd die de teksten op inhoud en tekstuele kwaliteit beoordeelde en bijstelde. De werkgroep is echter als geheel 'drager van de gehele richtlijn', zonder hoofdelijke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid.

De uiteindelijke teksten vormen samen de conceptrichtlijn. Deze heeft van medio juli 2007 tot medio september 2007 op de website www.ggzrichtlijnen.nl gestaan om beroepsverenigingen en professionals in de gelegenheid te stellen commentaar te leveren. De commentaren zijn door de werkgroep beoordeeld en waar van toepassing in de richtlijn verwerkt.

De patiënten- en familievertegenwoordigers hebben een onderzoek ingesteld onder patiënten ter versterking van de inbreng van patiënten bij het tot stand komen van de richtlijn. Onder 641 patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (afkomstig uit 35 afdelingen of vestigingen van 25 GGZ-instellingen) zijn vragenlijsten afgenomen. De uitkomsten werden beschreven in een rapport: "Onderzoek naar het patiëntenoordeel over de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van de Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen" (Trijsburg et al. 2006) en zijn verwerkt in de richtlijn.

1.13 Wetenschappelijke onderbouwing

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht naar tussen 1990 en 2006 gepubliceerde artikelen in PsycINFO-, Medline-, Cochrane-, Embase- en Cinahldatabases. Daarnaast werden artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur gehaald. Ook werden andere (buitenlandse) richtlijnen aangaande stemmingstoornissen geraadpleegd. Naast het systematische literatuuronderzoek hebben de werkgroepleden handmatig gezocht naar relevante artikelen. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht (zie tabel 1). De beoordeling van de verschillende artikelen is in de verschillende teksten terug te vinden onder het kopje 'wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een conclusie, met daarbij een niveau van bewijs (zie tabel 1 en 2). Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'overige overwegingen'. Dit zijn overwegingen die geformuleerd worden door werkgroepleden of externe deskundigen, dus niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De aanbevelingen zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogde de transparantie van de richtlijn. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie tijdens de werkgroepvergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Tabel 1 Indeling van de methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken

	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
--	--------------------	---	---

A1	Systematisch review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor confounding en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Tabel 2 Niveau van bewijs van de conclusie

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	1 onderzoek van niveau A2 of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	1 onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

1.14 Format

Bovenbeschreven literatuurbeoordelingen worden uitgewerkt volgens een vaststaand format. Wetenschappelijke conclusies en overige overwegingen vormen samen de aanbevelingen. Deze vormen de kern van de richtlijn en zijn in een kader geplaatst.

Titel

De teksten in de paragrafen sluiten zoveel mogelijk aan op concrete, in de dagelijkse praktijk ervaren problemen. Deze worden omgezet in algemene uitgangsvragen, die de titels van de paragrafen kunnen vormen. De uitgangsvragen worden vervolgens uitgewerkt tot een of meerdere zoekvragen aan de hand waarvan literatuur wordt gezocht.

Wetenschappelijke onderbouwing

Elke paragraaf begint met een verantwoording van de wijze waarop de wetenschappelijke literatuur is gezocht en beoordeeld ter beantwoording van de uitgangsvraag. Dan volgt een samenvatting en kritische bespreking van de bevindingen. De bespreking van de literatuur mondt per paragraaf uit in een conclusie.

Conclusie op grond van literatuur

Op basis van de wetenschappelijke onderbouwing wordt de conclusie geformuleerd. Deze conclusie wordt weergegeven samen met de literatuurreferenties waarop deze gebaseerd is, in principe inclusief het niveau van bewijs (zie tabel 1 en 2). De conclusie mag geen elementen bevatten die niet in de tekst zijn onderbouwd. De lezer moet in één oogopslag kunnen zien hoe hard het bewijs is waarop de uitspraak is gebaseerd.

Overige overwegingen

Het zijn niet alleen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek op basis waarvan de werkgroep tot een aanbeveling komt. Er zijn ook allerlei andere overwegingen die een rol spelen, zoals veiligheid, patiëntenperspectief, gebruikersgemak, kosten en kosteneffectiviteit, organisatie van zorg, beschikbaarheid van voorzieningen, en morele en juridische aspecten. Deze overige overwegingen worden zo expliciet mogelijk vermeld in de tekst. De kracht van een dergelijke tekst is dat deze motiveert waarom een aanbeveling van belang is, terwijl de aanbeveling zelf aangeeft wat en hoe iets gedaan moet worden.

Aanbevelingen

Op grond van de conclusies en de overige overwegingen komt de werkgroep tot een of meerdere aanbevelingen. De aanbevelingen dienen praktisch, relevant en bruikbaar te zijn in de dagelijkse praktijk. De formulering moet helder en eenduidig zijn en de aanbeveling mag geen elementen bevatten die niet in de wetenschappelijke conclusie of in de overige overwegingen zijn besproken.

1.15 Kosteneffectiviteit

Door de toenemende aandacht voor kosten in de (geestelijke) gezondheidszorg neemt het belang van richtlijnen die doelmatig handelen bevorderen toe. Kosteneffectiviteit gaat pas een rol spelen wanneer er sprake is van interventies die niet (of weinig) verschillen in termen van werkzaamheid of klinische effectiviteit, terwijl wél verschillen in kosten worden verwacht of geconstateerd. De beoogde 'klinische' effecten van het medisch handelen blijven echter het belangrijkste criterium voor kwaliteit.

Kosteneffectiviteitsgegevens zijn erop gericht om naast effectiviteit ook doelmatigheid te bevorderen. Vanuit dit perspectief moet de waarde van kosteneffectiviteitsanalyses worden beoordeeld.

De activiteiten van de subwerkgroep 'kosteneffectiviteit' bij de richtlijnontwikkeling zijn bedoeld ter ondersteuning van de leden van de werkgroep. Het gaat daarbij in het bijzonder om het aandragen van materiaal over kosten en effecten van verschillende (opeenvolgende) mogelijkheden tot behandeling. Verschillende bronnen kunnen hierbij worden geraadpleegd: literatuur, andere richtlijnen, informatie over praktijkkennis, zorgregistraties, registraties van kosten en instellingen en extramurale praktijken. Vanuit deze invalshoek was binnen de richtlijnwerkgroep overleg over onderwerpen die mogelijk

in aanmerking zouden kunnen komen voor een kosteneffectiviteitanalyse (zie Hoofdstuk 9).

1.16 Implementatie

De Landelijke Stuurgroep heeft een implementatiecommissie geformeerd. Deze commissie zal op basis van haar rapportage een aantal strategieën inzetten om een voorspoedige implementatie van deze richtlijn te ondersteunen.

De richtlijn wordt geheel of gedeeltelijk verspreid onder de leden van de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen. Daarnaast wordt een samenvatting van de richtlijn gepubliceerd in relevante tijdschriften.

Over het gebruik van de richtlijn in de praktijk geeft de werkgroep in hoofdstuk 10 een aantal aanbevelingen. Hierbij wordt rekening gehouden met de taakverdeling van hulpverleners binnen de verschillende echelons.

1.17 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde aanbevelingen, waaraan zorgverleners kunnen voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. De aanbevelingen in een richtlijn zijn gericht op het verlenen van optimale zorg zoals die voor ongeveer 80% van de patiënten van toepassing zou kunnen zijn. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van een richtlijn. Dit dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

1.18 Herziening

Uiterlijk in 2012 bepaalt de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ of deze richtlijn nog actueel is. Tot die tijd zijn ook de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende verenigingen verantwoordelijk voor het melden van fouten in de richtlijn. Ook voor het melden van ontwikkelingen in wetenschap of zorgpraktijk die bijstelling of herziening van de richtlijn noodzakelijk maken, zijn de verenigingen via de individuele zorgverleners verantwoordelijk. Zo nodig wordt door de Landelijke Stuurgroep een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

Noot

De inleiding is opgesteld aan de hand van het instrument Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE). Dit instrument is in Europees verband opgesteld om de kwaliteit van richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.

2 Specifieke inleiding persoonlijkheidsstoornissen

Dit hoofdstuk geeft informatie over de definitie, prevalentie, etiologie en het beloop van persoonlijkheidsstoornissen. Dit hoofdstuk beschrijft de huidige stand van zaken en bevat géén aanbevelingen of adviezen van de werkgroep die deze richtlijn heeft opgesteld. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2000), de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (Trimbos-instituut, 2005) en het Handboek Psychiatrische Epidemiologie (De Jong e.a. 1999).

2.1 Definitie

-IV-criteria waaraan voldaan moet worden om tot de diagnose persoonlijkheidsstoornis te komen zijn weergegeven in tabel 3.

De DSM

Tabel 3 DSM-IV-criteria persoonlijkheidsstoornis

A Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
- functioneren in het contact met anderen
- beheersing van de impulsen

B Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.

C Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

E Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

F Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv. drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bv. schedeltrauma).

In de DSM IV worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, verdeeld over drie clusters. Daarnaast wordt een restcategorie onderscheiden, de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven.

De drie clusters onderscheiden zich op de volgende manier:

- In cluster A vallen de stoornissen die zich uiten in vreemd en excentriek gedrag.
- In cluster B vallen de stoornissen die zich uiten in overdreven, emotioneel of onconventioneel gedrag.
- In cluster C vallen de stoornissen die zich uiten in gespannen of angstig gedrag.

2.2 Beschrijving van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen

2.2.1 Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen

Patiënten met een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis worden vaak getypeerd als vreemd of excentriek. Er is dikwijls sprake van cognitief-perceptuele vervormingen, psychotische symptomen of ongewone overtuigingen en gedragingen. Tot dit cluster behoren de drie onderstaande persoonlijkheidsstoornissen.

2.2.1.1 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis

Het essentiële kenmerk van een paranoïde persoonlijkheidsstoornis is een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen waardoor de motieven van anderen als kwaadwillig worden geïnterpreteerd. De DSM-IV-criteria zijn beschreven in tabel 4.

Tabel 4 DSM-IV-criteria paranoïde persoonlijkheidsstoornis

A Een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 4 (of meer) van de volgende:

- vermoedt, zonder gegronde redenen, dat anderen hem of haar uitbuiten, schade berokkenen of bedriegen
- wordt geheel gepreoccupeerd door ongerechtvaardigde twijfels aan de trouw of betrouwbaarheid van vrienden of collega's
- neemt anderen met tegenzin in vertrouwen, op grond van de ongerechtvaardigde vrees dat de informatie op een kwaadaardige manier tegen hem/haar gebruikt zal worden
- zoekt achter onschuldige opmerkingen of gebeurtenissen verborgen vernederingen en bedreigingen
- is halsstarrige rancuneus, dat wil zeggen vergeeft geen beledigingen, aangedaan onrecht of kleineringen
- bespeurt kritiek, voor anderen niet duidelijk herkenbaar, op zijn of haar karakter of reputatie en reageert snel met woede of tegenaanval
- is terugkerend achterdochtig, zonder rechtvaardiging, betreffende de trouw van de echtgenoot of partner

B Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een andere psychotische stoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.

2.2.1.2 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis

De schizoïde persoonlijkheidsstoornis wordt doorgaans gekenmerkt door een gebrek aan interesse in sociale contacten wat resulteert in verregerende afstandelijkheid in relaties met familie en vrienden. Mensen met deze persoonlijkheidsstoornis hebben de neiging hun leven alleen te leiden. Verder is sprake van een emotionele kilte bij deze mensen. In tabel 5 worden de DSM-IV-criteria voor deze stoornis weergegeven.

Tabel 5 DSM-IV-criteria schizoïde persoonlijkheidsstoornis

A Een diepgaand patroon van afstandelijkheid in sociale relaties, en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties, beginnend in de vroege

volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 4 (of meer) van de volgende:

- heeft noch behoefte aan, noch plezier in hechte relaties, inclusief het tot een gezin of familie behoren
- kiest vrijwel altijd activiteiten die alleen gedaan moeten worden
- heeft weinig of geen belangstelling voor seksuele ervaringen met een ander
- beleeft weinig of geen genoegen aan activiteiten
- heeft geen intieme vrienden of vertrouwelingen buiten eerstegraadsfamilieleden
- lijkt onverschillig voor lof of kritiek van anderen
- het affect is emotioneel kil, afstandelijk of afgevlakt

B Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, een andere psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis, en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.

2.2.1.3 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Deze persoonlijkheidsstoornis uit zich voornamelijk in een patroon van sociale en intermenselijke beperkingen, samengaand met een gevoel van ongemak in intieme relaties, waardoor er een verminderd vermogen bestaat tot het aangaan van intieme relaties. Tabel 6 geeft een overzicht van de DSM-IV-criteria.

Tabel 6 DSM-IV-criteria schizotypische persoonlijkheidsstoornis

A Een diepgaand patroon van sociale en intermenselijke beperkingen gekenmerkt door een acuut gevoel van ongemak bij en een verminderd vermogen tot het aangaan van intieme relaties, en ook door cognitieve en perceptuele vervormingen en eigenaardigheden in het gedrag, beginnen in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 5 (of meer) van de volgende:

- betrekkingsideeën (met uitzondering van betrekkingswanen)
- eigenaardige overtuigingen of magische denkbeelden, die het gedrag beïnvloeden en die niet in overeenstemming zijn met de eigen subculturele normen (bv. bijgelovigheid, geloof in helderziendheid, telepathie of 'zesde zintuig'; bij kinderen en adolescenten bizarre fantasieën of preoccupaties)
- ongewone perceptuele waarnemingen, met inbegrip van lichamelijke illusies
- merkwaardige gedachten en spraak (bv. vaag, wijdlopig, metaforisch, met een overmaat aan details, of stereotiep)
- achterdocht of paranoïde ideeën
- inadequaat of ingeperkt affect
- zonderling, excentriek of vreemd gedrag of uiterlijk
- heeft geen intieme vrienden of vertrouwelingen buiten eerstegraadsfamilieleden
- buitensporige sociale angst die niet afneemt in een vertrouwde omgeving en die eerder de neiging heeft samen te gaan met paranoïde angst dan met een negatief oordeel over zichzelf

B Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, een andere psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis

2.2.2 Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen

Patiënten met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis worden vaak getypeerd als impulsief en/of dramatisch. Meestal is sprake van impulsieve gedragingen en instabiliteit

op het gebied van emoties, identiteit en interpersoonlijke relaties. Tot dit cluster behoren de vier volgende persoonlijkheidsstoornissen.

2.2.2.1 Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Deze persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door antisociaal gedrag en impulsiviteit. Er is vaak sprake van een gebrek aan inlevingsvermogen waardoor de betrokkene, zeker in combinatie met impulsiviteit, vaak in conflictsituaties terechtkomt. De betrokkene liegt vaak en toont niet of nauwelijks berouw of schuldgevoel. De DSM-IV-criteria voor deze stoornis zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7 DSM-IV-criteria antisociale persoonlijkheidsstoornis

A Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen vanaf het 15e jaar aanwezig, zoals blijkt uit 3 (of meer) van de volgende:

- niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden voor arrestatie kunnen zijn
- oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwendelen ten behoeve van eigen voordeel of plezier
- impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen'
- prikkelbaarheid en agressiviteit zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging
- roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen
- constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen
- ontbreken van spijtgevoelen, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben

B De leeftijd is ten minste 18 jaar.

C Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend vóór het 15e jaar.

D Het antisociale gedrag komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes.

2.2.2.2 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een combinatie van emotionele instabiliteit, impulsieve gedragingen en, interpersoonlijke problemen en identiteitsproblemen. De DSM-IV-criteria staan in tabel 8.

Tabel 8 DSM-IV-criteria borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 5 (of meer) van de volgende:

- krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. Het suïcidale of automutilerende gedrag, aangegeven in het 5de criterium wordt hier niet toe gerekend
- een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren

- identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
- impulsiviteit op ten minste 2 gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bv. geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien). Het suïcidale of automutilerende gedrag, aangegeven in het 5de criterium wordt hier niet toe gerekend
- recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
- affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bv. periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen)
- chronische gevoel van leegte
- inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bv. frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen)
- voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

2.2.2.3 *Theatrale persoonlijkheidsstoornis*

Bij de theatrale persoonlijkheidsstoornis is er sprake van overdreven emotionele expressie en zoeken naar aandacht. Als betrokkenen naar hun oordeel te weinig aandacht krijgen kunnen ze onzeker, kwaad of depressief worden. Het naar aandacht zoeken gaat vaak gepaard met ongepast flirtgedrag en het maken van seksuele avances. De emotionele uitingen zijn vaak overdreven en sterker dan in de betreffende situatie wordt verwacht. De DSM-IV-criteria voor de diagnose theatrale persoonlijkheidsstoornis zijn weergegeven in tabel 9.

Tabel 9 DSM-IV-criteria theatrale persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt 5 (of meer) van de volgende:

- voelt zich niet op zijn gemak in situaties waarin hij niet in het centrum van de belangstelling staat
- de interactie met anderen wordt vaak gekenmerkt door ongepast seksueel verleidelijk of uitdagend gedrag
- toont snel wisselende en oppervlakkige emotionele uitingen
- maakt voortdurend gebruik van het eigen uiterlijk om de aandacht op zichzelf te vestigen
- heeft een manier van spreken die uitermate impressionistisch is en waarbij details ontbreken
- toont zelfdramatiserende, theatrale en overdreven uitingen van emoties
- is suggestibel, dat wil zeggen gemakkelijk beïnvloedbaar door anderen of de omstandigheden
- beschouwt relaties als meer intiem dan deze in werkelijkheid zijn

2.2.2.4 *Narcistische persoonlijkheidsstoornis*

Kenmerken van deze persoonlijkheidsstoornis zijn een overdreven gevoel van eigenwaarde en de sterke behoefte om door anderen bewonderd te worden. Verder kan de betrokkene zich moeilijk inleven in anderen. De DSM-IV criteria zijn weergegeven in tabel 10.

Tabel 10 DSM-IV-criteria narcistische persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van grootheidsgedrag (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 5 (of meer) van de volgende:

- heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid (bv. overdrijft eigen

prestaties en talenten, verwacht als superieur erkend te worden zonder de erbij horende prestaties)

- is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde
 - gelooft dat hij 'heel speciaal' en uniek is en alleen begrepen kan worden door, of hoort om te gaan met, andere heel speciale mensen (of instellingen) met een hoge status
 - verlangt buitensporige bewondering
 - heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben, dat wil zeggen onredelijke verwachting van een uitzonderlijk welwillende behandeling of een automatisch meegaan met zijn verwachtingen
 - exploiteert anderen, dat wil zeggen maakt misbruik van anderen om zijn eigen doeleinden te bereiken
 - heeft gebrek aan empathie: is niet bereid de gevoelens en behoeften van anderen te erkennen of zich ermee te vereenzelvigen
 - is vaak afgunstig of meent dat anderen op hem afgunstig zijn
 - is arrogant of toont hooghartig gedrag of houdingen
-

2.2.3 Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen

De belangrijkste kenmerken van patiënten met een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis zijn angst en kwetsbaarheid. Deze komen bij de drie persoonlijkheidsstoornissen die tot dit cluster behoren op een verschillende manier tot uiting.

2.2.3.1 Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Deze patiënten gaan, hoewel ze er wel degelijk behoefte aan hebben, sociale contacten uit de weg uit angst voor afwijzing. Hierdoor maken ze een erg verlegen en geremde indruk en zijn zij bang 'er niet bij te horen'. Verder kunnen ze zich schamen voor innerlijke en/of uiterlijke tekortkomingen, die in hun beleving sterk uitvergroot zijn. DSM-IV-criteria voor deze stoornis zijn weergegeven in tabel 11.

Tabel 11 DSM-IV-criteria ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van geremdheid in gezelschap, gevoel van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 4 (of meer) van de volgende:

- vermijdt beroepsmatige activiteiten die belangrijke intermenselijke contacten met zich meebrengen vanwege de vrees voor kritiek, afkeuring of afwijzing
 - heeft onwil om bij mensen betrokken te raken, tenzij er zekerheid bestaat dat men hem aardig vindt
 - toont gereserveerdheid binnen intieme relaties uit vrees vernederd of uitgelachen te worden
 - is gepreoccupeerd met de gedachte in sociale situaties bekritiseerd of afgewezen te worden
 - is in nieuwe intermenselijke situaties geremd vanwege het gevoel tekort te schieten
 - ziet zichzelf als sociaal onbeholpen en voor anderen onaantrekkelijk of minderwaardig
 - is uitzonderlijk onwillig persoonlijke risico's te nemen of betrokken te raken bij nieuwe activiteiten omdat deze hem in verlegenheid zouden kunnen brengen
-

2.2.3.2 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Patiënten met deze persoonlijkheidsstoornis zien zichzelf vaak als hulpeloos en hebben een laag gevoel van eigenwaarde. Ze vertonen een overmatige afhankelijkheid van anderen en zien ingrijpen van deze anderen dan ook vaak als de oplossing van hun probleem. Ze doen ook enorm hun best om het anderen naar hun zin te maken. De DSM-IV-criteria waar patiënten voor de diagnose van een afhankelijk persoonlijkheidsstoornis aan moeten voldoen zijn weergegeven in tabel 12.

Tabel 12 DSM-IV-criteria voor de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaande en buitensporige behoefte verzorgd te worden, wat leidt tot onderworpen en vastklampend gedrag, en de angst in de steek gelaten te worden, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

- kan moeilijk alledaagse beslissingen nemen zonder overdreven veel advies en geruststelling door anderen
- heeft anderen nodig die de verantwoordelijkheid overnemen voor de meeste belangrijke gebieden van zijn leven
- vindt het moeilijk een verschil van mening tegen anderen te uiten uit vrees steun of goedkeuring te verliezen. De realistische vrees voor straf wordt hier niet toe gerekend
- heeft moeilijkheden ergens alleen aan te beginnen of dingen alleen te doen (eerder als gevolg van een gebrek aan zelfvertrouwen in eigen oordeel of mogelijkheden dan uit gebrek aan motivatie of energie)
- gaat tot het uiterste om verzorging en steun van anderen te krijgen, kan zelfs aanbieden vrijwillig dingen te doen die onplezierig zijn
- voelt zich onbehaaglijk of hulpeloos wanneer hij alleen is, vanwege de overmatige vrees niet in staat te zijn voor zichzelf te zorgen
- zoekt hardnekkig naar een andere relatie als een bron van verzorging en steun als een intieme relatie tot een einde komt
- is op een onrealistische wijze gepreoccupeerd met de vrees aan zichzelf te worden overgelaten

2.2.3.3 Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Patiënten met deze stoornis, ook wel dwangmatige persoonlijkheidsstoornis genoemd, zijn zeer perfectionistisch en ordelijk ingesteld. Handelingen en opvattingen worden vaak als volledig goed of volledig fout gezien. Ze zijn doorgaans weinig flexibel en niet geneigd tot zelfkritiek. De DSM-IV-criteria voor deze persoonlijkheidsstoornis zijn weergegeven in tabel 13.

Tabel 13 DSM-IV-criteria obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme, beheersing van psychische en intermenselijke processen, ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit 4 (of meer) van de volgende:

- is gepreoccupeerd met details, regels, lijsten, ordening, organisatie of schema's wat zo ver gaat dat het eigenlijke doel uit het oog verloren wordt
- toont een perfectionisme dat het afmaken van een taak bemoeilijkt (bv. onvermogen iets af te maken omdat het niet aan de eigen overtrokken eisen voldoet)
- is overmatig toegewijd aan werk en productiviteit met uitsluiting van ontspannende bezigheden en vriendschappen (niet te verklaren door een duidelijke economische noodzaak)
- is overdreven gewetensvol, scrupuleus en star betreffende zaken van moraliteit, ethiek of normen (niet te verklaren vanuit culturele of godsdienstige achtergrond)

- is niet in staat versleten of waardeloze voorwerpen weg te gooien, zelfs als ze geen gevoelswaarde hebben
- is er afkerig van taken te delegeren of om met anderen samen te werken, tenzij dezen zich geheel onderwerpen aan zijn manier van werken
- heeft zich een stijl van gierigheid eigen gemaakt ten aanzien van zichzelf en anderen; geld wordt gezien als iets dat opgepot moet worden voor toekomstige catastrofes
- toont starheid en koppigheid

2.2.4 Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven

Deze categorie dient voor stoornissen in het persoonlijk functioneren die niet voldoen aan de criteria van een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Een voorbeeld is de aanwezigheid van kenmerken van meer dan één specifieke persoonlijkheidsstoornis, terwijl niet voldaan wordt aan alle criteria van een van deze stoornissen afzonderlijk ('gemengde persoonlijkheidsstoornis'), terwijl ze met elkaar toch in significante mate lijden veroorzaken of beperkingen in een of meer belangrijke gebieden van functioneren (bv. sociaal of beroepsmatig). Deze categorie kan tevens gebruikt worden als het oordeel is dat een specifieke persoonlijkheidsstoornis van toepassing is die niet in deze classificatie is opgenomen. Tot de voorbeelden horen de depressieve persoonlijkheidsstoornis en de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Voor beide persoonlijkheidsstoornissen zijn onderzoekscriteria voorgesteld in de DSM-IV-TR.

2.3 Epidemiologie van persoonlijkheidsstoornissen

2.3.1 Incidentie

Vooral vanwege de moeilijkheid om het moment waarop een persoonlijkheidsstoornis voor het eerst optreedt exact te bepalen, is het theoretisch vrijwel onmogelijk de incidentie van dit soort psychische stoornissen te bepalen. In deze richtlijn zal hierover derhalve dan ook geen uitspraak gedaan worden.

2.3.2 Prevalentie

Bij 13,5% van de algemene bevolking, 60,4% van de psychiatrische patiënten en bij 56,5% van de behandelde verslaafden kan minimaal één persoonlijkheidsstoornis worden gediagnosticeerd. Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen komen in de algemene populatie het meeste voor, op de voet gevolgd door cluster-B-stoornissen. Cluster-A-stoornissen zijn duidelijk het minst prevalent.

Veel mensen hebben meer dan één persoonlijkheidsstoornis. In veel gevallen gaat het om het gelijktijdig voorkomen van meerdere stoornissen binnen een en hetzelfde cluster, maar ook stoornissen uit verschillende stoornissen komen regelmatig samen voor.

In tabel 14 wordt per stoornis de prevalentie in de algemene populatie aangegeven.

Tabel 14 Samenvatting van prevalenties zoals gerapporteerd in een aantal gepubliceerde onderzoeken (zie Handboek Psychiatrische Epidemiologie, De Jong e.a. 1992)

Persoonlijkheidsstoornis	% normale populatie (mediaan*)	Demografie
Paranoïde	0,4-1,8 (1,7)	Mannen > vrouwen

persoonlijkheidsstoornis		
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0,4-0,9 (0,7)	Mannen > vrouwen
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0-3 (0,7)	Mannen > vrouwen, dit sekseverschil wordt echter niet altijd gevonden
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0,2-3 (2,2)	Mannen > vrouwen
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	1,1-1,7 (1,7)	Vrouwen > mannen, dit sekseverschil wordt echter niet altijd gevonden.
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	1,3-3 (1,7)	Vrouwen > mannen
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0-3,9 (0)	Mannen > vrouwen
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	1,1-5,2 (1,3)	Vrouwen > mannen
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0,4-1,7 (1,5)	Vrouwen > mannen
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	1,7-2,6 (2,2)	Mannen > vrouwen

* mediaan = de waarde waar 50% van de meetuitkomsten boven, en 50% van de meetuitkomsten onder ligt

2.4 Etiologie van persoonlijkheidsstoornissen

Omgevingsinvloeden zijn continu in interactie met een zich ontvouwende genetische blauwdruk (Reekum & Schmeets, in druk). De wisselwerking tussen omgeving en genetische opmaak, leidt via de expressie van de genen uiteindelijk tot een stabiel, individueel fenotype. Persoonlijkheid kan opgevat worden als een relatief stabiel patroon van persoonlijkheidskenmerken of fenotypen, waarvan een unieke combinatie van deze trekken de kleur van de persoonlijkheid bepalen. De moderne wetenschap is er toenemend van doordrongen dat nature en nurture beide nodig zijn voor de structurele ontwikkeling van het brein, en dus ook voor gedrag en persoonlijkheid. Alhoewel onze kennis over de invloed van de omgeving op genen en vice versa toeneemt, heeft het onderzoek op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen de laatste decennia last gehad van de dichotomie in ons denken met betrekking tot de rol van genen versus omgevingsfactoren op het ontstaan van psychopathologie. Lag vóór de jaren negentig van de vorige eeuw de nadruk vrijwel exclusief op het belang van omgevingsfactoren voor de ontstaanswijze van persoonlijkheidsstoornissen, de laatste tien jaar werd een te eenzijdige nadruk gelegd op de genetische basis van de verschillende persoonlijkheidstypen en werd vaak verzuimd de invloed van het genoom op het gedrag als bidirectioneel (Gottlieb, 1997) te zien.

Steeds duidelijker wordt dat nature en nurture niet elkaar uitsluitende categorieën zijn, maar dat nature tot expressie komt door de invloed van nurture. En dat anderzijds de ervaring haar invloed kan uitoefenen door de enorme veelzijdigheid van de genencomplexen. We weten inmiddels dat er bij de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen, en zeker ook van de persoonlijkheidsstoornissen, meerdere genen, maar ook meerdere omgevingsinvloeden betrokken zijn. Psychiatrische aandoeningen zijn polygenetisch en multifactorieel en vormen in de meeste gevallen een extreme variant binnen een continuüm. Bovendien zijn de genetische effecten op gedrag probabilistisch en niet deterministisch (Plomin & Rutter, 1998). Er is dus niet één gen voor depressie of één gen voor schizofrenie. Het blijven zoeken naar kandidaat-genen, zonder de gen-omgevingsinteracties hierbij mee te nemen, lijkt dan ook een doodlopende weg (Meaney, 2001, 2004). Rutter (2005) formuleert dat als volgt: "*Genetic influences, as they apply to individual differences in the liability to show particular behaviors, are strong and pervasive, but rarely determinative.*" En datzelfde geldt voor de impact van

omgevingsfactoren. Ook psychosociale stressfactoren, zoals bijvoorbeeld allerlei vormen van vroege traumatisering, oefenen hun effect uit op de hersenen, door tussenkomst van genen. Gen-omgevingsonderzoeken zowel van antisociaal gedrag (Moffit, 2005) als van depressies (Kaufman e.a., 2004) laten zien dat de impact van louter de genen of louter de omgeving bescheiden is, maar dat de invloed van G×E-interacties groot kan zijn op het ontstaan van psychopathologie. Een voorbeeld: in een adoptieonderzoek bleken kinderen van ouders met drugsproblemen of met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, wanneer geplaatst bij de adoptieouders, meer vijandigheid en antisociaal gedrag te vertonen dan adoptiekinderen van biologische ouders zonder deze problemen (Ge e.a., 1996). Op hun beurt vertonen adoptieouders ten opzichte van kinderen met antisociaal gedrag veel negatiever opvoedingsgedrag. Dit onderzoek laat zien dat een bepaalde genetische dispositie een complementaire reactie kan oproepen bij de omgeving van dat kind. Een ander voorbeeld: in het Scandinavische adoptieonderzoek van Bohman (1996) werden 3 groepen onderscheiden. Kinderen bij wie sprake was van geen genetisch risico en ook geen psychosociale stress, hadden een kans van 3% op het ontwikkelen van crimineel gedrag. Als er sprake was van 1 risicofactor steeg deze kans naar 6-12%, terwijl de kans dat kinderen met zowel een genetisch risico (gekenmerkt door crimineel gedrag en alcoholisme bij een of beide biologische ouders) als een omgevingsrisico (ernstige opvoedingsproblemen) op volwassen leeftijd crimineel gedrag gaan vertonen 40% bedroeg!

Ervan uitgaande dat de omgeving in staat is genen uit en aan te zetten, *'to turn genes on and off'* (Pray, 2004) dringt de vraag zich op welke omgeving beschermend werkt bij genetisch kwetsbare individuen en welke omgevingsfactoren het risico op de ontwikkeling van psychopathologie juist groter maken. Uit dieronderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de moederlijke/ouderlijke zorg een belangrijke beschermende invloed kan uitoefenen en zelfs in staat is de genetische predispositie om te keren. We verwijzen naar onderzoek van de groepen van Meaney (2001, 2004) en van Suomi (2002). Moffit (2005) zegt hierover het volgende: "de aanname dat de genfunctie een uitkomstvariabele is, en dus niet een vaststaand gegeven, betekent een paradigmawijziging in de manier waarop we als gedragswetenschappers tegen genen aankijken. Deze wijziging van paradigma biedt tegelijkertijd een mogelijkheid voor toekomstige onderzoek naar gen-omgevingsinteracties".

2.5 Het beloop van persoonlijkheidsstoornissen

Tot voor kort was vrijwel iedere professional in de gezondheidszorg die te maken kreeg met persoonlijkheidsstoornissen ervan overtuigd dat het om stabiele en persistente condities ging, in ieder geval vanaf de adolescentie tot ver in de volwassenheid. Dit denken heeft een lange geschiedenis maar wordt recent vooral in de hand gewerkt door classificatiesystemen zoals de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), die persoonlijkheidsstoornissen definiëren als duurzame patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen die stabiel en van lange duur zijn en waarvan het begin kan worden teruggevoerd naar op zijn minst de adolescentie of de vroege volwassenheid.

Op basis van deze definities van persoonlijkheidsstoornissen, maar ook op basis van klinische ervaringen, heeft in de loop der tijd bij velen een ongebreideld klinisch pessimisme ten aanzien van de prognose bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen postgevat. Aan de instandhouding van dit pessimisme werken twee perceptuele illusies mee. Ten eerste is de breed verspreide waarneming dat de meeste persoonlijkheidsstoornissen hopeloos hardnekkig en onbehandelbaar zijn het resultaat van een illusie bij de clinicus: de tendens om de chroniciteit van condities te overschatten als gevolg van selectieve blootstelling aan ernstige patiënten die frequent terugvallen (Cohen & Cohen, 1984). In de tweede plaats is er waarschijnlijk sprake van twee gerelateerde *self-fulfilling prophecies*. Uit een in 1988 gepubliceerd onderzoek blijkt dat psychiaters afkeurende en afwijzende attitudes hadden jegens deze patiëntengroep (Lewis & Appleby, 1988). Voor zover deze negatieve attitudes nog bestaan is het niet

ondenkbaar dat deze leiden tot klinisch pessimisme, waardoor de patiënt een adequate behandeling wordt onthouden, waardoor uiteindelijk de ongunstige prognose werkelijkheid wordt (self-fulfilling prophecy 1). Doordat de behandelaar zijn pessimistische grondhouding overdraagt op de patiënt, zal deze geen pogingen ondernemen om te veranderen, waardoor eveneens de ongunstige prognose werkelijkheid wordt (self-fulfilling prophecy 2). Ten slotte geldt dat in het verleden is geobserveerd dat sommige hulpverleners een persoonlijkheidsdiagnose pas overwegen als een patiënt onvoldoende therapietrouw toont, zich verzet tegen verandering of als een behandeling stagneert (Velden, 1992). Met de diagnose persoonlijkheidsstoornis komt de verantwoordelijkheid voor het falen van de behandeling dan – vaak ten onrechte – uitsluitend bij de patiënt te liggen. Deze mechanismen houden ideeën omtrent de onveranderbaarheid van persoonlijkheidspathologie in stand.

Het klinisch pessimisme vierde zijn hoogtijdagen in de zeventiger en tachtiger jaren van de 20ste eeuw, om pas in de jaren negentig enigszins af te nemen. Mede onder invloed van een gestaag groeiend aantal predictieonderzoeken bij As-I-stoornissen, psychotherapieonderzoeken en natuurlijk belooponderzoeken is de laatste jaren duidelijk sprake van een kentering in het onveranderbaarheidsdenken. De bevindingen uit diverse longitudinale onderzoeken naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen leiden tot de conclusie dat er sprake is van een zekere mate van natuurlijk herstel (Verheul & Kamphuis, 2007). Zo rapporteren bijvoorbeeld Cohen e.a. (2005) weliswaar betrekkelijk grote individuele (rangorde)stabiliteit van persoonlijkheidsstoornissymptomen gedurende de adolescentie en volwassenheid, maar ook een duidelijke en lineair verlopende afname van persoonlijkheidspathologie tussen 9- en 27-jarige leeftijd. De geobserveerde afname met het verstrijken van de leeftijd geldt voor cluster-A-, -B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen (Johnson e.a., 2000). Deze bevindingen sluiten naadloos aan bij de longitudinale onderzoeken naar normale persoonlijkheidstrekken die over dezelfde leeftijdsperiode een afname rapporteren van trekken als impulsiviteit, sensatiebehoefte en afhankelijkheid (Lilienfeld, 2005). Op basis van een meta-analyse werd geconcludeerd dat bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis sprake is van geleidelijk herstel, ook zonder behandeling. Per jaar verloor ongeveer 4 procent de diagnose; na 10 jaar was ongeveer de helft hersteld (Perry, 1993). Ook deze bevinding sluit naadloos aan bij de longitudinale onderzoeken naar normale persoonlijkheidstrekken: met het ouder worden nemen emotionele stabiliteit en consciëntieusheid toe (Roberts e.a., 2006). Het natuurlijk beloop van persoonlijkheidsstoornissen wordt dus gekenmerkt door een zekere mate van natuurlijk herstel. Dit natuurlijk herstel lijkt aanmerkelijk te kunnen worden versneld door behandeling. In een meta-analyse vonden Perry e.a. (1999) bij een therapie van 20 zittingen 25% herstel, bij 90 zittingen 50% herstel, en bij 200 zittingen zelfs 75% herstel. In tijd uitgezet liggen deze percentages ongeveer 7 tot 8 keer zo hoog in vergelijking tot het natuurlijk herstel bij mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Perry, 1993).

Een kritische kanttekening bij de behandlonderzoeken is dat deze zich voornamelijk toespitsen op de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, de ontwijkende, afhankelijke en de Niet Anderszins Omschreven persoonlijkheidsstoornis en in mindere mate ook op de paranoïde, obsessieve-compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In de onderzoeken behoorden patiënten met een schizoïde, antisociale, narcistische of theatrale persoonlijkheidsstoornis tot de uitzonderingen, zodat de gunstige uitkomsten niet representatief zijn voor die groepen. Het is dus mogelijk dat persoonlijkheidsverandering op latere leeftijd niet voor iedereen geldt. Tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat dat lange tijd ook gold voor persoonlijkheidsstoornissen die later wél behandelbaar bleken, zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De enige juiste implicatie is daarom dat de zoektocht naar effectieve en doelmatige behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen nog niet voorbij is. In dit kader stemmen de eerste resultaten van dialectische gedragstherapie bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis tot optimisme (McCann e.a. 2000).

2.6 Leeswijzer voor de richtlijn

In de nu volgende hoofdstukken worden, aan de hand van uitgangsvragen en op grond van de daarbij gezochte evidence, het professionele inzicht, en de ervaringsdeskundigheid van patiënten, aanbevelingen geformuleerd.

De richtlijn bestaat grofweg uit vier delen:

- Diagnostiek en indicatiestelling: in het hoofdstuk over diagnostiek en indicatiestelling (Hoofdstuk 3) ligt de nadruk op de diagnostiek van DSM-IV-TR-persoonlijkheidsstoornissen. Voorafgaand aan dit hoofdstuk staat het patienten- en familieperspectief bij diagnostiek beschreven.
- Behandeling: De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen komt aan bod in een reeks van hoofdstukken over achtereenvolgens psychotherapie (Hoofdstuk 5), overige psychosociale interventies (Hoofdstuk 6) en farmacotherapie (Hoofdstuk 7). Het patienten- en familieperspectief bij behandeling staat beschreven in hoofdstuk 4, welke vooraf gaat aan de hierboven genoemde hoofdstukken.
- Comorbiditeit: persoonlijkheidsstoornissen komen veelvuldig voor naast andere psychiatrische aandoeningen. Voorbeelden zijn: angst- en stemmingstoornissen, eetstoornissen zoals bulimia nervosa of anorexia nervosa, en alcohol- of drugsverslaving. In hoofdstuk 8 worden de meest voorkomende vormen van comorbiditeit behandeld, in het bijzonder de vraag in hoeverre de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen een negatieve impact heeft op de behandeling van As-I-stoornissen en de vraag naar de klinische implicaties van comorbiditeit. Voorafgaand aan dit hoofdstuk staat het patienten- en familieperspectief bij comorbiditeit beschreven.
- In hoofdstuk 9 komt de kosteneffectiviteit van behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis aan bod
- Organisatie van zorg: De organisatie van zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen is complex. Hoofdstuk 10 beschrijft de verschillende taken, verantwoordelijkheden en uitdagingen waarvoor de respectieve echelons in de gezondheidszorg zich gesteld zien.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In G.R. Bock & J.A. Goode, *Genetics of criminal and antisocial behavior* ([pp....]). Chicester: Wiley.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1178-1182.
- Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G., e.a. (2005). The Children in the Community Study of developmental course of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466-486.
- Ge, X., Conger, R.D., Cadoret, R.J., e.a. (1996). The developmental interface between nature and nurture: a mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychopathology*, 32, 574-589.
- Gottlieb. 1997
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., e.a. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 265-275.
- Jong, A. de, van den Brink, W., Ormel, J., e.a. (Red.). (1992). *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Kaufman, J., Zang, B.-Z., Douglas-Palumberi, H., e.a. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101, 17316-17321.

- Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.
- Lilienfeld, S.O. (2005). Longitudinal studies of personality disorders: four lessons from personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19, 547-556.
- McCann, 2004
- Meaney, M.J. (2001). Maternal Care, Gene Expression, And the Transmission of Individual Differences in Stress Reactivity Across Generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.
- Meaney, M.J. (2004). The nature of nurture: maternal affects and chromatin remodeling. In J. T. Cacioppo & G. G. Berntson, *Essays in social neuroscience* ([pp....]) . Cambridge, MA/London: The MIT Press.
- Moffitt, T.E. (2005). The new look of Behavioral Genetics in Development Psychopathology: Gene-Environment Interplay in Antisocial Behaviors. *Psychological Bulletin*, 1313, 533-554.
- Perry, J.C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* (Suppl.), 63-85.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Plomin, R., & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Development*, 69, 1223-1243.
- Pray, 2004
- Reekum & Schmeets (in druk)
- Roberts, B.W., Walton, K.E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1-25.
- Rutter, M. (2005). Environmentally Mediated Risks for Psychopathology: Research Strategies and Findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 3-18.
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 186, 4-6.
- Suomi, S.J. (2002). How gene-environment interactions can shape the development of socioemotional regulation in rhesus monkeys. In B.S. Zuckerman, A.F. Lieberman & N.A. Fox, *Emotional regulation and developmental health* (pp.[...]). [plaats uitgave]: Johnson & Johnson Pediatric Institute.
- Trimbos-instituut. (2005). *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2005*. Houten: Ladenius Communicatie.
- Velden, K. van der. (1992). Het moeilijke-mensen project. In *Directieve therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verheul R., Kamphuis J.H. (2007). De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen: diagnostiek, behandeling en beleid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

3 Diagnostiek en indicatiestelling

3.1 Patiënten- en familieperspectief

3.1.1 Patiëntenperspectief: Diagnostiek

Uit onderzoek van Trijsburg et al. (2006) blijkt dat veel patiënten een diagnostisch onderzoek willen. Een klein aantal krijgt dit niet. Motivatie voor een diagnostisch onderzoek is o.a. om duidelijkheid over en inzicht in de problematiek te verkrijgen of voor een behandelingsindicatie.

Ongeveer de helft van de patiënten heeft aanmerkingen op de adequaatheid en de belasting van het diagnostisch onderzoek, alsook op de bejegening tijdens het onderzoek en de informatie die ze over het onderzoek ontvangen. De aanmerkingen hebben betrekking op de duur van het onderzoek, de ervaren zwaarte ervan, de houding van de onderzoeker en de terugkoppeling van de resultaten.

Hoewel de mening van patiënten over de uitleg en informatie over de diagnose redelijk positief is, is een minderheid van de patiënten ontevreden. Kritiekpunten zijn o.a. geen of onduidelijke uitleg over de diagnose en/of de invloed op het leven, geen of onvoldoende deskundigheid betreffende de diagnose ,(te) weinig tijd voor bespreking en/of eigen inbreng en problemen met bejegening.

Aanbevelingen

Patiënten die aangeven een diagnostisch onderzoek te willen, moeten dat ook krijgen.

Patiënten moeten voldoende en duidelijke informatie krijgen over het onderzoek, zowel voor, tijdens als na afloop van het onderzoek.

Patiënten moeten na afloop van het onderzoek duidelijke, schriftelijke informatie ontvangen over hun diagnose en de mogelijke invloed hiervan op hun leven.

3.1.2 Patiëntenperspectief: Diagnostische instrumenten

In de praktijk worden niet altijd diagnostische instrumenten gebruikt. Een diagnose aan de hand van de DSM IV criteria waarbij samen met de patiënt het rijtje wordt nagegaan komt voor, maar blijkt volstrekt onvoldoende en leidt snel tot een foute diagnose. Tijdens de diagnose dienen diagnostische instrumenten te worden ingezet.

De voorkeur van patiënten gaat uit naar een combinatie van een diagnostisch instrument (bij voorkeur interviews) en persoonlijke gesprekken. Patiënten hebben de ervaring dat een hulpverlener die de patiënt goed kent een betere diagnose kan stellen. Dit is een argument om niet te snel een diagnose te stellen. Gebruik van specifieke vragenlijsten en testen is zinvol, mits het patiënten niet verhindert ook het eigen verhaal te vertellen (Franx, 2002).

3.1.3 Patiëntenperspectief: Diagnose Borderline persoonlijkheidsstoornis

Patiënten ervaren de negatieve vooroordelen van hulpverleners t.a.v. hun diagnose als meer belastend dan de diagnose zelf. Patiënten hebben het gevoel dat mensen met een andere diagnose, zoals schizofrenie, serieuzer genomen en met meer sympathie en betrokkenheid benaderd worden door hulpverleners. (Nehls, 1999)

Zes procent van de ondervraagden in het onderzoek van Trijsburg et al. (2006) geeft aan last te hebben van stigmatisering en 'hokjesdenken' van hulpverleners tijdens de diagnose.

Aanbevelingen

Hulpverleners dienen bedacht te zijn op hun (bewuste of onbewuste) vooroordelen t.a.v. de diagnose 'borderline', en patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis niet negatiever benaderen dan patiënten met een andere diagnose.

3.1.4 Perspectief familie, partners en directe anderen: Diagnostiek

De wens van familieleden is dat het goed gaat met hun naaste. Ook al hebben ze niet altijd nog contact met hen, de zorg om de toekomst voor hun naaste blijft. De indruk kan gewekt worden dat familieleden en partners geen behoefte hebben aan ondersteuning in de omgang met hun naaste, omdat ze niet zo snel om hulp of steun voor zichzelf vragen (Parnassia, afd. Preventie 2005). Het tegendeel is waar, familie, partners en/of directe anderen vinden het van essentieel belang om bij het begin van de diagnose/ behandeling gerespecteerd en serieus worden genomen door de hulpverleners (Zie Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patiënten 1992).

Aanbevelingen

Voor familie en directe anderen is het van essentieel belang om bij het begin van de diagnose/behandeling (vaak beginnend bij een crisis) gerespecteerd en serieus genomen te worden door hulpverleners.

3.1.5 Perspectief familie, partners en directe anderen: Betrokkenheid

Familieleden en partners geven aan dat ze bij het stellen van de diagnose betrokken willen worden. Het is gebleken, dat het bij het stellen van de diagnose belangrijk is dat er gekeken wordt naar het totaal plaatje van de patiënt om zo de hele problematiek in kaart te brengen. Ook als er nog geen definitieve diagnose gesteld kan worden, omdat er een acute symptoomstoornis aanwezig is, is het zeer raadzaam om bij familieleden en anderen na te gaan wat de persoonlijke kenmerken van hun naaste waren voordat de symptoomstoornis aanwezig was. (Conceptprogramma PS 2002). Daarnaast is het voor familieleden in deze fase van belang, dat zij informatie krijgen over de aard van hulpverlening en wat de gevolgen kunnen zijn voor zowel henzelf als voor de patiënt. Ook is het in deze fase van belang aandacht te hebben voor de rol die familieleden en partners spelen en de steun die zij kunnen bieden aan hun naaste.

Aanbevelingen

Het is heel belangrijk bij een diagnosestelling naar het hele beeld van de individuele patiënt te kijken.

Familieleden en directe anderen kunnen/willen een bijdrage leveren in de diagnosestelling.

3.1.6 *Perspectief familie, partners en directe anderen: Vroegsignalering*

Ondanks dat ouders soms al in een vroeg stadium aangeven bij hun kind aanwijzingen te zien voor het ontstaan van latere problemen zijn er pas gerichte interventies mogelijk vanaf achttien jaar. "Verschijnselen die het gevolg zijn van persoonlijkheidsstoornissen kunnen in het tijdsbestek van enkele dagen sterk wisselen en zijn al in de kindertijd terug te vinden"(Links 1999)

Aanbevelingen

Het is belangrijk om ouders met kinderen die problemen hebben, serieus te nemen en hen een goede begeleiding te geven

3.2 Inleiding

De werkgroep heeft gekozen voor een classificatie van persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-IV-TR (APA, 2000) en haar voorlopers. De DSM-IV-TR omvat een algemene definiëring van een persoonlijkheidsstoornis en een typering van specifieke persoonlijkheidsstoornissen (onderverdeeld in drie clusters) inclusief de persoonlijkheidsstoornis NAO (zie voor een overzicht hoofdstuk 2).

In dit hoofdstuk wordt allereerst besproken hoe men in de klinische praktijk kan komen tot een betrouwbare As-II-diagnose van een persoonlijkheidsstoornis. De werkgroep heeft ervoor gekozen zowel een paragraaf aan categoriale diagnostiek als aan dimensionale diagnostiek te wijden, omdat het laatste in opkomst is in zowel de klinische praktijk als het wetenschappelijk onderzoek. De wetenschappelijke onderbouwing van de categoriale diagnostiek behandelt de empirische ondersteuning voor het gebruik van achtereenvolgens het klinische oordeel, semi-gestructureerde interviews en zelfrapportage instrumenten. Vervolgens komen aanvullende, dimensionale methoden van diagnostiek aan bod. In de vijfde paragraaf wordt een overzicht gegeven van de in Nederland beschikbare en gevalideerde instrumenten die een juiste indicatiestelling voor de meest geschikte behandeling ondersteunen. Per onderdeel volgt een conclusie. Aan het eind van elke paragraaf volgen overige overwegingen en aanbevelingen van de werkgroep.

3.3 Uitgangsvragen

- Met welke instrumenten, gebaseerd op de DSM-IV-TR kunnen betrouwbare en valide categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen worden verricht?
- Welke waarde hebben dimensionale modellen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat is de rol van de DSM-IV-TR classificatie bij indicatiestelling?
- Wanneer en bij welke patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een behandeling geïndiceerd?
- Welke behandeling heeft de voorkeur als eerste stap bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke andere overwegingen gelden bij de indicatiestelling tijdens de diagnostische- en behandelfase?
- In welke mate dient de aard van de hulpvraag bij de indicatiestelling een rol te spelen?

3.4 Keuze en verantwoording van de literatuur

De literatuur ten behoeve van dit hoofdstuk is niet systematisch door middel van zoekmachines gezocht. Voor het gebied van diagnostiek en assessment geldt dat de beschikbare, internationale literatuur zeer omvangrijk is, terwijl slechts een klein deel relevant werd geacht voor deze richtlijn. Voor het gebied van indicatiestelling geldt dat systematische literatuursearches weinig tot geen relevante studies hebben opgeleverd.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen na raadpleging van wetenschappelijk literatuuronderzoek en van experts uit de klinische en onderzoekspraktijk. Voor de wetenschappelijke onderbouwing is na het opstellen van een gerichte lijst van Nederlandse instrumenten voor diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen, gezocht naar Nederlandstalig betrouwbaarheidsonderzoek, handleidingen zijn geraadpleegd en, waar nodig, is navraag gedaan bij de auteurs. Wanneer er geen Nederlandstalig betrouwbaarheidsonderzoek beschikbaar was, zijn de meest recente Engelstalige gegevens hierover geselecteerd. Vaak is ook, bij gebrek aan recente studies, gebruik gemaakt van onderzoek dat zich baseerde op de DSM-III, DSM-III-R of DSM-IV.

Betrouwbaarheid is een eerste voorwaarde voor goede meetinstrumenten. Een aantal betrouwbaarheidsmaten wordt gebruikt. In het onderzoek naar meetinstrumenten voor persoonlijkheidsstoornisdiagnostiek zijn verschillende typen betrouwbaarheidsmaten van belang, afhankelijk van het type instrument dat gebruikt wordt om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen. Voor semi-gestructureerde interviews geldt als belangrijkste betrouwbaarheids criterium de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van semi-gestructureerde interviews voor persoonlijkheidsstoornissen wordt doorgaans bepaald met Cohen's (ongewogen of gewogen) kappa (Cohen, 1960; Cohen, 1968) of met de Intraclass Correlatie Coëfficiënt (ICC; Shrout & Fleiss, 1979), beide maten voor de overeenstemming tussen twee of meer beoordelaars die een groep patiënten diagnosticeren. Een schaal of module met een kappa of ICC gelijk of groter dan 0.75 wijst op een zeer hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, terwijl kappawaarden tussen 0.40 en 0.75 een redelijke tot goede betrouwbaarheid aangeven (Fleiss, 1981, p. 218). Waarden onder 0.40 duiden op een gebrekkige overeenstemming.

Voor zelfrapportage instrumenten op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen gelden andere betrouwbaarheidsmaten. De voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen belangrijkste maat is de test-hertest betrouwbaarheid. Deze meet de stabiliteit van de gediagnosticeerde (kenmerken van de) persoonlijkheidsstoornis over een zeker tijdsverloop. Over het algemeen geldt een betrouwbaarheid van $r = 0.60$ en hoger als voldoende.

Naast betrouwbaarheid spelen validiteit en haalbaarheid een minstens zo belangrijke rol. Ook deze aspecten komen aan bod.

Wat betreft de paragrafen over indicatiestelling is de uiteindelijke literatuurkeuze tot stand gekomen via de sneeuwbal methode, uitgaande van enkele recente publicaties op dit terrein.

3.5 Categoriele diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

Categoriele diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen kan plaatsvinden middels (1) het klinisch oordeel, (2) semi-gestructureerde interviews en (3) zelfrapportage lijsten. Deze drie methoden worden hieronder achtereenvolgens besproken.

(1) Het klinisch oordeel

De betrouwbaarheid van klinische diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen zonder gebruik van semi-gestructureerde interviews is vooral onderzocht door het klinisch oordeel van twee of meer beoordelaars over dezelfde casus met elkaar te vergelijken (Zimmerman, 1994). Bij het diagnosticeren blijkt de overeenstemming laag te zijn.

Doorgaans zijn in minder dan de helft van de gevallen twee beoordelaars het met elkaar eens, wanneer de beoordelaars een ongestructureerd interview afnemen (Heumann, 1990; Mellsop, 1982; Zimmerman, 1994). Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen op basis van klinisch oordeel niet betrouwbaar is.

(2) Semi-gestructureerde diagnostische interviews

Het doel van semi-gestructureerde diagnostische interviews is het bereiken van een grotere betrouwbaarheid van de diagnostiek. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is het belangrijkste aspect waarop de waarde van deze semi-gestructureerde interviews beoordeeld dient te worden. Er zijn drie in het Nederlands vertaalde semi-gestructureerde interviews voor alle DSM-IV As-II stoornissen beschikbaar:

- a. **Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders** (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). De Nederlandse vertaling is van Weertman, Arntz en Kerkhofs (2000). Het instrument bestaat uit modules voor alle elf persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de vragen zijn gegroepeerd naar stoornis. Daarnaast is een appendix toegevoegd voor classificatie van de depressieve en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Voorafgaand aan het interview kan de SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst als screener afgenomen worden. Het interview zelf begint met acht open vragen die informatie verschaffen over het gebruikelijke gedrag, interpersoonlijke relaties en het zelfreflectieve vermogen van de persoon. De afname per persoonlijkheidsstoornis start met een open vraag, waarna om toelichting gevraagd wordt. Per stoornis worden op deze manier de criteria doorlopen, die men op een 3-puntsschaal scoort (1=criterium is afwezig of onjuist; 2=criterium is twijfelachtig; 3=criterium is aanwezig of juist). De SCID-II kan ook worden afgenomen bij informanten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is redelijk tot goed ($\kappa=0.65-1.00$; Arntz e.a. 1992) en de test-hertestbetrouwbaarheid bij een kort tijdsinterval bleek ook redelijk tot goed ($\kappa=.63$; Weertman e.a., 2003).
- b. **International Personality Disorder Examination** (IPDE; World Health Organization (WHO), 1995). De Nederlandse vertaling is van Duijsens e.a. (1995). Het interview is geordend naar zes thema's: werk, zelf, interpersoonlijke relaties, affecten, realiteitstoetsing en impulscontrole. Alle criteria voor de persoonlijkheidsstoornissen komen in deze rubrieken aan de orde. De IPDE staat ook toe om het interview per persoonlijkheidsstoornis af te nemen. Ieder criterium krijgt een score 0 (=gedrag/trek niet aanwezig of normaal), 1 (=gedrag/trek overdreven of geaccentueerd aanwezig) of 2 (=gedrag/trek op criteriumniveau of pathologisch). Voor het scoren van een criterium moet de gemeten trek tenminste vijf jaar aanwezig zijn. Het interview voorziet in een tweede scoringskolom voor antwoorden van informanten. Naast een score voor de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen levert het instrument ook dimensionale scores op. Voorafgaand aan het interview kan de IPDE Screenings Vragenlijst worden afgenomen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de internationale versie is redelijk tot goed ($\kappa=0.51-0.82$, mediaan 0.73; Loranger e.a., 1994). Over de betrouwbaarheid van de Nederlandse versie zijn geen gegevens gepubliceerd
- c. **Structured Interview for DSM Personality Disorders** (SIDP-IV; Pfohl, Blum, & Zimmerman, 1995). De SIDP-IV is gebaseerd op diens voorlopers (SIDP voor DSM-III en SIDP-R voor DSM-III-R) die over goede psychometrische kenmerken bleken te beschikken. De Nederlandse vertaling van de SIDP-IV is van De Jong e.a. (1996). De SIDP-IV omvat 10 secties, betrekking hebbend op verschillende levensgebieden (activiteiten en belangstelling, werk, relaties, sociale contacten, emoties, observaties, zelfpercepties, kijk op anderen, stress en boosheid en sociale conformiteit). De interviewvragen zijn geordend op basis van de secties en niet op basis van de persoonlijkheidsstoornissen. Wél staat bij elke vraag het betreffende DSM-IV criterium dat gemeten wordt. De SIDP-IV kan ook afgenomen

worden bij informanten. Het interview hanteert de 'vijf jaar regel' als operationalisering van het criterium D van de algemene diagnostische criteria. Alle vragen worden gescoord op een 4-puntsschaal: 0=niet aanwezig; 1=bijna aanwezig; 2=aanwezig; 3=sterk aanwezig. Daarmee levert elke diagnose die met de SIDP-IV gesteld wordt, twee scores op: een dichotome om te bepalen of aan de diagnose is voldaan of niet en een dimensionale voor de ernst van de diagnose. De Nederlandse vertaling van de SIDP-IV heeft een redelijk tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa=0.65-1.00$, mediaan 0.90; ICC 0.88-0.99, mediaan 0.97; Damen e.a., 2004).

- d. **Hare's Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R)**, een instrument voor de mate en ernst van psychopathie. De PCL-R werd ontwikkeld door Hare en is in 2003 voor het laatst herzien (Hare, 2003). Het instrument is vertaald door Vertommen e.a. (2002). De PCL-R bestaat uit twintig items, ondergebracht in een van de volgende twee dimensies: (1) egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen, en (2) chronisch impulsief en antisociaal gedrag. De tweede factor correleert sterk positief met de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Voor scoring van het instrument dient men informatie te verzamelen met het semi-gestructureerde interview en over informatie te beschikken uit het dossier van de betrokkene. De items worden gescoord op een 3-puntsschaal (0=item afwezig, 1=item geldt tot op zekere hoogte, 2=item is duidelijk aanwezig). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de PCL-R is goed: Hildebrand, de Ruiter, de Vogel en van der Wolf (2002) vermelden een ICC van .88 voor de totaalscore en .76 en .83 voor de twee subschalen. In de meest recente PCL-R handleiding stelt Hare voor om een afkapwaarde van 30 of meer te hanteren om een individu te classificeren als psychopaat. In Europa wordt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek veelal een afkapwaarde van 26 gehanteerd (Vertommen et al., 2002). Bij gebruik van deze grenscore van 26 was de diagnostische overeenstemming tussen drie beoordelaars ook voldoende ($\kappa=0.72$).
- e. **Diagnostic Interview for Borderline patients (DIB)**. Dit interview is oorspronkelijk ontwikkeld door Gunderson e.a. (1981) en in het Nederlands vertaald door Derksen (1988). Zanarini reviseerde de DIB om de diagnose scherper af te grenzen met andere persoonlijkheidsstoornissen (Zanarini e.a., 2002). In het interview worden vier gebieden uitgevraagd: affect, cognities, impulsief gedrag en interpersoonlijke relaties. Voor bijna alle items geldt dat de ICC's hoger zijn dan .75. De ICC's van de vier overige items zijn redelijk tot goed (range ICC=.55-.74). De gereviseerde versie (DIB-R) is nog niet in het Nederlands vertaald.
- f. **Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)**. De BPDSI (Arntz et al., 2003) is een beoordelingsschaal waarmee men de ernst van de manifestaties van de borderline persoonlijkheidsstoornis kan vaststellen. In het semi-gestructureerde interview worden vragen gesteld over de frequentie en aard van de manifestaties gedurende een welomschreven periode. De totaalscore geeft een dimensionale score van de ernst van de borderline pathologie in een bepaald tijdsbestek. ICC's voor de vragen varieerden tussen .29 en .99, duidend op een gebrekkige tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op het niveau van de afzonderlijke vragen. De mediaan van .74 geeft een in het algemeen bevredigende betrouwbaarheid voor de vragen aan. De criteriumscores hadden goede ICC's (.68-.97, mediaan = .85) en de totaalscore kende een uitstekende ICC (.93).

(3) Zelfrapportagelijsten

Het doel van zelfrapportagelijsten is doorgaans om te screenen voor de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen en niet zozeer om diagnoses te stellen. In het Nederlands taalgebied zijn drie lijsten aanwezig:

- a. **Personality Diagnostic Questionnaire-4+** (PDQ-4+). Dit instrument, vertaald

door Akkerhuis, Kupka, Groenestijn en Nolen (1996), kent twee versies: één die de persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-IV meet (PDQ-R), en één die ook de experimentele persoonlijkheidsstoornissen in kaart brengt (PDQ-4+). De PDQ-4+ bestaat uit 99 items, waarbij de patiënt wordt gevraagd of een stelling op hem/haar van toepassing is ('juist/onjuist'). Uit onderzoek (Ouwersloot, Van den Brink, Diekstra, & Hoogduin, 1994) is gebleken dat de PDQ-R een hoge sensitiviteit heeft, maar een lage specificiteit. Dingemans en Sno (2004) concluderen op grond van de criteriumvaliditeit dat men beter de PDQ-R kan gebruiken dan de PDQ-4+.

- b. **Assessment of Personality Diagnostic Questionnaire DSM-IV versie (ADP-IV).** De ADP-IV is in het Nederlands vertaald door Schotte en De Doncker (1994). Het instrument kent 94 items die de DSM-IV criteria voor de twaalf persoonlijkheidsstoornissen representeren (Schotte & De Doncker, 2000). Elk item wordt op twee vlakken beoordeeld: een 'trait' score en een 'distress' score. De 'trait' score meet de aanwezigheid van het criterium aan de hand van een 7-puntsschaal. De 'distress' score gaat na of de eigenschap degene of anderen last heeft berokkend en geeft dat aan op een 3-puntsschaal. Met deze twee beoordelingen worden zowel dimensionale schalen verkregen, als een categoriale diagnostische evaluatie. De test-hertest betrouwbaarheid voor een categoriale As-II zowel als voor de dimensionale diagnose was bevredigend (Schotte en De Doncker, 2000).
- c. **Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP).** De VKP is gebaseerd op de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-III-R en de ICD-10 (Duijsens, Eurelings-Bontekoe, & Diekstra, 1996). De Nederlandse versie is van Duijsens, Eurelings-Bontekoe, Diekstra en Ouwersloot (1995). De 174 items op van de VKP zijn afgeleid van de IPDE criteria voor de 13 persoonlijkheidsstoornissen en de 9 door de ICD-10 geïdentificeerde persoonlijkheidsstoornissen. Alle vragen zijn positief geformuleerd en volgen dezelfde thema's als de IPDE. De antwoordalternatieven zijn 1=waar, 2=onwaar en 3=vraagteken wanneer de uitspraak niet van toepassing is. De vragen zijn rond tien thema's gegroepeerd. De VKP voorziet zowel in categoriale als dimensionale scoring. De test-hertest betrouwbaarheid blijkt matig wat betreft de overeenstemming tussen diagnoses; er werd een kappa van $\kappa = .40$ gevonden. De test-hertest correlatie was $r = .62$ en varieerde tussen $.41$ (theatrale PS) en $.86$ (antisociale PS).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen gebaseerd op het oordeel van klinici onvoldoende betrouwbaar is. C Heumann e.a. 1990; Mellsop et al, 1982 D Zimmerman, 1994
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de semi-gestructureerde interviews SCID-II, IPDE en SIDP-IV een redelijke tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben en betrouwbare diagnoses van persoonlijkheidsstoornissen genereren. C Arntz e.a. 1992; Loranger e.a. 1994; Damen e.a. 2004
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat zelfrapportagelijsten een redelijke test-hertestbetrouwbaarheid hebben, maar in overdiagnostiek resulteren ten opzichte van semi-gestructureerde interviews. C Schotte en De Doncker 2000; Duijsens e.a 1995
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de semi-gestructureerde interviews PCL-R, DIB en BPDSI beschikken over een redelijke tot goede betrouwbaarheid en lijken daarmee goede instrumenten voor (aanvullende) diagnostiek van specifieke persoonlijkheidsstoornissen. C Arntz et al 1992; Loranger et al 1994; Damen et al 2004

Overige overwegingen

Uit bovenstaande wetenschappelijke onderbouwing blijkt dat de semi-gestructureerde interviews uit betrouwbaarheidsoogpunt voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen te verkiezen zijn boven het "ongewapende" klinische oordeel. Alhoewel de betrouwbaarheid van semi-gestructureerde interviews niet altijd optimaal en soms nog onvoldoende onderzocht is, is het klinisch oordeel als niet betrouwbaar naar voren gekomen.

Enkele zelfrapportage instrumenten beschikken over een redelijke betrouwbaarheid. De validiteit van zelfrapportage instrumenten is echter problematisch omdat zelfrapportage instrumenten ertoe neigen meer (dan semi-gestructureerde interviews) diagnoses te genereren. Dat kan overdiagnostiek tot gevolg hebben (Zimmerman, 1994). De overdiagnostiek van zelfrapportage instrumenten in vergelijking met semi-gestructureerde interviews bleek uit diverse studies (o.a. Duijsens, Bruinsma, Jansen, Eurelings-Bontekoe, & Diekstra, 1996). De overdiagnostiek van de ADP-IV was daarentegen gering (Schotte, De Doncker, & Courjaret, 2007).

Een ander probleem met zelfrapportage instrumenten is dat deze gevoelig zijn voor het toestandsbeeld, gereflecteerd in As-I symptomen (Zimmerman, 1994). De vraag is daarnaast of patiënten altijd over voldoende zelfreflectie en realiteitstoetsing beschikken om een zelfrapportagelijst valide in te vullen (Ouwersloot, Van den Brink, Diekstra, & Hoogduin, 1994). De werkgroep beveelt diagnostici aan om zich op zijn minst op de hoogte te stellen van de psychometrische kwaliteiten van zelfrapportage instrumenten en scores op zelfrapportage instrumenten hoe dan ook met voorzichtigheid te hanteren, zelfs als deze instrumenten aan minimaleisen van betrouwbaarheid voldoen.

De werkgroep spreekt haar voorkeur uit voor het afnemen van semi-gestructureerde interviews. Deze instrumenten toetsen niet alleen de specifieke criteria, maar ook de algemene criteria, die een voorwaarde zijn voor het diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis. De werkgroep beschouwt semi-gestructureerde interviews echter niet als "gouden standaard".

Een gouden standaard voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen ontbreekt vooralsnog. Spitzer (1983) ontwikkelde de LEAD, waarbij het acroniem niet zonder reden is gekozen: een loden standaard is het hoogst haalbare voor diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. LEAD staat voor Longitudinal, Experts en All Data. Ter

verbetering van de validiteit van het gebruikelijke klinisch oordeel pleit Spitzer voor aandacht voor de betrouwbaarheid, het gebruik van meerdere bronnen van informatie en het volgen van de psychische toestand van de patiënt over de tijd. De diagnose wordt uiteindelijk gesteld op basis van consensus van verschillende klinici die alle aanwezige informatie naar waarde proberen te schatten. In een validiteitsstudie van Pilkonis, Heape, Ruddy en Serrao (1991) bleken LEAD diagnoses over meer temporele validiteit en predictieve validiteit te beschikken dan diagnoses verkregen met verschillende semi-gestructureerde interviewschema's.

Verheul, Van den Brink en Spinhoven (2000) stellen een verkorte screening voor als mogelijkheid tot grotere efficiëntie van diagnostiek. De werkgroep is van mening dat zelfrapportage instrumenten wél bruikbaar kunnen zijn als screener, wat de haalbaarheid van adequate persoonlijkheidsdiagnostiek ten goede zou komen. Aan de hand van de screener kan worden bepaald welke persoonlijkheidsstoornissen men in het interview en met andere methoden moet uitvragen. De clinicus moet zich echter bewust zijn van de sensitiviteit en specificiteit van het instrument. De meeste zelfrapportage instrumenten beschikken over een hoge sensitiviteit. Een hoge sensitiviteit betekent dat een instrument in staat is een hoog percentage van patienten met een persoonlijkheidsstoornis, juist te selecteren. Specificiteit duidt op het vermogen van een instrument om mensen die niet aan een persoonlijkheidsstoornis lijden ook als zodanig te identificeren. De specificiteit van zelfrapportage instrumenten voor persoonlijkheidsstoornissen is meestal lager, zodat patiënten die geen persoonlijkheidsstoornis hebben, ten onrechte een persoonlijkheidsstoornis krijgen toegekend. Een mogelijke oplossing voor het verminderen van het aantal "vals positieven", is het verlagen van het afkappunt voor een criterium of een persoonlijkheidsstoornis. Dit heeft echter als nadeel dat de sensitiviteit daalt, waardoor het instrument zijn doel voorbij schiet. Daarnaast verschillen de waarden van deze maten tussen verschillende persoonlijkheidsstoornissen (Duijsens, 1996). De SCID-II persoonlijkheidsvragenlijst fungeert als een goede screener voorafgaand aan het SCID-II interview. De VKP kan goed als screener voor de IPDE worden toegepast.

Het verkrijgen van informatie van informanten kan gezien worden als een vorm van convergente validiteit (Widiger, 1993, aangehaald in McDermut & Zimmerman, 2005). De overeenstemming tussen de informatie van patiënt en informanten blijkt overigens in de regel laag tot matig (Widiger & Coker, 2002). Desondanks kan het van belang zijn om informanten als aanvullende bron te gebruiken, omdat zij informatie kunnen verschaffen over die zaken die een patiënt loochent, omdat de patiënt zich die niet bewust is of over onvoldoende ziekte-inzicht beschikt. De keuze van informanten is niet eenvoudig en aan ethische grenzen gebonden. Aan selectie van de betreffende informant moet derhalve zorgvuldig aandacht besteed worden.

Tot slot benadrukt de werkgroep dat training voor het adequaat kunnen afnemen van semi-gestructureerde interviews noodzakelijk is om de diagnostische processen verder te standaardiseren. Alle uitgevers van de semi-gestructureerde interviews maken deze noodzaak in hun handleiding expliciet (Vertommen et al., 2002; Zimmerman, 1994).

Aanbevelingen

De werkgroep raadt klinici aan om het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen met behulp van de DSM-IV-TR primair te verrichten op basis van semi-gestructureerde interviews. Om deze correct af te nemen moeten diagnostici een hiervoor geëigende training hebben gevolgd. Zelfrapportage instrumenten kan men toepassen als screener, waarbij men zich vergewist van de psychometrische kwaliteiten van deze instrumenten. Informatie van relevante informanten geldt als belangrijke bron om de diagnose mee te staven. Het klinisch oordeel kan van toegevoegde waarde zijn, maar mag nooit als enig instrument voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen worden ingezet.

3.6 Dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidspathologie

Tot zover is de bruikbaarheid van instrumenten voor diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de categoriale zienswijze besproken, omdat dit in de lijn van de benadering van persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV-TR ligt. Steeds meer klinici en onderzoekers maken echter bezwaar tegen deze strikte tweedeling. Het alles-of-niets principe dat de benadering in de DSM-IV van persoonlijkheidsstoornissen miskent volgens hen de complexiteit van graduele variaties in persoonlijkheidstrekken. Dit betekent dat de As-II-systematiek in de DSM-IV uitsluit dat patiënten in een bepaalde mate door een bepaalde persoonlijkheidsproblematiek worden getypeerd. De geforceerde tweedeling kan in de diagnostische praktijk leiden tot overlap en onoverzichtelijkheid. Er is steeds meer empirische ondersteuning dat persoonlijkheidspathologie beter dimensionaal geconceptualiseerd kan worden (Verheul, 2005; Widiger, 2005). Hoewel dimensionale systemen meer recht doen aan de variabiliteit en complexiteit van persoonlijkheidstrekken en -stoornissen, zal de dimensionale informatie uiteindelijk moeten worden gedichotomiseerd ten behoeve van klinische besluitvorming. Veel psychologische meetinstrumenten die zijn ontwikkeld buiten de DSM-systematiek kunnen indirect ondersteuning bieden bij de classificatie en diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Het probleem bij de dimensionale benaderingen is dat deze niet tot nauwelijks onderzocht zijn als aanvulling op of als alternatief voor de DSM-systematiek. Met het oog op de te verwachten wending richting dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen worden hieronder enkele instrumenten en benaderingen kort beschreven, waar mogelijk met wetenschappelijke onderbouwing.

Wetenschappelijke onderbouwing

Hieronder komen vier alternatieve dimensionale modellen aan de orde:

- a. **Vijffactoren Model (VFM).** Het VFM ('Big Five') is de belangrijkste vertegenwoordiger van de dimensionale benadering die het algemeen functioneren van de persoonlijkheid in kaart brengt (Verheul, 2007). Het model is oorspronkelijk ontwikkeld op basis van factoranalytische onderzoeken met beschrijvingen van persoonlijkheidseigenschappen, waaruit vijf factoren-'dimensies'- naar voren kwamen: 1) extraversie - introversie; 2) vriendelijkheid - antagonisme; 3) consciëntieusheid - impulsiviteit; 4) emotionele instabiliteit (neuroticisme) - stabiliteit; 5) onconventionaliteit (openheid) - traditionaliteit (rigiditeit). De NEO-PI-R is een zelfrapportage lijst gebaseerd op het vijffactorenmodel (Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 2003). Er zijn geen gegevens bekend over de convergente validiteit met de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen.
- b. **Dimensionale reorganisaties van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen.** Clark en Livesley (2002) hebben geprobeerd om de onderliggende, 'zuivere' dimensies van maladaptief functioneren bloot te leggen. Na grondige analyse kwamen achttien fundamentele dimensies van de persoonlijkheid naar voren, die geabstraheerd kunnen worden naar vier dimensies van een 'hogere orde'. Deze dimensies zijn: emotionele ontregeling, dissociaal gedrag, inhibitie en compulsiviteit. Een meetinstrument dat de dimensionaliteit van de persoonlijkheid volgens het achttienfactorenmodel meet, is de Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (DAPP-BQ). In Nederlands onderzoek werd overeenstemming in 'hogere' en 'lagere' orde factorstructuur tussen de Nederlandstalige en Canadese DAPP-BQ versie gevonden. De vier 'hogere' orde factoren hingen positief samen met de Canadese versie, maar die samenhang was er in mindere mate voor de 'lagere'orde factoren (Van Kampen, 2006). De vier 'hogere' orde factoren bleken positief samen te hangen met de vijf factoren van het vijffactorenmodel. De convergente validiteit met DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen werd niet expliciet onderzocht.
- c. **Interpersoonlijke Circumplex-modellen.** Een andere dimensionale benadering is die van de interpersoonlijke persoonlijkheidsproblematiek. Deze bouwt voort op

het uitgangspunt van de DSM-IV dat persoonlijkheidsstoornissen niet alleen gedefinieerd worden aan de hand van verstoringen in de interne leefwereld van de patiënt, maar evenzeer aan de hand van contraproductieve interpersoonlijke gedragingen. Het inzicht dat persoonlijkheidsstoornissen nooit los staan van de sociale context waarin zij zich manifesteren wint duidelijk terrein (Kiesler, 1996; Horowitz, 2002). In het Nederlands vertaalde instrumenten die hiervoor gebruikt worden zijn de Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Zevalkink & Berghout, 2005), de Nederlandse Interpersoonlijke Adjectieven Schaal (NIAS; Schacht & Rouckhout, 2005), de Interpersonal Checklist Revised (ICL-R; De Jong, Van den Brink, & Jansma, 2000) en de Impact of Message Inventory (IMI-C; Hafkenscheid, 2003, 2005; Hafkenscheid & Kiesler, 2007).

- d. **Dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie.** Een interessante ontwikkeling binnen de Nederlandse persoonlijkheidsdiagnostiek is de dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie van Eurelings-Bontekoe en Snellen (2003). Met deze methode worden de gemeten persoonlijkheidsdimensies in hun onderlinge samenhang ('context') geïnterpreteerd volgens door de auteurs opgestelde klinische regels, in tegenstelling tot de gebruikelijke nomothetische interpretatie van elke met een test gemeten persoonlijkheidsdimensie afzonderlijk. De persoonlijkheidsdimensies worden gemeten met de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) en de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Het voordeel van het systeem is dat het mogelijkheden biedt tot integratie van afzonderlijke testresultaten. De wetenschappelijke gronden voor de profielinterpretatie zijn echter nog onvoldoende onderbouwd. Mede daarom, en op theoretische gronden, is deze vorm van diagnostiek aan scherpe kritiek onderhevig (Derksen, 2005; Smid & Kamphuis, 2005; reacties: Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2005; Snellen & Eurelings-Bontekoe, 2005).

Overige overwegingen

Uit bovenstaande literatuur over dimensionale persoonlijkheidsdiagnostiek komt naar voren dat dimensionale benaderingen van toegevoegde waarde kunnen zijn in het proces van persoonlijkheidsstoornisdiagnostiek. Geen van deze meetinstrumenten is echter verankerd in de DSM-systematiek. Ze kunnen daarom wel hypothesegenererend maar niet hypothesetoetsend worden gebruikt voor het classificeren van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. Deze persoonlijkheidstests vallen dus principieel buiten de 'context of justification'.

Aanbeveling

De werkgroep raadt gebruikers af om dimensionale diagnostische instrumenten als alternatief voor semi-gestructureerde interviews te gebruiken voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-IV-TR. Wel kunnen dergelijke meetinstrumenten bijdragen aan het genereren van informatie die richtinggevend is voor het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen met behulp van semi-gestructureerde interviews.

3.7 De rol van categoriale DSM-IV-TR classificatie bij de indicatiestelling

Wetenschappelijke onderbouwing

De tweede as van de DSM-IV-TR is wereldwijd de meest gebruikte classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Het is de basis voor een groot deel van de klinische en wetenschappelijke literatuur over het onderwerp en de toepassing ervan is verplicht in de Nederlandse klinische praktijk. Velen geven er de voorkeur aan boven (dimensionale) alternatieven vanwege de bekendheid onder klinici en de daaruit vloeiende

communicatieve waarde. Toch is er ook veel kritiek te horen op de huidige categoriale classificatie in de DSM-IV-TR. De klinische bruikbaarheid van het systeem zou beperkt worden door onder andere de volgende problemen:

- de excessieve comorbiditeit als gevolg van overlappende categorieën
- de complexiteit en daardoor onbetrouwbare diagnoses wanneer het zonder gestandaardiseerde instrumenten wordt toegepast
- onvoldoende dekking van het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen
- de introductie van arbitraire afkapwaarden (Verheul, 2005).

De werkgroep onderschrijft (deels) de beperkingen van de DSM-IV-TR. Toch is zij van mening dat zorgvuldige diagnostiek met behulp van classificatie van persoonlijkheidsstoornissen met DSM-IV-TR een waardevolle en in zekere zin ook noodzakelijke eerste stap is naar de behandeling van deze aandoeningen. De toepassing van de DSM-IV-TR biedt de beste garantie voor een optimale communicatie tussen hulpverleners en stimuleert ook de toepassing van wetenschappelijke evidentie en behandelrichtlijnen die 'nu eenmaal' hierop zijn gebaseerd.

Een belangrijk probleem dat meer toelichting vereist is het feit dat de DSM-IV-TR onvoldoende dekking lijkt te bieden van het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Westen en Arkowitz-Westen (1998) rapporteerden bijvoorbeeld dat de meerderheid (60.6%) van patiënten die bij 238 psychiaters en psychologen in behandeling waren voor hun persoonlijkheidsproblemen, niet in aanmerking kwamen voor een formele diagnose met behulp van een DSM-IV-TR classificatie. Deze bevinding kan deels worden verklaard op basis van onderdiagnostiek door hulpverleners die geen semi-gestructureerde interviews gebruiken, maar deze gegevens wijzen ook sterk in de richting van de beperkte dekking van persoonlijkheidsproblemen door de DSM-IV-TR (Verheul, 2005). Een ander probleem van de DSM-IV-TR vormt het grote percentage Niet-Anderszins-Omschreven (NAO) classificaties. Mensen komen in aanmerking voor de classificatie persoonlijkheidsstoornis NAO als zij kenmerken van verschillende specifieke stoornissen hebben die wel voldoen aan de algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis maar waarbij niet voldaan is aan de specifieke diagnostische criteria van één van de 10 formele diagnoses (American Psychiatric Association, 2004). Voor deze restcategorie komen ook in aanmerking mensen die een persoonlijkheidsstoornis hebben die niet is opgenomen als formele classificatie in de DSM-IV-TR, zoals de depressieve, passief-agressieve en zelfondermijnende persoonlijkheidsstoornis. In een grote studie bij 1760 patiënten die zich hadden aangemeld voor behandeling van hun persoonlijkheidsproblemen, bleek de persoonlijkheidsstoornis NAO de op-een-na meest prevalentie persoonlijkheid (21.6%), na de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (28.1%) en gevolgd door de borderline persoonlijkheidsstoornis (20.9%) en de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (20.7%). Het behoeft geen betoog dat de indicatiestelling bij de persoonlijkheidsstoornis NAO, door de klinische heterogeniteit inherent aan deze categorie, een lastige aangelegenheid is.

Maar ook bij patiënten die wel voldoen aan de diagnostische criteria van een formele diagnose op de As II van de DSM-IV-TR is de indicatiestelling vaak een ingewikkelde aangelegenheid. Zelfs bij de stoornis waar inmiddels het meeste (behandel)onderzoek naar is gedaan, de Borderline Persoonlijkheidsstoornis, biedt deze diagnose alleen onvoldoende aanknopingspunten voor de selectie van een specifiek behandelprogramma. De beschikbare behandelprogramma's verschillen immers niet alleen in termen van het theoretische referentiekader, maar lopen ook in belangrijke mate uiteen voor wat betreft de setting, duur en intensiteit. Naast de classificatie kan informatie over de ernst van de aandoening, de psychiatrische comorbiditeit, de mate waarin bepaalde psychologische vaardigheden (zoals het mentaliserend vermogen, het vermogen tot het aangaan van een therapeutische relatie, de kwaliteit van de afweer, etc.) zijn ontwikkeld, en contextuele factoren (o.a. sociale steunsysteem), behulpzaam zijn bij de selectie van het meest effectieve en efficiënte behandelprogramma. Voor andere

persoonlijkheidsstoornissen, zoals de paranoïde, obsessieve-compulsieve en narcistische persoonlijkheidsstoornis, bestaan voornamelijk geen specifieke behandelprogramma's.

Conclusie

Niveau 3	De DSM-IV-TR voorziet slechts in een beperkte 'dekking' van patiënten met persoonlijkheidsproblemen; veel mensen die daarvoor wel hulp nodig hebben, komen niet in aanmerking voor een formele diagnose op As II
	C Westen en Arkowitz-Westen 1998

Overige overwegingen

De classificatie alleen biedt zelden voldoende houvast bij de indicatiestelling; naast de classificatie kan informatie over (onder andere) de ernst van de aandoening, psychiatrische comorbiditeit, de aanwezigheid van psychologische vaardigheden en contextuele factoren (o.a. sociale steunsysteem), behulpzaam zijn bij de selectie van het meest effectieve en efficiënte behandelprogramma.

In de klinische praktijk wordt dikwijls de clusterindeling van persoonlijkheidsstoornissen gehanteerd als een grove indicatie voor specifieke behandelprogramma's. Zo worden cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen (ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) vaak aangemerkt als aandoeningen die door middel van psychotherapie toegankelijk zijn. Deze mogelijkheid wordt bij cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen (paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) vaak betwijfeld. Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen nemen wat dat betreft een middenpositie in. De mogelijkheden voor psychotherapeutische beïnvloeding zouden bij deze aandoeningen grotendeels afhankelijk zijn van andere patiëntkenmerken zoals ernst en genoemde psychologische vaardigheden. De werkgroep is van mening dat, in de afwezigheid van empirische evidentie voor genoemde veronderstellingen, men met dit soort 'kennis' voorzichtig moet omspringen. Zo is er genoeg casuïstisch materiaal voorhanden op basis waarvan patiënten met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis wel degelijk blijken te profiteren van psychotherapeutische behandeling.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat zorgvuldige diagnostiek op basis van classificatie van DSM-IV-TR persoonlijkheidsstoornissen een waardevolle en in zekere zin ook noodzakelijke eerste stap is naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het biedt de beste garantie voor een optimale communicatie tussen hulpverleners en stimuleert ook de toepassing van wetenschappelijke evidentie en behandelrichtlijnen.

De werkgroep is van mening dat men terughoudend moet zijn met het verbinden van algemene, maar voorlopig empirisch niet getoetste, uitgangspunten voor behandeling op basis van de DSM-IV-TR. Zo dient men bedacht te zijn op de beperkte 'dekking' van het classificatiesysteem of, met andere woorden, dat de afwezigheid van een diagnose niet betekent dat er geen behandeling kan worden geïndiceerd. En ook adviseert de werkgroep terughoudend te zijn met het verbinden van algemene conclusies aan de clusterindeling (zoals dat cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen niet toegankelijk zouden zijn voor psychotherapeutische beïnvloeding).

Verder biedt de classificatie alléén zelden voldoende houvast bij de indicatiestelling. Naast de classificatie kan informatie over (onder andere) de ernst van de aandoening, psychiatrische comorbiditeit, de aanwezigheid van psychologische vaardigheden en contextuele factoren, behulpzaam zijn bij de selectie van het meest effectieve en efficiënte behandelprogramma.

3.8 Indicatiestelling en behandeladvies; Patiënten- en familieperspectief

3.8.1 Perspectief patiënten: Indicatiestelling en behandeladvies

Uit onderzoek van Trijsburg et al. (2006) is naar voren gekomen dat een klein aantal van de patiënten die tevoren informatie kreeg over de behandelingsmogelijkheden en/ of het te verwachten resultaat, ontevreden is. Bijvoorbeeld over het gebrek aan verschaft informatie en overleg met de patiënt en/ of onvoldoende deskundigheid van de verwijzer of behandelaar.

De beleidsnotities van GGZ-instellingen gaan uit van vraagsturing en een patiëntgerichte zorgverlening. Zij volgen daarmee onder andere de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) die uitgaat van een gelijkwaardige relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Eerst nadat de indicatiestelling en de opname heeft plaatsgevonden, volgt de onderhandeling over het behandelplan. Het ziekenhuis en de patiënt gaan samen een overeenkomst aan en overleggen over de behandeling. Nadat de patiënt voldoende is geïnformeerd door de hulpverlener geeft de patiënt toestemming voor (delen van) de voorgestelde behandeling. Dit is het informed consentprincipe. De praktijk laat echter zien dat er vaak geen sprake is van een gelijkwaardige relatie. De voorwaarden worden immers eenzijdig vastgesteld. Dergelijke voorwaarden staan op gespannen voet met de zorgplicht van de instelling en met de eis van een verantwoorde zorg. De zorg moet worden afgestemd op de zorg die de patiënt nodig heeft. Bovendien ondermijnen voorwaarden vooraf en de mogelijke sanctie van een gedwongen ontslag het beginsel van het informed consent. De hulpverlener kan de behandelovereenkomst niet opzeggen zonder toestemming van de patiënt. De patiënt kan zijn gegeven toestemming altijd intrekken zonder dat dit ertoe leidt dat de hulpverlener de hulp zonder meer beëindigt (Memorie van toelichting WGBO).

Aanbevelingen

Goede hulpverlening aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dient aangeboden te worden zonder vooraf gestelde voorwaarden.

Hulpverleners dienen aan de patiënten te vragen of de informatie over behandelingsmethoden begrepen is en of de patiënt tevreden is met de voorgestelde behandelingsmethode.

3.8.2 Perspectief patiënten: Onvermogen

Ook patiënten die niet goed voor zichzelf op kunnen komen en/of die hun gevoelens moeilijk kunnen verwoorden moeten een goede behandeling kunnen krijgen. Hulpverleners realiseren zich helaas niet altijd dat de lijdensdruk van patiënten door bijvoorbeeld onzekerheid, onvoldoende sociale vaardigheden, of onvermogen hun problemen onder woorden te brengen, net zo hoog kan zijn als die van patiënten die

precies weten wat ze nodig hebben en waar ze dat kunnen krijgen. Ook bij patiënten die niet opvallen, zich (ogenschijnlijk) goed staande houden in de maatschappij en rustig en beheerst kunnen vertellen hoe zij zich voelen, moeten hulpverleners zich realiseren dat schijn kan bedriegen. Iemand vraagt niet voor niets om hulp. Het mag niet zo zijn dat alleen de sociaalvaardige of de extreem lastige patiënten de hulp krijgen die ze nodig hebben. Dit lijkt logisch, maar in de praktijk wordt dit wel eens vergeten.

Aanbeveling

De hulp die een patiënt krijgt mag niet afhangen van de mate waarin hij in staat is om om die hulp te vragen.

3.8.3 Perspectief familie, partners en directe anderen: Crisissituatie

Tijdens crisissituaties hebben nog al wat patiënten en familieleden de ervaring dat ze niet serieus worden genomen. De hulpverlening erkent en herkent niet altijd dat de problemen ernstig zijn. Tijdens zo'n crisis doen patiënten (met name die met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis, gezien het hoge suïciderisico), nogal eens "indringend beroep op hun omgeving" (Van Meekeren 1999). Huisartsen zijn vaak niet ingesteld op deze problematiek. Bij GGZ- instellingen wordt nogal eens een (te) hoge drempel gehanteerd en bij opnames in psychiatrische ziekenhuizen loopt het ook niet altijd zoals het zou moeten. "Als de hulpverlener vindt dat de situatie niet aan het gevaarscriterium voldoet en de patiënt wil niet opgenomen worden, blijft de familie, partners en directe anderen vaak met lege handen achter. Ze weten zich geen raad. Juist dan is het belangrijk om extra steun voor familieleden te mobiliseren" (Borgesius 1994).

Patiënten en familieleden vinden het belangrijk, dat er een crisisinterventieplan/ signaleringsplan (24 uren) wordt opgesteld, waarin ook de huisarts betrokken wordt.

3.8.4 Perspectief familie, partners en directe anderen: Schuldgevoel

Hulpverleners kunnen familie en direct betrokkenen helpen door zich te realiseren dat ouders vaak de schuld krijgen van een persoonlijkheidsstoornis van hun kind. Ouders hebben vooral behoefte om over deze kwellende schuldvragen en hun eigen ervaringen met hun naasten te praten en niet alleen antwoorden te hoeven geven over wat de hulpverlener aan hen vraagt (Van Meekeren 1999).

Aanbeveling

Familie en directe anderen willen met hulpverleners over hun kwellende schuldvragen en hun eigen ervaringen met hun naaste praten, maar ook hun eigen vragen aan hulpverleners stellen.

3.9 Indicatie voor behandeling

Wetenschappelijke onderbouwing

Indicatiestelling omvat diagnostische overwegingen en beslissingsprocedures die de keuze van de meest aangewezen behandeling ondersteunen. Indicatiestelling nadat persoonlijkheidsproblematiek in termen van de DSM-IV is geclassificeerd noodzaakt allereerst tot een antwoord op de vraag of de persoonlijkheidsproblematiek ernstig genoeg is om behandeling te rechtvaardigen. Is dat het geval dan dient in tweede

instantie nagegaan te worden of de patiënt over voldoende mogelijkheden beschikt om van behandeling te profiteren (Verheul, 2005).

De meeste contra-indicaties die in de klinische praktijk worden gebruikt voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn op basis van klinische ervaring ontstaan en missen een empirische grondslag. Er zijn geen behandelstudies die laten zien dat bepaalde subpopulaties niet kunnen profiteren van behandeling.

Conclusie

Niveau 4	De meeste contra-indicaties die in de klinische praktijk worden gebruikt voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn op basis van klinische ervaring ontstaan en missen een empirische grondslag. Er zijn geen behandelstudies die laten zien dat bepaalde subpopulaties niet kunnen profiteren van behandeling.
	D De Werkgroep

Overige overwegingen

Recent zien we een trend richting de ontwikkeling van behandelprogramma's voor welke geen of slechts weinig van de eerder genoemde contra-indicaties nog gelden.

De werkgroep is van mening dat een aanzienlijke kans op spontaan herstel de belangrijkste reden is om (nog) geen behandeling in te stellen. Bedacht moet worden dat iedereen maladaptieve persoonlijkheidstrekken heeft; vaak markeren deze kenmerken iemands uniciteit. De werkgroep is van mening dat behandeling pas is geïndiceerd wanneer deze trekken resulteren in aanmerkelijk lijden bij het individu of zijn omgeving, bijvoorbeeld doordat deze maladaptieve persoonlijkheidstrekken het sociaal en/of beroepsmatig functioneren ondermijnen of bijdragen aan het ontstaan en/of de instandhouding van symptoompathologie.

In de klinische praktijk worden tal van andere redenen genoemd om geen behandeling in te stellen. Voorbeelden zijn een acuut psychiatrisch toestandbeeld, onvoldoende motivatie, een geschiedenis van psychosen, verslaving, agressie, taalproblemen, suïcidegevaar of andere vorm van crisis, psychopathie, zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid, onvoldoende reflectieve vermogens, etc. Voor zover de werkgroep bekend is zijn deze zogenaamde contra-indicaties op basis van klinische ervaring ontstaan en missen ze een empirische grondslag. Zelfs voor het idee dat psychopathie een contra-indicatie vormt voor psychotherapeutische beïnvloeding is de empirische onderbouwing dermate mager, dat het beter als een hypothese kan worden beschouwd. Het is goed te realiseren dat contra-indicaties vaak zijn ontstaan met als doel het indicatiegebied van een bepaald behandelprogramma duidelijk af te bakenen. Dat betekent dus dat het geen algemene contra-indicaties voor behandeling zijn.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat hulpverleners terughoudend dienen om te gaan met het gebruik van contra-indicaties voor de (psychotherapeutische) behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, juist nu we een trend zien in de richting van de ontwikkeling van behandelprogramma's voor welke geen of slechts weinig van deze contra-indicaties nog gelden.

Aanzienlijke kans op spontaan herstel is de belangrijkste reden om (vooralsnog) geen behandeling van de persoonlijkheidsstoornis(sen) in te stellen.

Behandeling van de geïndiceerde persoonlijkheidsstoornis(sen) is pas geïndiceerd

wanneer een constellatie van maladaptieve persoonlijkheidstrekken aanhoudend het sociaal en/of beroepsmatig functioneren ondermijnt of aanhoudend bijdraagt aan het ontstaan en/of de instandhouding van symptoompathologie.

3.10 Eerste-stap-behandelingen

Wetenschappelijke onderbouwing

Van alle in de deze richtlijn besproken behandelinterventies krijgt psychotherapie verreweg de meeste empirische steun (Leichsenring & Leibing, 2003; Perry e.a., 1999). De bewezen werkzaamheid betreft een brede range van persoonlijkheidsstoornissen en een brede range van behandeldoelen. Farmacotherapie is ook effectief gebleken, maar met name bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Binks, 2006) en de effecten zijn meer specifiek. Voor andere psychosociale interventies, zoals verpleegkundige interventies en vaktherapieën, geldt dat de mate van het wetenschappelijk bewijs beduidend minder sterk is. Voor de brede range van persoonlijkheidsstoornissen geldt psychotherapie daarom als eerste stap behandeling, eventueel ondersteund met andere behandelvormen. Medicatie kan bijvoorbeeld worden ingezet om comorbide As-I-stoornissen of persoonlijkheidssymptomen die interfereren met de psychotherapie te verminderen. Vaktherapie kan worden ingezet om het psychotherapeutisch proces, bijvoorbeeld in een dagklinische of klinische setting, te versterken. Systeemtherapie is geïndiceerd om ook het sociaal netwerk bij de behandeling te betrekken en zo de kans op terugval te reduceren en de kans op sociale rehabilitatie te vergroten.

Conclusie

Niveau 1	Psychotherapie als behandelinterventie voor de brede range van persoonlijkheidsstoornissen geniet verreweg de meeste empirische steun. De bewezen werkzaamheid betreft een brede range van behandeldoelen. A1 Leichsenring & Leibing, 2003; Perry e.a., 1999
Niveau 1	Farmacotherapie is ook effectief gebleken, maar met name bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de effecten zijn meer specifiek. A1 Binks, 2006
Niveau 4	Voor andere psychosociale interventies, zoals verpleegkundige interventies en vaktherapieën, geldt dat de mate van het wetenschappelijk bewijs beduidend minder sterk is.

Overige overwegingen

Psychotherapie kan worden geleverd in vele soorten en maten. Vooral de dosering in termen van de setting en duur is een belangrijke variabele. In hoofdstuk 5 over psychotherapie worden hiertoe richtlijnen geïntroduceerd op basis van een combinatie van het matched and stepped care principe. Zo is bij lichte persoonlijkheidspathologie een ambulante individuele psychotherapie of eventueel een groepspsychotherapie de behandeling van eerste keuze, en bij matig ernstige persoonlijkheidspathologie is een ambulante individuele psychotherapie, eventueel in combinatie met een groepstherapie, de behandeling van eerste keuze. Als een initiële dosering niet afdoende blijkt te zijn kan men overwegen de patiënt te verwijzen naar een meer intensieve setting (bijvoorbeeld van ambulante naar dagklinisch) of de duur te verlengen.

De werkgroep is van mening dat een specialistisch diagnostisch onderzoek dient plaats te vinden, als een eerder gekozen psychotherapeutische behandeling niet blijkt te werken.

In zo'n specialistisch diagnostisch onderzoek dient onderzocht te worden welke alternatieve beïnvloedingsmogelijkheden resteren.

Aanbevelingen

De behandeling van eerste keuze is psychotherapie. Farmacologische en andere psychosociale interventies kunnen daarbij een ondersteunende rol vervullen. Als een eerder gekozen (psychotherapeutische) behandeling niet blijkt te werken, dient men specialistische diagnostiek te (laten) verrichten naar de vraag welke alternatieve beïnvloedingsmogelijkheden resteren.

Op basis van de klinische en empirische literatuur kunnen verschillende aanvullende vuistregels worden geformuleerd die bruikbaar zijn in de klinische praktijk.

De werkgroep beveelt aan om de voortgang van behandelingen, in het bijzonder bij langdurige behandeltrajecten, te monitoren opdat eventuele therapeutische stagnaties tijdig worden gesignaleerd en zo nodig tot herziening van de indicatiestelling kan worden besloten.

3. 11 Verfijnde indicatiestelling tijdens de diagnostische- en behandelfase

Wetenschappelijke onderbouwing

Er bestaan aanwijzingen dat de mate waarin een behandelaar zich in de behandelcontacten directief opstelt het best omgekeerd evenredig kan zijn met het 'weerstandsniveau' van de patiënt (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). Dit zou kunnen betekenen dat patiënten met een hoog 'weerstandsniveau' (in termen van autonomiebehoefte, of te wel verzet tegen de beïnvloeding door anderen) bijvoorbeeld non-directief of zelfs paradoxaal (het 'voorschrijven' van weerstandsgedrag) benaderd dienen te worden om de gewenste therapeutische verandering tot stand te brengen. Patiënten met een laag 'weerstandsniveau' zouden daarentegen therapeutisch het best directief en congruent benaderd kunnen worden.

Wat betreft 'functionele handicaps' (namelijk de ernst van de moeilijkheden waarmee de patiënt zich manifesteert en het aantal levensgebieden waarop de patiënt moeilijkheden ondervindt), 'copingstijlen' en 'sociale steun' zijn er op basis van empirisch onderzoek tot nu toe vier vuistregels te definiëren (Beutler e.a., 2002)

1. De kans op therapeutische verbetering is groter naarmate de patiënt op meer sociale steun kan terugvallen en naarmate zij of hij minder 'functionele handicaps' heeft;
2. Patiënten met veel en/of ernstige 'functionele handicaps' en weinig sociale steun profiteren het meest van (ondersteunende) psychofarmaca;
3. Binnen de subgroep van patiënten met veel en/of ernstige 'functionele handicaps' is er een positief verband tussen de duur van de behandeling en het te verwachten behandelrendement;
4. De therapeutische verandering is het grootst wanneer de focus van de behandeling wordt afgestemd op de 'copingstijl' van de patiënt. Introspectieve en zelfkritische patiënten kunnen het best inzichtgevend en interpersoonlijk benaderd worden, impulsieve, extraverte en externaliserende patiënten daarentegen kunnen het best klachtgericht en taakgericht worden benaderd.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de mate waarin een behandelaar zich in de behandelcontacten directief opstelt het best omgekeerd evenredig kan zijn met het 'weerstandsniveau' van de patiënt C Beutler e.a. 2002
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de aard en de ernst van 'functionele handicaps' (namelijk de ernst van de problemen en het aantal levensgebieden waarop de patiënt moeilijkheden ondervindt) relevant zijn voor de kans op therapeutische verbetering, de wenselijkheid van (ondersteunende) psychofarmaca en de optimale duur van de behandeling. C Beutler e.a., 2002
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat introspectieve en zelfkritische patiënten het best inzichtgevend en interpersoonlijk benaderd kunnen worden, terwijl impulsieve, extraverte en externaliserende patiënten daarentegen het best klachtgericht en taakgericht benaderd kunnen worden. C Beutler e.a., 2002

Overige overwegingen

Indicatiestelling beperkt zich niet tot de diagnostische fase die aan behandeling *vooraf* gaat. Lopende een behandeling moet de clinicus tussentijds vaak tot herziening van de indicatiestelling besluiten op grond van therapeutische stagnaties (impasses), zeker bij patiënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. In de Verenigde Staten experimenteerden diverse onderzoeksgroepen (Lambert, 2007; Miller, Duncan, Sorrell & Brown, 2005) met het zogeheten *monitoren* van therapeutische verandering. Patiënten vulden daarbij voorafgaand en/of na elk behandelcontact een of meer beoordelingsschalen in, zodat het behandelverloop systematisch kon worden gevolgd. Voor het Nederlands taalgebied zijn inmiddels enkele van deze beoordelingsschalen beschikbaar gekomen: de *Outcome Questionnaire* (De Beurs, den Hollander-Gijsman, Buwalda, Trijsburg & Zitman, 2005; De Jong, Nugter, Polak, Wagenborg, Spinhoven & Heiser, in druk) en de combinatie *Outcome Rating Scale-Session Rating Scale* (ORS-SRS; www.talkingcure.com). Middels grafische feedback over het behandelverloop aan patiënt en/of behandelaar(s) kan eventueel tot bijstelling van de behandeling worden besloten. Voor optimale tussentijdse indicatiestelling op grond van onvoldoende therapeutische progressie bij patiënten met DSM-persoonlijkheidsstoornissen is ook het systematisch registreren van de kwaliteit van de werkalliantie, alsmede van de tegenoverdrachtsreacties bij de behandelaar van groot belang. Internationaal is evidentie dat de werkalliantie (Horvath & Bedi, 2002), de herkenning van en de omgang met tegenoverdrachtsreacties door de behandelaar (Gelso & Hayes, 2002) sterk bepalend zijn voor het welslagen van psychologische en psychiatrische behandelingen. Dat geldt vooral bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Voor het meten van de kwaliteit van de werkalliantie is in het Nederlandse taalgebied een gevalideerde versie van de *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1986) beschikbaar (Vervaeke & Vertommen, 1996). Voor het meten van 'objectieve' (intersubjectieve) tegenoverdrachtsreacties bij de behandelaar kan de Nederlandse versie van de *Impact Message Inventory* circumplexversie (IMI-C; Kiesler, 1996) worden gebruikt (Hafkenscheid, 2003, 2005; Hafkenscheid & Kiesler, 2007).

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om de voortgang van behandelingen, in het bijzonder bij langdurige behandeltrajecten, te monitoren opdat eventuele therapeutische stagnaties tijdig worden gesignaleerd en zo nodig tot herziening van de indicatiestelling kan worden

besloten.

3.12 De rol van de hulpvraag van de patiënt bij de indicatiestelling

Wetenschappelijke onderbouwing

Na de diagnostische fase wordt de indicatie gesteld en deze wordt besproken met de patiënt. Het is van belang de patiënt expliciet bij de uiteindelijke verwijzing of indicatie te betrekken, omdat anders het risico bestaat dat de patiënt het advies niet of slechts deels opvolgt. Uit onderzoek is gebleken dat er verschillende patiëntvoorkeuren bestaan. Sommige voorkeuren zijn zo essentieel voor de patiënt dat de hulpverlener er goed aan doet om deze te identificeren en er terdege rekening mee te houden (zie bijvoorbeeld: Bleyen, Vertommen, van Audenhove, 1999; Veeninga & Hafkenscheid, 2002a, 2004a, 2004b).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat bepaalde patiëntvoorkeuren zo belangrijk zijn voor de patiënt dat de hulpverlener er goed aan doet om deze te identificeren en er terdege rekening mee te houden bij de uiteindelijke verwijzing of indicatie. C Bleyen, Vertommen, van Audenhove, 1999 D Veeninga & Hafkenscheid, 2002a, 2004a, 2004b
-----------------	---

Overige overwegingen

Patiënten kloppen zelden bij de hulpverlening met klachten die rechtstreeks hun persoonlijkheid betreffen. Meestal willen zij geholpen worden in verband met klachten zoals somberheid, angst, slaapproblemen, relatieproblemen, etc. In veel gevallen is het instellen van een klachtgerichte behandeling, conform de hulpvraag van de patiënt, dan geïndiceerd. Indien de hulpverlener echter de indruk heeft gekregen dat het ontstaan en/of de instandhouding van de klachten in belangrijke mate kan worden verklaard op basis van de persoonlijkheidsproblematiek, dan dient hij te proberen deze relatie tussen klachten en persoonlijkheid bespreekbaar te maken. Als patiënten hiervoor openstaan kan de hulpvraag eventueel worden bijgesteld en een behandeling gericht op de persoonlijkheidsproblematiek worden geadviseerd. Als patiënten hiervoor niet openstaan, dan kan de hulpverlener toch een behandeling gericht op de persoonlijkheid voor te stellen, maar dan bijvoorbeeld onder de noemer van een behandeling voor het veranderen van lastige gedachten en/of gevoelens.

Patiënten bij wie één of meer persoonlijkheidsstoornissen zijn geclassificeerd hebben er recht op van de classificatie(s) op de hoogte te worden gebracht. Ze hebben er ook recht op te weten op basis van welke kenmerken de classificatie(s) tot stand is (zijn) gekomen. Het is echter niet altijd eenvoudig om met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen te praten over hun persoonlijkheidspathologie. Dit geldt met name voor patiënten bij wie een sterke krenkbaarheid onderdeel uitmaakt van hun stoornis(sen). Het bespreken van de geclassificeerde persoonlijkheidsstoornis(sen) vereist een hoog niveau van professionaliteit waaronder inzicht in (tegen)overdrachtsreacties en afweermechanismen, maar ook algemene communicatieve vaardigheid en taalcreativiteit. Veel hulpverleners vinden dit lastig, maar het is wel te leren.

Aanbevelingen

De initiële hulpvraag van patiënten verwijst zelden naar persoonlijkheidsproblemen, ook

al zijn deze wel degelijk aanwezig. De hulpverlener dient te proberen de eventuele relatie tussen klachten en persoonlijkheid bespreekbaar te maken. Dit vereist een hoog niveau van professionaliteit waaronder inzicht in (tegen)overdrachtsreacties en afweermechanismen, maar ook algemene communicatieve vaardigheid en taalcreativiteit. Deze vaardigheden zijn leerbaar. De hulpverlener dient bij de uiteindelijke verwijzing of indicatie patiëntvoorkeuren mee te wegen. Sommige hiervan zijn zo essentieel voor de patiënt dat de hulpverlener er goed aan doet om deze te identificeren en er terdege rekening mee te houden.

De werkgroep beveelt aan dat hulpverleners de eventuele relatie tussen klachten en persoonlijkheid bespreekbaar proberen te maken.

Literatuur

- Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Groenestijn, M.A.C. van, & Nolen, W.A. (1996). *PDQ-4+: vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Lisse: Swets & Zeilinger.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- AMERICAN Psychiatric Association (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amouyal, K. (z.j). *A study of the reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP)*. Unpublished thesis. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.
- Arntz, A, Beijsterveldt, B. van, Hoekstra, R., Hofman, A., Eussen, M., & Sallaerts, S. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (5), 394-400
- Barelds, D.P.H. & Luteijn, F. (2007). De NPV doet wat deze altijd al deed. Een reactie op Van den Hout, Brouwers & Oomen (2005). *De Psycholoog*, 42, 210-212.
- Berghuis, J.G. (2005). Profielinterpretatie van de Nederlandse verkorte MMPI (NVM): reactie op Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31,230-237.
- Beurs, E. de, den Hollander-Gijsman, M. Buwalda, V. Trijsburg W. & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire (OQ-45). *De Psycholoog*, 40, 393-400.
- Beutler, L.A., Harwood, T.M., Alimohamed, S. & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style, In: Norcross, J.C. (ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 145-174). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Moleiro, C.M. & Talebi, H. (2002). Customizing the therapy relationship to the individual patient. 129-144. In: Norcross, J.C. (ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 129-144). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L.E., Malik, M. Alimohamed, S. Harwood, T.M., Talebi, H., Noble S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In: Lambert, M.J. (ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: John Wiley & Sons.
- Bleyen, K. Vertommen, H., van Audenhove C. (1999). Het belang van voorkeuren van patiënten in de beginfase van een residentiële behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 267-276.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scales disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.
- Damen, K.F.M., Jong, C.A.J. de, & Kroft, P.J.A van der. (2004). Interrater

reliability of the SIDP-IV in an opioid-dependent patient sample. *European Addiction Research*, 10 (3), 95-138.

- Derksen, J.J.L. (1988). Het diagnostisch interview voor borderline patiënten : handleiding (DIB). Lisse: Swets Test Services (STS).
- Derksen, J.J.L. (2005). Psychologische diagnostiek ter discussie. *De Psycholoog*, 40, 333-335.
- Derksen, J.J.L. (2005). Psychologische diagnostiek ter discussie. *De Psycholoog*, 40, 333-335.
- Dingemans, P.M.A.J., & Sno, H.N. (2004). Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 705-709.
- Duijsens, I.J. (1996). *Assessment of personality disorders: Construction, reliability and validity of the VKP self report* (academisch proefschrift). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Duijsens, I.J., Bruinsma, M., Jansen, S.J.T., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. (1996). *Personality and Individual Differences*, 21 (2), 261-270.
- Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. (1995). International Personality Disorder Examination (IPDE) DSM IV module. World Health Organization.
- Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. (1996). The VKP, a self-report instrument for DSM-III-R and ICD-10 personality disorders: Construction and psychometric properties. *Personality and Individual Differences*, 20, 171-182.
- Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W., & Ouwersloot, G. (1995). VKP. Vragenlijst voor kenmerken van de persoonlijkheid. Lisse: Swets Test Services.
- Ettema, J.H.M., & Zondag, H.J. (2002). De Nederlandse Narcisme Schaal (NNS). Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 37, 250-255.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Snellen, W.M. (red.) (2003). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Eurelings-Bontekoe, L., & Snellen, W. (2005). Theoriegestuurd en contextueel: Repliek op Smid & Kamphuis (2005). *De Psycholoog*, 40, 193-197.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C. & Groot, C.J. (2000a). Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Deel I: Testbeschrijvingen. Assen: Van Gorcum.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C. & Groot, C.J. (2000b). Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Deel II: Testresearch. Assen: Van Gorcum.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Gelso, C.J. & Hayes, J.A. (2002). The Management of countertransference. In: Norcross, J.C. (ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 267-284). New York: Oxford University Press.
- Gunderson, J.G., Kolb, J.E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 896-903.
- Hafkenscheid, A. & Kiesler, D. (2007). Assessing *objective* countertransference: a comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 17, 393-403.
- Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: do patients' interpersonal impacts generalise across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 31-40
- Hafkenscheid, A. (2005). The Impact Message Inventory (IMI-C): Generalisability of patients' command and relationship messages across psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 325-332.
- Hare, R.D. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised*, 2nd Edition. Toronto: Multi-Health Systems.

- Heumann, K.A. (1990). Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 498-500.
- Hildebrand, M., Ruiters, C. de, Vogel, V. de, & Wolf, P. van der. (2002). Reliability and factor structure of the Dutch language version of Hare's Psychopathy Checklist-Revised. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1 (2), 139-154.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J., & Fruyt, F. de. (2003). NEO-PI-R / NEO-FFI Big Five persoonlijkheidsvragenlijst. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Horowitz, L.M. (2002). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington: American Psychological Association.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The Alliance. In: Norcross, J.C. (ed.). *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1986). Development of the working alliance inventory. In Greenberg, L.S. & Pinsof, W.M. (eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Hout, M.A., van den, Brouwers, C. & Oomen, J. (2007). De pretenties van de NPV: een reactie op Barelds en Luteijn (2007). *De Psycholoog*, 42, 351-352.
- Hout, M.A., van den, Brouwers, C. & Oomen (2005). Gedragstherapie doet wat het moet, de NPV niet. *De Psycholoog*, 40, 129-135.
- Jaspers, J.P.C. (2005). Constructvalidering van de NVM-profielinterpretatie: fundering of drijfzand. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 50-58.
- Jol, A. (2005). Het valideringsonderzoek van de dynamische profielinterpretatie van Eurelings en Snellen. Reactie op Jaspers. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, pp. 50-58. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 226-227.
- Jong, C.A.J. de, Derks, F.C.H., Van Oel, C.J., Rinne, T. (1996). SIDP-IV: gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant.
- Jong, C.A.J., Brink, W. van den, Jansma, A. (2000). ICL-R: Handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL). Sint Oedenrode: Novadic.
- Jong, K. de, Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, P. & Heiser, W.J. (in druk). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*
- Kampen, D. van. (2006). The Dutch DAPP-BQ: Improvements, lower- and higher-order dimensions, and relationship with the 5DPT. *Journal of Personality Disorders*, 20, 81-101.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Klooster, ten, G. (2005). Het paard en de wagen. Enkele reacties op de controverse over de NVM-profielinterpretatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 238-240.
- Lambert, M.J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, et al. (1994). The International Personality Disorder Examination, IPDE. The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- McDermut, W. & Zimmerman, M. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. In J.M. Oldham, A.E. Skodol, & D.S. Bender (Eds.). *The American Psychiatric Publishing tekstboek of personality disorders*.
- Mellsop, G., Varghese, F.T.N., Joshua, S., & Hicks, A. (1982). The reliability of Axis II of DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1360-1361.
- Miller, S.D., Duncan, B., Sorrell, R. & Brown, G. (2005). The Partners of Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 61, 199-208.

- Outcome Rating Scale-Session Rating Scale (ORS-SRS). Nederlandse vertaling te downloaden na registratie: www.talkingcure.com.
- Ouwersloot, G., Brink, W. van den, Diekstra, R.F.W., & Hoogduin, C.A.L. (1994). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 558-570.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1995). The Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). Iowa City, IA: University of Iowa College of Medicine.
- Pilkonis, P.A., Heape, C.L., Ruddy, J., & Serrao, P. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: The use of the LEAD-standard. *Psychological Assessment*, 3, 46-54.
- *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Rossum, B. van (2005). Een grote stap voorwaarts. Bespreking van E.H.M. Eurelings-Bontekoe & W.M. Snellen (red.). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. *De Psycholoog*, 40, 273-275.
- Schacht, R. & Rouckhout, D. (2005). Diagnostiek van het interpersoonlijk functioneren: circumplexposities, hechtingsstijlen en interpersoonlijke transacties. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 377-394.
- Schotte, C. & Doncker, D. de. (1994). *ADP-IV Vragenlijst*. Universitair Ziekenhuis Antwerpen.
- Schotte, C.K.W. & Doncker, D. de. (2000). De ADP-IV: Een vragenlijst voor een therapeutisch georiënteerde diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. *Psychopraxis*, 2, 267-273.
- Schotte, C.K.W., Doncker, D. de., & Courjaret, J. (2007). De ADP-IV: Vragenlijst voor DSM-IV As II én voor gedragstherapeutische diagnostiek. *Gedragstherapie*, 40, 111-123.
- Shrout, P.E. & Fleiss, J.L. (1979). Intra Class Correlations: uses in assessing rater reliability.
- Smid W.J. & Kamphuis, J.H. (2005a). Bedenkingen bij de dynamische-theoriegestuurde profielinterpretatie. *De Psycholoog*, 40, 71-75.
- Smid, W. & Kamphuis. (2005). Bedenkingen bij de dynamische-theoriegestuurde profielinterpretatie. *De Psycholoog*, 40, 71-75.
- Smid, W.J. & Kamphuis, J.H. (2005b). De profielinterpretatie van de NVM door Eurelings en Snellen: onvoldoende empirische onderbouwing voor klinische toepassing. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 241-251.
- Snellen, W. & Eurelings-Bontekoe, L. (2005). 'Terug naar af' of 'stap voorwaarts'? Reactie op Derksen (2005). *De Psycholoog*, 40, 462-464.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Veeninga, A.T. & Hafkensheid, A (2004b). De Patiënten Behoeften Vragenlijst (PBV). *Gedragstherapie*, 37, 197-203
- Veeninga, A.T. & Hafkensheid, A. (2002). Patiëntgerichte kwaliteit van zorg. Een methode om te evalueren of patiënten bereiken wat ze wensen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 38-53.
- Veeninga, A.T. & Hafkensheid, A. (2004a). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.
- Verheul, R. & Kamphuis, J.H. (2007). *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19 (3), 283-302.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist [Manual of the Dutch version of Hare's Psychopathy Checklist-Revised]. Lisse, the Netherlands: Swets Test Publishers .
- Vervaeke, G.A.C. & Vertommen, H. (1996). De Werkalliantie Vragenlijst (WAV). *Gedragstherapie*, 2, 139-144.

- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). SCID II; Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767-1771.
- Widiger, T. (2005). A dimensional model of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 41-43.
- World Health Organization (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE). DSM IV module*. Nederlandse bewerking: I.J. Duijsens, E.H.M. Eurelings-Bontekoe & R.F.W. Diekstra. Leiderdorp: Datec.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., & Vujanovic, A.A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personality Disorders*, 16, 270-276.
- Zevalkink, J. & Berghout, C. (2005). *Eerste onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de Nederlandse versie van de Inventory of Interpersonal Problems: vergelijking NPI steekproeven IIP-C (versie 1988) en IIP-C (versie 2000)*. Amsterdam: Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI).
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.

CONCEPT

4 Patiënten en familieperspectie bij behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis

4.1 Patiëntenperspectief

Uit het onderzoek van Trijsburg et al. 2006 blijkt dat zeer veel patiënten tevreden zijn over hun behandeling en slechts een klein aantal niet. Kritiek wordt voornamelijk geuit over uitval van therapie, structureel ontbreken van professionals en individuele behoeften in de groepssetting.

Wat betreft het oordeel over de hulpverlener, zijn zeer veel patiënten tevreden over de deskundigheid van de hulpverlener, de interesse van de hulpverlener in de patiënt en diens mening. Bovendien hebben ze vertrouwen in de hulpverlener en hebben ze het gevoel respectvol bejegend te worden. Een klein aantal echter is niet tevreden over deze punten. Zij vinden bijvoorbeeld dat het niet duidelijk is wat de hulpverlener denkt en wat hij of zij wil.

Een meerderheid van de patiënten heeft iets gemist in de behandeling. Genoemd worden persoonlijke aandacht en/ of individuele behandeling, structuur, duidelijkheid, sturing en organisatie van de zorg, intensiteit en/ of tijd, bepaalde therapievormen en informatievoorziening rond diagnostiek en behandeling (Trijsburg et al. 2006).

Aanbevelingen

Hulpverleners moeten patiënten individuele aandacht geven. Dit moet zowel in de tijd die een hulpverlener uittrekt om zomaar een praatje met een patiënt te maken alsook in aandacht voor problemen tot uiting komen.

Ook in een setting waarin patiënten in een groep functioneren moet voldoende ruimte zijn voor individuele behoeften van patiënten

Er moeten voldoende professionals op de werkvloer aanwezig zijn, zodat de patiënt altijd terecht kan bij een professionele hulpverlener.

Evaluatie

Een tijdslimiet voor behandeling is van te voren moeilijk vast te stellen. Het is moeilijk te voorspellen wanneer de indicatie zal vervallen. Men kan daarover alleen bepaalde verwachtingen uitspreken. De praktijk echter zal moeten uitwijzen op welk moment het doel van de opname bereikt is.

Over de inhoud van de behandeling kunnen van te voren bepaalde afspraken of doelstellingen geformuleerd worden, maar dan wel in onderling overleg. Bij een zorgvuldige behandeling behoren verder een regelmatige toetsing en evaluatie. Gedurende de behandeling kunnen zich immers de omstandigheden wijzigen of kan de patiënt van mening veranderen (Pvpkrant, december 2002).

Aanbeveling

De behandeling dient door hulpverlener en patiënt regelmatig getoetst en geëvalueerd te worden. Dit gebeurt in onderling overleg.

Inspraak

Patiënten ervaren soms dat de behandelaar hem niet (meer) in staat acht om zelf aan te geven hoe de behandeling eruit moet zien en welk doel de behandeling heeft. Als de

patiënt geen eigen keuze (meer) heeft, en de behandelaar niet in overleg wil treden met de patiënt, wordt dit gezien als een gebrek aan respect. Er wordt soms een óf-óf keuze geboden. Óf de patiënt gaat akkoord, óf de patiënt gaat naar huis (Kragten, 2000).

Aanbeveling

Patiënten willen inspraak hebben in vorm en doel van de behandeling. Dit impliceert dat de wensen van de patiënt te allen tijde tijdens de behandeling bespreekbaar moeten zijn.

Lotgenotencontact

Behandelaars dienen in een vroeg stadium te verwijzen naar het bestaan en de functie van lotgenotencontact en het benutten van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld psycho-educatie. (Franx, 2002)

- Lotgenotencontacten. Gaan veelal uit Van de familieorganisatie Labyrint-in-Perspectief, maar worden nu ook georganiseerd vanuit GGZ instellingen.

Inmiddels zijn er al in verschillende GGZ-instellingen Familievertrouwenspersonen, Familiesprekuren en Familieraden aangesteld, die hun vruchten al hebben afgeworpen.

Aanbeveling

Behandelaars dienen in een vroeg stadium te verwijzen naar het bestaan en de functie van lotgenotencontact en het benutten van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld psycho-educatie.

Structuur

Patiënten hebben behoefte aan een vaste structuur. Daar hoort ook bij dat personeelwisselingen (waaronder niet door de patiënt gekozen wisseling van hulpverlener) worden beperkt. Ook is het niet wenselijk de patiënt eindeloos te confronteren met veranderingen op de afdeling of binnen de instelling. (Franx, 2002)

Aanbeveling

Patiënten hebben een vaste structuur nodig, waarbij een vaste hulpverlener en zo weinig mogelijk veranderingen binnen de instelling of afdeling een voorwaarde zijn.

Psycho-educatie

Een hulpverlener dient ook aan psycho-educatie te doen. Voorlichting is zowel belangrijk voor de patiënt als voor diens directe omgeving. Een goede hulpverlener mag niet zeggen "zoek het maar op op internet". Internet moet gezien worden als "aanvulling op" en niet als "in plaats van". Hulpverleners moeten zich realiseren dat niet alle patiënten gemakkelijk toegang hebben tot internet, en dat velen – ook degenen die wel toegang tot internet hebben - de uitleg liever zowel mondeling als op papier krijgen.

Aanbeveling

Een hulpverlener dient actief aan psycho-educatie te doen, wat betekent dat hij niet mag volstaan bij verwijzen naar internet.

Tevredenheid

Behandelaars kunnen van mening zijn dat een gesprek of een behandeling prima verloopt. De patiënt kan hier echter een geheel andere mening over hebben. Hoe meer patiënten in staat zijn de geboden zorg te beoordelen en tussentijds te evalueren, hoe groter de kans dat de geboden zorg aansluit op de behoefte van de patiënt.

Het is belangrijk om regelmatig de tevredenheid van de patiënt met de behandeling en met de behandelingsrelatie te bespreken (Kragten, 2000).

Aanbeveling

Het is belangrijk om regelmatig de tevredenheid van de patiënt met de behandeling en met de behandelingsrelatie te bespreken.

Conflictsituaties

Tijdens conflictsituaties en wanneer de patiënt de behandelrelatie afbreekt, moet de hulpverlener moeite doen om de werkrelatie te herstellen (Franx, 2002).

Aanbeveling

Tijdens conflictsituaties en wanneer de patiënt de behandelrelatie afbreekt, moet de hulpverlener moeite doen om de werkrelatie te herstellen.

Tijd

De ervaring van patiënten is dat (ambulante) hulpverleners vaak te weinig tijd hebben/een overvolle agenda hebben, waardoor het moeilijk is afspraken op korte termijn te maken. Ook de slechte bereikbaarheid van de hulpverlener ervaren zij, zeker in crisissituaties, als een probleem. Patiënten die niet teruggebeld worden (terwijl dat wel is beloofd) of te horen krijgen dat hun hulpverlener pas over drie dagen weer aanwezig is, en het dan nog maar eens moeten proberen, voelen zich in de steek gelaten.

Patiënten verwachten van hulpverleners dat zij de gemaakte afspraken óók nakomen. Het niet op tijd, helemaal niet of zonder goede reden afzeggen of verzetten van een afspraak wordt gezien als een gebrek aan respect voor patiënten. (Kragten, 2000)

Aanbeveling

Hulpverleners moeten meer tijd beschikbaar hebben om ook op korte termijn een afspraak met een patiënt te kunnen maken.

Hulpverleners moeten goed telefonisch en per email bereikbaar zijn voor hun patiënten.

Hulpverleners moeten zich aan de gemaakte afspraken houden.

Gevoelens

Patiënten moeten met hun hulpverlener open over hun gevoelens, angsten en doodswens kunnen praten, zonder dat dit sancties als onvrijwillige opname tot gevolg heeft. Een hulpverlener die zelf over deze zaken begint te praten opent hiermee de mogelijkheid tot het bespreken ervan (Miller, 1994). Dit geldt niet alleen voor suïcidale gedachten, maar ook voor (drang tot) zelfbeschadiging, alcohol- of drugsmisbruik. Het niet mogen spreken over deze gevoelens en gedachten kan bij de patiënt de spanning doen toenemen, waardoor die gevoelens en gedachten sterker kunnen worden.

Aanbeveling

Hulpverleners moeten onderwerpen als suïcidaliteit, zelfbeschadiging en middelenmisbruik niet uit de weg gaan. Bijvoorkeur brengen zij deze onderwerpen zelf ter sprake.
Het ter sprake brengen van suïcidaliteit, zelfbeschadiging en middelenmisbruik mogen geen sancties als onvrijwillige opname tot gevolg hebben.

Praktische ondersteuning

Het is belangrijk iemand met een persoonlijkheidsstoornis niet alleen te behandelen voor de omgang met sociale en psychische problemen, maar ook te voorzien in praktische ondersteuning.

Mensen met bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben soms grote problemen met het omgaan met geld. Praktische ondersteuning op het gebied van omgaan met geld, huisvesting, huishouden, (financiële) administratie is dan nodig. Hierbij kunnen het Maatschappelijk werk of het gebruik van een persoonsgebonden budget (pgb) een waardevolle bijdrage leveren.

Aanbeveling

Bij de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis moet óók aandacht zijn voor de praktische ondersteuning (geld, huisvesting, huishouden en (financiële) administratie).

Ervaringsdeskundigen

Bij een aantal ggz-instellingen krijgen de medewerkers trainingen door ervaringsdeskundige patiënten. Soms is het vanuit de instelling verplicht deze trainingen te volgen. Patiëntenorganisaties en hulpverleners hebben de ervaring dat voorlichting en trainingen door ervaringsdeskundigen bijdraagt aan meer kennis en begrip bij hulpverleners. Dit blijkt onder meer uit de reacties die hulpverleners na een training op evaluatieformulieren geven. Hierdoor verbetert ook de bejegening van de patiënt. (De Bruyn, 1999) (Boevink, 2006) (<http://www.cooperatieconquest.nl/>).

Nehls (1999) pleit voor voortdurende scholing en supervisie van hulpverleners die met mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis werken. Structurele voorlichting en training van hulpverleners zou dan ook een vaste plek moeten krijgen.

Hierbij dient ook gebruik gemaakt te worden van ervaringsdeskundigheid en informatie die aanwezig is bij organisaties van patiënten. (Franx, 2002)

Aanbeveling

Structurele voorlichting en training van hulpverleners door ervaringsdeskundige patiënten zou een vaste plek moeten krijgen.

4.2 Perspectief familie, partners en directe anderen:

De emotionele band met de naaste is vaak sterk en wordt sterker naarmate de familie meer voor hun naaste moet zorgen. Dit geldt met name voor gezinnen, waar degene met een persoonlijkheidsstoornis nog in huis woont. Hulpverleners dienen zich daar voor open te stellen, vooral omdat er een verschuiving valt waar te nemen waarin het behandel aanbod zich van intramuraal naar extramuraal richt en het accent op rehabilitatie ligt. Dat betekent, dat familieleden en directe anderen een belangrijkere rol in de zorg voor hun naaste zullen krijgen. Ze zullen meer "partners in de zorg" worden (Borgesius 1994). Hierdoor hebben ze meer middelen en hulp nodig. Naast de protocollen

en procedures van de instelling, is er ook behoefte aan algemene voorlichting en informatie over ziektebeelden, betere toegankelijkheid tot de hulpverlening en een goede communicatie en samenwerking(v. Meekeren en de Jong 1999)

Aanbeveling

-Familieleden en andere betrokkenen dienen voldoende schriftelijke, alsook mondelinge informatie te krijgen wat betreft prognose en maatschappelijke consequenties voor patiënt en hun naasten.
- De hulpverlening moet beter toegankelijk zijn..
-Er moet een goede communicatie en samenwerking zijn tussen hulpverlening en familie over behandeling, verlof en ontslag.
-Familieleden moeten informatie krijgen over het ontwikkelen van coping strategieën ten aanzien van de stoornis.

Informatie

Familie en partners hebben een schat van informatie, die voor hulpverleners van veel waarde kan zijn in de behandeling van de patiënt. "Familieleden kunnen waardevolle bronnen van genezing en ondersteuning zijn en het is niet goed om hun helende hulpbronnen te negeren of te verwaarlozen"(MacFarlane 2004)

Aanbeveling

Het is aan te bevelen en zeer wenselijk , dat hulpverleners gebruik maken van de waardevolle bronnen van genezing en ondersteuning van familie en directe anderen.

Systeemtherapie

Systeemtherapie is gericht op herstel van relaties. Voor zowel de patiënt als voor zijn/haar omgeving kan systeemtherapie een belangrijke rol spelen. In principe is systeemtherapie voor alle persoonlijkheidsstoornissen geschikt. Familieleden, partners en directe anderen hechten groot belang aan duidelijkheid over aanpak en wat van hen verwacht wordt.

Aanbeveling

Het is belangrijk dat het hele systeem rond de patiënt de aandacht krijgt, die ze zelf nodig vinden. Onderzoek naar de behoeftes van het systeem bij systeemtherapie is noodzakelijk, opdat effectievere behandelmethodes ontwikkeld kunnen worden en er meer overeenstemming ontstaat tussen hulpverleners, familie en directe anderen.

Naast systeemtherapie is voor de meeste persoonlijkheidsstoornissen met uitzondering van Cluster A de relatietherapie ook geschikt.

Nazorg

Patiënten ervaren soms dat de behandelaar vindt dat de patiënt "genezen" is, terwijl de patiënt dat zelf anders ervaart. De lijdensdruk wordt niet altijd door hulpverleners onderkend, zeker als er geen duidelijke symptomen zijn en/of de patiënt niet verbaal genoeg onderlegd is om met de hulpverlener in discussie te gaan. De vraag is dan of uitbehandeld zijn hetzelfde is als genezen zijn. Hoe is de kwaliteit van leven? Patiënten vinden het van groot belang dat er goede nazorg is. Goede nazorg houdt in dat de patiënt na zijn of haar behandeling voldoende ondersteuning krijgt bij het toepassen van opgedane vaardigheden en het leven in de maatschappij. De patiënt en hulpverlener

bepalen gezamenlijk wat de patiënt hiervoor nodig heeft. Deze ondersteuning kan zowel op psychisch vlak als op praktisch gebied zijn.

Patiënten kunnen veel baat hebben bij het persoonsgebonden budget (pgb). Omdat niet iedereen van het bestaan afweet en/of weet hoe dat aan te vragen, is het wijzen op de mogelijkheid en het begeleiden in de aanvraag door de hulpverlener belangrijk.

Naast goede nazorg door een therapeut of ggz-instelling bieden ook patiëntenverenigingen en lotgenotengroepen een waardevolle aanvulling door de ervaringskennis die zij hebben.

Aanbevelingen

Er dient goede nazorg te zijn om de patiënt na zijn of haar behandeling voldoende te ondersteunen zowel op mentaal als op praktisch gebied.

Wat goede nazorg is wordt door de patiënt en hulpverlener samen bepaald.

Behandelaars moeten hun patiënten wijzen op het bestaan van patiëntenverenigingen en lotgenotengroepen.

Behandelaars dienen hun patiënten te wijzen op de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget (PGB).

Perspectief familie, partners en directe anderen

Nazorg is heel belangrijk, zowel voor de patiënt als familie en partners. Na de behandeling vallen nog al wat patiënten in een gat. In de praktijk blijkt, dat familie en partners of ze het nu wel of niet willen/kunnen de eerste aangewezen personen zijn, waar patiënten na de behandeling op terug vallen.

Patiënten hebben door hun problematiek vaak geen sociaal netwerk en hebben in sommige gevallen zelfs geen eigen huis of inkomsten.

Er zou gezorgd moeten worden voor een meer geleidelijke overgang en goede nazorg, zoals lotgenotencontact, dagactiviteiten, het sociale netwerk, hulp en begeleiding bij het zoeken naar geschikt (vrijwilligers)werk, helpen bij het zoeken naar (beschermende) woonruimte.

Dit komt ook ten goede aan de familieleden. Zij hoeven zich dan minder zorgen te maken en zich niet zo verantwoordelijk te voelen voor hun naaste.

Aanbevelingen

Het komt zowel patiënt als familie en directe anderen zeer ten goede, als er goede nazorg is op sociaal vlak.

Hulpverleners dienen familieleden praktische ondersteuning te geven.

4.3 Interventies voor familieleden, partners en anderen in de directe omgeving

Familieleden, partners en directe anderen zullen ieder op hun eigen wijze reageren op hun naaste met een persoonlijkheidsstoornis. Wel is gebleken dat er vooral op relationeel gebied problemen kunnen ontstaan tussen de patiënt en haar/zijn omgeving. Een bekend gegeven is, dat als familieleden, partners en directe anderen geconfronteerd worden met de problematiek van hun naaste, ze hier geen raad mee weten, verward raken, zich grote zorgen maken (hoe nu verder en als wij er niet meer zijn), maar ook emoties als boosheid, wrok, verwijt, teleurstelling, schuldgevoel, verdriet over weggeslagen verwachtingen zowel voor hun naaste als voor henzelf hebben. Men is niet

verantwoordelijk voor de ziekte van hun naaste, maar wel verantwoordelijk voor de respons aan hun naaste. "Als gezinnen en patiënten zo blijven functioneren, zullen zieke patronen binnen deze relaties in stand gehouden worden, versterkt worden en wordt verandering tegengehouden" (MacFarlane 2004).

Aanbeveling

Het is van groot belang, dat hulpverleners kijken naar hoe gezinsleden/partners met elkaar omgaan en daar waar nodig verandering op gang te brengen.

Begrip

Waar familie, partners en directe anderen vooral in eerste instantie behoefte aan hebben, is dat ze gehoord worden, er begrip voor hen is, ze praktische adviezen krijgen, waar hun rechten als naastbetrokkenen liggen, hoe te leren omgaan met hun naaste en niet te vergeten waar ze terecht kunnen voor eigen hulp. Hoe eerder dit gebeurt, hoe meer overbelasting en dus ernstiger klachten voor familie en partners voorkomen kunnen worden (Parnassia, preventie 2005).

Aanbeveling

Familie, partners en directe anderen hebben vooral behoefte aan:

- Gehoord te worden.
- Begrip.
- Weten waar hun rechten liggen.
- Informatie over hoe om te gaan met hun naaste.
- Informatie over hulp voor henzelf.

Psycho-educatie

De meeste mensen hebben baat bij psycho-educatie, afgestemd op informatie over de specifieke stoornis en een ondersteunend systeem waar ze van elkaar kunnen leren (Gunderson 2005).

De cursus "Leren omgaan met Borderline" is succesvol. Hierin leert men, in lotgenotenverband, moeilijke situaties als gevolg van borderline beter te hanteren. Een neveneffect van deze cursus is, dat het symptomatische gedrag van de patiënt kan afnemen.

Aanbeveling

De psycho-educatieve cursus "Leren omgaan met Borderline" is zeer aan te bevelen. Het helpt de naastbetrokkenen minder belast te zijn, een beter welbevinden te krijgen en kan een positief effect hebben op de persoon met borderline.

KOPP.

Kinderen van moeders met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis lopen meer risico om ook een Borderline stoornis te ontwikkelen. Om die reden zouden deze kinderen zo vroeg mogelijk gevolgd moeten worden.

Niet uit het oog moet verloren worden, dat iedere moeder met deze problematiek haar eigen symptomen heeft, die haar functioneren kunnen beïnvloeden (MacFarlane 2004). Ook de volwassen kinderen van ouders met een persoonlijkheidsstoornis kunnen specifieke problemen hebben, bijvoorbeeld in het geven of ontvangen van met liefde, intimiteit, afsluiten van emoties, identiteit, schaamte, schuldgevoel.

Aanbevelingen

Het is zeer aan te bevelen om kinderen van een moeder met Borderline te volgen, omdat deze kinderen een groter risico lopen om zelf ook een Borderline Persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen.

Ook aan volwassenen met een ouder met een persoonlijkheidsstoornis dient aandacht besteed te worden.

Partners

Zorg voor een zieke partner, vaak in combinatie met zorg voor kinderen vergt erg veel. Naast gevoelens als angst, verdriet, woede en uitputting kan de partner makkelijk meegezogen worden in het ziekteproces van zijn/haar partner. Het is echter nog steeds zo, dat het van de visie van de hulpverlener afhangt of de partner betrokken wordt in de behandeling.

Aanbevelingen

Het is belangrijk dat hulpverleners oog hebben voor de partners en hen een luisterend oor bieden.

5. Psychotherapeutische interventies

Het wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van psychotherapeutische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen komt uit onderzoek naar de effectiviteit van ambulante individuele psychotherapie, ambulante groepspsychotherapie, en (dag)klinische psychotherapie.

De in dit hoofdstuk besproken onderzoeken laten grote verschillen zien voor wat betreft de aard van de onderzochte effecten en het aantal effectmaten. Omwille van de overzichtelijkheid is er in deze richtlijn voor gekozen om bij de beschrijving van de diverse onderzoeken geen volledige opsomming van maten waarop wel en maten waarop geen effecten konden worden aangetoond te geven. In de wetenschappelijke onderbouwing en de conclusies hebben we ervoor gekozen om te differentiëren naar de volgende behandeldoelen:

- reductie van symptomen, zoals het verminderen van angstsymptomen, depressieve klachten, verslavingsproblemen, of een combinatie van deze
- reductie van persoonlijkheidspathologie, zoals het verminderen van maladaptieve gedragspatronen (bv. suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag en criminele gedragingen) of maladaptieve persoonlijkheidstrekken (bv. impulsiviteit en emotionele stabiliteit)
- verbetering van het beroepsmatig, sociaal en relationeel functioneren

Veel onderzoek is verricht naar psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen, ofwel het 'brede spectrum'. Dit onderzoek is gericht op alle drie de persoonlijkheidsstoornissenclusters. Er is ook veel specifiek onderzoek verricht naar psychotherapie bij de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis (OPS) en bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Er is voor gekozen om de bevindingen op basis van deze onderzoeken alleen dan afzonderlijk te noemen wanneer ze tot aanvullende conclusies en aanbevelingen leiden.

Uitgangsvragen

- Welke psychologische en/of sociale behandelinterventies en -methoden zijn effectief bij de te onderscheiden vormen van persoonlijkheidsstoornissen ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?
- Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van de verschillende behandelingen?

5.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen van dit hoofdstuk werd literatuur gezocht in PsycINFO, Medline en Embase. De zoektermen hierbij waren 'personality disorder', 'personality pathology' en 'axis II'. Deze termen zijn gecombineerd met de zoektermen 'trial', 'therapy', 'treatment', 'efficacy' en 'effectiveness'. Ter afbakening van de zoekopdracht zijn de volgende beperkingen gebruikt: leeftijd (18 jaar of ouder), taalgebied (Nederlands, Engels en Duits) en periode van publicatie (vanaf 1978 tot 2006). Forensisch onderzoek is uitgesloten, evenals onderzoek naar medicamenteuze behandeling (drug therapy/pharmacotherapy). Deze zoekstrategie leverde 106 artikelen op in PsycINFO en 149 artikelen in Medline. Embase voegde hieraan geen nieuwe artikelen toe. Uit de referentielijsten van de gebruikte artikelen werden aanvullende bronnen geselecteerd.

Vervolgens zijn de abstracts van de geselecteerde artikelen gescreend op relevantie aan de hand van de volgende criteria.

- Behandeling: Is minimaal één van de onderzochte behandelingen duidelijk omschreven? Dat wil zeggen: in haar geheel in een handleiding beschreven; of één of meer componenten ervan helder gedefinieerd in het artikel.

- Homogeniteit: Binnen een behandelconditie moet de setting voor alle patiënten dezelfde zijn; de duur mag weliswaar variëren, maar dient wel omschreven te zijn.
- Behandeldoel: Is minimaal één van de onderzochte behandelingen (gedeeltelijk) gericht op de persoonlijkheidspathologie?
- Effectmeting: Is er sprake van zowel een baselinemeting als een vervolgmeting? De vervolgmeting mag ook tijdens het behandeltraject plaatsvinden, maar moet minimaal drie maanden na baseline liggen.
- Populatie: Heeft minimaal 50% van de onderzochte populatie een persoonlijkheidsstoornis volgens de criteria van de DSM-III, DSM-III-R of DSM-IV? De persoonlijkheidsstoornissen mogen door middel van een semigestructureerd interview, klinisch oordeel of met behulp van vragenlijsten zijn vastgesteld.

Uiteindelijk resulteerden 95 artikelen, waarvan 4 reviews en 2 meta-analyses. Deze reviews en meta-analyses betreffen het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Van de overige 89 artikelen zijn er 33 die het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen bestuderen en 37 die zich in het bijzonder richten op de BPS. In 2006 zijn nog 2 relevante artikelen over de BPS toegevoegd (Giesen-Bloo e.a., 2006; Linehan e.a., 2006). Verder zijn er 5 onderzoeken over overige cluster-B-persoonlijkheidsproblematiek en 14 over cluster-C-persoonlijkheidsproblematiek. De bevindingen in deze onderzoeken sluiten vrijwel naadloos aan op de conclusies uit het onderzoek naar psychotherapeutische interventies bij het brede spectrum.

5.2 Ambulante individuele psychotherapie

5.2.1 Ambulante individuele psychotherapie voor het brede spectrum

Wetenschappelijke onderbouwing

In de literatuur is gezocht naar bewijs voor de effectiviteit van ambulante individuele psychotherapie in vergelijking met controlecondities zoals geen behandeling, wachtlijstcontrole, behandeling-zoals-gewoonlijk (treatment as usual) of begeleidende trajecten. Daarnaast is gezocht naar vergelijkingen tussen verschillende ambulante individuele psychotherapieën.

Er zijn twee systematische reviews die effectgroottes over verschillende onderzoeken heen hebben berekend (Leichsenring & Leibling, 2003; Perry e.a., 1999). De meta-analyse van Leichsenring & Leibling betreft 22 onderzoeken, waarvan 11 met een gerandomiseerde opzet (7 gecontroleerde RCT's en 4 vergelijkende RCT's). De overige 11 onderzoeken zijn naturalistisch van aard (cohortonderzoeken), waarbij er slechts bij 1 sprake is van een controlegroep. In de meta-analyse van Perry e.a. (1999), die 4 jaar voor die van Leichsenring & Leibling werd gepubliceerd, gaat het om een deelverzameling van 13 van deze zelfde 22 onderzoeken, aangevuld met 2 andere onderzoeken. Wij beperken ons hier grotendeels tot een beschrijving van de resultaten van de meta-analyse uit 2003.

In 12 van de 22 onderzoeken werd de effectiviteit van een behandeling bij een specifieke PS onderzocht (8 BPS; 3 OPS; 1 antisociale PS). In de resterende 10 onderzoeken werd een bredere range van persoonlijkheidsstoornissen geïnccludeerd, vooral cluster-B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen. De effectgroottes kunnen worden gekwalificeerd als groot tot zeer groot. De overall effectgrootte in termen van Cohens *d* van psychodynamisch georiënteerde behandelingen was 1,46 (zeer groot effect) en die van psychotherapieën op basis van cognitief-gedragstherapeutische (CGT) principes 1,00 (groot). Deze effecten betroffen zowel afname van symptomen en persoonlijkheidspathologie, als verbetering van het sociale en beroepsmatige functioneren. In 2 gecontroleerde RCT's naar de werkzaamheid van psychodynamische psychotherapie bleek de actieve behandeling significant effectiever dan de controleconditie (gemiddeld verschil 1,32) en in 3

gecontroleerde RCT's naar de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie was dit verschil gemiddeld 0,81.

Herstel van de persoonlijkheidsstoornis als uitkomstmaat werd slechts in 4 onderzoeken onderzocht. In 3 psychodynamische onderzoeken werd een gemiddeld herstelpercentage van 59% (range 30-72%) gevonden. In 1 cognitief-gedragstherapeutisch onderzoek werd een herstelpercentage van 47% gevonden.

De conclusie van de meta-analyse was dat zowel psychodynamische georiënteerde psychotherapieën als psychotherapeutische interventies op basis van CGT-principes effectieve behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn. De geobserveerde verschillen tussen beide typen behandelingen kunnen niet worden toegeschreven aan het theoretische referentiekader, aangezien de gemiddelde duur van behandeling in de psychodynamische onderzoeken ruim 2 keer zo lang was (37,2 weken; range 1,4-102) als in de CGT-onderzoeken (16,4 weken; range 1-52).

Dit sluit aan bij de resultaten van een recent onderzoek waarin geen verschillen werden gevonden tussen de effectiviteit van cognitieve dan wel psychodynamische therapie bij cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen (Svartberg e.a. 2004). Wel werden in 3 andere onderzoeken verschillen aangetoond tussen een supportieve variant en een interpretatieve variant van psychodynamische psychotherapie. In 2 onderzoeken bleek het drop-outpercentage in de supportieve variant aanmerkelijk lager (6-7%) dan in de interpretatieve of confronterende variant (23-24%) (Piper e.a. 1998, 1999; Winston e.a. 1991, 1994). In een derde onderzoek waren deze percentages respectievelijk 29 en 40% (Hellerstein e.a. 1998). In geen van de onderzoeken werden (grote) effectverschillen gevonden. Maar omdat er geen intention-to-treatanalyses (ITT-analyses) zijn verricht kan niet worden uitgesloten dat, als deze drop-outs wel in de analyses zouden zijn betrokken, er wel grote verschillen zouden zijn gevonden.

Conclusie

NIVEAU 1	<p>Het is aangetoond dat individuele ambulante psychotherapieën met verschillende theoretische (bijvoorbeeld cognitief-gedragstherapeutische en psychodynamische) oriëntaties werkzame interventies zijn voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A1 Leichsenring & Leibing, 2003 A1 Perry e.a., 1999</p>
NIVEAU 1	<p>Het is voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen aangetoond dat psychotherapeutische interventies op basis van cognitief-gedragstherapeutische principes niet verschillen in termen van effectiviteit van psychodynamisch georiënteerde psychotherapie.</p> <p>A1 Leichsenring & Leibing, 2003 A2 Svartberg e.a., 2004</p>
NIVEAU 1	<p>Het is aangetoond dat supportieve varianten van de psychodynamisch georiënteerde psychotherapie tot minder drop-out leiden dan meer expressieve of confronterende varianten.</p> <p>A2 Piper e.a., 1998, 1999 A2 Winston e.a., 1991, 1994</p>

Overige overwegingen

Behoudens een enkele uitzondering (bv. Giesen-Bloo e.a., 2006) is een belangrijke bevinding in de literatuur dat het theoretische referentiekader niet bepalend lijkt voor de mate van effectiviteit van een psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. In een meta-analyse lijkt het psychodynamische referentiekader beter te presteren dan het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader, maar systematische verschillen in behandelduur staan een eenduidige interpretatie van deze verschillen in de weg (Leichsenring & Leibing, 2003). Dit wordt bevestigd door een ander onderzoek waarin – althans bij cluster-C-patiënten – geen verschillen zijn gevonden tussen beide theoretische kaders (Svartberg e.a., 2004). Deze gegevens sluiten aan bij de conclusie van Bateman & Fonagy (2000) dat de werkzaamheid van een psychotherapeutische behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen niet wordt bepaald door de specifieke theoretische oriëntatie, als wel door de consistente toepassing van een coherent en vooral ook een voor beide partijen begrijpelijk therapiemodel. Er moet dus wel een eenduidig kader worden gekozen, want deze vormt de taal waarin met de patiënt wordt gecommuniceerd. Als we deze uitleg volgen, dan is het niet onwaarschijnlijk dat ook interpersoonlijke, experiëntiële en humanistische psychotherapieën – wanneer deze onderzocht zouden worden – van waarde kunnen blijken te zijn in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het belang van de keuze voor een eenduidig therapiemodel moet overigens niet worden gelijkgeschakeld met het belang van theoretische 'zuiverheid'. Bij 'manualized' behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen is dikwijls sprake van een mengvorm van elementen uit verschillende theoretische oriëntaties, in het bijzonder van cognitief-gedragstherapeutische elementen zoals cognitieve herstructurering en van psychodynamische elementen zoals zorgvuldige aandacht voor de interactie tussen patiënt en therapeut met interpretatie van afweermechanismen en overdrachtsfenomenen.

Een belangrijke bevinding is dat in drie onderzoeken een lager drop-outpercentage is gevonden in supportieve varianten van psychodynamische psychotherapie (waarin meer nadruk wordt gelegd op aanmoedigen, valideren, adviseren en bevestigen) dan in inzichtgevende varianten van psychodynamische psychotherapie (waarin meer nadruk wordt gelegd op interpreteren, confronteren, verhelderen). Het is mogelijk dat dit verschil wordt verklaard door de relatieve contra-indicatie van inzichtgevende technieken bij patiënten die in mindere mate beschikken over frustratie- en angsttolerantie, impulscontrole, en het vermogen tot realiteitstoetsing en psychologisch denken (Gabbard, 2000), terwijl inzichtgevende technieken bij patiënten die wel over deze capaciteiten beschikken juist kan leiden tot doorbraken in behandeling en verdieping van het behandelresultaat. In de klinische praktijk is meestal sprake van een combinatie van beide typen interventies, waarbij de nadruk op het ene dan wel het andere type mede wordt bepaald door de fase waarin de behandeling zich bevindt.

Veel onderzoek is verricht naar psychotherapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Dit onderzoek is gericht op alle drie de clusters persoonlijkheidsstoornissen. Dat wil niet zeggen dat de conclusies voor iedere afzonderlijke persoonlijkheidsstoornis even veel geldingskracht hebben. De verschillende persoonlijkheidsstoornissen worden namelijk niet in dezelfde mate gerepresenteerd in de beschreven onderzoeken. De conclusies gelden het meeste voor de BPS, de afhankelijke en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven; voor de paranoïde, obsessieve-compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis is de geldingskracht minder duidelijk. Het minst duidelijk is de geldingskracht voor de schizoïde, antisociale, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Aan de beperkte reikwijdte van het thans beschikbare onderzoek liggen twee factoren ten grondslag. In de eerste plaats het feit dat sommige persoonlijkheidsstoornissen zich minder vaak voordoen in de klinische praktijk (zoals de cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen). Deze aandoeningen hebben een lagere baselineprevalentie (zie ook hoofdstuk 2) en mensen met deze aandoeningen lijken zich bovendien minder gemakkelijk bij de hulpverlening aan te melden. In de tweede plaats zijn er voor

bepaalde persoonlijkheidsstoornissen nog geen specifieke behandelingen voorhanden en worden patiënten met deze aandoeningen meestal niet in behandeling genomen (zoals de cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen anders dan de BPS). Dit wil overigens niet zeggen dat patiënten met cluster-A- en genoemde cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen niet zouden kunnen profiteren van psychotherapeutische behandeling. Momenteel wordt op verschillende plaatsen geëxperimenteerd met de toepassing van dialectische gedragstherapie (DGT) bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis en met schemagerichte therapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Interessant in dit kader is ook de rol van motivationele factoren. Het onderzoek van Woody e.a. (1985) laat zien dat patiënten die naast hun antisociale persoonlijkheidsstoornis ook een depressieve stoornis hebben wel een gunstige behandelrespons laten zien, terwijl dit in veel mindere mate geldt voor patiënten met alleen een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze bevinding duidt op het belang van lijdensdruk als motiverende factor in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Bij sommige persoonlijkheidsstoornissen is persoonlijk lijden inherent aan de pathologie; dit geldt duidelijk voor de BPS en de OPS. Bij andere persoonlijkheidsstoornissen is er soms sprake van persoonlijk lijden, maar in andere gevallen is er primair sprake van functionele beperkingen die door de patiënt worden ontkend dan wel extern geattribueerd. Om bij die patiënten toch aan de persoonlijkheidspathologie te gaan werken, is het nodig om hen bewust te maken van de relatie tussen persoonlijkheid en functionele beperkingen. Motiverende technieken vormen dan ook een wezenlijk onderdeel van verschillende werkzaam gebleken psychotherapieën voor persoonlijkheidsstoornissen. Dit inzicht is van belang voor de klinische praktijk omdat motivatie voor verandering al te vaak wordt aangemerkt als een voorwaarde zonder welke er geen behandeling mogelijk is, terwijl het motiveren juist een van de behandeldoelen zou moeten zijn. Een vaak toegepast alternatief wordt gevormd door voorbehandelingstrajecten waarin gebruik wordt gemaakt van motiverende interviewtechnieken (Miller & Rollnick, 1991) of diagnostische interventies op therapeutische basis (Finn & Kamphuis, 2005; Finn & Tonsager, 1997; Harkness & McNulty, 2002).

Aanbevelingen

Ambulante individuele psychotherapieën zijn bewezen effectieve behandelingen voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De geldingskracht van deze conclusie is vooralsnog het sterkst voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, de afhankelijke en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven. Andere persoonlijkheidsstoornissen doen zich in de klinische praktijk en het onderzoek minder vaak voor, maar dat wil niet zeggen dat deze stoornissen niet zouden kunnen profiteren van psychotherapeutische behandeling.

De werkgroep is van mening dat het voor de werkzaamheid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een begrijpelijk, coherent en eenduidig therapiemodel en dit consistent toepast; er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene therapiemodel superieur is aan het andere.

De werkgroep adviseert verder om, afhankelijk van de behandelfase en de capaciteiten van de patiënt (zoals frustratie- en angsttolerantie, impulscontrole, en het vermogen tot realiteitstoetsing en psychologisch denken), meer nadruk te leggen op supportieve elementen (in de eerste fase en/of indien beperkte capaciteiten) dan wel inzichtgevende elementen (in latere fasen en/of indien geen beperkingen) in de behandeling.

Ten slotte is de werkgroep van mening dat motiverende interviewtechnieken en diagnostische interventies op therapeutische basis van grote waarde kunnen zijn in het traject voorafgaande aan de behandeling, in het bijzonder bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die niet van meet af aan vanuit zichzelf gemotiveerd zijn om een proces van verandering aan te gaan.

5.2.2 *Ambulante individuele psychotherapie bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis*

Voor de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) zijn diverse therapievormen ontwikkeld. Het meeste onderzoek is verricht naar de dialectische gedragstherapie (DGT). Andere vormen van behandeling voor BPS zijn de schemagerichte therapie (SGT), de transference focused psychotherapie (TFP), de cognitief analytische therapie (CAT) en het interpersoonlijk-psychodynamische therapiemodel. Ofschoon deze therapieën ook voor de behandeling van andere vormen van persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden ingezet, is het meeste onderzoek verricht naar effectiviteit bij de BPS en worden ze daarom hier als zodanig besproken.

5.2.2.1 *Dialectische gedragstherapie bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis*

De meest uitgebreid onderzochte behandelvorm voor BPS is DGT, ontwikkeld door Linehan. Deze combineert cognitieve en gedraggerichte technieken met een filosofische en theoretische visie op de borderlinepersoonlijkheidsproblematiek. Centraal in de theorie staat een dialectisch perspectief op de ervaringen van de BPS-patiënt en de therapeutische interventies. De fundamentele dialectiek is die tussen acceptatie van patiënten zoals ze zijn, binnen het kader van behandeling gericht op verandering.

Wetenschappelijke onderbouwing

Het behandelingsdraaiboek is in een aantal talen (waaronder het Nederlands) vertaald en vormt de basis voor een groot aantal wetenschappelijke evaluaties. De meest onderzochte vorm van DGT is 12 maanden ambulante therapie en bestaat uit groepsvaardigheidstraining en individuele therapie en de mogelijkheid tot telefonische consultatie van de therapeut. Deze variant is onderzocht in 5 onafhankelijke RCT's (Van den Bosch e.a., 2005; Linehan e.a., 1991, 1993, 1994, 1999, 2006; Verheul e.a., 2003;) in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Nederland. Een 6 maandenvariant is onderzocht in een kleine RCT met 2x10 patiënten (Koons e.a., 2001). In de RCT's werd DGT meestal vergeleken met behandeling-zoals-gewoonlijk (psychotherapie en/of sociaalpsychiatrische begeleiding). Drop-outpercentages varieerden rond de 20%. Een groter effect van DGT dan de controleconditie is consequent aangetoond met betrekking tot suïcidaal gedrag, zelfbeschadiging, aantal opnamedagen tijdens behandeling, en, waar onderzocht, depressie, boosheid, eenzaamheid, sociale aanpassing, globaal functioneren (Global Assessment of Functioning, GAF) en middelenmisbruik. In één cohortonderzoek (McQuillan e.a., 2005) werd een effect gevonden van de 3 wekenvariant van DGT op de depressie en hopeloosheid van BPS-patiënten die in crisis aangemeld werden.

Conclusie

NIVEAU 1

Het is aangetoond dat dialectische gedragstherapie een werkzame behandeling is voor de reductie van crisisopnames en symptomen (met name suïcidaliteit, zelfbeschadigend en ander risicovol gedrag) en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

A2 Verheul e.a., 2003; Van den Bosch e.a., 2005; A2 Koons e.a., 2000; Linehan e.a., 1991, 1993, 1994, 1999, 2006
B Koons e.a., 2001
C McQuillan e.a., 2005

Overige overwegingen

Twee onderzoeken betroffen (deels) patiënten met BPS en verslavingsproblematiek (Van den Bosch e.a., 2005; Linehan e.a., 1999 Verheul e.a., 2003) en lieten vergelijkbare effecten zien. Deze resultaten wijzen erop dat DGT ook toepasbaar is bij patiënten met deze vorm van psychiatrische comorbiditeit (zie ook hoofdstuk 8 Comorbiditeit).

Op basis van de beschikbare onderzoeken is twijfel gerezen over het vermogen van DGT om symptomen van depressie en hopeloosheid te bestrijden, en coping en levensgeluk te versterken (Scheel, 2000; Verheul e.a., 2003). Hierbij dient te worden aangetekend dat deze twijfel is gebaseerd op onderzoeken naar de effectiviteit van de 12 of 6 maandenvariant. Deze behandelduur is veelal voldoende voor een effectieve bestrijding van levensbedreigende en anderszins zelfbeschadigende symptomen. Voor de behandeling van andere BPS-problemen, zoals de interpersoonlijke instabiliteit, chronische gevoelens van leegte en identiteitsdiffusie, moet de standaard DGT-behandeling van 12 maanden echter in veel gevallen worden verlengd dan wel worden gevolgd door een andere behandeling.

Aanbeveling

Dialectische gedragstherapie is geïndiceerd bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder ten behoeve van de eerste fase van behandeling waarin het bestrijden van levensbedreigende en anderszins zelfbeschadigende symptomen voorop staat. Op basis van de beschikbare evidentie is het thans onduidelijk in hoeverre dialectische gedragstherapie, althans in de meest bestudeerde 12 of 6 maandenvariant, effectief is als behandeling van andere BPS-problemen zoals de interpersoonlijke instabiliteit, chronische gevoelens van leegte en identiteitsproblematiek.

4.2.2.2 Schemagerichte therapie bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Young ontwikkelde de schemagerichte therapie (SGT) als een uitbreiding van het cognitieve model van Beck. In deze behandeling wordt met de patiënt een therapeutische relatie opgebouwd door te focussen op emoties en op het ontwikkelen van de werkrelatie. Met behulp van specifieke interventies zoals 'limited reparenting' en experiëntiële technieken die gericht zijn op pijnlijke ervaringen in de kindertijd, leert de patiënt negatieve gevoelens als wanhoop en verlating te verdragen en te accepteren. Met behulp van cognitieve en gedragsmatige technieken leert de patiënt zijn huidige disfunctionele gedachtepatronen en gedrag te veranderen. In therapie speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Wetenschappelijke onderbouwing

De onderzochte vormen van SGT hadden een behandelduur tot maximaal 36 maanden (Giesen-Bloo e.a., 2006; Nordahl & Nysaeter, 2005). In een *single case design* met 6 patiënten konden Nordahl & Nysaeter (2005) vaststellen dat alle patiënten na

behandeling verbetering vertoonden die boven spontaan herstel uitging. Deze verbetering werd door 5 van de 6 patiënten vastgehouden na een jaar follow-up. In een RCT waarin 3 jaar 2 keer in de week SGT werd vergeleken met transference focused psychotherapie (TFP; zie verderop) in dezelfde dosering, constateerden Giesen-Bloo e.a. (2006) statistisch en klinisch significante verbetering voor beide behandelvormen op alle maten (algemene psychopathologie, persoonlijkheidsconcepten, kwaliteit van leven). SGT bleek echter superieur in termen van een lager drop-outrisico, significant meer genezing en klinische verbetering, grotere verbetering in algemene psychopathologie, persoonlijkheidsconcepten en kwaliteit van leven.

Conclusie

NIVEAU 2	<p>Het is aannemelijk dat schemagerichte therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Giesen-Bloo e.a., 2006 C Nordahl & Nysaeter, 2005</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

In het onderzoek naar SGT van Giesen-Bloo e.a. (2006) bleek een sterke, bijna lineaire relatie te bestaan tussen het remissiepercentage en de behandelduur (tot maximaal 36 maanden). Deze gegevens duiden erop dat herstel van de BPS in veel gevallen een lange behandelduur vereist.

Aanbeveling

Schemagerichte therapie is een van de mogelijke behandelingen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Voor volledige remissie van de pathologie is in veel gevallen een lange behandelduur vereist.

5.2.2.3 Andere ambulante therapievormen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Verschillende andere vormen van ambulante therapie zijn ontwikkeld voor de behandeling van de BPS. Beck's cognitieve therapie (CT) voor persoonlijkheidsstoornissen is een variant afgeleid van de standaard cognitieve therapie zoals die toegepast wordt bij vele As-I-stoornissen. Deze behandeling gaat ervan uit dat de persoonlijkheid bepaald wordt door idiosyncratische cognitief-affectieve en motivationele schema's. Schema's die waarschijnlijk functioneel waren in de kindertijd worden disfunctioneel in de volwassen leeftijd, maar blijven in stand door het mechanisme van negatieve bekrachtiging. Voor BPS zijn de assumpties van hyperwaakzaamheid, dichotoom denken en een laag zelfbeeld de belangrijkste focus voor psychotherapie. In therapie speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Transference focused psychotherapie (TFP) is ontwikkeld door Kernberg, die zich baseerde op de egopsychologie, de object-relatietheorie en de hechtingstheorie. Volgens TFP worden denken, voelen en doen gestuurd door basale representaties van het zelf en belangrijke anderen. Het kernprobleem van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie wordt verondersteld te zijn gelegen in slecht gedefinieerde en gefragmenteerde zelf- en objectrepresentaties, resulterend in

identiteitsdiffusie. TFP richt zich op de dominante thema's die in het hier en nu van de overdrachtsrelatie naar voren komen (Clarkin e.a., 2001).

Cognitief analytische therapie (CAT), ontwikkeld door Ryle, integreert noties uit de cognitieve psychologie en therapie, de object-relatietheorie en de zelfpsychologie. CAT focust op de 'reciproke rolprocedure', die het kind in de vroege verzorger-kindrelatie ontwikkelt. Als kinderen geconfronteerd worden met inconsistentie of overweldigende traumatische ervaringen, wordt het vermogen tot zelfreflectie aangetast. Het eerste doel van CAT is dan ook het vermogen van de patiënt tot zelfreflectie en zelfcontrole vergroten. In therapie speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Het interpersoonlijk-psychodynamische model (IPM), ontwikkeld door Stevenson en Meares, is een uitwerking van het conversational model van Hobson, met invloeden van Kohut en Winnicott. Het gaat ervan uit dat bij BPS-patiënten de ontwikkeling van het zelf belemmerd is door allerlei externe gebeurtenissen. In dit model biedt psychotherapie een mogelijkheid om de gestagneerde ontwikkeling op gang te brengen en natuurlijke rijpingsprocessen zijn werk te laten doen.

Wetenschappelijke onderbouwing

Een 12 maandenvariant van CT werd onderzocht in een niet-vergelijkend cohortonderzoek (Brown e.a., 2004). Bij follow-up na 18 maanden werd een vermindering van suïcidale ideatie, hopeloosheid, en van het aantal BPS-criteria gemeten. Slechts 16% van de oorspronkelijke groep BPS-patiënten voldeed nog aan de BPS-criteria.

Clarkin onderzocht in een niet-vergelijkend cohortonderzoek het effect van 12 maanden TFP. De patiënten die de behandeling afmaakten toonden een verminderd medisch risico, een verbetering van de lichamelijke conditie en vermindering van de gezondheidszorgconsumptie. Maar zoals hierboven reeds gemeld vonden Giesen-Bloo e.a. (2006) dat TFP minder grote effecten oplevert dan SGT.

In een niet-vergelijkend cohortonderzoek onderzochten Ryle & Golyunkina (2000) het effect van 28 zittingen CAT bij een groep van 27 BPS-patiënten. Zij constateerden een vermindering van klachteniveau, depressie en interpersoonlijke problemen. Van degenen die de behandeling afmaakten, voldeed 52% niet meer aan BPS-criteria.

In een niet-vergelijkend cohortonderzoek naar de effectiviteit van het IPM constateerden Stevenson & Meares (1992) na 12 maanden behandeling een vermindering op een groot aantal onderdelen van de cornellindex: gewelddadig gedrag, druggebruik, zorgconsumptie, zelfbeschadiging, werkverzuim, klinische opnames en opnameduur. Van de geïncludeerde patiënten voldeed 30% niet meer aan de BPS-criteria. Vijf jaar later onderzochten Stevenson e.a. (2005) dezelfde groep opnieuw. De ingezette verandering had doorgezet: 40% van de onderzoeksgroep voldeed op dit moment niet meer aan de BPS-criteria, en alle verbeteringen na 1 jaar bleken behouden bij een follow-up van 5 jaar. In een vergelijkend cohortonderzoek voldeed 30% van de patiëntengroep aan het einde van de behandeling niet meer aan de BPS-criteria, terwijl behandeling-als-gewoonlijk geen verbetering liet zien (Meares e.a., 1999).

Conclusie

NIVEAU 3	Er zijn aanwijzingen dat cognitieve therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C Brown e.a., 2004
NIVEAU 3	Er zijn aanwijzingen dat transference focused psychotherapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C Clarkin e.a., 2001
NIVEAU 2	Het is aannemelijk dat schemagerichte therapie effectiever is dan transference focused psychotherapie voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Giesen-Bloo e.a., 2006
NIVEAU 3	Er zijn aanwijzingen dat cognitief analytische therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C Ryle & Golynkina, 2000
NIVEAU 2	Het is aannemelijk dat behandeling volgens het interpersoonlijk-psychodynamische model werkzaam is voor de reductie van zorgconsumptie, symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. B Meares e.a. 1999; Stevenson e.a., 2005 C Stevenson & Meares, 1992

Overige overwegingen

De wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van CT, TFP, CAT en IPM bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis staat nog in de kinderschoenen. Het is in dit stadium onmogelijk te beoordelen hoe de effectiviteit van deze behandelvormen zich verhoudt tot die van DGT en SGT. De enige vergelijkende studie betreft de vergelijking tussen SGT en TFP; hier kwam SGT als superieur uit de bus (Giesen-Bloo e.a., 2006). Hierbij dient wel te worden aangetekend dat er vraagtekens bij aspecten van deze studie zijn geplaatst (Yeomans, 2007) en dat replicatie van de bevindingen gewenst is alvorens een harde voorkeur in een richtlijn te kunnen legitimeren. De werkgroep is van mening dat, gegeven de actuele stand van de wetenschap, een keuze voor DGT en SGT het meest 'veilig' is, maar dat andere behandelvormen ook veelbelovend zijn en zeker niet hoeven te worden uitgesloten.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat, gegeven de actuele stand van de wetenschap, dialectische gedragstherapie en schemagerichte therapie behoren tot de meest 'veilige' ambulante alternatieven. Andere behandelvormen zoals cognitieve therapie, transference focused psychotherapie, cognitief analytische therapie en behandeling volgens het interpersoonlijk-psychodynamische model zijn echter ook veelbelovend en hoeven op dit moment zeker niet te worden uitgesloten.

5.3 Ambulante groepspsychotherapie

Ambulante psychotherapie kan ook in een groepsformaat worden aangeboden. We spreken dan van groepspsychotherapie. Ook bij de groepstherapie zijn specifieke vormen van therapie ontwikkeld voor zowel de OPS als de BPS. De onderzoeken die daar betrekking op hebben zullen apart besproken worden.

5.3.1 Ambulante groepspsychotherapie voor het brede spectrum

Wetenschappelijke onderbouwing

Er zijn momenteel drie onderzoeken naar de effectiviteit van groepspsychotherapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Twee cohortonderzoeken betreffen groepspsychotherapeutische behandeling als monotherapie. In een onderzoek naar de effectiviteit van een psychodynamische groepspsychotherapie (n=25) bij verschillende cluster-A-, -B- of -C-persoonlijkheidsstoornissen (Monsen e.a., 1995a en b) wordt een herstelpercentage van 72% gerapporteerd en effectgroottes in termen van Cohens d op verschillende persoonlijkheidsmaten tussen 1,1 en 2,5 na een gemiddelde behandelduur van ruim 2 jaar. Een ander onderzoek betreft eveneens gemiddeld 2 jaar psychodynamische groepspsychotherapie, maar vond plaats bij 49 patiënten waarvan de meerderheid net niet de diagnostische afkapwaarde voor een persoonlijkheidsstoornis haalt. De gerapporteerde effectgroottes liggen tussen 0,6 (symptoomernst) en 1,4 (algemeen functioneren). Verder is er gekeken naar de additionele effectiviteit van groepspsychotherapie met een gemiddelde duur van 24 maanden na een dagklinische fase van 4 tot 6 maanden, bij 161 personen met verschillende cluster-A-, -B- of -C-persoonlijkheidsstoornissen en 26 mensen zonder formele As-II-diagnose (Wilberg e.a., 2003). Bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen wordt vooral extra winst geboekt in termen van verdere verbeteringen in het algemene functioneren, terwijl de extra winst in termen van verdergaande symptoomreductie en verbetering van de interpersoonlijke relaties beperkt is. Dit in tegenstelling tot de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen, bij welke de extra winst aanmerkelijk is, ook voor de laatste twee behandeldoelen.

Conclusie

NIVEAU 3	Er zijn aanwijzingen dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie in een ambulante context een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. C Monsen e.a., 1995a en b C Budman e.a., 1996
NIVEAU 3	Er zijn aanwijzingen dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie in een ambulante context een effectieve vervolgbehandeling na (dag)klinische psychotherapie is voor mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. C Wilberg e.a., 2003

Overige overwegingen

In de Nederlandse klinische praktijk worden groepspsychotherapeutische behandelingen vaak toegepast, in het bijzonder bij mensen met persoonlijkheidsproblemen en lichte

persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat voornamelijk om interpersoonlijke problemen of problemen die zich in een interpersoonlijke context manifesteren, zoals intimiteitproblemen, gevoeligheid voor autoriteit en afhankelijkheid. De besproken onderzoeken naar de effectiviteit van groepstherapie betreffen deels het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen.

Bij mensen met ernstige persoonlijkheidspathologie kan ambulante groepspsychotherapie, zeker de psychodynamisch georiënteerde, veel angst en verwarring oproepen. Bij dergelijke patiënten die in mindere mate beschikken over capaciteiten zoals frustratie- en angsttolerantie, impulscontrole, en het vermogen tot realiteitstoetsing en psychologisch denken, bestaat dan een reële kans op drop-out door een te hoog oplopend angstniveau. Een mogelijkheid is om de groepspsychotherapeutische behandeling bij deze mensen aan te bieden in combinatie met individuele behandeling, waardoor de motivatie voor en de mogelijke obstakels in de groepspsychotherapie kunnen worden besproken. Deze overwegingen gelden in mindere mate wanneer de groepspsychotherapie wordt ingezet in het kader van een vervolgbehandeling na een (dag)klinische psychotherapie. In dat geval is de patiënt reeds gewend geraakt aan de methodiek en aan de medepatiënten en is de kans op drop-out beperkter.

Een andere overweging bij de indicatiestelling van groepspsychotherapie is de lange behandelduur. De bestudeerde behandelingen duurden alle ongeveer twee jaar. Dit is, gelet ook op de overwegend beperkte ernst van de persoonlijkheidsproblematiek in groepspsychotherapie, relatief lang. Een speculatieve verklaring is dat individuele veranderingsprocessen in de groepspsychotherapeutische setting mogelijk langzamer verlopen dan in individuele behandeling.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie een optie is voor mensen met persoonlijkheidsproblemen en lichte persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat hierbij voornamelijk om de behandeling van interpersoonlijke problemen of problemen die zich in een interpersoonlijke context manifesteren, zoals intimiteitproblemen, gevoeligheid voor autoriteit en afhankelijkheid.

De werkgroep adviseert om langdurige psychodynamische groepspsychotherapie niet als monotherapie aan te bieden aan patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, en in die gevallen waarin deze vorm van behandeling toch geïndiceerd wordt geacht, deze te combineren met individuele behandeling.

De werkgroep is van mening dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie een veelbelovende vervolgbehandeling is na een (dag)klinische psychotherapie bij mensen met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

5.3.2 Ambulante groepspsychotherapie bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Door Munroe-Blum & Marziali (1995) is een geprotocolleerde, tijdgelimiteerde, interpersoonlijke groepsbehandeling van 30 zittingen ontwikkeld. Deze groepsbehandeling richt zich op een centraal kenmerk van BPS, te weten een conflictueus, onstabiel en slecht gestructureerd zelfstelsel, dat bovenmatig afhankelijk is van hier-en-nu-interacties voor zelfdefinitie.

Wellicht meer bekendheid, zeker in Nederland, geniet de systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS), ontwikkeld door Blum e.a. (2002) in Duitsland. STEPPS combineert cognitief-gedragsmatige technieken en vaardigheidstraining in een groepstherapie met een systemische component. Een eerste

doel is het integreren van professionele en sociale steunsystemen van de patiënt en hem te leren hier effectief gebruik van te maken. Ten tweede is een gedetailleerd draaiboek ontwikkeld voor een groepsvaardigheidstraining. Aangezien STEPPS ervan uitgaat dat het kerntekort van de BPS-patiënt gelegen is in het onvermogen om intense emoties te reguleren, richt de vaardigheidstraining zich op emotionele en gedragscontrolevaardigheden. Het onderzochte STEPPS-programma omvat 20 wekelijkse groepsbijeenkomsten en daarnaast systeembijeenkomsten.

Wetenschappelijke onderbouwing

In een RCT naar de effectiviteit van de interpersoonlijke groepsbehandeling van Munroe-Blum & Marziali (1995) werden na 12 en 24 maanden follow-up bij 79 BPS-patiënten geen effectverschillen gevonden tussen de groepsbehandeling en individuele psychodynamische psychotherapie. De gehele groep liet na behandeling significante verbetering zien op alle belangrijke uitkomstmaten. In dit onderzoek van Munroe-Blum & Marziali (1995) bleek er geen verschil in effectiviteit te kunnen worden geconstateerd tussen deze tijdgelimiteerde groepspsychotherapie en een open-einde individuele psychotherapie.

De effectiviteit van STEPPS werd onderzocht door Blum e.a. (2002) in een niet-vergelijkend cohortonderzoek bij 52 patiënten. Een vermindering van het negatieve affect, negatief gedrag en van borderlinepathologie werd vastgesteld.

Conclusie

NIVEAU 2	<p>Het is aannemelijk dat tijdgelimiteerde groepspsychotherapeutische behandelingen, zoals de Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), werkzame behandelingen zijn voor het verminderen van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Munroe-Blum & Marziali, 1995 C Blum e.a., 2002</p>
-----------------	---

Overige overwegingen

In het onderzoek van Munroe-Blum & Marziali (1995) bleek er weliswaar geen verschil in effectiviteit te kunnen worden geconstateerd tussen tijdgelimiteerde groepspsychotherapie en open-einde individuele psychotherapie, maar er waren aanzienlijke verschillen in kosten: de open-einde individuele behandeling was aanmerkelijk duurder dan de groepsbehandeling. Het is vooralsnog onduidelijk of deze bevindingen evenzeer gelden voor patiënten met ernstige borderlinepathologie als voor patiënten met lichte borderlinepathologie. Gegeven deze onzekerheid, en ook in het kader van het advies om langdurige psychodynamische groepspsychotherapie niet als monotherapie aan te bieden aan patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren.

Aanbeveling

Groepsbehandelingen kunnen een kostenefficiënte optie voor de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis vormen. Voor wat betreft de toepassing als monotherapie beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren, in het bijzonder bij patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie.

5.3.3 Ambulante groepsgedragstherapie bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Ambulante groepsgedragstherapie bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is gericht op het verminderen van angst bij en vermindering van sociale contacten en het vergroten van interpersoonlijke vaardigheden bij patiënten met een OPS. De behandelingen zijn relatief kortdurend, variërend van 14 wekelijkse sessies van 90 minuten tot 32 uur groepsgedragstherapie verspreid over 4 dagen. Deze groepsgedragstherapieën zijn alle speciaal ontwikkeld voor de OPS en bestaan hoofdzakelijk uit vaardigheidstraining en graduele exposure.

Wetenschappelijke onderbouwing

In vier onderzoeken is de effectiviteit van (componenten van) groepsgedragstherapie bij de OPS onderzocht (Alden, 1989; Renneberg e.a., 1990; Stravinsky e.a., 1982, 1994). In deze onderzoeken verbeterden patiënten op klachtniveau, wat onder meer bleek uit vermindering van sociale angst en vermindering. Ook werden er verbeteringen gevonden op maten die persoonlijkheidskenmerken meten zoals het gevoel van eigenwaarde (Alden, 1989; Renneberg e.a., 1990) en vermindering van achterdocht (Stravinsky e.a., 1994). In drie van vier onderzoeken is gekeken naar de toegevoegde waarde van specifieke onderdelen van de behandeling. Zo blijkt het oefenen in 'real-lifesituaties' de effectiviteit van vaardigheidstraining niet te vergroten maar wel te leiden tot hogere drop-out (Stravinsky e.a., 1994). Ook de toevoeging van cognitieve technieken bij vaardigheidstraining blijkt geen meerwaarde te hebben (Stravinsky e.a., 1982), er zijn aanwijzingen dat de toevoeging van een focus op het vergroten van intimiteit in sociale relaties een dat wel heeft (Alden, 1989).

Conclusie

NIVEAU 3	Het is aannemelijk dat kortdurende groepsgedragstherapie een werkzame interventie is voor het reduceren van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. A2 Alden, 1989 C Renneberg e.a., 1990; Stravinsky e.a., 1994
-----------------	--

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat groepsgedragstherapie en gestructureerde vaardigheidstraining vermoedelijk efficiënte vormen van behandeling zijn voor mensen met OPS, in het bijzonder indien een meer symptoomgerichte aanpak is geïndiceerd. Ook hier is het echter vooralsnog onduidelijk of de positieve onderzoeksgegevens evenzeer gelden voor patiënten met een ernstige vorm van OPS als voor patiënten met een lichte OPS. Gegeven deze onzekerheid, en ook in het kader van het advies om langdurige psychodynamische groepspsychotherapie niet als monotherapie aan te bieden aan patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren.

Aanbeveling

Groepsgedragstherapie kan een kostenefficiënte optie voor de behandeling van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis vormen. Wat betreft de toepassing als monotherapie beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren, in het bijzonder bij patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie.

5.4 Dagklinische psychotherapie voor het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen

Onder 'dagklinische psychotherapie' worden verstaan behandelprogramma's die zijn opgebouwd uit meerdere componenten, minimaal twee dagen per week omvatten, en plaatsvinden tijdens kantooruren (of eventueel 's avonds) maar waarbij de patiënt 's nachts elders verblijft. De dagklinische psychotherapie zoals ontwikkeld door Bateman & Fonagy (1999), mentalization based treatment (MBT), wordt ook onder het brede spectrum besproken; het onderzoek naar de werkzaamheid van MBT betreft een zeer ernstige populatie waarin vrijwel alle patiënten – naast een BPS – meerdere As-II-diagnoses hebben.

MBT is gebaseerd op de hechtingstheorie en omvat elementen van zowel cognitieve als psychodynamische behandelvormen. De focus van de behandeling is het vergroten van het vermogen van patiënten om te mentaliseren, dat wil zeggen het innerlijk representeren van gedrag in termen van mentale toestanden. Onder optimale omstandigheden ontwikkelt een kind dit vermogen door in een veilige hechtingsrelatie met verzorgingsfiguren zichzelf gerepresenteerd te zien in de gedachten van de ander en vice versa.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de literatuur is gezocht naar bewijs voor de effectiviteit van dagklinische psychotherapie in vergelijking tot controlecondities zoals geen behandeling, wachtlijstcontrole, behandeling-zoals-gewoonlijk of begeleidende trajecten. Daarnaast is gezocht naar vergelijkingen tussen dagklinische psychotherapie en ambulante of klinische psychotherapie.

De effectiviteit van dagklinische psychotherapie in vergelijking tot wachtlijstcontrole is onderzocht in een RCT (Piper e.a., 1993). Daarnaast zijn er 4 cohortonderzoeken verricht naar de effectiviteit van dagklinische psychotherapie (Karterud e.a., 1992, 2003; Krawitz, 1997; Wilberg e.a., 1998b, 1999). Een ongerandomiseerd vergelijkend onderzoek betreft de vergelijking tussen dagklinische en klinische psychotherapie (Chiesa e.a., 2002). De bestudeerde behandelingen zijn, met uitzondering van de behandeling zoals beschreven door Krawitz e.a., primair geschoeid op psychodynamische leest en zijn voornamelijk georiënteerd op de groep. De behandelduur is relatief kort: gemiddeld 5 maanden (range 4-10), met uitzondering van een langerdurend dagklinisch programma zoals beschreven in het onderzoek van Chiesa e.a. (2002).

In de RCT van Piper e.a. (1993) wordt de effectiviteit van een 4 tot 5 maanden durende dagklinische psychotherapie bij 60 patiënten die de behandeling hadden afgerond, vergeleken met een even grote wachtlijstcontrolegroep. Bij de patiënten werden verschillende cluster-A-, -B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven gediagnosticeerd, in het bijzonder de BPS en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Het gemiddelde verschil in effectgrootte (Cohen's d) met de controleconditie bedroeg 0,71 voor diverse maten voor symptomatologie, persoonlijkheid en sociaal functioneren. Ook in de 4 cohortonderzoeken blijken bij verschillende cluster-A-, -B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven goede posttherapie resultaten te worden geboekt met dagklinische psychotherapieën van 4 tot 10 maanden (Karterud e.a., 1992, 2003; Krawitz, 1997; Wilberg e.a., 1998b, 1999). Karterud e.a. (1992), die 97 patiënten met voornamelijk BPS en schizotypische persoonlijkheidsstoornis na een periode van (psychotische) decompensatie bestudeerden, rapporteerden dat de resultaten goed zijn voor cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen, maar matig voor de BPS en zeer matig voor de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In een later multicentrumonderzoek onder 1.244 patiënten met een verscheidenheid van cluster-A-, -B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis Niet

Anderszins Omschreven, zijn goede resultaten gerapporteerd bij zowel cluster-B- als C-patiënten, maar beduidend minder bij cluster-A-patiënten (Karterud e.a., 2003). De beschikbare onderzoeken rapporteren relatief hoge drop-outcijfers. In het onderzoek van Piper e.a. (1993) vallen van de 136 gerandomiseerde patiënten 22 (16,1%) voorafgaande aan de start en 36 (26,5%) na de start van behandeling uit. In 4 andere onderzoeken ligt het percentage mensen die vroegtijdig de behandeling verlieten vanwege drop-out, ontslag vanwege schending van de kliniekregels of ontslag tegen medisch advies, gemiddeld iets boven de 20 percent (Chiesa e.a., 2002; Karterud e.a., 1992, 2003; Wilberg e.a., 1998b, 1999). Meer dan gemiddeld betrof het patiënten met antisociale PS, schizotypische PS of BPS, van hen beëindigde 30 tot 50% vroegtijdig de behandeling (Vaglun e.a., 1990; Wilberg e.a., 1998a).

Een ongerandomiseerd vergelijkend onderzoek betreft de vergelijking tussen 2 dagklinische psychotherapieën van respectievelijk 4 tot 5 maanden en 12 tot 18 maanden, en een 6 tot 12 maanden durende klinische psychotherapie (Chiesa e.a., 2002). Vooral de patiënten in het langerdurende dagklinische programma zijn qua type persoonlijkheidspathologie en ernst vergelijkbaar met die in het klinische programma, dat wil zeggen zeer hoge prevalenties van onder andere de paranoïde PS (resp. 65 en 54%) en de BPS (resp. 94 en 71%). Er werden geen verschillen in effect op symptomatologie en het algemene functioneren gevonden.

De meeste onderzochte behandelprogramma's worden gevolgd door langdurige ambulante vervolgbehandeling, doorgaans op groepspsychotherapeutische basis. Zo wordt het dagklinische programma van 4 tot 5 maanden in 2 onderzoeken gevolgd door een langdurige psychodynamische groepspsychotherapie van maximaal 3,5 jaar (Wilberg e.a., 1998, 1999) en deze blijkt meerwaarde te hebben in termen van effectiviteit (Wilberg e.a., 2003). Uit latere publicaties over het langerdurende dagklinische behandelprogramma zoals onderzocht door Chiesa e.a. (2002) weten we ook dat de dagklinische fase wordt gevolgd door een 18 maanden durende ambulante groepspsychotherapie, en dat deze additionele effectiviteit oplevert (Bateman & Fonagy, 2001). Tijdens de vervolgbehandeling worden de behandelresultaten uit de dagklinische fase verdiept, verduurzaamd en gegeneraliseerd naar de diverse functionele domeinen zoals werk en relaties.

MBT is voorsnog alleen onderzocht als een 36 maanden durende variant, met 18 maanden in een dagklinische setting en 18 maanden groepspsychotherapeutische vervolgbehandeling. In een RCT bleek MBT bij ontslag uit de dagklinische fase superieur in vergelijking met behandeling-als-gewoonlijk ten aanzien van depressie, angst, algemeen symptoomniveau, interpersoonlijk functioneren, sociale aanpassing, zelfbeschadigend gedrag, klinische opnames en medicatiegebruik (Bateman & Fonagy, 1999). Bij het einde van de groepspsychotherapeutische vervolgbehandeling bleken de effecten aanzienlijk groter te zijn geworden evenals het verschil met de controleconditie (Bateman & Fonagy, 2001).

Conclusie

NIVEAU 1	<p>Het is aangetoond dat psychodynamisch georiënteerde, dagklinische psychotherapie een werkzame interventie is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 1999 A2 Piper e.a., 1993 C Karterud e.a., 1992, 2003; Krawitz, 1997; Wilberg e.a., 1998b, 1999</p>
NIVEAU 2	<p>Het is aannemelijk dat de optimale duur van de dagklinische behandeling afhangt van type en ernst van de persoonlijkheidspathologie. Van kortdurende varianten lijken patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen minder te kunnen profiteren dan van de langdurige varianten.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 1999, 2001 C Karterud e.a. 1992, 2003; Vaglum e.a. 1990; Wilberg e.a. 1998a</p>
NIVEAU 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat langerdurende dagklinische en langerdurende klinische psychotherapie niet verschillen in effectiviteit.</p> <p>B Chiesa e.a., 2002</p>
NIVEAU 2	<p>Het is aannemelijk dat ambulante groepspsychotherapie een effectieve vervolgbehandeling na (dag)klinische psychotherapie is voor mensen met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 2001 C Wilberg e.a. 2003</p>
NIVEAU 2	<p>Het is aannemelijk dat dagklinische psychotherapie in de vorm van Mentalization Based Treatment een werkzame interventie is voor het reduceren van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy 1999, 2001</p>

Overige overwegingen

Voor het brede spectrum van persoonlijkheidspathologie geldt dat de eerdere conclusie, namelijk dat het aangetoond is dat dagklinische psychotherapie effectief is, betrekking heeft op een kortdurende variant waarin psychodynamische groepspsychotherapie een kernelement vormt (Karterud & Urnes, 2004; Ogrodniczuk & Piper, 2001). Daarnaast bevatten de meeste behandelprogramma's een of meer non-verbale of expressieve groepstherapieën. Ook individuele psychotherapie en cognitief-gedragstherapeutische groepen, en medicatiegroepen of individuele farmacotherapie, kwamen in sommige onderzochte behandelprogramma's voor. De empirische evidentie betreft dus een qua theoretisch kader en duur relatief specifieke vorm van dagklinische psychotherapie. De bij BPS onderzochte MBT heeft een veel langere behandelduur, 18 maanden. Mogelijk kan dit verschil deels worden verklaard door de aard van de geïndiceerde populatie. Het in Noorwegen onderzochte programma (Karterud & Urnes, 2004) is vooral toegesneden op patiënten met cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien is men in Noorwegen momenteel aan het experimenteren met een langere dagklinische fase, omdat de beperkte behandelduur van gemiddeld vijf maanden in veel gevallen ontoereikend bleek. In de huidige Nederlandse klinische praktijk bestaan dagklinische psychotherapieën in vele soorten en maten, van kortdurend tot langerdurend, van inzichtgevend tot supportief, en van cognitief-gedragstherapeutisch tot psychodynamisch georiënteerd.

Kortdurende programma's met een nadruk op expressieve en confronterende elementen lieten vooral bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen meer drop-out zien dan langerdurende programma's met een grotere nadruk op supportieve elementen en/of gestructureerde vaardigheidstraining. Als de intensiteit van de dagklinische psychotherapie (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig wordt afgestemd op de draagkracht van de patiënt kan de drop-out beperkt worden.

Aanbevelingen

Dagklinische psychotherapie is een bewezen effectieve behandeling voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Deze conclusie geldt, anders dan bij de ambulante individuele psychotherapie, voor het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen, zij het dat het van belang is om de duur en intensiteit van de dagklinische behandeling (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig af te stemmen op de draagkracht van de patiënt. Zo lijken kortdurende en confronterende varianten beter aan te sluiten bij patiënten met cluster-C- en lichte cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, terwijl patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen meer lijken te kunnen profiteren van, en minder kans op drop-out te hebben bij, een langerdurende en supportieve variant.

De werkgroep is van mening dat het voor de werkzaamheid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een coherent en begrijpelijk theoretisch kader en dit consistent toepast. Er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene theoretische kader superieur is aan het andere.

Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, beveelt de werkgroep aan de dagklinische fase van de behandeling een (langdurig) ambulant vervolg te geven, bijvoorbeeld in de vorm van een groepspsychotherapie.

5.5 Klinische psychotherapie voor het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen

Klinische psychotherapie verwijst hier naar behandelprogramma's die bestaan uit meerdere componenten, minimaal drie dagen per week omvatten, en waarbij de patiënt 's avonds en 's nachts in de kliniek verblijft. De meeste onderzoeken betreffen populaties die in hoofdzaak uit patiënten met een BPS bestaan, maar vanwege de hoge mate van comorbiditeit op As II worden deze toch onder het kopje 'brede spectrum' besproken.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de literatuur is gezocht naar bewijs voor de effectiviteit van klinische psychotherapie in vergelijking tot controlecondities zoals geen behandeling, wachtlijstcontrole, behandeling-zoals-gewoonlijk of begeleidende trajecten. Daarnaast is gezocht naar vergelijkingen tussen klinische psychotherapie en ambulante of dagklinische psychotherapie.

In 2 ongerandomiseerde vergelijkende onderzoeken wordt de effectiviteit van 6 tot 12 maanden durende klinische psychotherapie vergeleken met behandeling-zoals-gewoonlijk (Chiesa & Fonagy, 2000; Chiesa e.a., 2004) respectievelijk met geen behandeling (Dolan e.a., 1997). Daarnaast zijn er 2 cohortonderzoeken verricht naar de effectiviteit van (verschillende duurvarianten van) klinische psychotherapie (Gabbard e.a., 2000; Stichting Klinische Psychotherapie, 2001). Een ander ongerandomiseerd vergelijkend onderzoek betreft de vergelijking tussen dagklinische en klinische psychotherapie (Chiesa

e.a., 2002). De bestudeerde klinische psychotherapieën zijn primair geschoeid op psychodynamische leest en hebben zonder uitzondering betrekking op behandelprogramma's waarin elementen als individuele psychodynamische psychotherapie, groepspsychotherapie, andere groepsbijeenkomsten, sociotherapie, non-verbale therapieën en farmacotherapie (op indicatie) zijn ingebed in een milieutherapeutisch kader.

In het onderzoek van Chiesa e.a. (2004) worden 2 verschillende duurvarianten van klinische psychotherapie onderzocht, namelijk een puur klinische variant (n=49) met een verwachte verblijfsduur van (maximaal) 12 maanden zonder vervolgbehandeling en een step-downvariant (n=45) met een verwachte klinische verblijfsduur van 6 maanden gevolgd door psychodynamische groepspsychotherapie (12 tot 18 maanden) en outreachende verpleegkundige hulp (6 tot 9 maanden). Deze behandelprogramma's worden vergeleken met een standaard psychiatrische behandeling (n=49):

farmacotherapie, begeleidende contacten met een gemiddelde frequentie van eens per 2 tot 4 weken, psychiatrische opname op indicatie. De toewijzing aan de klinische psychotherapie of de standaard psychiatrische behandeling was op basis van geografische criteria. Bij de patiënten in de 3 groepen worden vergelijkbare hoge prevalenties van de paranoïde PS (40-57%), BPS (67-74%), obsessieve-compulsieve PS (18-33%) en persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (41-56%) aangetroffen. Alle patiënten hadden ten minste 1 persoonlijkheidsstoornis; 70% had er 2 of meer. De patiënten in de klinische groep zijn vaker alleenstaand en hebben een hoger opleidingsniveau dan de patiënten in de controlegroep. De resultaten laten zien dat het step-downprogramma superieur is aan zowel de pure klinische variant als de standaard psychiatrische behandeling, in termen van symptoomreductie en verbeteringen in het sociaal en algemeen functioneren (Chiesa & Fonagy, 2000; Chiesa e.a., 2004).

Het onderzoek van Dolan e.a. (1997) betreft patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie die zijn verwezen voor specialistische klinische psychotherapie. De verbeteringen bij 70 patiënten die de behandeling ontvingen worden 12 maanden na behandeling vergeleken met de eventuele verbeteringen bij 67 patiënten die de behandeling niet ontvingen omdat de 'financiële autoriteiten' hiertoe geen toestemming gaven. Op de enige uitkomstmaat, de ernst van borderlinesymptomen, vertoont de behandelde groep significant meer verbetering dan de onbehandelde groep. De behandelde groep verbleef gemiddeld 7 maanden in therapie (range 1 tot 52 weken). Ook in een ander cohortonderzoek blijken bij verschillende persoonlijkheidsstoornissen goede posttherapie-resultaten op diverse uitkomstvariabelen met klinische psychotherapie (Gabbard e.a., 2000). In het kwaliteitsonderzoek van de Stichting Klinische Psychotherapie (2001) ten slotte, is een groot cohort gevolgd van: (1) patiënten met cluster-A- en -B-persoonlijkheidsstoornissen in langerdurende (gemiddeld 10 maanden) klinische psychotherapie (n=521); (2) patiënten met cluster-B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen in langerdurende (gemiddeld 10 maanden) klinische psychotherapie (n=849); en (3) patiënten met cluster-B- en -C-persoonlijkheidsstoornissen in kortdurende (gemiddeld 3 tot 4 maanden) klinische psychotherapie (n=551). In deze 3 groepen zien we tussen start opname en ontslag uit behandeling bij ongeveer 55 tot 70% symptomatisch herstel en er worden ook verbeteringen in het persoonlijkheidsfunctioneren geconstateerd. Van de patiënten rapporteert 75 tot 90% een verbetering tot een sterke verbetering bij ontslag. De resultaten van dit kwaliteitsonderzoek dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd vanwege een betrekkelijk lage follow-uprespons (circa 60%) en het ontbreken van een zorgvuldige meting van de persoonlijkheidsstoornissen op baseline. Tucker e.a. (1987) beoordeelden in een cohortonderzoek de effectiviteit van een klinisch programma van 6 tot meer dan 12 maanden, gericht op interpersoonlijk functioneren. Zij interviewden 40 patiënten 12 en 24 maanden na ontslag, en vonden op beide meetmomenten vermindering van suïcidale ideatie en gedrag en een verbetering van vriendschappen en gezinscontacten.

Dolan e.a. (1997) vergeleken in een niet-gerandomiseerd onderzoek met 80% BPS-patiënten een groep die wel opgenomen was in de therapeutische gemeenschap van

Henderson Hospital in Londen met een groep die om verschillende redenen niet opgenomen was, een jaar na respectievelijk beëindiging van hun behandeling dan wel hun niet-geëffectueerde verwijzing. De opgenomen groep liet meer vermindering van borderlinekenmerken zien dan de niet-opgenomen groep.

In een niet-vergelijkend cohortonderzoek (Bohus e.a., 2000) en een vergelijkend ongerandomiseerd onderzoek (Bohus e.a., 2004) werd de effectiviteit van DGT in een vier maanden durend klinisch programma onderzocht. In dit programma worden drie fasen onderscheiden. De eerste fase van drie weken is gericht op het probleemgedrag dat reden voor opname was. De tweede fase omvat een theoretische training en een vaardigheidstraining voor specifieke borderlinekenmerken, en richt zich op het doen uitdoven van (para)suïcidaal gedrag. De derde fase houdt zich bezig met de planning van ontslag. Na deze vier maanden was het algemene klachtniveau verminderd evenals de depressieve klachten en angstklachten, en was het algemeen functioneren verbeterd, en dat alles significant meer dan in diezelfde tijdsspanne door behandeling-als-gewoonlijk bewerkstelligd kon worden.

Conclusies

NIVEAU 2	<p>Het is aannemelijk dat langerdurende (6 tot 12 maanden), psychodynamisch georiënteerde, klinische psychotherapie een werkzame interventie is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>B Chiesa e.a., 2004; Dolan e.a., 1997 C Gabbard e.a., 1997; Stichting Klinische Psychotherapie, 2001; Tucker e.a., 1987</p>
NIVEAU 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat kortdurende (3 tot 6 maanden), psychodynamisch georiënteerde, klinische psychotherapie een werkzame interventie is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>C Stichting Klinische Psychotherapie, 2001</p>
NIVEAU 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat een step-downbenadering waarbij een kortere klinische fase (bijvoorbeeld 6 maanden) wordt gevolgd door langerdurende ambulante groepspsychotherapie effectiever is dan een pure, langerdurende klinische fase (bijvoorbeeld 12 maanden) zonder ambulant vervolg.</p> <p>B Chiesa e.a., 2004; Chiesa & Fonagy, 2000</p>
NIVEAU 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat een 4 maanden durend klinisch programma (dialectische gedragstherapie) werkzaam is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>B Bohus e.a., 2004 C Bohus e.a., 2000</p>

Overige overwegingen

Evenals bij dagklinische psychotherapie geldt voor klinische psychotherapie dat de intensiteit van de behandeling (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig dient te worden afgestemd op de draagkracht van de patiënt. Op deze wijze wordt het effect geoptimaliseerd en de kans op drop-out beperkt. De mate van intensiteit bepaalt mede de duur van behandeling. In kortdurende programma's met

een nadruk op expressieve en confronterende elementen kunnen vaak binnen een tijdsbestek van 3 tot 6 maanden forse verbeteringen worden geboekt. Deze behandelingen zijn met name geschikt voor cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen en lichte cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, terwijl patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen meer lijken te kunnen profiteren van, en minder kans op drop-out te hebben, klinische psychotherapie waarin supportieve elementen meer op de voorgrond staan. Wanneer een nadruk op expressieve en confronterende elementen is gecontra-indiceerd vanwege de kans op drop-out, acting-out of decompensatie, zien we verbeteringen vaak pas na een langere behandelduur optreden. Toch is de werkgroep van mening dat terughoudendheid is geboden bij een te lange opnameduur. Mede om hospitalisatie-verschijnselen te voorkomen verdient het de voorkeur om, volgens een step-down model, opname van maximaal 6 tot 9 maanden te laten volgen door ambulante of dagklinische vervolgbehandeling.

Aanbeveling

Klinische psychotherapie is een effectieve behandeling voor diverse, ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep is van mening dat klinische psychotherapie pas moet worden geïndiceerd wanneer ambulante en/of dagklinische psychotherapie onvoldoende effectief is gebleken.

De werkgroep beveelt aan de intensiteit van de klinische behandeling (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig af te stemmen op de draagkracht van de patiënt. Zo lijken confronterende varianten beter aan te sluiten bij patiënten met cluster-C- en lichte cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, terwijl patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen meer lijken te kunnen profiteren van, en minder kans op drop-out te hebben bij, een supportieve variant. Verder is de werkgroep van mening dat de duur van klinische psychotherapie waar mogelijk beperkt moet worden tot maximaal zes à negen maanden, waar nodig gevolgd door een dagklinische of ambulante vervolgbehandeling.

De werkgroep is van mening dat het voor de werkzaamheid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een coherent en begrijpelijk theoretisch kader en dit consistent toepast; er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene theoretische kader superieur is aan het andere.

Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, beveelt de werkgroep aan de klinische fase van de behandeling een (langdurig) ambulant vervolg te geven, bijvoorbeeld in de vorm van een groepspsychotherapie.

5.6 Dosering en wijze van toepassing van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

In de literatuur is gezocht naar empirische onderzoeken en andere literatuur die relevant zijn voor de optimale dosering van behandeling en de optimale wijze van toepassing ervan. Wat betreft de dosering van behandeling gaat het om keuzes ten aanzien van setting, duur en intensiteit. Bij de wijze van toepassing gaat het om structurele kenmerken van de behandeling, universeel werkzame factoren, en attitude/bejegening van de patiënt.

Verschillende onderzoeken hebben gekeken naar de relatie tussen duur of aantal zittingen en de effectiviteit van ambulante psychotherapie. Volgens het model van Perry e.a. (1999) wordt geschat dat 25% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis na gemiddeld 5 maanden behandeling hersteld is, 50% na gemiddeld 16 maanden (of circa 92 zittingen) en 75% na gemiddeld 26 maanden (of circa 216 zittingen). Bij patiënten met BPS vonden Howard e.a. (1986) na 8 zittingen 'klinisch significante verbetering' bij 3% van de patiënten, na 13 zittingen bij 11%, na 26 zittingen bij 38%, na 52 zittingen bij 74% en na 104 zittingen bij 95%. Overigens betekent klinisch significante verbetering volgens de door Howard e.a. gehanteerde definitie nog niet dat er sprake is van herstel volgens de door Perry e.a. gehanteerde definitie: wat mogelijk een verklaring is voor de hogere verbeteringspercentages bij Howard e.a. bij een gelijk aantal zittingen. Verder is in de onderzoeken met een behandelduur langer dan 12 maanden (Bateman & Fonagy, 2001; Blum e.a., 1996; Giesen-Bloo e.a., 2006; Nordahl & Nysaeter, 2005) te zien dat de belangrijkste veranderingen pas na het eerste jaar van behandeling optreden. Ook bij klinische psychotherapie zijn aanwijzingen gevonden voor dosis-effectrelaties. In een onderzoek naar de effectiviteit van klinische psychotherapie was de duur van het verblijf vrij sterk gerelateerd aan de mate van verbetering (Dolan e.a., 1997). De gemiddelde verblijfsduur bleek aanmerkelijk langer bij patiënten die klinisch betekenisvolle veranderingen lieten zien (36 weken, standaarddeviatie (SD) 3) in vergelijking tot de patiënten bij wie dergelijke veranderingen niet konden worden aangetoond (21 weken, SD 3). Echter, in een ander onderzoek bleek een step-downbenadering, waarbij een kortere klinische fase (3 tot 6 maanden) wordt gevolgd door langerdurende ambulante groepspsychotherapie, effectiever te zijn dan een pure, langerdurende klinische fase (9 tot 12 maanden) zonder ambulante vervolgstap (Chiesa e.a., 2004). Voor deze bevinding zijn 2 alternatieve verklaringen mogelijk. Een eerste optie is dat het verschil moet worden toegeschreven aan de mogelijke iatrogene effecten van een langdurige opname, zoals het hospitalisatie-effect (Fonagy & Bateman, 2006). Maar deze verklaring zou strijdig zijn met de hierboven genoemde relatie tussen opnameduur en effectiviteit (Dolan e.a., 1997). Een meer voor de hand liggende verklaring is daarom dat het verschil primair moet worden toegeschreven aan het belang van langdurige vervolgstapbehandeling in de step-downconditie. Deze verklaring is consistent met 2 onderzoeken die additionele effectiviteit rapporteren van langdurige groepspsychotherapie als vervolgstapbehandeling na dagklinische psychotherapie (Bateman & Fonagy, 2001; Wilberg e.a., 2003). Dat laat onverlet dat de step-downbenadering in termen van kosteneffectiviteit superieur is aan de puur klinische variant. In aansluiting op het bovenstaande is een belangrijke bevinding dat langerdurende dagklinische en langerdurende klinische psychotherapie niet verschillen in termen van effectiviteit (Chiesa e.a., 2002). Wel bleken de kosten van het klinische programma meer dan twee keer zo hoog als van het dagklinische programma, wat impliceert dat het dagklinische programma superieur is in termen van kosteneffectiviteit. Een andere, terugkerende bevinding is dat behandeldoelen en dosering gerelateerd zijn. In relatief kortdurende behandelingen zoals STEPPS (Blum e.a., 2002) en tot op zekere hoogte de kortere varianten van DGT (Bohus e.a., 2000; Bohus e.a., 2004; Koons e.a., 2001; McQuillan e.a., 2005) worden slechts beperkte behandeldoelen, zoals reductie van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag, nagestreefd, terwijl langerdurende en meer intensieve behandelingen zoals MBT en SGT een grotere impact beogen te hebben op de persoonlijkheid, bijvoorbeeld op het mentaliserend vermogen en cognitieve schema's. In de onderzoeken die na de behandeling van 12 maanden een follow-up na 6 (Van den Bosch e.a., 2005), 12 (Linehan e.a., 1993; Nordahl & Nysaeter, 2005), 18 (Bateman & Fonagy, 2001; Brown e.a., 2004; Ryle & Golynka, 2000) of 60 (Stevenson e.a., 2005) maanden uitvoerden, is een telkens terugkerende bevinding dat het resultaat bij follow-up minstens stabiel is, en vaak nog verdergaande verbetering laat zien. Wat betreft de optimale wijze van toepassing van de psychotherapeutische behandeling geldt dat er weinig empirisch onderzoek is verricht. Op basis van een kritisch literatuuronderzoek komen Bateman & Fonagy (2000) tot de conclusie dat psychotherapeutische behandelingen die effectief zijn bij persoonlijkheidsstoornissen een

aantal belangrijke kenmerken gemeenschappelijk hebben, namelijk een relatief hoge dosering, een hoge mate van structuur, en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren. De dosering is hierboven reeds besproken. Een hoge mate van structuur kan worden bereikt door duidelijke kaders te stellen en afspraken te maken, te werken met een duidelijke focus of expliciete behandeldoelen en deze periodiek te monitoren, en – indien er sprake is van andere zorgelementen naast de psychotherapeutische behandeling zoals systeemtherapie of farmacotherapie– deze in voldoende mate op elkaar af stemmen. Universele werkzame factoren waaraan bijzondere aandacht moet worden geschonken zijn onder meer de motivatie voor verandering en behandeling, therapietrouw, het consistent toepassen van een coherent theoretisch kader, de therapeutische alliantie en een actieve houding van de therapeut.

Conclusies

NIVEAU 3	Er zijn aanwijzingen dat de mate van effectiviteit van de behandeling, bijvoorbeeld uitgedrukt in termen van herstelpercentages, is gerelateerd aan het aantal zittingen (bij ambulante behandelingen) of de opnameduur (bij klinische behandelingen): hoe meer zittingen of hoe langer de behandelduur, hoe hoger het herstelpercentage. C Bateman & Fonagy, 2001; Dolan e.a., 1997; Giesen-Bloo e.a., 2006; Howard e.a., 1986; Perry e.a., 1999
NIVEAU 3	Het is aannemelijk dat langerdurende dagklinische psychotherapie en step-down klinische psychotherapie kosteneffectiever zijn dan langerdurende, puur klinische psychotherapie. B Chiesa e.a., 2002
NIVEAU 4	De werkgroep is van mening dat effectieve behandelprogramma's de volgende elementen met elkaar gemeen hebben: een relatief hoge dosering, een hoge mate van structuur, en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren. D Bateman & Fonagy, 2000

Overige overwegingen

De werkgroep is van mening dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen een psychotherapeutische behandeling met een hoge dosering behoeven. Deze dosering kan, afhankelijk van het type en de ernst van de persoonlijkheidspathologie, behoorlijk oplopen. In ernstige gevallen gaat het om trajecten die meestal jaren duren, en grote aantallen ambulante zittingen of een (dag)klinische fase van maanden kunnen omvatten. Volgens sommige onderzoeken kan het benodigde aantal zittingen in sommige gevallen oplopen tot in de honderden (Giesen-Bloo e.a., 2006; Perry e.a., 1999). Hieronder formuleert de werkgroep drie principes die van dienst kunnen zijn bij een optimale dosering van psychotherapie:

- stepped-care
- matched-care
- subjectieve/praktische overwegingen

Volgens het eerste principe, stepped-care, wordt de patiënt zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig behandeld. Dit principe kan worden onderbouwd op basis van twee argumenten: vanuit het patiëntenperspectief en vanuit het gezondheidseconomisch perspectief. Allereerst is een goed uitgangspunt om de patiënt zoveel mogelijk te behoeden voor behandelingen die onnodig ingrijpende gevolgen kunnen meebrengen

voor zijn leefsituatie en mogelijk zelfs iatrogene schade kunnen aanrichten. Ten tweede geldt dat de kosten van behandeling direct gerelateerd zijn aan de dosering en dus dat een hoge dosering goed moet kunnen worden onderbouwd.

Volgens de werkgroep kan (dag)klinische psychotherapie een effectieve behandeling zijn die meerwaarde heeft boven ambulante behandeling, maar er moeten goede argumenten zijn voor de toepassing ervan. Een valide argument kan zijn dat met (verschillende) ambulante behandeling(en) onvoldoende resultaat is geboekt. Bij toepassing van het stepped-careprincipe dient de clinicus wel rekening te houden met het feit dat in (dag)klinische psychotherapie vaak sneller effect kan worden bereikt dan in ambulante psychotherapie. Deze observatie is in het bijzonder relevant voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep raadt daarom aan om in die gevallen waarin een (zeer) langdurige ambulante behandeling wordt overwogen, de patiënt ook te informeren over de mogelijkheden van korterdurende (dag)klinische psychotherapie.

Volgens het tweede principe, *matched-care*, wordt de dosering vastgesteld op basis van bepaalde relevante patiëntkenmerken. Volgens een recent onderzoek naar de overstemming tussen behandelaars wat betreft de selectie van behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen (Van Manen e.a., in druk) hangt de *optimale setting* van de behandeling vooral af van parameters die verwijzen naar de ernst van de problematiek (zoals symptoomernst en aard van de persoonlijkheidspathologie) en sociale rollen (zoals verplichtingen op het gebied van werk en zorg voor kinderen); lichtere ernst en de aanwezigheid van sociale rollen zouden eerder een ambulante behandeling rechtvaardigen, terwijl bij zwaardere ernst en de afwezigheid van sociale rollen een indicatie voor (dag)klinische psychotherapie meer voor de hand ligt. Verder zou de *optimale duur* zijn gerelateerd aan ernstparameters en parameters die verwijzen naar psychologische functies (zoals egosterkte, relationele capaciteiten, kwaliteit van de afweer); lichtere ernst en intacte psychologische functies zouden eerder korte behandeling rechtvaardigen, terwijl bij zwaardere ernst en aangetaste psychologische functies een indicatie voor een langere behandeling meer voor de hand ligt. Het verband tussen duur van behandeling en de kwaliteit van de psychologische functies kan vermoedelijk begrepen worden op basis van de belastbaarheid van de patiënt: bij intacte psychologische functies kan snel gewerkt worden met behulp van confronterende en interpretatieve technieken, terwijl patiënten met aangetaste psychologische functies een meer voorzichtige strategie met een nadruk op supportieve en structurerende technieken behoeven (zie ook Gabbard, 2000). Overigens zijn geen van deze matchinghypothesen empirisch getoetst.

Het derde en laatste principe (subjectieve/praktische overwegingen), heeft betrekking op meer subjectieve overwegingen (zoals de persoonlijke ervaringen of geloof, patiëntvoorkeuren, therapeutvoorkeuren) of praktische overwegingen (zoals beschikbaarheid van behandelingsfaciliteiten, bereikbaarheid, verzekeringsstatus). Hoewel het aannemelijk is dat deze factoren kunnen resulteren in een inefficiënt gebruik van behandelingsfaciliteiten, geldt dat verschillende onderzoeken hebben laten zien dat de selectie van of toewijzing aan behandelingen deels door deze factoren wordt bepaald (Beutler, 2000; Bleyen e.a., 1999; Chiesa e.a., 2002; Issakidis & Andrews, 2003; Scheidt e.a., 2003). In de wetenschap dat motivatie voor behandeling een belangrijke predictor is van succes, dient het belang van deze factoren dan ook niet te worden onderschat. Zolang er geen vergelijkend onderzoek is waaruit blijkt dat, al dan niet bij een bepaald deel van de patiëntenpopulatie, de ene behandeling superieur is ten opzichte van de andere, zullen deze subjectieve factoren een belangrijke rol blijven spelen.

Ten slotte is de werkgroep van mening dat een behandeling – met het oog op arbeidsreïntegratie en sociale rehabilitatie – idealiter niet eerder definitief wordt afgesloten voordat de patiënt een bevredigende dagstructuur (in termen van werk en relaties) heeft gevonden. Dit betekent in de meeste gevallen waarin dit van toepassing is een behandelingsfasering volgens het step-downprincipe en/of een (intensieve) nabehandeling gericht op deze doelen.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen een psychotherapeutische behandeling met een relatief hoge dosering behoeven. In ernstige gevallen gaat het vaak om trajecten die jaren kunnen duren. Hierbij geldt in het algemeen: hoe meer zittingen of hoe langer de behandelduur, hoe hoger het herstelpercentage. In individuele gevallen kan de optimale dosering echter behoorlijk uiteen lopen. Hierbij zijn de volgende principes richtinggevend: (1) het stepped-care principe (zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig); (2) het matched-care principe (afstemming van dosering op patiëntvariabelen zoals probleemernst, psychologische capaciteiten en sociale rollen); (3) subjectieve/praktische overwegingen (zoals voorkeur voor, respectievelijk beschikbaarheid van behandel­faciliteiten). Vooral het laatste principe verdient terughoudendheid in de praktijk, vanwege het risico van inefficiënt gebruik van behandel­faciliteiten.

Naast een relatief hoge dosering worden effectieve behandelprogramma's gekenmerkt door een hoge mate van structuur, en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren zoals motivatie, therapietrouw, het consistent toepassen van een coherent theoretisch kader, de therapeutische alliantie en een actieve houding van de therapeut.

Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, beveelt de werkgroep aan de behandel­fasering in te richten volgens het step-downprincipe en/of de hoofdbehandeling te laten vervolgen door een (intensieve) nabehandeling gericht op deze doelen.

5.7 Beslisboom psychotherapeutische behandeling persoonlijkheidsstoornissen

5.7.1 Algemene opmerkingen

- Van alle in deze richtlijn beschreven behandelinterventies genieten psychotherapeutische behandelingen de hoogste mate van evidentie; persoonlijkheidsstoornissen worden dan ook bij voorkeur psychotherapeutisch behandeld.
- De onderstaande beslisbomen zijn gebaseerd op de empirische evidentie zoals samengevat in dit hoofdstuk, en op drie principes zoals beschreven in paragraaf 5.6 (stepped care principe, matched care principe, subjectieve/praktische overwegingen).
- Bij iedere wijzigingsstap: (her)overweeg de toevoeging van ondersteunende interventies, zoals farmacotherapie, vaktherapieën, verpleegkundige interventies, systeemtherapie en/of partner-relatie therapie; deze kunnen in principe los van de stappen in de beslisboom worden toegepast, zij het dat integratie en onderlinge afstemming de voorkeur verdient.
- Bij een ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie wordt uitgegaan van (minimaal) wekelijkse bijeenkomsten.
- Bij (dag)klinische psychotherapie wordt uitgegaan van meerdaagse behandelprogramma's; in de praktijk wordt veelal gewerkt met 2- tot 5-daagse varianten, ook hierin zit dus variatie voor wat betreft de dosering.
- De optimale duur van de behandeling kan sterk uiteenlopen. In de navolgende stappenplannen wordt de duur niet nader gespecificeerd. Bij een gedeeltelijke respons is vaak een voortzetting van de ingezette behandeling geïndiceerd. In de stappenplannen wordt daarom alleen gesproken van 'geen verbetering' of 'voldoende resultaat'. In **hoofdstuk 5** werden overwegingen aangeboden ten behoeve van het inschatten van de optimale duur.
- Bij twijfel over diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, d.w.z. wanneer drie behandel­stappen niet tot het gewenste behandel­resultaat hebben geleid, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.

- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- In de beslisboom wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige persoonlijkheidspathologie. Deze indeling loopt slechts ten dele synchroon met de DSM-IV-TR clusterindeling, en hangt meer af van de mate waarin de psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) en het sociaal-maatschappelijk functioneren intact zijn. Bij lichte persoonlijkheidspathologie kan geen sprake zijn van cluster A of B persoonlijkheidsstoornissen; bij matige persoonlijkheidspathologie kan geen sprake zijn van een cluster A persoonlijkheidsstoornis; en bij ernstige persoonlijkheidspathologie kan in principe sprake zijn van alle DSM-IV-TR persoonlijkheidsstoornissen, alhoewel de kans het grootste is bij met name cluster A en B persoonlijkheidsstoornissen.
- Voor de drie ernstniveaus van persoonlijkheidspathologie gelden drie afzonderlijke beslisbomen.

4.7.2 Beslisboom lichte persoonlijkheidspathologie

Van een lichte persoonlijkheidsstoornis kan alleen sprake zijn indien de patiënt een cluster C of niet-anderszins-omschreven persoonlijkheidsstoornis heeft. Let wel: er zijn ook matige en ernstige varianten van dezelfde diagnoses. Bij de lichte variant is er sprake van relatief intacte psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) bij een relatief intact sociaal-maatschappelijk functioneren. Zie Figuur 1 voor een grafische weergave van de beslisboom.

Stap 1: Start

- De behandeling van eerste keuze bij lichte persoonlijkheidspathologie is ambulante individuele psychotherapie. Een andere optie is een groepspsychotherapie (sla dan stap 2 over); dit is een kostenefficiënte behandelinterventie.
- Hoewel de voorkeur uitgaat naar ambulante individuele psychotherapie, kunnen er redenen zijn om toch te starten met groepspsychotherapie. In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.

Stap 2: Ambulante individuele psychotherapie

- Er is een breed scala van mogelijkheden ten aanzien van theoretisch referentiekader.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een tweede keuze (groepspsychotherapie, combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie of (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 3: Groepspsychotherapie

- Effectief gebleken groepspsychotherapeutische behandelingen zijn kortdurende groepsgedragstherapie (alleen aangetoond effectief voor OPS en BPS) en langdurige, psychodynamische groepspsychotherapie (ook voor andere persoonlijkheidsstoornissen).
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een

volgende keuze (combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie of (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.

- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 4: Combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie

- De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is Dialectische Gedragstherapie (DGT) voor patiënten met BPS, maar de werkgroep is van mening dat de combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze ([dag]klinische psychotherapie, sociaal-psychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 5: Kortdurende (dag)klinische psychotherapie

- Effectief gebleken (dag)klinische psychotherapieën zijn kortdurend (3 tot 6 maanden) en psychodynamisch georiënteerd. De effectief gebleken langerdurende varianten worden hier gecontraïndiceerd geacht omdat het lichte persoonlijkheidspathologie betreft.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (sociaal-psychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt een ambulante vervolgbehandeling (individuele- of groepspsychotherapie) van voldoende lengte (bijvoorbeeld een jaar) en nadien nazorg aan.

4.7.3 Beslisboom matige persoonlijkheidspathologie

Van matige persoonlijkheidspathologie kan alleen sprake zijn indien de patiënt een cluster B, C of niet-anderszins-omschreven persoonlijkheidsstoornis heeft. Let wel: er zijn ook lichte en ernstige varianten van (een deel van) deze diagnoses. Bij de matige variant is er sprake van matig aangetaste psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) bij een matig verstoord sociaal-maatschappelijk functioneren. Zie Figuur 2 voor een grafische weergave van de beslisboom.

Stap 1: Start

- De behandeling van eerste keuze bij matige persoonlijkheidspathologie is ambulante individuele psychotherapie. In het algemeen verdient bij deze groep een frequentie van één à twee zittingen per week de voorkeur. Een andere startoptie is een combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie. De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is DGT voor patiënten met BPS, maar de werkgroep is van mening dat de combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie voor meer patiënten een

waardevol alternatief kan bieden. De werkgroep is van mening dat alleen groepspsychotherapie een onvoldoende aanbod is voor deze doelgroep.

- Hoewel vanuit een kostenperspectief de voorkeur uitgaat naar ambulante individuele psychotherapie met een frequentie van één zitting per week, kunnen er redenen zijn om toch te starten met een hogere zittingfrequentie of een combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie (sla in het laatste geval stap 2 over). In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.

Stap 2: Ambulante individuele psychotherapie

- Er is een breed scala van mogelijkheden ten aanzien van theoretisch referentiekader (zie paragrafen).
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een tweede keuze (combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie of (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 3: Combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie

- De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is DGT voor patiënten met BPS, maar de werkgroep is van mening dat de combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden. Vanwege de beperkte empirische evidentie voor combinatiebehandelingen, kan men ook ervoor kiezen deze stap over te slaan.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze ([dag]klinische psychotherapie, sociaal-psychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 4: Kortdurende (dag)klinische psychotherapie

- Effectief gebleken (dag)klinische psychotherapieën zijn kortdurend (3 tot 6 maanden) en psychodynamisch georiënteerd. De langerdurende klinische varianten bleken minder effectief dan de hier gepropageerde 'step-down' benadering (zie paragraaf 5.5).
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (sociaal-psychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt een ambulante vervolgbehandeling (individuele- of groepspsychotherapie) van voldoende lengte (bijvoorbeeld een jaar) en nadien nazorg aan.

5.7.4 Beslisboom ernstige persoonlijkheidspathologie

- Van ernstige persoonlijkheidspathologie kan in principe sprake zijn bij het totale spectrum van cluster A, B, C of niet-anderszins-omschreven persoonlijkheidsstoornissen, alhoewel de kans het grootste is bij met name cluster A en B persoonlijkheidsstoornissen. Let wel: er zijn ook lichte en matige varianten van (een deel van) deze diagnoses. Bij de ernstige variant is er sprake van sterk aangetaste psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) bij een sterk verstoord sociaal-maatschappelijk functioneren. Zie Figuur 3 voor een grafische weergave van de beslisboom.

Stap 1: Start

- De behandeling van eerste keuze bij ernstige persoonlijkheidspathologie is volgens de werkgroep ambulante individuele psychotherapie, al dan niet in combinatie met een groepspsychotherapeutische (vaardigheids)behandeling. Bij deze ernstige groep kunnen er redenen zijn om direct te starten met een (dag)klinische psychotherapeutische behandeling zoals bijvoorbeeld Mentalization Based Treatment (MBT) voor patiënten met een (zeer) ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis.
- Hoewel vanuit een kostenperspectief de voorkeur uitgaat naar ambulante individuele psychotherapie èn er weinig directe evidentie is voor de werkzaamheid van combinatiebehandelingen, is de werkgroep van mening dat ambulante individuele psychotherapie met een frequentie van één zitting per week bij deze ernstige groep in veel gevallen te kort schiet. Als daar al voor gekozen wordt dan is een hogere frequentie van zittingen aangewezen (bijvoorbeeld twee zittingen per week).
- Daarentegen zijn niet-individuele behandelingen dikwijls gecontraïndiceerd omdat de angst bij de patiënt in groepsbehandelingen te hoog kan oplopen. In die gevallen kan overwogen worden om de patiënt eerst alleen op individuele basis te behandelen/begeleiden en zodoende toe te werken naar de mogelijkheid van een combinatiebehandeling dan wel (dag)klinische psychotherapie.
- In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.

Stap 2: Ambulante individuele psychotherapie

- Effectief gebleken behandelingen zijn verschillende varianten van cognitieve gedragstherapie of psychoanalytische psychotherapie.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een tweede keuze ([dag]klinische psychotherapie, sociaal-psychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 3: Combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie

- De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is DGT voor patiënten met BPS, maar de werkgroep is van mening dat deze combinatie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (bijvoorbeeld [dag]klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie, kosten, et cetera.

- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt nazorg aan.

Stap 4: (Dag)klinische psychotherapie

- Effectief gebleken (dag)klinische psychotherapieën zijn psychodynamisch geïntendeerd en hebben uiteenlopende behandelduren. Ten aanzien van klinische psychotherapie geldt dat de langerdurende, pure klinische varianten minder effectief zijn gebleken dan de hier gepropageerde 'step-down' benadering (zie paragraaf 5.5). Ten aanzien van dagklinische psychotherapie geldt dat de kortdurende, intensieve varianten bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen meer drop-out lieten zien dan langerdurende, meer supportieve varianten zoals MBT. Het lijkt dus vooral van belang om de intensiteit van de (dag)klinische psychotherapie (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig af te stemmen op de draagkracht van de patiënt.
- Bij geen respons: houdt rekening met de algemene opmerkingen onder paragraaf 5.7 (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (sociaal-psihiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.
- Bij voldoende resultaat: biedt de patiënt een ambulante vervolgbehandeling (individuele- of groepspsychotherapie) van voldoende lengte (bijvoorbeeld een jaar) en nadien nazorg aan.

Literatuur

- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 756-764. (A2)
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychotherapy, 156*, 1563-1569. (A2)
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychotherapy, 177*, 138-143.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychotherapy, 158*, 36-42. (A2)
- Beutler, L.E. (2000). Empirically Based Decision Making In Clinical Practice. *Prevention & Treatment, 3*, 1-16.
- Bleyen, K., Vertommen, H., & van Audenhove, C. (1999) Het belang van voorkeuren van patiënten in de beginfase van een residentiële behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 41*, 267-276.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., e.a. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 301-310. (C)
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., e.a. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 487-499.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., e.a. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder - a prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 875- 887.
- Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W.J., Stijnen, T., e.a. (2005). Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy Research, 43*, 1231-1241. (A2)
- Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., Crits, e.a. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder, 18*, 257-271. (C)

- Budman, S.H., Demby, A., Soldz, S., e.a. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: outcomes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 357-377. (C)
- Chiesa, M., Bateman, A., Wilberg, T., e.a. (2002). Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of hospital-based treatment for patients with personality disorder: a comparison of three different programs. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 381-392. (B)
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2000). Cassel personality disorder study: methodological and treatment effects. *British Journal of Psychiatry*, 176, 485-491.
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., e.a. (2004). Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1463-1470. (B)
- Clarkin, J.F., Folesch, P.A., Levy, K.N., e.a. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorder*, 15, 487-495. (C)
- Dolan, B., Warren, F., & Norton, K. (1997). Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 274-279. (B)
- Finn, S.E., & Kamphuis, J.H. (2005). Therapeutic Assessment. In J.N. Butcher, *MMPI-2: A Practitioner's Guide* (pp. 165-191). Washington DC: American Psychological Association.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- Gabbard, G.O. (2000). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G.O., Coyne, L., Allan, J.G., Spohn, H., Colson, D.B., & Vary, M. (2000). Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. *Psychiatric Services*, 51, 893-898.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, Ph., e.a. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658. (A2)
- Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (2002). Implications of personality individual differences science for clinical work on personality disorders. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Red.), *Personality disorders and the five-factor model of personality*, 2de druk (pp.391-403). Washington, DC: American Psychological Association.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., e.a. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164. (C)
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2003). Rationing of health care: Clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 59-74.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., e.a. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17, 243-262. (C)
- Karterud, S., & Urnes, Ø. (2004). Short-term day treatment programmes for patients with personality disorders. What is the optimal composition? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 243-249.
- Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., e.a. (1992) Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: an empirical evaluation of the containment function. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 238-243. (C)

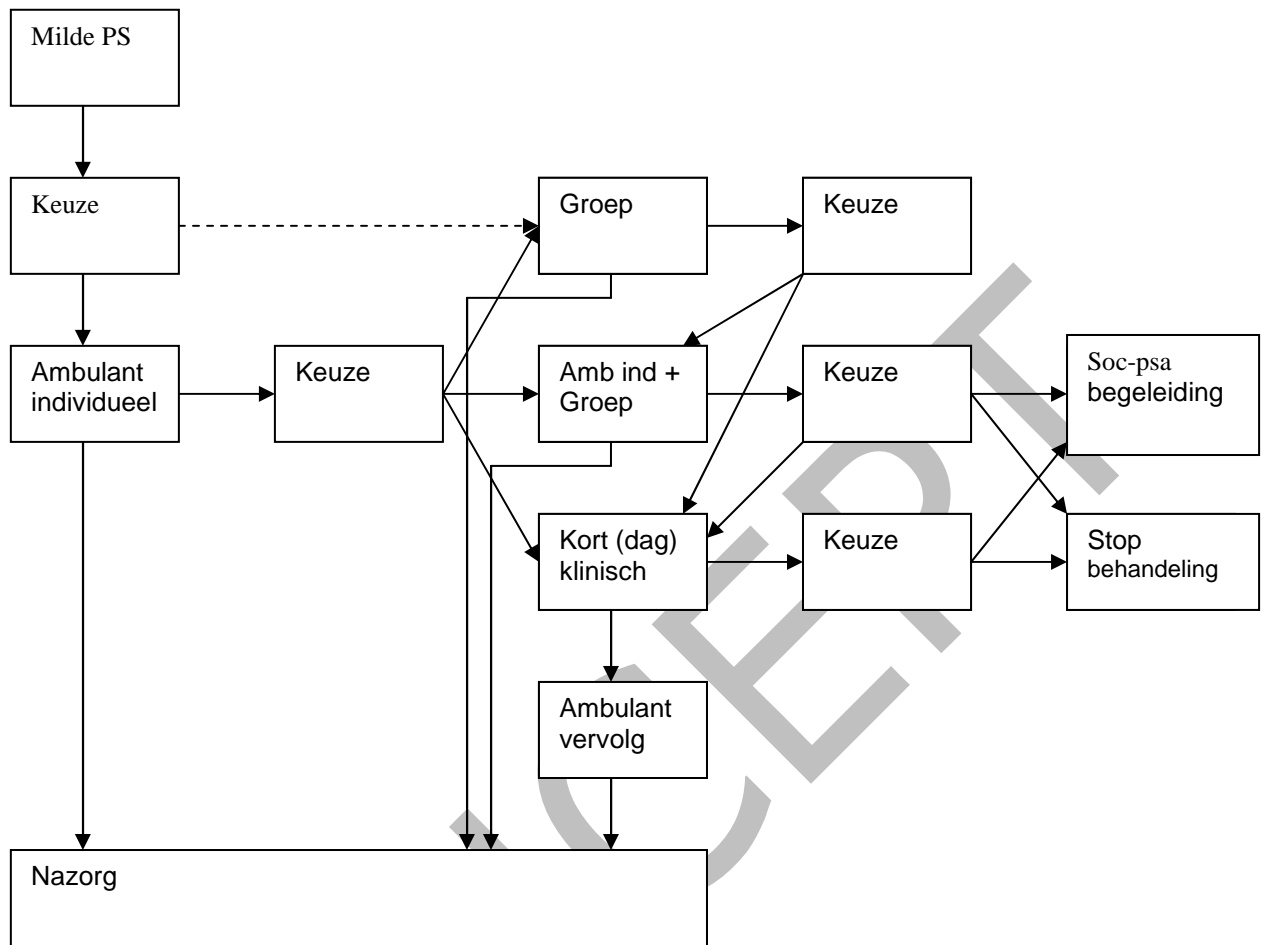
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., e.a. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390. (A2)
- Krawitz, R. (1997). A prospective psychotherapy outcome study. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 465-473.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232. (A1)
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical Behavior Therapy: a cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064. (A2)
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., e.a. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-66. (A2)
- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., e.a. (1999). Dialectical Behavior Therapy for patients with Borderline Personality Disorder and drug-dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279-292. (A2)
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., e.a. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776. (A2)
- Manen, J. van, Kamphuis, J.H., & Verheul, R. (in druk). Agreement between clinicians about matching personality disorder patients to psychotherapeutic treatments. *Psychotherapy Research*.
- McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., e.a. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*, 56, 193-197. (C)
- Meares, R., Stevenson, J., & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 467-472. (B)
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York, NY: The Guilford Press.
- Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., e.a. (1995a) Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5, 33-48. (C)
- Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., e.a. (1995b). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36, 256-268. (C)
- Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1995). A Controlled Trial of Short-Term Group Treatment for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 190-195. (C)
- Nordahl, H.M., & Nysaeter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264. (C)
- Ogrodniczuk, J.S., & Piper, W.E. (2001). Day treatment for personality disorders: a review of research findings. *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 105-117.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321. (A1)

- Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M., e.a. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 558-567. (A2)
- Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., e.a. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 267-273. (A2)
- Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F.A., e.a. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 757-763.
- Renneberg, B., Goldstein, A.J., Phillips, D., e.a. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorders. *Behavior Therapy*, 21, 363-377. (C)
- Ryle, A., & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 197-210. (C)
- Scheel, K. R. (2000) The empirical basis of Dialectical Behavior Therapy: summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 68-86.
- Scheidt, C.E., Burger, T., Strukely, S., e.a. (2003). Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study. *Psychotherapy Research*, 13, 293-305.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362. (C)
- Stevenson, J., Meares, R., & D'Angelo, R. (2005). Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychological Medicine*, 35, 79-87. (B)
- Stichting Klinische Psychotherapie (SKP) (2001). Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie: Recente gegevens op basis van het Standaard Evaluatieproject 1997-2000. Uitgever: auteur.
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., e.a.. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 377-383. (C)
- Stravynski, A., Marks, I., & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Svartberg, M., Stiles, T.C., & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817. (A2).
- Vaglum, P., Friis, S., Irion, T., e.a. (1990). Treatment response of severe and nonsevere personality disorders in a therapeutic community day unit. *Journal of Personality Disorders*, 4, 161-172. (C)
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., e.a. (2003). Dialectical Behaviour Therapy for women with Borderline Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140. (A2)
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., e.a. (1998a). Patterns of short-term course in patients treated in a day unit for personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 75-84.
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., e.a. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 50, 1326-1330. (C)
- Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., e.a. (2003). Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17, 510-521. (C)
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø., e.a. (1998b). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment programme. *Psychiatric Services*, 49, 1462-1467. (C)

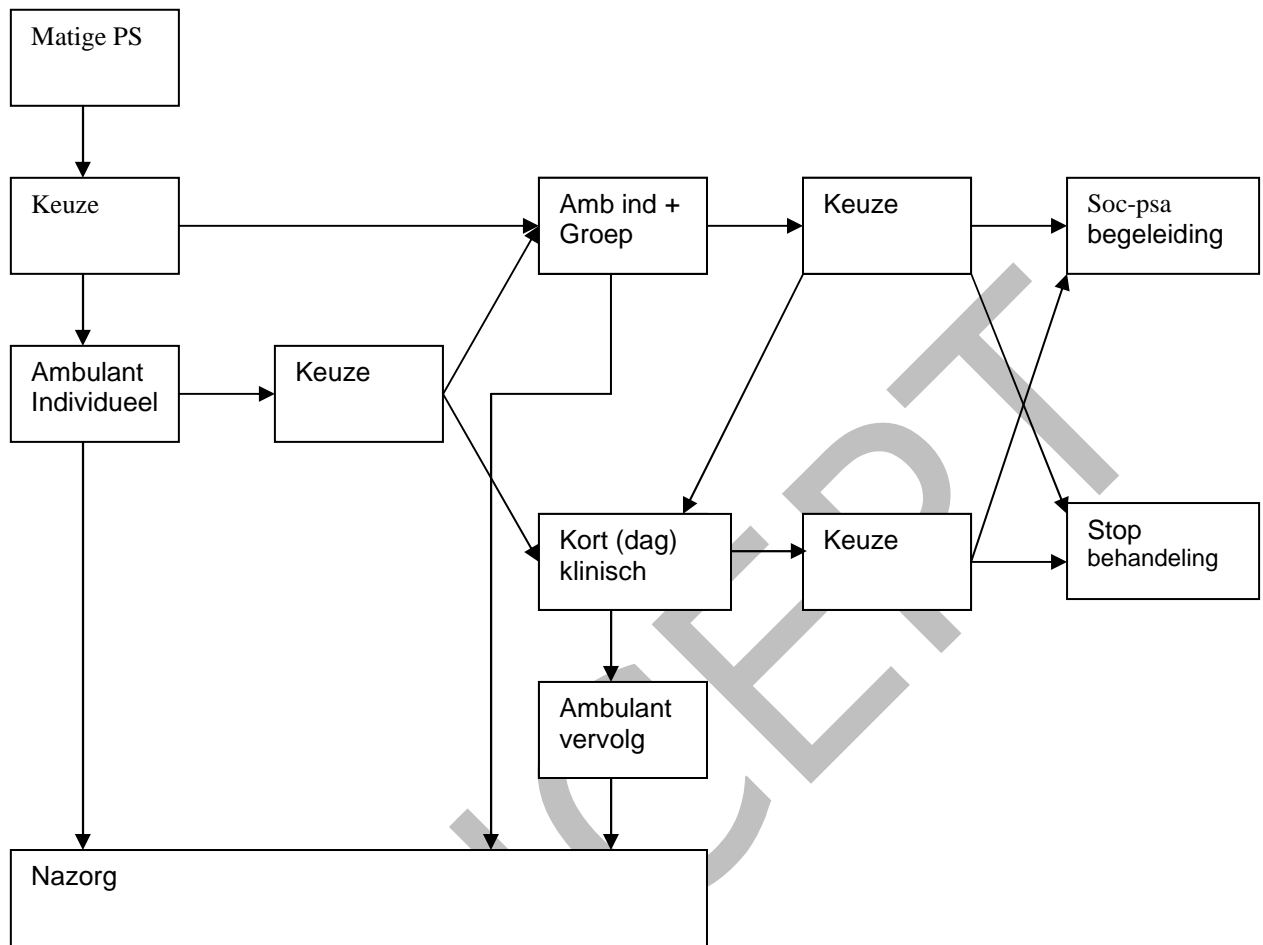
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., e.a. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194. (A2)
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., e.a. (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 188-193. (A2)
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086.
- Yeomans, F. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 64, 609-610.

CONCEPT

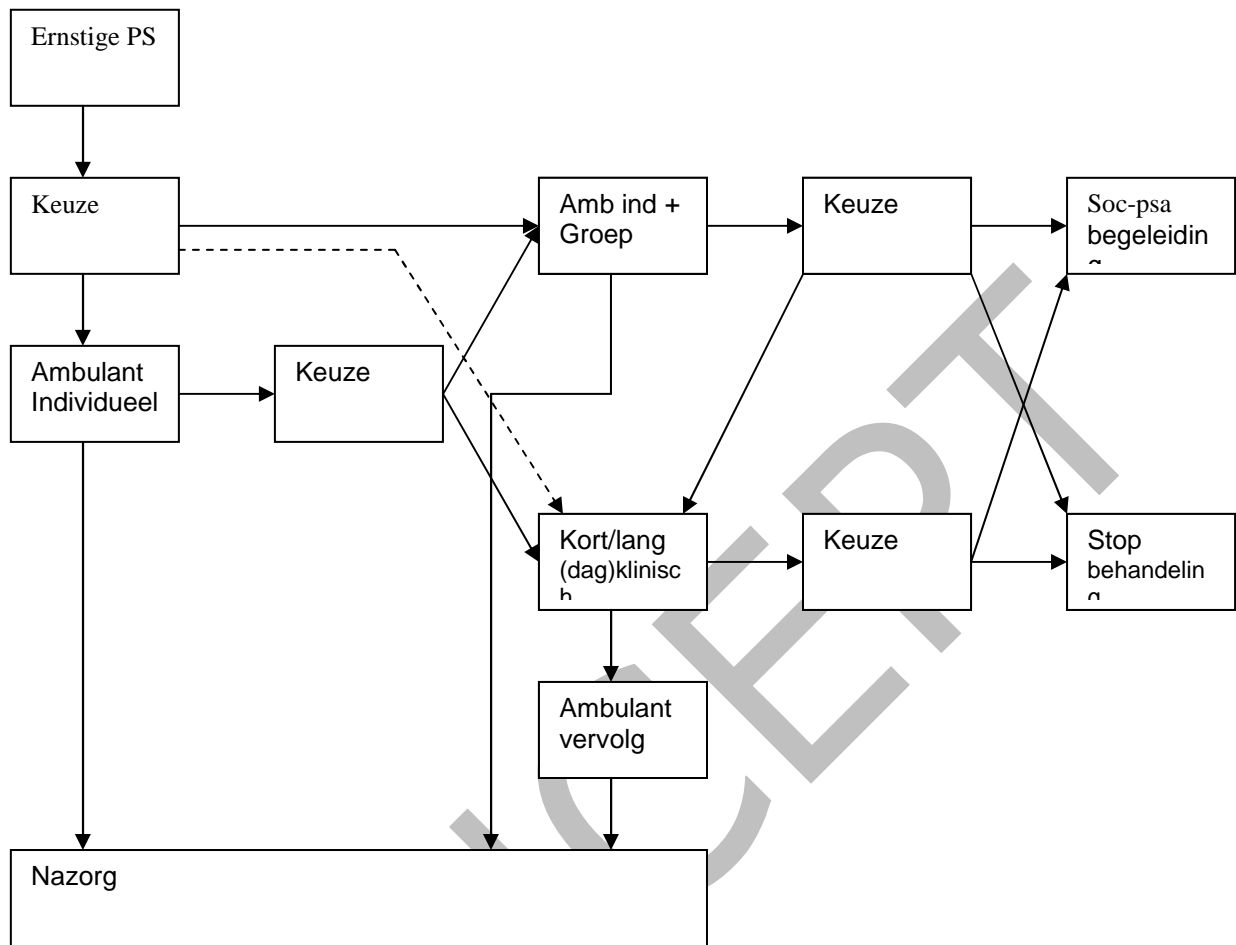
Figuur 1: Beslisboom lichte persoonlijkheidspathologie



Figuur 2: Beslisboom matige persoonlijkheidspathologie



Figuur 3: Beslisboom ernstige persoonlijkheidspathologie



Hoofdstuk 6 Psychosociale interventies

6.1 Verpleegkundige zorg

De verpleegkundige diagnostiek, indicatiestelling en interventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis worden beschreven. Daarna wordt ingegaan op verschillende aspecten van de kennis en attitude die noodzakelijk zijn voor de verpleegkundige zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Uitgangsvragen

- Welke verpleegkundige diagnoses zijn geassocieerd met persoonlijkheidsstoornissen?
- Welke diagnostische instrumenten en criteria zijn er om deze verpleegkundige diagnoses vast te stellen?
- Welke kenmerken van de patiënt en zijn omgeving zijn relevant voor het indiceren van verpleegkundige zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het indiceren van verpleegkundige zorg?
- Welke (sociaal)psychiatrisch verpleegkundige interventies zijn effectief bij de zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en zijn aan te bevelen ter ondersteuning van het sociaal en maatschappelijk functioneren van patiënten op verschillende levensgebieden (privé, sociaal, werk, etc.)
- Welke factoren bevorderen de effectiviteit van (sociaal)psychiatrisch verpleegkundig handelen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen?

6.1.1 Verpleegkundige diagnostiek

De North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definieert een verpleegkundige diagnose als een klinisch oordeel over de reacties van een individu, gezin of gemeenschap op actuele of potentiële gezondheidsproblemen (McFarland & McFarlane, 1993). De psychiatrische of medische diagnose in deze richtlijn is gebaseerd op het identificeren van een persoonlijkheidsstoornis en de daarbij behorende kenmerken. De verpleegkundige diagnostiek is gericht op de reacties van de patiënt op de gezondheidsproblemen die samenhangen met de persoonlijkheidsstoornis. De verpleegkundige diagnose wordt gebruikt om daarbij passende interventies te plannen en uit te voeren volgens het verpleegplan.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de literatuur zijn enkele verpleegkundige diagnoses beschreven en getoetst. Eén van de gevonden onderzoeken is een patiënt-controleonderzoek (bewijskracht B) en twee onderzoeken zijn gebaseerd op niet-vergelijkend onderzoek (C). Deze laatste gaan om valideringsonderzoek door middel van literatuurstudie, conceptanalyse en het peilen van de mening van deskundigen en patiënten door middel van de Delphi methode¹. Verder worden verschillende voor de hand liggende verpleegkundige diagnoses genoemd in standaardwerken en artikelen over verpleegkundige diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen. Deze diagnoses zijn door de NANDA gedefinieerd en gevalideerd (McFarland & McFarlane, 1993). Ze zijn echter niet specifiek onderzocht bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en voornamelijk gebaseerd op de mening van deskundigen (D). Het gaat om de volgende diagnoses:

¹ De Delphi methode is een methode om met behulp van het oordeel van deskundigen systematisch, in verschillende rondes consensus te bereiken over bepaalde vraagstukken. Aan de deelnemers worden stellingen voorgelegd. Zij kunnen aangeven in welke mate ze het eens zijn met de stellingen.

- a *Verstoorde emotionele regulatie en affectherkenning* – Bland e.a. (2004) onderzochten het verband tussen de intensiteit van ervaren emoties en het herkennen van non-verbaal uitgedrukte emoties (gezichtsuitdrukking) van anderen. De patiëntengroep bestond uit 35 opgenomen vrouwelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) en een vergelijkbare controlegroep van 35 vrouwen zonder psychiatrische stoornis. De vrouwen met BPS waren significant minder accuraat in het inschatten van de gezichtsuitdrukking van anderen. Dit gold in het bijzonder als zij negatieve emoties ervoeren. De auteurs doen een aantal aanbevelingen voor de verpleegkundige praktijk ten aanzien van psycho-educatie. Meetinstrumenten zijn niet beschreven.
- b *Beschadigde of verzwakte persoonlijke grenzen* – Op grond van conceptanalyse en expertvaliditeit definiëren Hoover & Norris (1996) beschadigde of verzwakte persoonlijke grenzen. Enerzijds het gebrek aan bewustzijn van zichzelf als onderscheiden van anderen in fysieke, intellectuele, emotionele en spirituele zin, en anderzijds het onvermogen om grenzen te stellen gedurende menselijke interactie in bovengenoemde zin. De auteurs noemen naast psychiatrische aandoeningen in het algemeen vooral de BPS als samenhangend met deze diagnose. Hoover (1995) geeft criteria voor het vaststellen van beschadigde persoonlijke grenzen en het op grond daarvan formuleren van verpleegkundige doelen of resultaten. Dit meetinstrument is echter niet verder onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid bij de doelgroep.
- c *Verstoord gevoel van eigenwaarde* – De linische validiteit van deze diagnose is onderzocht bij 56 volwassen patiënten en de inhoudelijke validiteit bij 89 experts bestaand uit psychiatrisch verpleegkundigen. Daarbij werd lage eigenwaarde of geringe zelfachting onderscheiden van verdedigend gedrag (Norris & Kunes-Connell, 1988). Een meetinstrument met duidelijke criteria voor subjectieve beleving en objectieve observatiepunten is beschreven zonder dat de validiteit en betrouwbaarheid daarvan getoetst is.
- d *Schaamte* – Nauw verwant aan geringe zelfachting is de schaamte. Crowe (2004) heeft via conceptanalyse de rol van schaamte bij de presentatie van symptomen van psychiatrische aandoeningen onderzocht. Schaamte heeft een belangrijke rol bij de sociale cohesie binnen samenlevingen en culturen en is als zodanig functioneel. Bij psychiatrische patiënten komt echter overweldigende schaamte vaak voor en deze kan zowel de diagnostiek als de behandeling negatief beïnvloeden. Vijf uitingen of kenmerken van extreme schaamte worden genoemd voor het anamnesegegesprek. Er is geen meetinstrument ontwikkeld.

Verder worden door Bland & Rossen (2005) impulsiviteit, zelfdestructief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en suïcidaal gedrag als veelvoorkomende verpleegproblemen bij patiënten met BPS aangemerkt. De rol van falende emotieregulatie die interfereert met het cognitief functioneren en het probleemoplossend vermogen wordt daarbij beschreven.

Conclusies

Niveau 2	Verstoorde emotionele regulatie en affectherkenning kan gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. B Bland e.a. 2004
Niveau 3	Beschadigde of verzwakte persoonlijke grenzen kunnen gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. C Hoover & Norris, 1996; Hoover, 1995

Niveau 3	Een verstoord gevoel van eigenwaarde kan gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. C Norris & Kunes-Connell, 1988
Niveau 3	Schaamte kan gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. C Crowe, 2004
Niveau 4	Impulsiviteit, zelf-destructief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en suïcidaal gedrag kunnen gerelateerd zijn aan het hebben van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. D Bland & Rossen, 2005

Overige overwegingen

In geen van de genoemde artikelen en overige bronnen zijn voldoende onderzochte en gevalideerde diagnostische instrumenten beschreven met behulp waarvan bovengenoemde verpleegkundige diagnoses gesteld kunnen worden.

Voor het gebruik van meetinstrumenten om de verpleegkundige zorgbehoefte in te schatten wordt verwezen naar het **x.x.x.** over verpleegkundige indicatiestelling. Voor de onder niveau 4 genoemde symptomen waarop de verpleegkundige diagnoses gebaseerd zijn is in de onderzochte literatuur onvoldoende bewijs te vinden dat zij samenhangen met persoonlijkheidsstoornissen. Er is echter wel reden om aan te nemen dat deze symptomen regelmatig voorkomen bij patiënten met deze stoornissen. Een aantal verpleegkundige diagnoses komt namelijk grotendeels overeen met de diagnostische criteria van de persoonlijkheidspathologie zelf zoals beschreven in de DSM-IV.

Aanbevelingen

Het aandacht geven aan de genoemde verpleegkundige diagnoses tijdens het afnemen van de verpleegkundige anamnese is zeker aan te raden.

De werkgroep adviseert om deze verpleegkundige diagnoses als potentieel aanwezig te beschouwen en daarom als aandachtspunt te nemen bij de verpleegkundige anamnese.

6.1.2 Indicatiestelling van verpleegkundige zorg

De indicatiestelling van verpleegkundige zorg bij patiënten met een psychiatrische stoornis vraagt een inschatting van een grote diversiteit aan zorgbehoeften. Ernstige persoonlijkheidsproblematiek kan leiden tot zorgbehoeften op diverse levensgebieden. Het indiceren van verpleegkundige zorg richt zich daarom op: psychisch en lichamelijk functioneren, intieme relaties en sociale interacties, maatschappelijk functioneren (onderwijs en werk), financiën, huisvesting en veiligheid (Phelan e.a., 1995, van der Werf & Goedhart, 1994).

Verpleegkundige zorg kan hierbij breed opgevat worden: het betreft zowel klinisch verpleegkundige zorg, sociaal psychiatrische begeleiding als maatschappelijke dienstverlening en opvang.

Wetenschappelijke onderbouwing

In Nederland is voor chronisch psychiatrische patiënten de Zorg-Aanbod-Schaal (ZAS) in combinatie met de Zorg-Vraag-Schaal (ZVS) ontwikkeld. Het gaat daarbij om patiënten die langdurig klinische zorg nodig hebben of permanent in een beschermde woonvorm verblijven. De Zorg-Aanbod-Schaal (ZAS) scoort de geboden zorg en bestaat uit zes subschalen. Voorafgaand aan de ontwikkeling zijn zes bestaande meetinstrumenten onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid (Van der Werf, 1995). De conclusie was dat deze schalen goede psychometrische kwaliteiten hebben, maar niet geschikt zijn voor de ontwikkeling van patiëntgerichte zorgplannen en het meten van de zorgbehoefte met het daarbij passende aanbod. Vervolgens zijn de bestaande schalen bij de ontwikkeling van de ZAS voor zover mogelijk als referentietest gebruikt (Van der Werf, 1995). De inhoudelijke validiteit betreft de mate waarin tekorten in functioneren op de verschillende levensgebieden en de daaruit voortvloeiende zorggebieden inderdaad worden gemeten. De inhoudelijke validiteit van de ZAS is voldoende en het instrument voldoet aan de voorwaarden voor indicatie van zorg bij overplaatsing (Van der Werf & Goedhart, 1994). Verder is de factorstructuur van de ZAS geanalyseerd bij een populatie van 541 patiënten (255 mannen en 286 vrouwen) (Van der Werf, 1995). De subschalen zijn onafhankelijk van elkaar zijn en relevant voor de geboden zorg.

De subschalen zijn:

1. Algemene zelfstandigheid
2. Hulp bij zelfverzorging
3. Hulp vanwege lichamelijke handicaps
4. Hanteren van een dreigende crisis
5. Psychiatrisch toezicht
6. Hulp bij samenleven in een groep

De interbeoordelaars- en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn bij 42 respectievelijk 41 patiënten onderzocht en als goed beoordeeld (Fleiss' kappa voor meeste items tussen 0,5 en 0,7) (Van der Werf, 1995).

De Zorg-Vraag-Schaal (ZVS) wordt gebruikt vanuit het patiëntperspectief en is als zodanig een uitgangspunt voor het gesprek over de ervaren zorgbehoeften van patiënten en het geboden zorgaanbod door verpleegkundigen. Eventuele verschillen van inzicht kunnen op deze manier structureel aan de orde komen en zo nodig kunnen lacunes in de zorg herkend en opgelost worden (Van der Werf, 1995). De ZVS is onderzocht bij 25 patiënten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ZVS is vergelijkbaar met die van de ZAS (Van der Werf, 1995).

De Camberwell Assessment of Needs (CAN) is in Engeland ontwikkeld voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte en zorgbeleving van de patiënt. De instrument is vertaald in het Nederlands, de Zorgbehoefte lijst (Disciplinegroep psychiatrie RUG/UvA, 2004). In totaal worden er in de Nederlandse versie 24 behoeftegebieden gescreend door behandelaars en onderzoekers. De beoordeling van de CAN kan gebeuren vanuit het perspectief van de patiënt en/of het perspectief van de behandelaar (Disciplinegroep psychiatrie van de RUG/UvA, 2004). Zorgbehoefte wordt gedefinieerd als een levensgebied waarbinnen een probleem bestaat en waar behoefte is aan specifieke hulp of opvang. Er zijn 4 scores mogelijk: 0 = geen zorgbehoefte; 1 = wel zorgbehoefte, maar bevredigend opgelost door enig zorgaanbod (ggz of maatschappelijk); 2 = wel zorgbehoefte, maar geen of onbevredigend effect van het zorgaanbod (ggz of maatschappelijk); 9 = niet bekend bij hulpverlener, of te weinig informatie.

De CAN is ontwikkeld in Engeland in twee versies: als evaluatie-instrument voor de klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg, en als instrument voor het indiceren en plannen van zorg (Phelan e.a. 1995).

De validiteit en betrouwbaarheid zijn getoetst bij 49 patiënten en 60 stafleden vanuit verschillende professies. Validiteit is getoetst bij experts en patiënten en vergeleken met de *Global Assessment of Functioning* (GAF) en de DSM-IV. Als referentietest zijn deze meetinstrumenten echter te verschillend en daarom zijn de resultaten daarvan gemengd en moeilijk te beoordelen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is hoger dan de test-hertestbetrouwbaarheid. Het laatste is mede afhankelijk van de tijdstippen waarop

gemeten wordt omdat zorgbehoeften inmiddels gewijzigd kunnen zijn (Phelan e.a., 1995).

De mate van bewijskracht van de CAN als meetinstrument van zorgbehoeften is volgens categorie B. Er is sprake van gebruik van referentietesten en de beschrijving van de relatief kleine populatie (n=49) is gegeven. Het is aannemelijk dat de CAN een valide en betrouwbaar meetinstrument is om de behoeften van patiënten met een psychiatrische stoornis in te schatten. De CAN is bovendien gemakkelijk af te nemen door hulpverleners met een verschillende professionele achtergrond.

Conclusie

Niveau 3	De Zorg-Aanbod-Schaal is geschikt voor het indiceren en plannen van klinische zorg door verpleegkundigen. B Van der Werf, 1995
Niveau 4	De Zorg-Vraag-Schaal, de patiëntenversie van de Zorg-Aanbod-Schaal, kan worden gebruikt als uitgangspunt voor het gesprek over ervaren zorgbehoefte. D Van der Werf, 1995
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de CAN een valide en betrouwbaar meetinstrument is om de zorgbehoefte en zorgbeleving van patiënten met een psychiatrische stoornis in te schatten. De CAN is gemakkelijk af te nemen door hulpverleners met een verschillende professionele achtergrond. B Phelan, 1995

Overige overwegingen

De ZAS is vooral ontwikkeld voor en getoetst bij chronisch zieke patiënten met As-I-diagnoses. Het is echter aannemelijk dat de verschillende subschalen ook relevant zijn voor patiënten met As-II-problematiek in de klinische situatie. Dit geldt zeker voor patiënten met ernstige comorbiditeit. Bovendien biedt de ZVS als aanvullende schaal aanknopingspunten voor het gesprek over de behoefte aan zorg zoals de patiënt die ervaart.

De CAN is geschikt voor de ambulante en klinische situatie en biedt veel aanknopingspunten voor sociaalpsychiatrische behandeling en begeleiding (Disciplinegroep psychiatrie RUG/UvA, 2004; Phelan e.a., 1995). De CAN is niet specifiek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld, maar geeft wel aandacht aan potentiële verpleegproblemen zoals gevoelens van angst en depressie, de neiging tot zelfbeschadigend gedrag, problemen met intimiteit en sociale relaties.

Aanbevelingen

Het gebruik van de ZAS is aan te bevelen bij patiënten in de klinische situatie. Aanvullend is de ZVS geschikt om de zorgbehoefte vast te stellen vanuit het patiëntperspectief.

Het verdient aanbeveling om de CAN te gebruiken als instrument voor het indiceren van verpleegkundige zorg in de intakefase en bij de verpleegkundige anamnese.

6.1.3 Verpleegkundige interventies

Bulechek & McCloskey (1989) definiëren een verpleegkundige interventie als: elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundige oordeel en klinische

kennis uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen en een autonoom verpleegkundige handeling, een gedelegeerde medische behandeling of een door andere zorgverleners voorgeschreven behandeling zijn. The American Nurses Association (ANA) hanteert deze definitie en in Nederland wordt deze definitie als het meest bruikbaar beschouwd (Van der Brug & Ten Napel 1997).

Verpleegkundige interventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis betreffen in deze richtlijn zowel de klinische als de ambulante situatie. In de klinische situatie geven verpleegkundigen en soms ook sociaalpedagogische hulpverleners intensieve zorg en begeleiding. In de ambulante situatie betreft het de sociaalpsychiatrische verpleegkundige zorg of begeleiding. Deze wordt meestal uitgevoerd door sociaalpsychiatrische verpleegkundigen (SPV), maar ook wel door verpleegkundig specialisten, nurse practitioners en maatschappelijk werkenden.

Verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg vervullen diverse beroepsrollen en functies. Daarom wordt in deze richtlijn in het algemeen gesproken van ggz-verpleegkundigen. Voor maatschappelijk werkenden, sociaalpedagogische hulpverleners en andere beroepsgroepen die vergelijkbare zorg geven zijn de aanbevelingen in dit hoofdstuk uitdrukkelijk ook bedoeld.

6.1.3.1 *Algemene interventies*

In de verpleegkundige literatuur wordt het effect van diverse verpleegkundige interventies bij persoonlijkheidsstoornissen beschreven. In deze literatuur wordt vaak niet onderscheiden of het om klinische (accent op verpleegkundige zorg) dan wel ambulante situaties (accent op sociaalpsychiatrische verpleegkundige zorg) gaat. Veel van de genoemde interventies worden in beide situaties uitgevoerd omdat er een grote overlap is tussen klinische en ambulante zorg.

De aard en doelstelling van de klinische verpleegkundige zorg is te onderscheiden in crisisinterventie, klinische behandeling (klinische psychotherapie) en langdurige zorg. In de ambulante situatie is een vergelijkbare indeling te maken tussen crisisinterventie (vooral crisisdienst), motivatie voor behandeling (met name psychotherapie) en langdurige sociaalpsychiatrische verpleegkundige zorg. Deze laatste kan de hoofdbehandeling vormen maar ook voor of na een psychotherapie plaatsvinden, of als nazorg na een opname.

Twee relevante verschillen tussen klinische en ambulante verpleegkundige zorg zijn de locatie van de patiënt en de beroepsverantwoordelijkheid van de ggz-verpleegkundige. Patiënten in de klinische situatie krijgen intensiever zorg en aan hen wordt meer bescherming geboden. Voor ambulante patiënten is geen sprake van een dergelijke intensieve observatie en bescherming. Risicovol gedrag kan minder goed geobserveerd worden en vraagt van de betrokken hulpverleners andere kennis en vaardigheden om dit gedrag tijdig en adequaat in te kunnen schatten.

De ggz-verpleegkundige die ambulante zorg verleent kan de directe zorg en observatie met weinig anderen delen en draagt daarom een grotere individuele verantwoordelijkheid. Intensieve samenwerking met andere disciplines is daarbij behulpzaam en noodzakelijk, maar vraagt een adequate inschatting door de ggz-verpleegkundige zonder dat directe toetsing door collega's mogelijk is.

Overigens zijn er sterke aanwijzingen dat klinische opname met bijbehorende observatie en controle (zelf)destructief gedrag kan vergroten. Het nemen van afgewogen risico's ter preventie van opname (en de mogelijke negatieve gevolgen daarvan) is dus een belangrijk onderdeel van het werk van ambulant werkende ggz-verpleegkundigen (Krawitz e.a., 2004). Het ondanks dringende verzoeken van de patiënt niet besluiten tot opname, vraagt om adequate kennis en vaardigheden, omdat dergelijke interventies voornamelijk gebaseerd zijn op best practice zijn. Zie voor crisisinterventie verder hoofdstuk 6.

Wetenschappelijke onderbouwing

Een literatuurreview inclusief meta-analyse naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij persoonlijkheidsstoornissen werd door Woods & Richards (2003) uitgevoerd. In het onderzoek werden 322 publicaties betrokken. Achttien onderzoeken voldeden aan de inclusiecriteria (4 RCT's, 4 gecontroleerde trials, 7 cohortstudies en 3 gevalbeschrijvingen). Het betrof 10 klinische patiëntenpopulaties en 1 dagklinische, 6 ambulante patiëntenpopulaties en 1 onderzoek op een afdeling spoedeisende hulp. In 10 onderzoeken was het percentage borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) en/of vrouwen hoog. In 3 onderzoeken betrof het zeer intensieve zorg aan uitsluitend mannen; het is niet duidelijk of bij hen vaker sprake was van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. In 5 onderzoeken is het effect van verpleegkundige interventies zonder multidisciplinaire context onderzocht, bij de overige onderzoeken waren meerdere disciplines betrokken. De uitkomstmaten werden geordend in de volgende categorieën: verandering in sociaal functioneren, verandering in zorgbehoefte, verandering in symptomen, en verandering in de status van de persoonlijkheidsstoornis.

Verpleegkundige interventies zonder multidisciplinaire context bleken een gering effect op het sociaal functioneren te hebben en te leiden tot een geringe symptoomreductie. Verpleegkundige interventies binnen een multidisciplinaire context bleken te leiden tot meer symptoomreductie en een sterker effect te hebben op het sociaal functioneren en de zorgbehoefte.

Interventies die gebaseerd zijn op een psychologische benadering (cognitief-gedragsmatig of psychodynamisch) bleken meer effect te hebben dan verpleegkundig management. Individuele psychotherapie had in deze onderzoeken meer effect dan groepstherapie en cognitieve gedragstherapie.

Linehan e.a. (1994) hebben in een onderzoek (N = 26) naar cognitieve gedragstherapie bij chronisch suïcidale patiënten met BPS beschreven dat dialectische gedragstherapie (DGT) het interpersoonlijk functioneren van deze patiënten verbetert. Het maakt daarbij geen verschil of de behandelaar psycholoog, verpleegkundige of student psychologie is. OP basis van bovengenoemd onderzoek adviseert DeCoux Hampton (1997) verpleegkundigen in DGT te scholen om de verpleegkundige zorg aan BPS-patiënten te verbeteren.

Miller e.a. (1994) beschreven de ontwikkeling van een verpleegkundige groepsinterventie voor BPS-patiënten gebaseerd op het theoretische raamwerk van de DGT. Deze interventie geeft verpleegkundigen meer effectieve instrumenten in handen en leidt tot positieve resultaten, die echter niet wetenschappelijk getoetst zijn.

Conclusie

Niveau 2	Verpleegkundige interventies hebben een gering effect op het sociaal functioneren en leiden tot een geringe symptoomreductie. Binnen een multidisciplinaire context hebben deze interventies een groter effect. Interventies op cognitief-gedragstherapeutische basis hebben meer effect dan verpleegkundig management. A2 Woods & Richards, 2003
Niveau 2	Dialectische gedragstherapie heeft een positief effect op interpersoonlijk functioneren bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en kan door meerdere disciplines uitgevoerd worden. A2 Linehan e.a., 1994
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het scholen van verpleegkundigen in dialectische gedragstherapie een positief effect kan hebben op verpleegkundige zorg aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis

	C DeCoux Hampton, 1997
Niveau 4	Een door Miller e.a. ontwikkelde verpleegkundige interventie op basis van principes van de dialectische gedragstherapie is mogelijk effectief.
	D Miller e.a., 1994

Overige overwegingen

Verpleegkundig management is voorwaardenscheppend voor een goede behandeling en als zodanig van belang. Als een op zichzelf staande interventie heeft het echter onvoldoende effect.

In Nederland is door ggz-verpleegkundigen ervaring opgedaan met het uitvoeren van DGT en/of de Vaardigheidstraining bij Emotie Regulatie Stoornis (VERS). Deze praktijkervaringen zijn positief omdat verpleegkundigen een theoretisch kader hebben om hun handelen te onderbouwen. De ervaringen passen bij bovengenoemde conclusie. Een aantal ggz-verpleegkundigen voert bovengenoemde behandelingen zelfstandig of als medebehandelaar uit. Zie voor de effectiviteit van deze behandelingen hoofdstuk 5.

In de literatuur zijn naast bovengenoemde algemene interventies geen effectieve interventies beschreven die specifiek zijn voor de sociaalpsychiatrische verpleegkundige zorg (een uitzondering vormen ambulante crisisinterventies, zie hoofdstuk 6).

In de praktijk wordt sociaalpsychiatrische verpleegkundige zorg vaak gegeven aan patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Het blijkt vaak noodzakelijk eerst de vaak optredende problemen op diverse levensgebieden op te lossen voordat een intensieve behandeling gestart kan worden. De zorg bestaat daarnaast uit nazorg na opname en langdurige zorg bij patiënten veel problemen op diverse levensgebieden.

Aanbevelingen

Algemene verpleegkundige zorg of verpleegkundig management kan het beste gegeven worden in een multidisciplinaire context. Daarbij is van belang dat binnen die context gewerkt wordt met een eenduidig theoretisch kader (bijvoorbeeld psychodynamisch of cognitief- gedragstherapeutisch).

Verpleegkundige interventies die gebaseerd zijn op cognitief-gedragstherapeutische principes hebben de voorkeur.

De werkgroep is van mening dat (sociaalpsychiatrische) verpleegkundige zorg minimaal moet voldoen aan de volgende voorwaarden om effectief te zijn:

- een juiste indicatiestelling
- een duidelijk behandelplan waarin doelen, middelen en evaluatiemomenten benoemd worden en duidelijke samenwerkingsafspraken met eventuele andere betrokken disciplines (gz-psycholoog, psychotherapeut of psychiater).

6.1.3.2 Verpleegkundige interventies bij zelfverwondend gedrag

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit een literatuuronderzoek naar de betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag blijkt er te weinig wetenschappelijke studies zijn gedaan naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij de behandeling van mensen die automutileren (Bosman & Van Meijel, 2006). Er zijn aanwijzingen dat verpleegkundige interventies op basis van dialectische gedragstherapie (DGT) enig positief effect bij zelfverwondend gedrag hebben. Bij deze therapie krijgen de volgende factoren aandacht: gevoelens van leegte, instabiel affect en impulsiviteit (Gallop, 1992).

Cremin e.a. (1995) publiceerden een beschrijvend onderzoek naar de effectiviteit van een op basis van psychodynamische principes ontwikkelde verpleegkundige interventie (n=20). De nadruk ligt daarbij op het hanteren van overdracht in de alledaagse contact en het hanteren van een gedeeld theoretisch kader. Er lijkt enig effect te zijn.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat verpleegkundige interventies op cognitieve basis en inzichtgevende basis effectief zijn bij de bestrijding van zelfverwondend gedrags.
	C Cremin, 1995
	C Bosman & van Meijel, 2006

Overige overwegingen

Bosman & Van Meijel (2006) benadrukken het belang van een open dialoog tussen patiënt en hulpverlener en een gedeelde visie op zelfverwondend gedrag. Zij pleiten voor het verder onderzoeken van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies ter vermindering van angst, spanning en vervreemding en daarmee mogelijk het zelfverwondend gedrag.

Verpleegkundigen worden vaak direct geconfronteerd met zelfverwondend gedrag en de praktische zorg daarvoor. Het is van belang dat zij voldoende kennis hebben van dit fenomeen en effectieve interventies. Een gedeelde visie op zelfverwondend gedrag kan niet alleen bestaan tussen verpleegkundige en patiënt, maar moet het gehele multidisciplinaire team betreffen.

Aanbevelingen

Het wordt aangeraden om zelfverwondend gedrag zorgvuldig binnen het multidisciplinaire team te bespreken en een eenduidig beleid vast te stellen.

Het heeft de voorkeur dat de verpleegkundige het zelfverwondend gedrag in open dialoog met de patiënt bespreekt en daarbij aandacht te geeft aan de beleving van de patiënt.

6.1.4 Verpleegkundige attitude en kennis

Een aantal onderzoeken (Bland & Rossen 2005; Cleary e.a., 2002; O'Brien, 1997; Gallop e.a., 1993;) geeft aan dat de zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen door verpleegkundigen als zeer stressvol ervaren wordt, vooral als het om borderlinepersoonlijkheidsstoornissen gaat (Bland & Rossen, 2005; Cleary e.a., 2002; Horsfall, 1999; Starr, 2004). Het gaat dan vooral om het omgaan met destructief gedrag (Bland & Rossen, 2005; Cleary e.a., 2002; Gallop e.a., 1993; Horsfall, 1999; O'Brien, 1997; Starr, 2004;) manipulerend gedrag (Bowers, 2003a en b, Fraser & Gallop, 1993; Gallop e.a., 1993) en acting-outgedrag (Cleary e.a., 2002; Markham, 2003).

Voor verpleegkundigen is het opbouwen en in stand houden van een therapeutische relatie met de patiënt een van hun belangrijkste instrumenten. Het is daarom van belang om factoren te identificeren die de kwaliteit van de therapeutische relatie bevorderen. .

Wetenschappelijke onderbouwing

In de onderzochte literatuur zijn diverse voorwaarden beschreven en soms getoetst. Alle gevonden publicaties betreffen vergelijkend onderzoek of de mening van deskundigen. Het onderzoek betreft kwantitatief onderzoek (met behulp van vragen- en of scoringslijsten), valideringsonderzoek middels literatuuronderzoek en conceptanalyse, alsmede het peilen van meningen van verpleegkundigen en patiënten middels (niet-

)gestructureerde individuele interviews en groepsinterviews. Het merendeel van de artikelen is gericht op de zorg voor patiënten met een BPS. Op basis van deze literatuur lijken 3 elementen belangrijk:

- a. *Attitude* – Een onderzoek onder 74 verpleegkundigen liet zien dat de diagnose BPS leidt tot een negatieve houding en perceptie van de verpleegkundigen ten opzichte van de patiënt (Markham, 2003). Zij uiten meer afwijzing ten opzichte van deze groep patiënten, zien hen als gevaarlijker en zijn minder positief over de kans op verandering dan bij patiënten met een andere diagnose. Het effect is sterker naarmate de verpleegkundige lager opgeleid is. Ander onderzoek (Fraser & Gallop, 1993) liet zien dat verpleegkundigen (n=17) minder empathisch reageren op patiënten met BPS dan op andere groepen patiënten (n=164 voor de totale groep patiënten). Zij voelen zich vaker bedreigd door deze patiëntengroep, wat leidt tot ingewikkelde overdrachts- en tegenoverdrachtsverschijnselen. Tevens blijkt dat verpleegkundigen meer negatieve kenmerken toeschrijven aan 'mensen met moeilijk gedrag' (doorgaans mensen met BPS) dan artsen (n=117). Dit heeft mogelijk te maken met de aard van hun professionele rol (Gallop e.a., 1993). Zijzelf zijn het instrument in het contact met de patiënt. Artsen daarentegen ervaren meer controlemogelijkheden door middel van het voorschrijven van medicatie of het al dan niet toestaan van privileges.
- b. *Vertrouwen* – Langley & Klopper (2005) geven in een kwalitatief onderzoek aan (20 patiënten en 6 hulpverleners) dat 'vertrouwen' een fundamenteel concept is in het opbouwen en handhaven van een therapeutische relatie met patiënten met BPS. Duff (2003) is van mening dat bewustzijn van de eigen houding en normen ten opzichte van mensen met persoonlijkheidsstoornissen nodig is om effectieve zorg te kunnen bieden. Bland & Rossen (2005) zeggen tevens dat verpleegkundigen verantwoordelijkheid moeten leren nemen voor hun eigen handelen en ontwikkeling.
- c. *Kennis* – Bowers (2003a en b) geeft aan in een literatuuroverzicht dat kennis van de betekenis van moeilijk gedrag tot een niet-veroordelende houding bij hulpverleners leidt. Dit zou kunnen leiden tot een effectievere wijze van omgaan met manipulerend gedrag. Volgens Horsfall (1999) en Starr (2004) geldt dit ook ten aanzien van automutilatie en suïcidaal gedrag. Horsfall meent tevens dat inzicht kan leiden tot een meer empathische houding van hulpverleners. Daarnaast lijkt opleiding gerelateerd te zijn aan de mate van negativiteit die verpleegkundigen ervaren ten opzichte van mensen met BPS (Markham, 2003). Een hoger opleidingsniveau leidt tot minder negatieve reacties.
- d. *Ondersteuning (opleiding en supervisie)* – Cleary e.a. (2002) laten in hun inventariserende onderzoek zien dat hulpverleners (n=229) goed kunnen aangeven wat zij nodig hebben om adequate zorg aan mensen met BPS te kunnen leveren. Naast meer kennis hebben ze behoefte aan vaardigheidstraining, ondersteuning van gespecialiseerde verpleegkundigen en supervisie. Duff (2003) geeft vanuit haar ervaring aan dat ondersteuning (het hebben van een mentor, persoonlijk ontwikkelingsplan, onderwijsprogramma) en supervisie belangrijk zijn voor hulpverleners die werken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis leidt tot een negatieve houding en perceptie van de verpleegkundigen ten opzichte van de patiënt. Daarnaast is er minder empathie voor de patiënt en worden eerder negatieve kenmerken aan de patiënt toegeschreven.</p> <p>C Markham, 2003; Fraser & Gallop, 1993; Gallop e.a., 1993</p>
-----------------	--

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat kennis en inzicht over 'moeilijke gedrag', automutilatie en suïcidaal gedrag leidt tot een meer empathische houding van hulpverleners. C Bowers, 2003a en b; Horsfall, 1999; Starr, 2004
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat vaardigheidstraining, gespecialiseerde medewerkers en supervisie een bijdrage kunnen leveren aan adequate zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. C Cleary e.a., 2002 D Duff, 2003

Overige overwegingen

Het is aannemelijk dat gebrek aan kennis van de betekenis en achtergronden van wat door verpleegkundigen als moeilijk gedrag van mensen met BPS beschouwd wordt, leidt tot een negatieve attitude jegens deze groep patiënten. Dit vermindert de kans op het opbouwen en handhaven van een effectieve therapeutische relatie.

Onderzoekers en deskundigen zijn van mening dat scholing, vaardigheidstraining en voortdurende supervisie leidt tot een niet-veroordelende en meer empathische houding en ook tot minder stress en kans op burn-out bij verpleegkundigen.

Het is aannemelijk dat bovenstaande conclusies te generaliseren zijn naar de gehele groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Hoewel de meeste onderzoeken in de klinische setting verricht zijn is het aannemelijk dat de bovenstaande conclusies ook te generaliseren zijn naar de ambulante groep patiënten.

Aanbevelingen

De werkgroep is van mening dat voortdurende scholing, vaardigheidstraining en supervisie aangeboden moet worden aan verpleegkundigen en andere hulpverleners die werken met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Voor verpleegkundigen is het opbouwen en in stand houden van een therapeutische relatie met de patiënt een van de belangrijkste instrumenten. Daarom is het van belang de factoren te identificeren die de kwaliteit van de therapeutische relatie bevorderen.

6.2 Vaktherapieën

Onder vaktherapieën worden beeldende therapie, drama-, muziek-, danstherapie en psychomotorische therapie gerekend. In vrijwel alle instellingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn één of meer vaktherapeuten aangesteld. Vaktherapieën hebben een belangrijke ervaringsgerichte, handelingsgerichte en/of scheppende kwaliteit. Ze maken gebruik van diverse materialen, instrumenten en attributen en van diverse werkvormen, bijvoorbeeld met veel of weinig structuur. Emoties, gevoelens, gedachten en gedragspatronen die via vormgeving, spel of beweging naar voren komen bieden aanknopingspunten voor (zelf)reflectie en communicatie, impuls- en emotieregulatie, het aan de orde stellen van patronen in voelen, denken en handelen, oefenen met nieuwe rollen en vaardigheden, en gedragsverandering. Vaktherapieën maken vaak deel uit van het behandelingsaanbod voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in verschillende settings, behandelingsmodules en -programma's, vaak in een consistent en gemeenschappelijk gehanteerd kader.

Uitgangsvragen

- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beeldende therapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dramatherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis muziektherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis psychomotorische therapie (PMT) aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?

6.2.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor literatuur over beeldende therapie, drama- en muziektherapie zijn de databases van Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library, en ScienceDirect geraadpleegd. Zoektermen waren 'music', 'drama' en 'art', in combinatie met 'personality' en 'therapy', in het Nederlands en in het Engels. Verder werd toegespitst onderzoek gedaan met de zoektermen 'cluster A', 'cluster B', 'cluster C' en de verschillende persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met de eerdergenoemde zoektermen. Daarnaast werd gezocht met de zoektermen 'danstherapie' en 'psychomotorische therapie' (en de combinatie ervan). Ook werden vaktijdschriften, vakgebonden databases, handboeken, producttyperingen en onderzoeksbeschrijvingen gebruikt. Geen van de gevonden referenties betrof een systematische review of een meta-analyse. Wel werden kleinschalige (gecontroleerde) onderzoeken (niveau C) aangetroffen. Voor literatuur over psychomotorische therapie bij persoonlijkheidsstoornissen zijn Embase, Medline en PsycINFO geraadpleegd. De zoektermen waren 'psychomotor therapy', 'movement therapy', 'body therapy', 'physical fitness programs', 'dance therapy', 'relaxation', 'emotion regulation', 'aggression regulation', 'Pesso psychomotor therapy', 'bioenergetic therapy', 'running therapy', 'personality disorders', 'psychiatric patients' (Nederlands en Engels). Daarnaast is er gebruikgemaakt van voor het onderwerp relevante tijdschriften, publicaties en internetsites. De search leverde geen effectonderzoek op. De literatuur is aangevuld met beschrijvende literatuur en een paneldiscussie.

6.2.2 Vaktherapie – algemeen

Wetenschappelijke onderbouwing

Veel effectief gebleken dagbehandelingprogramma's bevatten vormen van vaktherapie, individueel en/of in groepen (Bateman & Fonagy, 1999; Karterud & Urnes, 2004; Wilberg e.a., 1998). Het probleem van de betreffende onderzoeken is dat de bijdrage van de vaktherapie aan het behandelingseffect niet apart is bestudeerd. Vaktherapie wordt vaak aangeboden als onderdeel van een groter pakket van behandelaanbod. Hierdoor is het moeilijk om het effect ervan te isoleren. Bateman & Fonagy (2005) schrijven dat het vaktherapie in deeltijdprogramma's beogen een alternatieve manier te bieden om het mentaliseren te bevorderen. Het gebruik van beeldend werk, schrijven en andere op expressie gerichte activiteiten maken dat het interne op een externe manier tot uiting kan komen zodat er geverbaliseerd kan worden vanaf een afstand, door een alternatief medium en vanuit een ander perspectief. Ervaringen en gevoelens worden buiten de persoon geplaatst om expliciete mentalisering te faciliteren. Gevoelens worden daardoor hanteerbaar en worden beter begrepen binnen de – zo benoemen de auteurs de ervaring van patiënten – relatief veilige (minder angst oproepende) vaktherapie. In de klinische praktijk wordt vaak een deel van het programma ingeruimd voor vaktherapieën; dit beleid wordt in veel instellingen gedragen door de gehele behandelstaf.

Conclusie

Niveau 4

De werkgroep is van mening dat vaktherapie haar waarde in de praktijk voldoende heeft aangetoond om een waardevol deel te zijn van behandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

D Wilberg e.a., 1998; Bateman & Fonagy, 1999; Karterud & Urnes, 2004

Overige overwegingen

Diagnostiek – Vaktherapeuten onderzoeken in een dialoog met de patiënt welke problemen zich voordoen in het praktisch handelen (onder meer planning, concentratie en impulscontrole) en in de expressie van de patiënt in beeldend werk, muziek, beweging of drama. Dit gebeurt vaak niet op geprotocolleerde wijze, maar volgens deskundigen (paneldiscussie creatief therapeuten, 2005) draagt deze werkwijze bij aan de diagnostiek en het stellen van indicaties voor vaktherapie, bij patiënten die erg rationeel of verbaal zijn ingesteld of juist bij die patiënten die zich verbaal niet of moeilijk kunnen uiten. De praktijk laat zien dat multidisciplinaire observatieprogramma's vaak één of meer vormen van vaktherapie bevatten. De observaties die hieruit voortkomen, kunnen een bijdrage leveren aan de diagnostiek van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en leveren informatie over indicaties voor vaktherapie. Onderzoek met betrekking tot vaktherapeutische observatie is gewenst.

Behandeling – In een paneldiscussie onder vaktherapeuten (2005) is geïnventariseerd op welke gebieden creatief therapeuten een bijdrage hebben in de behandeling.

Bij cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen wordt vaktherapie gebruikt voor het herstel van het evenwicht (stabiliseren en structureren), contact maken (zelfbeleving, contact met de ander, contact maken met de realiteit), verbetering van het sociaal functioneren (leren vertrouwen, leren verbaliseren) en het vinden van interessegebieden.

Bij cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen gaat het om het leren reguleren van emoties en impulsen, om identiteitsversterking en om verbetering van het sociaal functioneren.

Bij cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen gaat het om het weer, of op een andere manier, contact maken met zichzelf en anderen.

Er wordt op verschillende wijzen gewerkt, van orthopedagogisch, supportief, tot meer re-educatief, inzichtgevend en reconstructief (Smeijsters, 2003).

Vaktherapie binnen psychotherapeutische behandelmethoden – Een groot aantal psychotherapeutische behandelmethoden maakt gebruik van experiëntiële behandeltechnieken. Dit sluit goed aan bij het karakter van de verschillende vaktherapieën en in de praktijk is dan ook te zien dat er binnen de vaktherapie een vertaalslag wordt gemaakt van de psychotherapeutische methode naar de vaktherapie. Deskundigen op het gebied van vaktherapie zijn van mening dat vaktherapie geïntegreerd kan worden in, en een goede aanvulling is op, bijvoorbeeld de dialectische gedragstherapie, de schemagerichte therapie en mentalisation based treatment. Dit standpunt komt naar voren in het panel van creatief therapeuten (2005), in de werkconferentie psychomotorische therapie en dialectische gedragstherapie (Fabius, 2004) en blijkt ook uit beschrijvende literatuur. Zo is er geschreven over beeldende therapie die wordt geïntegreerd in de dialectische gedragstherapie volgens Linehan (Haeyen, 2004), en over de dramatherapie (Thunnissen & Muste, 2002), en psychomotorische therapie (Reehorst, 2006), muziektherapie of beeldende therapie in de schemagerichte therapie van Young (De Jong, 2003; Haeyen, 2006). In de conferentie over psychomotorische therapie is genoemd dat bij patiënten een mate van lichaamsbewustzijn verondersteld wordt die deze patiënten (met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis) vaak niet hebben. Psychomotorische therapie kan helpen dit lichaamsbewustzijn te ontwikkelen. Zelfbeeld, emotieregulatie en het vinden van een andere manier van handelen is onderwerp van expressiegerichte vaktherapie.

Het voorgaande representeert de mening van deskundigen op het gebied van vaktherapie evenals die van verwijzers en andere disciplines waar in de praktijk mee

samengewerkt wordt. In de beschrijvende literatuur zijn ook diverse gevalsbeschrijvingen beschikbaar.

Het effect van deze methoden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is nog niet of nauwelijks wetenschappelijk onderzocht.

Aanbevelingen

Naar de mening van de werkgroep levert vaktherapie een zinvolle bijdrage aan de observatie en behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.
Meer onderzoek is nodig om de effecten van vaktherapieën systematisch te onderbouwen.
Bij een intensieve behandeling is het raadzaam om verbale en vaktherapeutische behandelingen samen aan te bieden en/of af te wisselen omdat patiënten verschillende manieren van leren hebben en omdat dit andere mogelijkheden binnen de behandeling biedt.
Naar de mening van de werkgroep is het aan te bevelen om vaktherapie in te zetten binnen verschillende psychotherapeutische behandelmethoden zoals onder meer dialectische gedragstherapie, schemagerichte therapie en mentalisation based treatment.

6.2.3 Beeldende therapie

Beeldende therapie heeft als doel om door middel van beeldend werk (zoals schilderen, tekenen, werken met klei, hout of steen) veranderings-, ontwikkelings- en/of acceptatieprocessen op gang te brengen. De beeldend therapeut gebruikt zijn interventies binnen de context van het beeldend werk (Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005).

6.2.3.1 Diagnostiek bij beeldende therapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Naast de observaties van de beeldende therapie zoals bedoeld in de alinea over diagnostiek bij 'Vaktherapie - algemeen', gebruiken veel beeldend therapeuten ook de 'diagnostic drawing series' (DDS). De DDS is een diagnostisch instrument dat ontwikkeld is in de jaren tachtig in het Fairfax Hospital in Virginia. Deze test is gebaseerd op de DSM-IV en maakt gebruik van een objectieve structuuranalyse van drie tekeningen (Cohen, 1986; Cohen e.a., 1998). De DDS geeft een indicatie van een mogelijke diagnose.

Al meer dan twintig jaar heeft men bij patiënten bij wie de diagnose door twee artsen onafhankelijk van elkaar was vastgesteld, de test afgenomen. De tekeningen worden gescoord op structurele kenmerken die helder en door iedere getrainde creatief therapeut gecontroleerd kunnen worden. Na jaren van onderzoek kan men op grond van de tekeningen een aantal stoornissen onderscheiden. Tevens is het profiel beschreven van een controlegroep bij volwassenen.

Mills (1989) onderzocht een groep van 32 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-III. Deze werden blind gescoord op 40 beeldkenmerken en vergeleken met andere diagnosegroepen. Hieruit kwam een profiel naar voren van de tekeningen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis met veelvoorkomende kenmerken. Dit profiel geeft een statistisch significante indicatie. Het betreft hier de volgende kenmerken. In de boomtekening: desintegratie en veel ruimtegebruik (67-99%); in de 3de tekening (vraag naar gevoel): insluiting, kleurmenging (niet in de 1ste of de 2de) en abstractie.

Het betreft hier een niveau-C-onderzoek. Het onderzoek is grootschalig van opzet en laat weinig ruimte voor subjectieve interpretatie. Het instrument is uitvoerig beschreven in een handboek met handleiding. Er is een duidelijk omschreven controlegroep. Onderzoek naar de mate van overeenkomst in het scoren van de tekeningen tussen verschillende beeldend therapeuten op de gestandaardiseerde scorelijst voor de DDS wijst uit dat deze schaal een hoge interbeoordelaarsovereenstemming kent. Van de items werd 84,2% overeenkomstig gescoord (Cohens kappa 0,567) (Fowler & Ardon, 2002). Andere onderzoeken komen nog hoger uit (Mills e.a., 1993). In Nederland wordt de DDS gebruikt door beeldend therapeuten, zowel bij ggz-instellingen als bij zelfstandig gevestigde beeldend therapeuten. De DDS biedt de beeldend therapeut en mogelijk ook de andere leden van het multidisciplinaire team behandelindicaties omdat de DDS snel een profiel van de patiënt verstrekt inzake omgang met verschillende appèls (reacties op verschillende mate van structuur, op een vraag naar gevoel, en op de taak, de motivatie, de bereidheid dan wel mogelijkheid om te reflecteren, de inhoud van de belevingswereld en de behoefte zich hierover te uiten).

Conclusie

Niveau 2	De 'diagnostic drawing series', afgenomen door een daarin getrainde beeldend therapeut, kan een aanwijzing geven van een diagnose bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Tevens biedt de DDS behandelindicaties voor beeldende therapie. A2 Fowler & Ardon, 2002; Mills e.a., 1989 C Mills e.a., 1993
-----------------	---

Overige overwegingen

De DDS heeft slechts een gedeeltelijke relevantie voor deze richtlijn omdat deze test nog niet alle te onderscheiden persoonlijkheidsstoornissen kan scoren. Verder onderzoek is nodig om alle persoonlijkheidsstoornissen te kunnen onderscheiden. Zie verder bij 'Vaktherapie – algemeen'.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat beeldend-therapeutische observatie en de 'diagnostic drawing series' waarde kunnen hebben voor de multidisciplinaire diagnostiek, omdat deze een aanwijzing voor een diagnose kunnen geven en indicaties voor (beeldend-)therapeutische behandeling.

6.2.3.2 Effectiviteit van beeldende therapie

Wetenschappelijke onderbouwing

In het onderzoek van Karterud & Pedersen (2004) werd bij 319 patiënten het effect onderzocht van de componenten van een groepsgericht, kortdurend dagbehandelingprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen. Van de patiënten had 86% een persoonlijkheidsstoornis, meestal ging het om de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Om het behandelingseffect te evalueren werd onder meer de vraag gesteld: hoeveel profijt heeft u gehad van de volgende groepen gedurende de behandeling? Het profijt van de beeldende-therapiegroep werd significant hoger ($p < 0,001$) gescoord dan dat van alle andere groepen. De beeldende therapie werd het hoogst gescoord door alle patiëntencategorieën (gemiddelde score 5,5). Deze score werd afgezet tegen de uitkomsten op onder andere de Global Assessment of Functioning (GAF) en het Group

Style Instrument (GSI). De score van de beeldende-therapiegroep correleerde significant ($p=0,005$) met het 'overall profijt' van het programma. De multipele regressieanalyse duidde ook op een sterker effect in de beeldende-therapiegroep ($\beta=0,17$; $p=0,008$). Karterud & Pedersen benoemen in de discussie dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis de beeldende therapie erg waardeerden in het bijzonder vanwege de 'alsofsituatie' (Fonagy e.a., 2002) die een veilige methode biedt om de belevingswereld te exploreren, uit te drukken en betekenis toe te kennen (te mentaliseren) door middel van zelfobjecten in de vorm van werkstukken. Karterud & Pedersen (2004) betrekken bovenstaand onderzoek in een ander grootschalig onderzoek naar de optimale compositie van dagbehandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Zij menen dat beeldende groepstherapie de ontwikkeling van mentaliseren en reflectief functioneren bevordert. Zij concluderen dat de beeldende therapiegroep deel voor 3 uur (1,5 uur 2 keer) per week een kernelement zou moeten zijn van het therapeutische programma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Dit als deel van een advies voor een 11 uursprogramma per week verdeeld over 3 dagen, dat naast beeldende therapie bestaat uit psychotherapie in een kleine groep (3 uur per week) en psychotherapie in een grote groepssetting (2 uur per week).

Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat beeldende (groeps)therapie een bijdrage levert aan de verbetering van het functioneren (sociaal, emotioneel en gedragsmatig) van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Ook blijkt beeldende therapie gewaardeerd te worden door patiënten.</p> <p>C Karterud & Pedersen, 2004</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

In de beschrijvende literatuur, onder meer in 17 gevalbeschrijvingen, komt beeldende therapie naar voren als een belangrijk middel ter vergroting van het gevoel van eigenwaarde, de autonomie of het zelfvertrouwen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en als een middel om in contact te komen met patiënten en hun problemen. Daarbij gaat het ook om het vergroten van inzicht en om het veranderen van gedrag, emotieregulatie, impulsregulatie, intermenselijke vaardigheden en intrapsychische integratie. Deze effecten worden in een groot aantal van de bestudeerde artikelen, onafhankelijk van elkaar, aangehaald. Uit het door Haeyen (2006) uitgevoerde onderzoek middels vragenlijsten onder 48 patiënten (hoofdzakelijk met borderlinepersoonlijkheidsstoornis) bleken de patiënten duidelijke verbeteringen aan te kunnen geven. Het betrof hier effecten op de mate van inzicht in zichzelf en in eigen patronen, met betrekking tot het contact met het eigen gevoel en het opdoen van een corrigerende ervaring.

De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van beeldende therapie. Ander onderzoek naar de effecten dan eerder werd besproken is niet beschikbaar.

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van beeldende therapie binnen het kader van dialectische gedragstherapie. Deskundigen op het gebied van beeldende therapie zijn van mening dat beeldende therapie een goede aanvulling kan zijn op dialectische gedragstherapie. Door het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek kan hierover nog geen aanbeveling worden gedaan.

Aanbeveling

Naar de mening van de werkgroep is voldoende duidelijk geworden dat beeldende (groeps)therapie waardevol is voor behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

6.2.4 Dramatherapie

In dramatherapie wordt het medium drama doelgericht en methodisch ingezet voor het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen.

6.2.4.1 Diagnostiek bij dramatherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit een onderzoek van Dent-Brown & Wang (2004) blijkt dat de dramatherapeutische six part story method (6PSM) bijdraagt aan de bepaling van indicatoren voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Zo blijkt het niveau van pessimisme en mislukking in een verhaal van de patiënt de ernst van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis van de schrijver te representeren.

De 6PSM is een projectieve techniek waarbij de patiënt een fictief verhaal maakt volgens gestructureerde instructies van de therapeut. De zes delen van het verhaal zijn:

- hoofdpersoon
- taak voor de hoofdpersoon
- zaken die de hoofdpersoon in de weg staan
- zaken die de hoofdpersoon helpen
- de climax
- wat volgt uit de climax

Zes stellingen werden geselecteerd en in een pessimism/failure scale (PF-scale) omgezet. Drie groepen werden betrokken in dit onderzoek: 11 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis; 12 patiënten met een andere diagnose; en 24 personen (verpleegkundigen/therapeuten) als groep zonder psychiatrische problematiek (deze werden echter niet onderworpen aan een De patiëntdeelnemers werden geïnterviewd met het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) en de Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM). De verhaaltapes werden geanalyseerd door een panel. De verhalen uit de 3 groepen die werden betrokken in dit onderzoek werden gerandomiseerd en zonder informatie over de herkomst verdeeld onder de raters. Er was sprake van significante verschillen in PF-scores van de BPS-groep en die van de andere 2 groepen ($t=-4,50$; $df=59$; $p<0,001$). De beïnvloeding van de scores door depressie of gender werd onderzocht en kon uitgesloten worden. De PF-scale heeft een acceptabele test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsovereenstemming onder scoorders die minimaal 1 dag getraind zijn. Het onderzoek heeft uitgewezen dat bepaalde elementen van de 6PSM valide reflecties zijn van de vertellers persoonlijkheidsstijl.

In een eerder artikel (1999) van dezelfde auteur stelt deze dat het gebruik van de 6PSM wellicht vooral belangrijk is in termen van het produceren van kwalitatieve feedback voor de patiënt, eerder nog dan diagnostische categorisering. Het biedt bovenal een metaforische taal waarmee gecommuniceerd kan worden binnen de dramatherapeutische samenwerking met de patiënt.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de dramatherapeutische Six Part Story Method een bijdrage levert aan de multidisciplinaire diagnostiek en behandelingsindicaties voor dramatherapie levert bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.
-----------------	--

6.2.4.2 Effectiviteit van dramatherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Sheppard e.a. (1990) onderzochten de effecten van een psychiatrisch rehabilitatieprogramma, waarvan dramatherapie in groepsverband (2 keer per week 30/45 minuten gedurende 15 weken) deel uitmaakte, bij 10 opgenomen volwassen patiënten (2 met een persoonlijkheidsstoornis en acht met een schizofrene stoornis). De mate waarin patiënten adequaat verbaliseren bleek sterk toe te nemen. Dit onderzoek speelt zich specifiek binnen dramatherapie af en er werd gebruikgemaakt van 'behavioral recording techniques' om veranderingen in de verbale communicatie van patiënten te evalueren gedurende een serie van groepsimprovisatie-dramatherapiesessies. Verbaliseringen werden geteld per sessie, 4 keer tijdens de serie bijeenkomsten. De frequenties van verbalisatie tussen de eerste en de laatste sessies werden gemeten en lieten een significante vooruitgang zien in het aantal verbalisaties ($t=3,37$; $df=9$; $p<0,01$). Ook lieten de patiënten een positieve waardering zien in de evaluatievragenlijst. Kanttekening bij dit onderzoek moet zijn dat de doelgroep maar voor een klein deel bestond uit de doelgroep (persoonlijkheidsstoornissen). Bij gebrek aan ander onderzoek wordt het hier toch vermeld.

Conclusie

Niveau 3	Er is een aanwijzing dat (groeps)dramatherapie een gunstig effect kan hebben op het zich verbaal adequaat uitdrukken bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.
-----------------	---

	C Sheppard e.a., 1990
--	-----------------------

Overige overwegingen

Behalve het onderzoek van Sheppard e.a. (1990) werden geen andere onderzoeken gevonden waarin effecten van dramatherapie werden onderzocht.

In de beschrijvende literatuur, waaronder tien gevalsbeschrijvingen, wordt dramatherapie beschreven als een methode die patiënten helpt te leren omgaan met gevoelens en te leren doorbreken van impasses in het sociaal functioneren.

Johnson (1981) ontwikkelde een typologie die specifiek is voor observatie middels dramatherapie, met een onderscheid tussen het geremde type, het overbetrokken type, het dwangmatige type en het impulsieve type. Deze typologie komt voort uit het dramatische spel en kan duidelijk aan verschillende persoonlijkheidsstoornissen gekoppeld worden.

De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van dramatherapie.

Aanbeveling

Naar de mening van de werkgroep zou (groeps)dramatherapie een te overwegen bijdrage moeten vormen bij behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

6.2.5 Effectiviteit van muziektherapie

In groepsvorm wordt muziektherapie aangeboden om contactname te vergroten, sociale vaardigheden te oefenen, en inzicht te verkrijgen in eigen communicatiepatronen. Specifieke gedragspatronen worden in muziektherapie bewust gemaakt en gedragsveranderingen kunnen direct actief vormgegeven en geoefend worden. De groep heeft daarbij een belangrijke functie als klankbord en oefenruimte. Ook heeft muziektherapie een functie in het leren herkennen, inzien, verwerken en leren omgaan met emoties.

Wetenschappelijke onderbouwing

In de context van muziektherapeutisch onderzoek is er opvallend weinig onderzoek verricht naar de effecten van muziektherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. Er is een vergelijkend onderzoek over BPS: Schmidt (2002) onderzocht de effecten van muziektherapie (2 keer per week, 1,5 uur gedurende 2 maanden, in groepen van 6-8 personen) bij 34 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en 29 patiënten met 'algemene neurotische/psychosomatische problematiek'. Therapietrouw en aspecten van emotionele beleving werden gemeten door middel van wekelijkse vragenlijsten ($\alpha=0,83$). Effectverschillen waren in dit onderzoek niet heel precies te bepalen vanwege onvoldoende onderzoekrespons: slechts 53% vulde meer dan 4 lijsten in. De belangrijkste uitkomsten zijn uit deze data dat de therapietrouw van patiënten met BPS lager was dan die van de controlegroep en dat zij zich bij conflictsituaties vaker terugtrekken ($p<0,05$). De overig resultaten zijn in vooral beschrijvend weergegeven. BPS-patiënten waren na afloop van het onderzoek tevreden over muziektherapie, hadden een betere zelfwaarneming, voelden zich meer in staat nieuwe contacten aan te gaan en voelden zich rustiger en meer ontspannen.

Conclusie

Niveau 3	Er is een aanwijzing dat muziektherapie een bijdrage kan leveren aan de verbetering van zelfwaarneming, sociaal functioneren en ontspanning van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. C Schmidt, 2002
-----------------	--

Overige overwegingen

Behalve het onderzoek van Schmidt (2002) werden geen andere publicaties gevonden waarin onderzoek naar de effecten van muziektherapie werd gerapporteerd. In de beschrijvende literatuur, waaronder 5 gevalsbeschrijvingen, en in de paneldiscussie van creatief therapeuten (2005) wordt geopperd dat muziektherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld de obsessief-compulsieve en de narcistische persoonlijkheidsstoornis. De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van muziektherapie.

Aanbeveling

Naar de mening van de werkgroep kan (groeps)muziektherapie een belangrijk element zijn in behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

6.2.6 Effectiviteit van psychomotorische therapie

Psychomotorische therapie (PMT) richt zich op psychische klachten en problemen die zich mede uiten in het bewegen en in de lichaamsbeleving. In de PMT wordt gebruikgemaakt van bewegingsactiviteiten en lichaamsgerichte technieken.

Bij de eerste valt te denken aan oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs, bij de tweede gaat het om het concentreren op de ervaring en beleving van het eigen lichaam, bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness en bio-energetica.

Het literatuuronderzoek (zie inleiding vaktherapie dit hoofdstuk) leverde enkele RCT's en effectonderzoeken op die de evidentie voor PMT onderbouwen. Deze literatuur is aangevuld met beschrijvende artikelen, gevalbeschrijvingen en modules en productbeschrijvingen van PMT die door de beroepsvereniging zijn ontwikkeld. Op basis van deze literatuur worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

6.2.6.1 *Bewegings- en PMT-programma's gericht op psychische klachten*

Wetenschappelijke onderbouwing

Ten eerste worden hier onderzoeken genoemd die de invloed van bewegen op het psychologisch welbevinden hebben gemeten. In een quasi-experimentele opzet met 37 patiënten, waarvan 33% met een persoonlijkheidsstoornis, toonden Hutchinson e.a. (1999) aan dat het verhogen van fysieke fitheid door middel van een gestructureerd oefenprogramma van 15-20 weken een gunstige uitwerking heeft op de stemming, het psychologisch welbevinden, het zelfconcept en de zelfwaardering en dat het leidt tot vermindering van depressie, angst en stress.

Knapen e.a. (2003a en b) vonden gunstige effecten van twee therapieprogramma's (een psychomotorisch programma en een op maat gemaakt programma ter verbetering van de conditie) bij 141 psychiatrische patiënten, waaronder patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Uit het tweede onderzoek (Knapen 2003b) bleek dat de verbetering van het zelfconcept samenhangt met subjectief ervaren verbeteringen in de conditie.

Een probleem van deze onderzoeken is dat patiënten met verschillende diagnoses werden behandeld.

Conclusies

Niveau 3	Er is een aanwijzing voor de toename van de fitheid en een afname van symptomen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bij toepassing van een gestructureerd fysiek oefenprogramma. B Hutchinson, 1999
Niveau 3	Er is een aanwijzing voor de toename van de fysieke fitheid en de verbetering van het zelfbeeld van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bij toepassing van psychomotorische therapie. C Knapen e.a., 2003a en b

Overige overwegingen

In de beschrijvende literatuur wordt melding gemaakt van gunstige effecten van psychomotorische therapie. Deze effecten kunnen van belang zijn voor de gehele populatie, maar zijn voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis extra aan te bevelen. De volgende psychologische mechanismen spelen een rol: waargenomen fitheidsverbetering (zowel objectief als subjectief), ontwikkelingen in het lichaamsbeeld door de training, het gevoel van controle over het lichaam verbetert, gevoelens van lichamelijk welbevinden, sociale ervaringen (bij groepsaanbod) en versterking van trainingsgedrag, het bereiken van doelen en succeservaringen. De evaluatie door patiënten van een dergelijk aanbod is doorgaans positief. Bovengenoemde effecten hebben een gezondheidswinst op de lange termijn (nog te onderzoeken).

Het lijkt de moeite waard in een setting voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen mogelijkheden voor PMT te realiseren.

Aanbeveling

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan overwogen worden psychomotorische therapie aan te bieden ten behoeve van de verbetering van de fysieke fitheid en het zelfbeeld.

6.2.6.2 PMT-interventies gericht op stemmingsverbetering en gedragsverandering

Wetenschappelijke onderbouwing

De invloed van bewegen op de stemming is door Brooks & Stark (1989) onderzocht. Zij toonden een gunstig effect aan van één sessie dans- en bewegingstherapie op angst, depressie en in minder mate, hostiliteit.

Problemen van dit onderzoek zijn dat patiënten met verschillende diagnoses werden behandeld, dat de onderzoeksgroep klein was, dat geen effecten op symptomen werden gemeten en dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen dans- en bewegingstherapie als interventies.

Conclusie

Niveau 3

Er zijn aanwijzingen dat dans- en bewegingstherapie een gunstig effect hebben op de stemming van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

C Brooks & Stark, 1989

Overige overwegingen

In de beschrijvende literatuur, onder meer in beschrijvingen van interventies die gericht zijn op stemmings- en gedragsveranderingen, wordt melding gemaakt van potentiële effecten van PMT-interventies op een groot aantal gebieden. Deze literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van PMT. Effectonderzoek is niet beschikbaar.

Indien PMT deel uitmaakt van de behandeling dienen de nodige voorzieningen beschikbaar te zijn: een bewegingsruimte, materiaal, geschoold personeel. Na investering in dergelijke voorzieningen is PMT kostendekkend aan te bieden binnen een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. In een groot aantal ambulante settings en in de meeste deeltijd- en klinische programma's maakt PMT deel uit van de behandeling.

Aanbeveling

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan overwogen worden psychomotorische therapie aan te bieden ten behoeve van de verbetering van de stemming.

6.2.6.3 Impulsregulatietraining

Wetenschappelijke onderbouwing

Op het gebied van impuls- en agressieregulatie, een veelvoorkomende indicatie voor PMT, is het volgende bewijs gevonden. In een overzichtsartikel van Sanderlin (2001) wordt een aantal onderzoeken beschreven naar de behandeling van excessieve boosheid en agressiedisregulatie bij populaties met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Hierbij gaat het om gevangenen, jeugdige delinquenten en gehospitaliseerde adolescenten met

impulscontroleproblematiek. In vier RCT's werd aangetoond dat agressieregulatietraining, soms gecombineerd met relaxatietraining en sociale vaardigheidstraining (twee RCT's) tot een significante verbetering in de agressieregulatie leidt. De combinatie van cognitieve therapie en relaxatietraining zou het meeste effect sorteren. Een beperking van deze onderzoeken zijn de kleine aantallen patiënten. In een niet-gerandomiseerd onderzoek van Henquet (2005) wordt een gunstig effect gerapporteerd van een psychomotorische interventie bij agressiedisregulatie en impulsproblematiek.

Conclusie

Niveau 3	Psychomotorische therapie heeft mogelijk een gunstig effect op de agressie- en impulsregulatie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met dergelijke problematiek. C Sanderlin, 2001; Henquet, 2005
-----------------	--

Overige overwegingen

In de beschrijvende literatuur, onder meer in beschrijvingen van interventies die gericht zijn op agressie- en impulsdisregulatie, wordt melding gemaakt van potentiële effecten. De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van PMT. Met name Kuin (2000) heeft een psychomotorische module beschreven, met als theoretisch kader cognitieve therapie, gedragstherapie en directieve therapie, voor de behandeling van agressiedisregulatie en impulsproblematiek. Op basis van deze module ontstaan in veel instellingen modules impulsregulatie waarin een PMT-aanbod verwerkt is.

Van der Meijden-van der Kolk & Roethof (2000) hebben voor patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis met impulscontroleproblematiek een aanbevolen PMT-behandeling geschreven. Vaak is er bij dergelijke patiënten weinig contact met het eigen lichaam door chronische overspanning. Er is voor de patiënt geen spanningsopbouw waarneembaar. Het eigen destructieve handelen wordt als in een waas – ik-vreemd – beleefd. Doelen voor PMT zijn dan: leren onderkennen, controleren en beheersen van impulsen die eerder agressief destructief handelen tot gevolg hadden. Ander onderzoek naar de effecten dan eerder werd besproken is niet beschikbaar.

Aanbeveling

Bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis met agressie- en impulsdisregulatie kan psychomotorische therapie worden overwogen.

6.2.6.4 *Relaxatiemethoden*

Wetenschappelijke onderbouwing

Binnen de PMT wordt veelvuldig gewerkt met relaxatiemethoden en ademhalingstraining vanuit verschillende theoretische referentiekaders. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van de verschillende relaxatiemethoden in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ontbreekt echter vooralsnog.

Overige overwegingen

Binnen de PMT en daarbuiten (bv. in het kader van gedragstherapeutische behandelingen), worden verschillende relaxatiemethoden gebruikt, zoals de functionele ontspanning (Krietsch-Mederer, 1988), de progressieve relaxatie volgens Jacobson (1929; Bernstein & Borkovec, 1977), de autogene training van Schulz (Lehembre, 2003) en de ademhalingstraining (Bolhuis & Reijnders, 1983; Brooks, 1974). Het is niet

uitgesloten dat deze methoden van nut kunnen zijn voor het leren controleren van het spanningsniveau en het reguleren van emoties bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat relaxatiemethoden gericht op het reguleren van het spanningsniveau en het vergroten van de zelfwaarneming waardevol zijn in de behandeling van patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis

6.3 Maatschappelijk werk

In een tweede- of derdelijns setting participeert maatschappelijk werk in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Dit kan zijn door middel van het geven van psycho-educatie, netwerkondersteuning, praktische ondersteuning en begeleiding, emotionele ondersteuning of veranderingsgerichte begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, trainingen en groepswork. Tijdens klinische opname komt daar nog bij: praatpaal en intermediair. De maatschappelijk werker treedt zonder vaste frequentie op als gesprekspartner en heeft enerzijds de taak van emotionele ondersteuning en anderzijds het regelen van praktisch zaken en optreden als bemiddelaar of belangenbehartiger.

De functie van maatschappelijk werker wordt naast participeren in de behandeling vooral gezien als brug naar de dagelijkse leefsituatie. Een eerste taak van het maatschappelijk werk is vaak een sociale screening: opsporen en benoemen van de risicofactoren in de dagelijkse leefsituatie van de patiënt die de psychiatrische stoornis verergeren of bestendigen. Daar waar belemmeringen zijn in de thuissituatie wordt de maatschappelijk werker er op af gestuurd om de zaak in ogenschouw te nemen en om waar nodig zelf actie te ondernemen, of om andere, niet-geïstitutionaliseerde, professionals in te schakelen: schuldhelpverleners van de sociale dienst, AMW of kredietbank, of gespecialiseerde gezinsverzorging. Het verbeteren van de thuissituatie en het slaan van een brug naar andere instanties die de patiënt ten dienste kunnen zijn speelt aan het eind van de klinische opname een rol, maar ook tijdens de behandeling al. Soms komt een patiënt ook binnen vanuit een zeer chaotische en ziekmakende thuissituatie en dan heeft de context al vanaf het begin van de behandeling de volle aandacht.

Maatschappelijk werk is vaak het directe aanspreekpunt voor het netwerk, de partner of het gezin. Enerzijds gaat het erom de familie / naasten te betrekken bij de behandeling ten gunste van de patiënt zelf. Daarnaast gaat het om het bieden van ondersteuning aan familie / naasten zelf zodat zij zelf ook beter toegerust zijn voor hun rol / taak. Bij afronding van de opnameperiode speelt maatschappelijk werk dikwijls een rol in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk. Soms rekent de regionale tweede en derdelijns GGZ dit niet direct tot haar taken, dan heeft het Algemeen Maatschappelijk Werk, of de (gespecialiseerde) gezinszorg hierin een rol.

6.3.1 Interventies

De interventies van maatschappelijk werkers in een tweede- of derdelijn zijn deels hetzelfde en deels anders dan de interventies in de eerstelijns van het AMW. Hierbij gaat het niet zozeer om de inhoud van de interventies maar vooral om de plaats in het geheel. In de tweede- en derdelijn is tenminste een deel van de interventies duidelijk afgebakend en vooraf ingepland. De maatschappelijk werker weet welk programmaonderdeel voor zijn rekening komt en overlegt hierover ook met andere disciplines. Afstemming gebeurt vaak door middel van behandelingsplannen en hulpverleningsprogramma's (zorgprogramma's). Dat maakt dat alle disciplines een duidelijke rol hebben in een geheel.

In de eerste lijn staan de interventies veel meer 'op zichzelf' en wordt er gecombineerd al naar gelang waar in de situatie van de patiënt op dat moment behoefte aan is. Tijdens de intake wordt een globale lijn uitgezet, maar vaak is het ook een kwestie van uitproberen wat goed aanslaat. Op die manier wordt flexibel ingespeeld op zaken die zich tijdens het hulpverleningsproces voordoen in de situatie van de patiënt. In de meeste gevallen zijn er geen andere disciplines die meekijken en meoordelen. De maatschappelijk werker is eindverantwoordelijk, hij bepaalt samen met de patiënt de doelen en boordeelt de resultaten. Door de sterke samenhang met de dagelijkse leefsituatie en de 'fine-tuning' die op elk moment tijdens de hulpverlening plaatsvindt, wordt vooraf niet zo sterk bepaald hoe de hulp gaat verlopen, gaande de rit ontvouwt zich de hulpverleningsaanpak. Deze direct bij de behoefte aansluitende aanpak is de kracht en tevens de zwakte van maatschappelijk werk in de eerstelijns. Zeker gezien de huidige ontwikkelingen waarbij afstemmen en samenwerken met andere disciplines, de zogenoemde 'ketenbenadering' het credo van de overheid is. De ontwikkelingen rondom de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij chronische psychiatrische patiënten zoveel mogelijk weer onderdeel uitmaken van de samenleving, zullen het belang van een goede samenwerking en afstemming alleen maar versterken. In de tweede of derde lijn kan van een soortgelijke aanpak sprake zijn: gedurende de opname kunnen er problemen opdoemen waar aanvankelijk geen rekening mee was gehouden, maar die essentieel zijn voor de voortgang van de behandeling. Te denken valt aan bijvoorbeeld veranderende familieomstandigheden of ontstane schulden bij woningbouwvereniging of energieleveranciers. En ook hier geldt dat de ene hulpverlener, ongeacht welke discipline, een gemakkelijker ingang heeft bij de patiënt dan de andere. Flexibiliteit, creativiteit en pragmatisme zijn belangrijke aspecten.

6.3.2 Diagnostiek bij maatschappelijk werk

In de tweede- en derdelijns GGZ wordt veelal geanalyseerd binnen het diagnostisch kader van de psychiatrie: de DSM-IV. As 4 staat voor psychosociale belastende factoren en as 5 staat voor het niveau van functioneren. Ook hier gebruikt de maatschappelijk werker veelal de verschillende leefgebieden om de problematiek op te benoemen. Voor zowel maatschappelijk werkers binnen de eerste lijn als voor maatschappelijk werkers in de tweede- en derdelijns GGZ geldt dat zij een specifieke verbinding leggen tussen het psychische en het sociale functioneren. Het functioneren in de dagelijkse leefsituatie, de contacten met anderen vormen de aangrijpingspunten om de hulpverlening op te baseren. Ook hier spelen interventies zich af op de acht genoemde levensgebieden.

Aanbevelingen

Tijdens de behandeling

- Ondersteuning, voorlichting, communicatie en afstemming met familie / naasten moet standaard onderdeel zijn tijdens het verblijf in een klinische setting.
- Tijdens het verblijf in een klinische setting moet tevens gewerkt worden aan de randvoorwaarden in de thuissituatie die terugkeer kunnen vergemakkelijken. Denk aan materiële randvoorwaarden als huisvesting, financiën (zodanig bewindvoering) en immateriële randvoorwaarden als communicatie met buurtgenoten in geval van (verwachte) conflicten, overleg met werk, afstemming met familie, enz. In een deel van de gevallen zal de patiënt hiervoor toestemming moeten geven.

Vertrek uit kliniek / nazorg

Het is van belang om tijdens een nazorgtraject ook aandacht te blijven besteden aan de materiële randvoorwaarden om de terugkeer te bestendigen huisvesting, financiën. Een goede overdracht aan lokale voorzieningen kunnen ondersteunend werken bij het bereiken van een (tijdelijk) stabiele situatie.

6.4 Crisisinterventie

6.4.1 Patiënten- en familieperspectief

Crisiskaart

Voor (ambulante) patiënten bij wie geregeld een crisis dreigt, is het maken/hebben van een crisisplan en/of crisiskaart waardevol. Dit kan voorkomen dat iemand in crisis raakt of, als iemand al in crisis is, voorkomen dat verkeerde hulp geboden wordt (Van de Graaf, 2006).

Aanbeveling

Het maken/hebben van een crisisplan en/of crisiskaart is waardevol voor patiënten bij wie geregeld een crisis dreigt.

Het is wenselijk, dat hulpverleners zich realiseren wat voor een enorme invloed een crisissituatie heeft op patiënt als zijn naaste omgeving. Het is om die reden van groot belang dat vanaf de nuldelijn men crisissituaties goed inschat en de nodige begeleiding geeft aan zowel patiënt als directe omgeving.

6.4.2 Crisisinterventie

Onder een psychiatrische crisis wordt doorgaans een tijdelijke doch ernstige verstoring van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht verstaan, gepaard gaand met symptomen als hallucinaties, wanen, paniek, sterke somberheid en suïcidaliteit. Ook bij agressief en zelfbeschadigend gedrag wordt meestal van een psychiatrische crisis gesproken. Bij een crisis kan de patiënt in verschillende geledingen van de gezondheidszorg om hulp vragen en crisisinterventie wordt dan ook door veel verschillende professionals geboden, op veel verschillende manieren. In de beschikbare literatuur is deze breedte terug te vinden: de beschreven interventies lopen sterk uiteen. Gezocht is in Medline, Embase, PsychInfo en Cinahl op combinaties van de volgende termen: personality disorder(s) AND [crisis intervention (alle databases) OR psychiatric emergency services (Medline) OR emergency health service (Embase) OR emergency services (PsychInfo) OR psychiatric emergencies (Cinahl)]. Alleen Nederlandstalige en Engelstalige artikelen tussen 1987 en 2005 werden geïncludeerd. Aanvullend werden twee tijdschriften (Crisis, 1987-2005 en Brief Treatment & Crisis Intervention 2000-2005) handmatig doorzocht. Vanwege het geringe aantal bruikbare resultaten werd aanvullend gezocht in de Cochrane Systematic Reviews database naar gerandomiseerde studie, niet specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen. In derde instantie werd op dezelfde wijze gezocht naar behandelstrategieën bij symptomen (zelfbeschadiging en suïcidepogingen) die veel voorkomen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die in een crisis verkeren.

De selectiecriteria verschilden voor de drie searches, waarbij voor de tweede en derde search strengere criteria golden dan voor de eerste. Artikelen die een interventie omschreven gericht op patiënten met een persoonlijkheidsstoornis tussen de 18 en 65 die in een crisissituatie verkeerden. Voor de aanvullende searches gold dat het bewijsniveau zich moest bevinden op niveau A of B.

De resultaten van bovengenoemde search vallen uiteen in enkele hoofdgroepen van interventies: medicatie, intensivering van zorg, individuele begeleiding, groepstraining en een crisisprotocol.

(1) Medicatie

Twee studies werden gevonden naar het gebruik van medicatie, één bij acute symptomen van BPS (Pascual et al., 2004) en één bij meervoudige suicidepogers met een PS (Battaglia et al., 1989). Beide studies kennen grote methodologische beperkingen.

(2) Intensivering van zorg

Goede empirische studies naar het effect van intensievere zorg, met name acute opname, ontbreken. In enkele studies wordt het positieve effect van een kortdurende opname, soms op initiatief van de patiënt, omschreven (Krawitz et al., 2004; Little et al., 1999; Breslow et al., 1993; 1995; Ash, 1997). Het management van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis op een (acute) klinische afdeling wordt beschreven door Fagin (2004a; 2004b). Het wetenschappelijk bewijs bevindt zich op niveau C of D. Positieve, doch niet-significante, effecten op afname van zelfbeschadiging werden gevonden in een studie naar snel beschikbare telefonische hulpverlening (Evans et al., 1999). Dagklinische opname in geval van acute psychiatrische problemen zou een goed alternatief kunnen zijn voor klinische opname (Marshall et al., 2003) maar of dit ook geldt voor persoonlijkheidsproblematiek blijkt niet uit deze studie. Assertive Community Treatment (ACT), een totaalpakket aan outreachende interventies gericht op vooral psychotische patiënten, is effectief gebleken in het reduceren van crises en psychiatrische opnamen maar ook hier is de vraag of dat net zo geldt voor persoonlijkheidsstoornissen.

(3) Individuele begeleiding

Positieve effecten van crisispsychotherapie worden gemeld, echter slechts een klein deel van de patiënten had een (milde) persoonlijkheidsstoornis (Pavan, 2003). Supportieve psychotherapie wordt genoemd als alternatief voor crisisgevoelige BPS-patiënten maar empirische gegevens ontbreken (Aviram et al., 2004).

(4) Groepsvaardigheidstraining

Een verkorte versie van dialectische gedragstherapie (DGT) was effectief in het verminderen van depressiviteit en hopeloosheid voor BPS-patiënten in crisis, in een niet-gecontroleerde studie (McQuillan et al., 2005).

(5) Crisisprotocol

In een gerandomiseerde studie naar het effect van een gezamenlijk, voorafgaand aan een crisis, overeengekomen crisisprotocol werden positieve effecten op het aantal gedwongen opnames gevonden (Henderson et al., 2004). Echter, de studie ging over patiënten met een ernstige AS-I stoornis en data over een (comorbide) persoonlijkheidsstoornis ontbreekt.

Medicatie kan mogelijk helpen bij crisisgedrag (met name impulsief zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag) (Pascual et al., 2004; Battaglia et al., 1989). Het is aannemelijk dat kortdurende opnames (enkele dagen) met een vooraf overeengekomen doelstelling effectiever zijn dan langdurende opnames (Krawitz et al., 2004; Little et al., 1999; Breslow et al., 1993; 1995; Ash, 1997). Kortdurende therapie of een groepsvaardigheidstraining heeft mogelijke positief effect op crisisgedrag (Pavan, 2003; Aviram et al., 2004; McQuillan et al., 2005).

Overige overwegingen

Opvallend is dat behandelprogramma's met een hoge mate van structuur en een uitgesproken visie op crisis en crisisinterventie effectief zijn in het reduceren van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag (Linehan, 1993; Bateman & Fonagy, 2004). Het is echter onmogelijk om uit deze programma's de werkzame elementen met betrekking tot crisisinterventie te destilleren, het lijkt veel meer om een totaalpakket te gaan. Mogelijk is crisispreventie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vooral een kwestie van een goede organisatie van de zorgverlening. Hiermee bedoelen we: een duidelijk behandelplan, afspraken over wat te doen in geval van crisis, afstemming met andere betrokkenen (familie, andere GGZ-hulpverleners, huisarts en eventuele andere instanties) en mogelijk ook de preventieve werking van een goede therapeutische relatie. Er is echter tot op heden geen degelijk onderzoek gedaan naar deze factoren.

Aanbevelingen

Het maken van duidelijke afspraken over crisis en crisisinterventie tussen patiënt en verschillende betrokken hulpverleners, als onderdeel van een meeromvattend behandelplan en een therapeutische kader, is mogelijk effectief in het voorkomen van crisis.

De werkgroep is van mening dat, in geval van crisis met impulsief en suïcidaal gedrag, kortdurende opname met een vooraf overeengekomen doelstelling, de voorkeur heeft boven een langdurende opname.

Literatuur

Literatuur

- Ash, D., & Galletly, C. (1997). Crisis beds: the interface between the hospital and the community. *Int J Soc Psychiatry*, 43(3), 193-198.
- Appolinari, C. (1996). Dramatherapy and personality disorder. Echoes of abuse. In S. Aviram, R. B., Hellerstein, D. J., Gerson, J., & Stanley, B. (2004). Adapting supportive psychotherapy for individuals with Borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. *J Psychiatr Pract*, 10(3), 145-155.
- Mitchell, *Dramatherapy. Clinical studies*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baars, M. (2004). Het risico van voelen, dramatherapie met mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2, 4-7.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychotherapy*, 156, 1563-1569. (A2)
- Bateman A. & P. Fonagy (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press
- Battaglia, J., Wolff, T. K., Wagner-Johnson, D. S., Rush, A. J., Carmody, T. J., & Basco, M. R. (1999). Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. *Int Clin Psychopharmacol*, 14(6), 361-372.
- Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. (1977). Leren ontspannen. Handleiding voor de *therapeutische beroepen*. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt.
- Bewegingswetenschappen. Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Bland, A.R., & Rossen, E.K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 507-517.
- Bland, A.R., & Rossen, E.K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 507-517.
- Bland, A.R., Williams, C.A., Scharer, K., e.a. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 655-672.
- Bloemenkamp, H., van Doorn, Y., Kamp, L., e.a. (2000). Borderline persoonlijkheidsproblemen – een kapstokmodel voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsproblemen. [...]: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Bolhuis, H., & Reijnders, K. (1983). *Sensorelaxatie*.
- Bosman & Van Meijel (2006)
- Bowers L. (2003a). Manipulation: description, identification and ambiguity. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 10, 323-328.
- Bowers L. (2003b). Manipulation: searching for an understanding. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 329-334.
- Breslow, R. E., Klinger, B. I., & Erickson, B. J. (1993). Crisis hospitalization on a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*, 15(5), 307-315.

Breslow, R. E., Klinger, B. I., & Erickson, B. J. (1995). Crisis hospitalization in a psychiatric emergency service. *New Dir Ment Health Serv*(67), 5-12.

Brooks, Ch.W. (1974). *Sensory Awareness*. New York: Viking Press.

Brooks, D., & Stark, A., (1989). The effect of Dance/Movement Therapy on Affect: a Pilot Study. *American Journal of Dance Therapy*, 11, 101-112.

Bulechek, G.M., & McCloskey J.C. (1992). *Nursing interventions. Essential Nursing Treatments (second edition)*. Iowa City: Saunders Company.

Carr, P. (2005). Letting in the fool: an exploration of humour within a CAT (Cognitive Analytic Therapy)/ dramatherapy treatment. *Dramatherapy*, 28, 3-8.

Casson, J. (2004). *Drama, psychotherapy and psychosis. Dramatherapy and psychodrama with people who hear voices*. New York: Brunner-Routledge.

Chrispijn, J. (2001). Een kasteel van klei. Behandeling van patiënten met stemmingsstoornissen gecombineerd met persoonlijkheidsstoornissen. In C. Schweizer (Red.), *IN BEELD, doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten* (pp. 85-101). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Cimmermans, G., & Boomsluiters, J. (1992). *Handboek dramatherapie. Theorie en methodiek*. Nijmegen: Hogeschool Nijmegen.

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 186-191.

Cleven, G. (2004). *In Scene. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Cohen B.M. (1986). Een nieuwe tekentest. *Psychologie*, 4, 26-29.

Cohen B.M., Hammer, J., & Singer, S. (1998). The diagnostic drawing series: a systematic approach to art therapy evaluation and research. *The arts in psychotherapy*, 15, 11-21.

Cohen B.M., Mills, A., & Kijak, A.K. (1994). An introduction to the diagnostic drawing series, A standardized tool for diagnostic and clinical use. *Art therapy: journal of the American art therapy association*, 11, 105-110.

Cohen, B.M. (Red.). (1985). *The diagnostic drawing series handbook*. [...]

Cohen, B.M. (Red.). (1986). *The diagnostic drawing series Rating guide*. [...]

Cohen, B.M., & Mills, A. (1999). *Skin/paper/bark: body image, trauma and the diagnostic drawing series*. In J. Goodwin & R. Attias (Red.), *Splintered refectons: images of the body trauma* (pp. 203-285). [...].

Cohen, B.M., & Mills, A. (2000). Report on the drawing series. [...]

Coppenolle, H. van, Simons, J., Pierloot, R., e.a. (1989). The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6, 145-153.

Cox, C.T., Agell, Cohen B.M., e.a. (2000). Are you assesing what I am assessing? Let's take a look! *American journal of art therapy*, 39, 48-67. nov. 2000.

Creekmore, J. (1995). The diagnostic drawing series. In M.B. Morris, *Art therapy*, 12 (pp. 118-128).

Cremin e.a. 1995

Crowe, M. (2004). Never good enough -- part 2: clinical implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 335-340.

Daszkowski, A. (2004). Under the same roof. The integrated function of art therapy in the clinical treatment of borderline patients [Alles unter einem Dach: Die integrative Function der kunsttherapiein der stationaren Borderline-behandlung]. *Persoenlichkeitsstoerungen theorie und therapie*, 8, 143-153.

de bijdrage van psychomotorische therapie aan de behandeling. Scriptie

Dent-Brown, K. (1999). The six-part story method (6SPM) as an aid in the assessment of personality disorder. *Dramatherapy*, 21, 10-14.

Dent-Brown, K., & Wang, M. (2004). Pessimism and failure in 6 part stories: indicators of borderline personality disorder. *The arts in psychotherapy*, 31, 321-333.

Disciplinegroep psychiatrie van de Rijksuniversiteit van Groningen/Vakgroep psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam. (2004). *Vertaling van de Camberwell Assessment of Need (CAN). Instructieboek Geestkrachtprogramma Psychose*.

- Duff, R.M.N. (2003). Managing Personality Disorders: Making positive connections. *Nursing Management*, 10, 27-30.
- Eisdell, N. (2005). A conversational model of art therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 1-19.
- Emck, C. (1995). Het diathese-stressmodel: een basis voor psychomotorische therapie bij borderlineproblematiek, *Bewegen en Hulpverlening*, 12, 105-120.
- Evans, M. O., Morgan, H. G., Hayward, A., & Gunnell, D. J. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry*, 175, 23-27.
- Emunah. R. (1994). *Acting for real: dramatherapy: process, technique and performance*. New York: Brunner/Mazel.
- Fabius, M. (2004). Houvast, Werkconferentie PMT en Dialectische gedragstherapie. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 10, 13-14.
- Fagin, L. (2004). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Adv Psychiatr Treat*, 10(2), 93-99.
- Fonagy e.a. 2002
- Fowler, J.P. (2001). De Diagnostic Drawing Series; structurele kenmerken van tekeningen als diagnostisch instrument. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 3/2001.
- Fowler, J.P., & Ardon, A.M. (2002). Diagnostic Drawing series and dissociative disorders: a Dutch Study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 221-230.
- Fransen, H., & Burgwal, T. (2005). *Draaiboek impulsregulatie*. Interne publicatie. Apeldoorn: Spatie.
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7, 336-341.
- Gabbard, G.O. (2001). Psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: A contemporary approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 41-57.
- Gallop e.a. 1992
- Gallop, R., Lancee, W., & Shugar, G. (1993). Residents' and nurses' perception of difficult-to-treat short-stay patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 352-357.
- Gerritsjans, L. (2006). 'To be or not to be, that's the question'. *Werken met de methode 'begeleid toneel' met volwassenen in een dagbehandeling*. Afstudeerscriptie. Arnhem/Nijmegen: Hogeschool Arnhem Nijmegen, afdeling CTO.
- Glas, O. (1998). Borderline persoonlijkheidsstoornis en psychomotorische therapie: een verkenning van grenzen. Doctoraalscriptie bewegingswetenschappen. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Green (1987).
- Haeyen (2006)
- Haeyen S. (2006). Imaginatie in schemagerichte beeldende therapie. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 1, [...].
- Haeyen, S. (1995). De eigen plek vanuit beeldend therapeutisch oogpunt. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 2, 10-15.
- Haeyen, S. (2004). Verbindend werk, beeldende therapie met borderline-patiënten op basis van de dialectische gedragstherapie van Linehan. *Tijdschrift voor creatieve therapie* 1, 5-10.
- Haeyen, S. (2004). Verbindend werk, beeldende therapie met borderline-patiënten op basis van de dialectische gedragstherapie van Linehan. *Tijdschrift voor creatieve therapie* 1, 5-10.
- Hampton, M.C. (1997). Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, 96-101.
- Henquet, G. (2005). Opgekropte spanning losmaken, Resultaten van een effectonderzoek. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 11, 30-36.
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., & Szmukler, G. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *Bmj*, 329(7458), 136.

- Hitchcock Scott, E. (1999). The body as testament: a phenomenological case study of an adult woman who self-mutilates. *The Arts in Psychotherapy*, 26, 149-164.
- Hoover, D. (1995). Impaired personal boundaries: a proposed nursing diagnosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 31,9-13.
- Hoover, D., & Norris, J. (1996). Validation study for impaired personal boundaries, proposed nursing diagnosis. *Nursing Diagnosis*, 7, 147-151.
- Horsfall, J. (1999). Towards understanding some complex borderline behaviours. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 425-432.
- Hutchinson, D.S., Skrinar, G.S., Cross, C., (1999). The Role of Improved Physical Fitness in Rehabilitation and Recovery, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 355-359.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jádi, F., Trixler, M. (1980). The Use of Focal Model in Art Therapy. *Confinia psychiatry*, 23, 93-102.
- Johns, S., & Karterud, S. (2004). Guidelines for Art Group Therapy as Part of a Day Treatment Program for Patients with Personality Disorders. *Group Analysis*, 37, 419-432.
- Johnson, D.R. (1981). Some diagnostic implications of dramatherapy. In G. Schattner & R. Courtney (Red.), *Drama in therapy. Vol 2: Adults, Drama Book Specialists*. New York: [...].
- Jones, P. (1996). *Drama as therapy*. London: Routledge.
- Jong, N. de. (2003). *Ben ik in beeld? De muziektherapeutische behandeling van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, volgens de schemagerichte therapie*. Afstudeerscriptie Muziektherapie, Conservatorium. Saxion Hogeschool Enschede.
- Kamp, J.W. van der, Mager, A., & Maarse, J. (2000). Producten creatieve therapie. In G. Hutschemaekers & M. van Hattum (Red.), *Vakwerk* (pp. 50-53). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Karterud, S., & Pedersen, G. (2004). Short-term day hospital treatment for personality disorders: Benefits of the therapeutic components. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic & Supportive Organisations*, 25, 43-54.
- Karterud, S., & Urnes, O. (2004). Short-term day treatment programmes for patiënts with personality disorders. What is the optimal composition? *Nordic Journal of Psychiatry* 58, 243-249.
- Karterud, S., & Urnes, O. (2004). Short-term day treatment programmes for patiënts with personality disorders. What is the optimal composition? *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 243-249.
- Knapen, J., van de Vliet, H., van Coppenolle, H., e.a. (2003). Improvement in physical Fitness of non-psychotic psychiatric Patients following Psychomotor Therapy Programs. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 43, 513-522.
- Knapen, J., van de Vliet, H., van Coppenolle, H., e.a. (2003). The effectiveness of two psychomotor therapy programs on fysical fitness and physical self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation*, 17, 637-647.
- Krawitz, R., Jackson, W., [Allen R.](#), e.a. (2004). Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 12, 11-17.
- Krawitz, R., Jackson, W., Allen, R., Connell, A., Argyle, N., Bensemman, C., et al. (2004). Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder. *Australas Psychiatry*, 12(1), 11-17.
- Kuin, F. (2000). Module Behandeling Impulskontroleproblematiek voor psychomotorisch therapeuten. Oosterbeek: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Lachman-Chaplin, M. (1980). Kohut's theories on narcissism: Implications for art therapy. *American Journal of Art Therapy*, 19, 3-9.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn voor Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landy, R.(1993). *Dramatherapy: Concepts, theories and practices*. Springfield/Illinois: [...].

- Landy, R.J. (1997). Drama therapy – The state of the art. *The arts in psychotherapy*, 24, 5-15.
- Langley, G.C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 23-32.
- Lehembre, J. (2003). Autogene training in de praktijk, *Psychopraxis*, 1, 12-17.
- Krietsch-Mederer, S. (1988). Die Funktionelle Entspannung- eine Methode fur die Einzeltherapie in psychiatrischer Praxis und Klinik, *Krankengymnastik: Zeitschrift fur Bewegungstherapie, Massage und Physikaliscch-therapeutische Verfahren*, 40, 277-279.
- Lewis, [...], Penny, [...], Johnson, [...], e.a. (2000). *Current approaches in Dramatherapy*. Springfield: Thomas.
- Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.I., e.a. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press
- Little, J., & Stephens, D. (1999). A patient-based voucher system of brief hospitalisation. *Aust N Z J Psychiatry*, 33(3), 429-432.
- Lohmann, K. (2004). Het drama van de narcist. Effectieve werkvormen in de dramatherapeutische behandeling van delinquenten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 3, 22-28.
- M.M. Thunnissen, & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385-401.
- Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': Social rejection and dangerousness. *Journal of Mental Health*, 6, 595-612.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., et al. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD004026.
- McFarland, G.K., & McFarlane, A. (1993). *Nursing diagnosis & intervention. Planning for patient care* (2de druk). St. Louis: Mosby.
- McMurray, M., Schwarz-Mirman, O. (2001). Integration and working through in art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 311-318.
- Meijden-van der Kolk, H. van der, & Rekkers, M. (2000). Producten psychomotorische therapie inzichtgevend-plus. In Trimbosinstituut, *In beweging, Productontwikkeling*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Meijden-van der Kolk, H. van der, & Roethof, G. (2000). Psychomotorische therapie voor cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, in de impulscontrole leidend tot delicten. In *In Beweging* (pp. [...]). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Michels, F.H. (1993). Non-verbale therapie in focale, klinische 3-maandstherapie. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 4, 138-141.
- Middendorf, I. ([...]). *De ervaarbare adem*. [...]: Ankh-Hermes.
- Miller, C.R., Eisner, W., & Allport, C. (1994). Creative coping: a cognitive-behavioral group for borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 280-285.
- Mills, A (1994) *The DDS Style guide*. [...]
- Mills, A. (1989). *A statistical study of the formal aspects of the DDS of borderline personality disordered patients, and its context in contemporary Art Therapy*. Proefschrift. [...]
- Mills, A., Cohen, B.M. , & Meneses, J.Z. (1993) *Reliability and validity tests of the diagnostic drawing series*. [...]
- Moffet, L., [...], e.a. (1990). Therapeutic theatre with personality-disordered substance abusers: characters in search of different characters. *The Arts in psychotherapy*, 7, 339-348.

- Moschini, L.B. (2005). Part I: defence mechanisms and the Norms of Behavior. In [...], *Drawing the Line, Art Therapy with the difficult client* (pp. [...]). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C., & Ferrero, F. (2005). Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde. (2004). *GGZ-Verpleegkundige. Beroepsdeelprofiel*. Utrecht: AVVV.
- Norris, J., & Kunes-Connell, M. (1988). A multimodal approach to validation and refinement of an existing nursing diagnosis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2, 103-109.
- O'Brien, L. (1998). *Australian and new Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 7, 172-183.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument tot assess the needs op people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- Reehorst, S. (2006). *Grenzeloos bewegen...? Over borderline persoonlijkheidsstoornis en*
- Robbins, A. (1984). The struggle for self-cohesion: an analytically oriented art therapy case study. *Art Therapy*, 1, 107-118.
- Robbins, A. (1994). *A Multi-Modal Approach to Creative Art Therapy*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Ryle, A. (1994). Projective identification: a particular form of reciprocal role procedure. *British journal of medical psychology*, 67, 107-114.
- Sanderlin, T.K. (2001). Anger management counseling with the Antisocial Personality. *Annals of the American Psychotherapy association*, 4, 9-11.
- Sheppard, J., Olson, A., Croke, J., e.a. (1990). Improvisational drama groups in an impatient setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1019-1021.
- Simon, R.M. (2005). *Self-healing through visual and verbal art therapy*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Starr, D. (2004). Understanding those who self-mutilate. *Psychosocial Nursing and Mental Health Servics*, 42, 32-40.
- Steinbauer, M., Wallner, S., & Zapotoczky, H.G. (1998). Susanne, eine Patientin mit Angststörung im Therapiekonzept der Integrativen Malthérapie `Ein Mißbrauch des Mißbrauchs`. *Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 9, 176-184.
- Stoffer R. (sept.2002), Weerstand en het dilemma van de verandering. Een ontmoeting tussen David Malan en Peggy Papp. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 402-417.
- Thunnissen, M.M., & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385-401.
- Thunnissen, M.M. (1993). De eerste klap is een daalder waard. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 4, 112-115.
- Tuender, G.(1994). Van ambtenaar tot jazzmuzikant Het verband tussen de keuze van lievelingsrollen en behandeling. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1, 7-16.
- Van der Brug, [...], & ten Napel, [...]. (1997). [hoofdstuktitel...]. In G.M. Bulechek & J.C. McCloskey (Vert. [...]). *Verpleegkundige interventies* (pp. [...]). Utrecht: De Tijdstroom.
- Vernooij, P. (1996). Grensverkenningen, creatieve therapie met borderline-patiënt. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 1, 3-8.
- Vernooij, P. (1998). Samen en toch alleen, patiënten met een borderline-stoornis in beeldende therapie. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, 3, 16-22.
- Voert, N. ter. (2001). *Creatief werk binnen de methode beeldcommunicatie*. Doctoraalscriptie. Leiden: Universiteit Leiden.
- Werf, L.J. van der, & Goedhart, A.W. (1994). Focus: Een beoordelingschaal voor zorg aan chronisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 439-444.
- Werf, L.J. van der. (1995). *Zorg op schaal. De ontwikkeling van de Zorg Aanbod Schaal (ZAS) en de toepassing daarvan bij het opstellen van individuele zorgplannen voor chronisch psychiatrische patiënten*. Academisch proefschrift VU Amsterdam. Bennebroek: Psychiatrisch centrum Vogelenzang.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, O., e.a. (1998). Outcomes of poorly Functioning

Patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric Services*, 49, 1462-1467.

Woods, P., & Richards, D. (2003). Effectiveness of nursing interventions in people with personality disorders. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 154-172.

Woord, M. van de. (1997). De borderline persoonlijkheidsstoornis en de bijdrage van psychomotorische therapie bij de behandeling. Doctoraalscriptie bewegingswetenschappen. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Zigmond, J. (1986). Relating developmental level to art materials in work with paranoid and schizoid personalities. *Pratt Institute Creative Arts Therapy Review*, 7, 1-12.

CONCEPT

Hoofdstuk 7 Farmacotherapeutische interventies

In dit hoofdstuk wordt onderzoek besproken naar de effectiviteit van farmacologische interventies bij DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. Ook een reeds bestaande richtlijn (American Psychiatric Association, 2001), waarin farmacologische interventies bij de borderline persoonlijkheidsstoornis worden besproken, wordt geëvalueerd in het licht van de gevonden recentere onderzoeksresultaten. De studies worden geclusterd volgens de indeling van groepen psychofarmaca zoals die over het algemeen gebruikelijk is bij het wetenschappelijk onderzoek naar en de behandeling van de As-I-stoornissen: antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en overige middelen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen voor de behandelpraktijk (behandelalgoritmen) die eveneens beknopt in de vorm van een tabel worden gepresenteerd.

In dit hoofdstuk blijven farmacologische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen die zich primair richten op een comorbide psychiatrische stoornis op As-I buiten beschouwing (deze worden besproken in hoofdstuk 8 van deze richtlijn).

Uitgangsvragen

- In welke mate is het gebruik van psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en overige middelen) effectief bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke behandelrichtlijnen kunnen hieruit worden afgeleid?

7.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Er is literatuur gezocht door in de databases van Medline, PsycINFO en het Cochrane Central Register of Controlled Trials. Een combinatie van de volgende trefwoorden is gebruikt: 'drug therapy', 'personality disorder*', 'schizoid personality disorder', 'schizotypal personality disorder*', 'paranoid', 'personality disorder* borderline personality disorder*', 'antisocial personality disorder*', 'histrionic personality disorder*', 'narcissistic personality disorder*', 'dependent personality disorder*', 'obsessive compulsive personality disorder*', 'avoidant personality disorder*', 'passive aggressive personality disorder*', 'sadomasochistic personality disorder*', 'depressive personality disorder*' en 'personality disorder not otherwise specified'. Bovendien werden referenties nagezocht die vermeld staan in gevonden artikelen uit wetenschappelijke tijdschriften en hoofdstukken uit boeken betreffende persoonlijkheidsstoornissen. Gevalsbeschrijvingen, open onderzoek en gerandomiseerd onderzoek (randomized controlled trial, RCT) werden geselecteerd voor nadere beschouwing en analyse.

Hoewel in de loop van de laatste decennia vele auteurs zich hebben gewaagd aan een review van de literatuur (al dan niet resulterend in aanbevelingen voor de behandelpraktijk), werd slechts een enkele meta-analyse en/of systematische review gevonden (Binks e.a., 2006; Nose e.a., 2006).

Voor nadere analyse is gebruikgemaakt van publicaties waarin de diagnose van de persoonlijkheidsstoornissen expliciet geclassificeerd is volgens de DSM-III, DSM-III-R of DSM-IV (al dan niet gediagnosticeerd door middel van een gestructureerd interview); dit omvat de periode vanaf 1978 tot en met 2006.

Uit de gevonden gevalsbeschrijvingen en open onderzoeken werd duidelijk dat soms spectaculaire resultaten zijn beschreven van uiteenlopende psychofarmaca bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, meestal een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Uit nadere bestudering van diezelfde publicaties blijkt echter dat minstens zo vaak een dergelijke ogenschijnlijk succesvolle behandeling vooraf werd gegaan door farmacologische interventies met middelen uit alle hieronder beschreven groepen psychofarmaca waarbij enig succes volledig uitbleef of niet opwoog tegen de bijwerkingen ervan (bv. Saltzman, 1995). Bovendien bleek al uit de eerste RCT's dat in

onderzoeksgroepen met persoonlijkheidsstoornissen een zeer hoge placeborespons (60-70% klachtenreductie) werd vastgesteld, wat de positieve resultaten uit niet-gerandomiseerd onderzoek verder relativeert (Ingenhoven & Rinne, 2007). Waar mogelijk zal daarom vooral verwezen worden naar resultaten uit placebogecontroleerde RCT's.

Verreweg het meeste onderzoek bleek verricht bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (paragraaf 7.2) en in beperkte mate bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis (paragraaf 7.3). Bij de overige persoonlijkheidsstoornissen blijkt nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar het effect van farmacologische interventies (paragraaf 7.4).

Het onderzoek bij persoonlijkheidsstoornissen richt zich over het algemeen op het effect van farmacologische interventies op uiteenlopende symptomen, niet zozeer op de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis zelf. Om een overzicht te verkrijgen ten behoeve van de behandelpraktijk werden deze symptomen door Soloff (1998, 2000) gegroepeerd in drie omschreven clusters en als zodanig overgenomen in de APA-behandelrichtlijn van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2001).

- cognitief-perceptuele symptomen: zoals achterdocht, betrekkingsideeën, paranoïde ideatie, illusoire belevingen, derealisatie, depersonalisatie en (pseudo)hallucinatoire belevingen
- symptomen van impulsieve gedragsontregeling: zoals impulsieve agressie, suïcidaal en zelfverwondend gedrag, promiscuïteit, middelenmisbruik, roekeloos geld uitgeven
- symptomen van affectieve disregulatie: zoals stemmingswisselingen, overgevoeligheid voor afwijzing, buitenproportionele intense boosheid, dysforie, kortdurende depressieve buien, overmatige woede en angstklachten

In dit hoofdstuk wordt onderzocht of en in welke mate de onderzochte psychofarmaca (in Nederland beschikbaar) invloed hebben op deze drie symptoomclusters evenals op het algeheel functioneren.

7.2 Farmacotherapie in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

7.2.1 Antipsychotica

Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is zowel met klassieke als met atypische antipsychotica gerandomiseerd onderzoek verricht.

7.2.1.1 Klassieke antipsychotica

Wetenschappelijke onderbouwing

Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn de afgelopen decennia dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's verricht met haloperidol, thiothixeen, flupentixol (depot) en trifluoperazine (Cornelius, 1993a en b; Cowdry & Gardner, 1988; Goldberg e.a., 1986; Montgomery & Montgomery, 1982; Soloff e.a., 1986b, 1993), en dubbelblinde niet-placebogecontroleerde gerandomiseerde onderzoeken met loxapine versus chloorpromazine (Leone, 1982), thiothixeen versus haloperidol (Serban & Siegel, 1984) en flufenazine (depot) in verschillende doseringen (Battaglia e.a., 1999). De resultaten van open onderzoeken blijven hier daarom verder buiten beschouwing (Jensen & Andersen, 1989; Kutcher e.a., 1995; Teicher e.a., 1989;).

De verschillende onderzoeken vonden plaats in zowel klinische als ambulante behandelsettings. Geconcludeerd kan worden dat de resultaten van deze onderzoeken erop wijzen dat klassieke antipsychotica effectief zijn met betrekking tot het – op korte termijn – verbeteren van het algeheel functioneren, en het verminderen van cognitief-perceptuele symptomen zoals bijkomende schizotypische kenmerken en

'micropsychotische episoden'. Een meta-analyse over de genoemde onderzoeken heeft dit bevestigd (Binks e.a., 2006). Er zijn echter geen aanwijzingen dat klassieke antipsychotica effectief zouden zijn bij voorbijgaande dissociatieve symptomen (derealisatie en depersonalisatie) zoals die bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis in de DSM-IV zijn omschreven.

Bij een deel van de patiënten in diverse onderzoeken werden ook verminderingen waargenomen van andere symptomen, zoals angst, impulsiviteit, agressie en zelfdestructief gedrag. De resultaten zijn in dit opzicht echter tegenstrijdig en onvolledig. Er is dus onvoldoende reden om aan te nemen dat klassieke antipsychotica ook effectief zijn op de symptoomclusters van de impulsieve gedragsontregeling en affectieve disregulatie, met uitzondering van de angstsymptomen.

De uitkomsten van de beschreven RCT's vormen ook geen doorslaggevend bewijs dat klassieke antipsychotica ook effectief zouden zijn op langere termijn (> 3 maanden). Wel zijn er aanwijzingen voor het tegendeel (Cornelius e.a., 1993a en b; Battaglia e.a., 1999).

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat klassieke antipsychotica op korte termijn (binnen 4 weken) effectief zijn met betrekking tot het verbeteren van het algeheel functioneren van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Goldberg e.a., 1986; Soloff e.a., 1986b, 1993
Niveau 1	Het is aangetoond dat klassieke antipsychotica op korte termijn cognitief-perceptuele symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen doen verminderen. A1 Binks, 2006; A2 Goldberg e.a., 1986; Soloff e.a., 1986b, 1993 B Leone, 1982; Serban & Siegel, 1984; Cowdry & Gardner, 1988
Niveau 2	Het is aannemelijk dat antipsychotica effectief kunnen zijn tegen symptomen van angst bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Goldberg e.a., 1986
Niveau 2	Het is aannemelijk dat het gebruik van klassieke antipsychotica op langere termijn niet effectief is. A2 Cornelius e.a., 1993a en b B Battaglia e.a., 1999

Overige overwegingen

Klassieke antipsychotica kunnen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis behulpzaam zijn bij de behandeling van (rand)psychotische verschijnselen en andere cognitief-perceptuele symptomen (met uitzondering van dissociatieve klachten), maar deze gunstige effecten lijken slechts van tijdelijke aard (enkele weken tot enkele maanden). De beschreven effectiviteit van klassieke antipsychotica lijkt in veel gevallen al met relatief lage dosering te kunnen worden bereikt (equivalent tot 4 mg haloperidol; relatief laag in vergelijking met de doseringen zoals die geadviseerd worden bij de psychotische stoornissen). Mede gezien de potentiële bijwerkingen, zoals bewegingsstoornissen, mentale vervlakking, adipositas en seksuele functiestoornissen, verdient het de voorkeur de duur en de dosering van de behandeling met klassieke antipsychotica zoveel mogelijk te beperken. Tevens wordt geadviseerd vooraf en tijdens de behandeling uitgebreide voorlichting te geven, en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Nadat de symptomen onder controle zijn gebracht, dient te worden overwogen de behandeling met antipsychotica te staken.

Aanbevelingen

Het gebruik van klassieke antipsychotica in een relatief lage dosering bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt geadviseerd voor de farmacologische behandeling van cognitief-perceptuele symptomen en angstklachten.

In verband met potentiële bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering indien mogelijk te beperken, uitgebreide voorlichting vooraf en tijdens de behandeling te geven, en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren.

Geadviseerd wordt de behandeling met antipsychotica weer tijdig te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht.

7.2.1.2 *Atypische antipsychotica*

Wetenschappelijke onderbouwing

Van de orale atypische antipsychotica zijn inmiddels olanzapine en aripiprazol in dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's onderzocht op hun effectiviteit (Bogenschutz & George, 2004; Nickel e.a., 2006; Soler e.a., 2005; Zanarini e.a., 2001a, 2004b). De talrijke gevalsbeschrijvingen en open onderzoeken naar het effect van atypische antipsychotica blijven daarom buiten beschouwing (Adityanjee & Schulz, 2002; Bellino e.a., 2006; Benedetti e.a., 1998; Biswas e.a., 2006; Chengappa, 1995, 1999; Damsa, 2007 e.a.; Ferreri e.a., 2004; Frankenburg & Zanarini, 1993; Hough, 2001; Khouzam & Donnelly, 1997; Mobascher e.a., 2006; Parker, 2002; Perrella e.a., 2007; Rocca e.a., 2002; Schulz e.a., 1999; Steinert e.a., 1996; Swinton, 2001; Szigethy & Schulz 1997; Villeneuve & Lemelin, 2005; Zullino e.a., 2002).

Uit de RCT's wordt duidelijk dat tijdens het gebruik van atypische antipsychotica het algeheel functioneren van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan verbeteren (Bogenschutz & George, 2004). Slechts in één RCT (Nickel e.a., 2006) is het effect van atypische antipsychotica op cognitief-perceptuele symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onderzocht en aannemelijk gemaakt.

In één RCT (Soler e.a., 2005) wordt een positief effect van atypische antipsychotica beschreven ten aanzien van impulsieve gedragsontregeling, in het bijzonder ten aanzien van agressief gedrag. Een positief effect op suïcidaal en zelfverwendend gedrag werd echter juist niet gevonden.

Met betrekking tot de verschillende vormen van affectieve disregulatie lopen de resultaten van de genoemde onderzoeken uiteen. Het effect op stemmingswisselingen blijkt niet onderzocht. Met betrekking tot het effect op een depressieve stemming lopen de resultaten in de voorhanden zijnde RCT's dermate uiteen dat geen eenduidige conclusies te trekken zijn (Bogenschutz & George, 2004; Nickel e.a. 2006; Soler e.a., 2005; Zanarini, 2001a, 2004b). Bij dysforie, in de vorm van prikkelbaarheid, vijandigheid of boosheid, wordt door middel van atypische antipsychotica verlichting gevonden (Nickel e.a., 2006). Bovendien werd in twee (open) onderzoeken met intramusculaire toediening van atypische antipsychotica een snelle reductie van agitatie bewerkstelligd (Damsa e.a., 2007; Pascual e.a., 2004, 2006).

Ten aanzien van symptomen van angst blijkt in 3 van de 4 RCT's een gunstig effect van atypische antipsychotica (Bogenschutz & George, 2004; Nickel e.a. 2006; Soler e.a., 2005; Zanarini e.a., 2001a).

Conclusies

Niveau 2

Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica het algeheel functioneren van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen

	<p>verbeteren.</p> <p>A2 Bogenschutz & George, 2004 C Frankenburg & Zanarini, 1993; Benedetti e.a., 1998; Rocca e.a., 2002; Villeneuve & Lemelin, 2005; Bellino e.a., 2006</p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica de cognitief-perceptuele symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen doen verminderen.</p> <p>A2 Nickel e.a., 2006 C Frankenburg & Zanarini 1993; Benedetti e.a., 1998</p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica effectief kunnen zijn tegen impulsief en agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar niet tegen suïcidaal of zelfverwondend gedrag.</p> <p>A2 Soler e.a., 2005 C Swinton, 2001; Rocca e.a., 2002; Adityanjee & Schulz, 2002; Villeneuve & Lemelin, 2005; Bellino e.a., 2006</p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica effectief kunnen zijn tegen agitatie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Nickel e.a., 2006 C Schulz e.a., 1999; Villeneuve & Lemelin, 2005; Pascual e.a., 2004, 2006; Damsa e.a., 2007</p>
Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat atypische antipsychotica effectief zijn tegen symptomen van angst bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Zanarini e.a., 2001a; Soler e.a., 2005; Nickel e.a. 2006 C Villeneuve & Lemelin, 2005</p>

Overige overwegingen

Atypische antipsychotica kunnen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis behulpzaam zijn bij toestandsbeelden met (rand)psychotische verschijnselen en andere cognitief-perceptuele symptomen, en ook bij impulsief en agressief gedrag, dysforie en angst. Het meeste onderzoek is verricht met olanzapine waarbij een effectieve dosering werd bereikt vanaf 2,5 mg/dag (2,5 tot 20 mg/dag). Bijwerkingen van atypische antipsychotica (bv. bij olanzapine gewichtstoename en verhoogde glucose- en triglyceridenspiegels) vormen een reëel gezondheidsrisico. Mede gezien deze potentiële bijwerkingen dient indien mogelijk slechts tijdelijk een atypisch antipsychoticum te worden voorgeschreven in een relatief lage dosering. Er zijn nog onvoldoende aanwijzingen dat atypische antipsychotica ook voldoende effectief blijven op langere termijn. Tevens wordt geadviseerd vooraf en tijdens de behandeling uitgebreide voorlichting te geven, en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Nadat de symptomen onder controle zijn gebracht, dient te worden overwogen de behandeling met atypische antipsychotica te staken.

De effectiviteit van het atypische antipsychoticum clozapine, zoals beschreven in open onderzoeken (Benedetti e.a. 1998; Chengappa e.a., 1995; Frankenburg & Zanarini, 1993; Swinton, 2001) is nooit middels een RCT aangetoond. In verband met het gevaar op agranulocytose, een levensbedreigende bijwerking, dient het gebruik van clozapine voor persoonlijkheidsstoornissen vooralsnog te worden ontraden.

Aanbevelingen

Atypische antipsychotica zijn bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis in relatief lage dosering (equivalent 2,5 tot 10 mg/dag olanzapine) voor de korte termijn een effectieve behandeling van cognitief-perceptuele symptomen, impulsief en agressief gedrag, dysforie en angst. Zij kunnen het algeheel functioneren verbeteren. In verband met de bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te beperken, uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling te geven, en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Ook wordt geadviseerd te overwegen de behandeling met antipsychotica weer te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht.

7.2.1.3 Algemene conclusie voor alle (klassieke en atypische) antipsychotica

Wetenschappelijke onderbouwing

Het effect van antipsychotica wordt ook beschreven in de twee beschikbare meta-analyses (Binks e.a., 2006; Nose e.a., 2006). De Cochrane-meta-analyse (Binks e.a., 2006) van het beperkte aantal onderzoeken van vóór 2002, vond nog onvoldoende aanwijzingen om tot eenduidige conclusies te komen over het effect van antipsychotica bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De meta-analyse van Nose e.a. (2006), die ook de meer recente onderzoeken tot juni 2006 omvat, vindt op grond van het bestaande materiaal nog onvoldoende evidentie om de effectiviteit van antipsychotica met betrekking tot de cognitief-perceptuele symptomen te onderbouwen. Daarentegen wordt in deze meta-analyse wel duidelijk dat de verschillende antipsychotica een verbetering kunnen bewerkstelligen van het algeheel functioneren.

Samenvattend kan worden gesteld dat de resultaten van meerdere placebogecontroleerde RCT's met klassieke of atypische antipsychotica er gezamenlijk op wijzen dat antipsychotica bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis effectief kunnen zijn bij uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen en bij angst en dat zij op redelijk korte termijn het algeheel functioneren kunnen verbeteren.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat (klassieke en/of atypische) antipsychotica bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis effectief kunnen zijn bij uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen en bij angst en dat zij op redelijk korte termijn het algeheel functioneren kunnen verbeteren. A2 Bogenschutz & George, 2004; Goldberg e.a., 1986; Nickel e.a., 2006; Soler e.a., 2005; Soloff, 1986; Soloff e.a., 1993; Zanarini e.a., 2001 ^a
-----------------	---

Overige overwegingen

Vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit dient mede in overweging te worden genomen dat atypische antipsychotica vooralsnog veel duurder zijn dan klassieke antipsychotica (Farmacotherapeutisch Kompas 2007).

Aanbeveling

Vanuit een doelmatigheidsperspectief verdienen klassieke antipsychotica de voorkeur boven atypische antipsychotica in de behandeling van uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen en andere symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

7.2.2 Antidepressiva

Van verschillende antidepressiva is het effect onderzocht op uiteenlopende symptomen van patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis (zonder bijkomende depressieve stoornis in engere zin). Onderzoeken die zich primair richten op de farmacologische behandeling van een affectieve As-I-stoornis zijn in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten. De gebruikelijke indeling van antidepressiva in tricyclische antidepressiva, monoamineoxidaseremmers (MAO-remmers), selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), en overige moderne antidepressiva wordt gevolgd.

7.2.2.1 Tricyclische antidepressiva

Wetenschappelijke onderbouwing

Het is opvallend dat er géén gevalbeschrijvingen of open onderzoeken zijn gepubliceerd naar een effect van de 'klassieke' (tricyclische) antidepressiva bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS). In één RCT (Soloff e.a., 1986a en b, 1989) werd amitriptyline onderzocht bij niet-depressieve patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis. Er werd geen positief effect gevonden van amitriptyline boven placebo, integendeel. Een tricyclisch antidepressivum bleek bij deze patiënten juist een (paradoxale) toename te kunnen geven van suïcidaal gedrag, paranoïde ideatie en van claimend of vijandig gedrag. Ook in andere placebogecontroleerde RCT's met BPS-patiënten die tevens voldeden aan de criteria van een depressieve stoornis werd geen positief effect van tricyclische antidepressiva (imipramine, desipramine) gevonden (Liebowitz e.a., 1988; Parsons e.a., 1989; Links e.a., 1990). In een Cochrane-meta-analyse zijn deze bevindingen bevestigd (Binks e.a., 2006)

Conclusies

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat tricyclische antidepressiva niet effectief zijn als behandeling van affectieve symptomen van de borderlinepersoonlijkeitsstoornis. Bovendien blijken ze onvoldoende effectief in de behandeling van een depressieve stoornis indien er tevens sprake is van een borderlinepersoonlijkeitsstoornis.</p> <p>A1 Binks e.a., 2006 A2 Soloff e.a. 1986a en b; 1986b; Liebowitz e.a., 1988; Parsons e.a., 1989 B Links e.a., 1990</p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat het tricyclische antidepressivum amitriptyline bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis een (paradoxale) toename kan geven van suïcidaal gedrag, paranoïde ideatie en claimend of vijandig gedrag.</p> <p>A2 Soloff 1986a en b en 1989</p>

Overige overwegingen

In verband met de geringe effectiviteit en kans op paradoxale toename van impulsieve gedragsontregeling, en met de potentiële bijwerkingen (zoals orthostatische hypotensie, hypnosedatie) en de gevaren bij overdosering (hartritme stoornissen), wordt het afgeraden om tricyclische antidepressiva voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis (tenzij er sprake is van een therapieresistente depressieve stoornis).

Aanbeveling

Het is af te raden om tricyclische antidepressiva voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

7.2.2.2 MAO-remmers

Wetenschappelijke onderbouwing

Zowel tranylcypromine als fenelzine zijn in dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's onderzocht bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij wie niet primair sprake was van een depressieve episode in engere zin (Cornelius e.a., 1993a en b; Cowdry & Gardner, 1988; Soloff e.a., 1993). Cognitief-perceptuele symptomen werden in deze onderzoeken geheel buiten beschouwing gelaten. Terwijl op een korte termijn van enkele weken deze MAO-remmers een positief effect ten opzichte van placebo bleken te kunnen sorteren ten aanzien van angst, prikkelbaarheid, boosheid en depressiviteit (Cowdry & Gardner, 1988; Soloff e.a., 1993) blijkt op een langere termijn van enkele maanden dit effect niet meer aantoonbaar (Cornelius, 1993a en b).

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat MAO-remmers op korte termijn (weken) effectief zijn in de behandeling van angst, depressieve stemming, prikkelbaarheid en boosheid bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Soloff e.a., 1993; Cornelius, 1993a en b B Cowdry & Gardner, 1988
-----------------	--

Overige overwegingen

Gezien de beperkte effectiviteit op middellange termijn, de ernst van de potentiële bijwerkingen (vooral bloeddrukproblemen) en de noodzakelijke dieetrestricties dienen MAO-remmers met grote terughoudendheid bij BPS-patiënten te worden voorgeschreven (tenzij er tevens sprake is van een comorbide affectieve stoornis met atypische depressieve kenmerken waarvoor de MAO-remmers juist meer geïndiceerd lijken (Parsons e.a., 1989)).

Aanbeveling

Aanbevolen wordt zeer terughoudend te zijn in het voorschrijven van MAO-remmers bij patiënten met een BPS (zonder comorbide depressieve stoornis met atypische kenmerken).

7.2.2.3 Selectieve serotonineheropnameremmers

Wetenschappelijke onderbouwing

Van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) is bij BPS-patiënten met (zonder depressieve episode in engere zin) fluoxetine het meest onderzocht op effectiviteit. De verschillende open onderzoeken (Coccaro e.a., 1990; Cornelius, 1990, 1991; Markovitz e.a., 1990, 1991, 1993; Norden, 1989) en RCT's (Coccaro & Kavoussi, 1997; Salzman e.a. 1995;; Simpson e.a., 2004; Zanarini e.a., 2004b) richtten zich op zowel symptomen van de impulsieve gedragsontregeling als affectieve disregulatie. Cognitief-perceptuele symptomen werden in deze onderzoeken geheel buiten beschouwing gelaten.

Ten aanzien van symptomen van impulsieve gedragsontregeling wordt zowel in de open onderzoeken als in de RCT's een positief effect beschreven van fluoxetine op impulsief en agressief gedrag. Hierbij wordt echter ook een duidelijk sekseverschil zichtbaar: het

positieve effect van fluoxetine op impulsiviteit en agressie lijkt vooral gevonden te worden bij de mannelijke BPS-patiënten en niet zozeer bij vrouwelijke. Een afname van suïcidaal en/of zelfverwondend gedrag wordt beschreven in de open onderzoeken maar wordt niet geverifieerd door de RCT's. Het is voornamelijk niet aannemelijk dat fluoxetine daadwerkelijk effectieve bijdrage levert aan de behandeling van automutilatie. Ten aanzien van de symptomen die geclusterd zijn onder de noemer affectieve disregulatie (angst, depressieve stemming, overmatige boosheid) spreken de resultaten uit de verschillende open onderzoeken en RCT's elkaar tegen. Van de overige SSRI's is er slechts één open onderzoek waarin een positief effect van sertraline wordt beschreven ten aanzien van prikkelbaarheid en agressief gedrag (Kavoussi e.a., 1994). In de enige RCT met fluvoxamine (Rinne, 2002) wordt bij (vrouwelijke) BPS-patiënten juist geen positief effect gevonden ten aanzien van impulsiviteit en agressie, maar wel ten aanzien van de stemmingsschommelingen (wat in de onderzoeken met fluoxetine onvoldoende expliciet is onderzocht).

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat fluoxetine een vermindering kan bewerkstelligen van impulsiviteit, agressie, prikkelbaarheid en vijandigheid, en het algeheel functioneren kan verbeteren bij mannelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat fluoxetine ook bij vrouwelijke patiënten dit effect sorteert. A2 Coccaro & Kavoussi, 1997
Niveau 2	Het is aannemelijk dat fluvoxamine de stemmingsschommelingen kan verminderen bij vrouwelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis A2 Rinne, 2002

Overige overwegingen

In de behandelpraktijk blijken SSRI's veelvuldig te worden voorgeschreven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, meer dan op grond van de onderzoeken naar de effectiviteit van SSRI's kan worden gerechtvaardigd. Uitzondering hierop vormt de vermindering van impulsiviteit en agressie bij mannelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Over het algemeen worden de SSRI's ook door BPS-patiënten redelijk verdragen en is er een relatief licht bijwerkingenprofiel. De gevaren bij overdosering zijn bovendien minder uitgesproken dan bij andere psychofarmaca, daardoor kunnen ze relatief veilig worden voorgeschreven.

Aanbevelingen

Indien bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een SSRI wordt overwogen verdient het aanbeveling seksespecifieke verschillen ten aanzien van de effectiviteit met betrekking tot verschillende symptoomgebieden in de overweging mee te nemen.

Er zijn aanwijzingen dat mannelijke patiënten kunnen profiteren van fluoxetine ten aanzien van impulsiviteit en agressief gedrag. Daarentegen zijn er aanwijzingen dat bij vrouwelijke patiënten verbetering van stemmingsschommelingen kan worden bewerkstelligd door fluvoxamine.

7.2.2.4 Overige moderne antidepressiva

Wetenschappelijke onderbouwing

De effectiviteit van de overige moderne antidepressiva op de verschillende symptoomgebieden bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is nauwelijks onderzocht. Mianserine bleek in een placebogecontroleerde RCT niet effectief ten aanzien van een vermindering van suïcidaal gedrag (Montgomery & Montgomery, 1982). Het op grond van een open onderzoek (Markovitz & Wagner, 1995) beschreven positieve effect van venlafaxine op onder meer zelfverwondend gedrag is nooit nader vastgesteld op basis van gerandomiseerd onderzoek. Er zijn anderzijds vooralsnog geen doorslaggevende redenen om aan te nemen dat deze middelen minder effect zouden hebben dan beschreven bij fluoxetine en fluvoxamine.

Over het algemeen worden ook de overige moderne antidepressiva redelijk verdragen en is het bijwerkingenprofiel relatief licht. De gevaren bij overdosering zijn bovendien minder uitgesproken dan bij andere groepen psychofarmaca waardoor ze relatief veilig kunnen worden voorgeschreven.

7.2.2.5 *Algemene conclusie voor alle antidepressiva*

Wetenschappelijke onderbouwing

Op grond van zowel de farmacologische eigenschappen van de verschillende groepen antidepressiva, als op grond van de uiteenlopende effectiviteit van de verschillende groepen antidepressiva bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis lijkt het niet aangewezen de bevindingen van de afzonderlijke groepen te clusteren in een poging te komen tot overstijgende conclusies. Ook in een meta-analyse bleek een dergelijke clustering geen extra gezichtspunten op te leveren (Nose e.a., 2006). Wellicht dat in de toekomst een meta-analyse wel zinvol is met betrekking tot de verschillende SSRI's en aanverwante moderne antidepressiva.

Niveau 4	Het is niet mogelijk om algemene conclusies te trekken over de werkzaamheid van verschillende typen antidepressiva in de behandeling van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A1 Nose e.a., 2006 D de Werkgroep
-----------------	--

7.2.3 *Stemmingsstabilisatoren*

In navolging van het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van stemmingsstabilisatoren bij de bipolaire stoornissen zijn de laatste decennia meerdere van deze middelen onderzocht bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis). Achtereenvolgens worden de resultaten van onderzoek besproken dat uitgevoerd is met lithiumcarbonaat, carbamazepine, valproïnezuur, lamotrigine en topiramaat. Van al deze middelen zijn inmiddels placebogecontroleerde RCT's voorhanden. Van gabapentine is er slechts een enkele gevalsbeschrijving (Biancosino e.a., 2002) waarvan de resultaten hier verder buiten beschouwing worden gelaten.

7.2.3.1 *Lithium*

Wetenschappelijke onderbouwing

Naast het open onderzoek van La Wall & Wesselius (1992) en de onvoltooide placebogecontroleerde RCT van Goldberg (1989), waaruit blijkt dat lithium mogelijk effectief zou kunnen zijn bij een dysfore stemming en impulsieve gedragingen, is er slechts één dubbelblinde placebogecontroleerde RCT van beperkte omvang (Links e.a., 1990). Lithium bleek daarin niet effectiever dan placebo met betrekking tot

uiteenlopende affectieve symptomen. Wel werd een significante verbetering ten aanzien van angst en suïcidaliteit gerapporteerd, maar deze verbetering bleek slechts terug te voeren op de resultaten van één zelfrapportagelijst. Het aantal patiënten dat met lithium werd behandeld was erg klein en de voorlopige resultaten van dit onderzoek zijn nooit gerepliceerd bij een grotere onderzoeksgroep.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat lithium bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis symptomen van boosheid en suïcidaliteit kan verminderen. B Links e.a., 1990; C Goldberg, 1989; D La Wall & Wesselius, 1992
-----------------	---

Overige overwegingen

Een nadeel van lithium is dat het veel bijwerkingen kan hebben zoals polyurie, gewichtstoename, oedeem, trillen, fysieke inactiviteit en mentale vervlakking. Terughoudendheid bij het voorschrijven van lithium bij BPS-patiënten lijkt bovendien op zijn plaats gezien de potentieel gevaarlijke complicaties op langere termijn (nierfalen, hypothyreoïdie) en levensbedreigende complicaties bij overdosering.

De conclusie dat BPS-patiënten met impulsief agressief gedrag zouden kunnen profiteren van een behandeling met lithium lijkt op grond van de wetenschappelijke evidentie voorsnog voorbarig. Mede vanwege de ernst van de potentiële bijwerkingen dient lithium daarom slechts dan te worden overwogen als andere middelen onvoldoende effect hebben gesorteerd (zoals de stemmingsstabilisatoren valproïnezuur en topiramaat, zie verderop).

Als lithium toch wordt voorgeschreven, dan dienen hierbij de protocollaire doseringswijze en laboratoriumcontrole te worden gevolgd zoals die voor lithium omschreven zijn in de richtlijn van de bipolaire stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001).

Aanbeveling

Gelet op de onvoldoende aangetoonde effectiviteit, de bijwerkingen, de potentieel gevaarlijke complicaties op langere termijn (nierfalen, hypothyreoïdie) en de levensbedreigende complicaties bij overdosering, wordt aanbevolen zeer terughoudend te zijn met het voorschrijven van lithium aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

7.2.3.2 Carbamazepine

Wetenschappelijke onderbouwing

Naast gevalbeschrijvingen (Mattes, 1984) en een open onderzoek met oxcarbazepine (Bellino e.a., 2005) zijn er twee dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's waarin het effect van carbamazepine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis) is onderzocht (Cowdry & Gardner, 1988; De la Fuente & Lotstra, 1994). De onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen. De bevindingen van Cowdry & Gardner (1988) dat carbamazepine een verlichting zou kunnen bewerkstelligen ten aanzien van gedragsproblemen (Gardner & Cowdry, 1986a) en affectieve symptomen werd weerlegd door het (grotere en beter opgezette) onderzoek van De la Fuente (1994). Bovendien leverde het onderzoek van Cowdry & Gardner aanwijzingen op dat carbamazepine bij patiënten met een

borderlinepersoonlijkheidsstoornis een (ernstige) depressieve episode kan induceren (Gardner & Cowdry, 1986b).

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat carbamazepine niet effectief is ten aanzien van impulsief gedrag of affectieve symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 De la Fuente, 1994
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat carbamazepine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een ernstige depressieve episode kan induceren. B Gardner & Cowdry, 1986b

Overige overwegingen

Gezien het uitblijven van aangetoonde effectiviteit in combinatie met de potentieel ernstige bijwerkingen van carbamazepine (beenmergdepressie en allergie) lijkt er geen rationale om carbamazepine voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis), temeer daar van andere stemmingsstabilisatoren de effectiviteit inmiddels wel is aangetoond (zie verder).

Aanbeveling

Gezien de onvoldoende effectiviteit in combinatie met potentieel ernstige bijwerkingen lijkt er geen rationale om carbamazepine voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis).

7.2.3.3 Valproïnezuur

Wetenschappelijke onderbouwing

Van de stemmingsstabilisatoren is valproïnezuur onderzocht in open onderzoeken (Kavoussi & Coccaro, 1998; Reeves e.a., 2005; Stein e.a., 1995; Townsend e.a., 2001; Wilcox, 1994, 1995) en enkele RCT's (Hollander e.a., 2001, 2003, 2005). De resultaten van deze onderzoeken maken het aannemelijk dat valproïnezuur een verlichting kan geven van agitatie en impulsief-agressief gedrag, en ook een verbetering van de stemming en het algeheel functioneren. In tegenstelling tot de onderzoeken met fluoxetine lijken er voorsnog geen seksespecifieke verschillen ten aanzien van deze effectiviteit.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat valproïnezuur verlichting kan geven ten aanzien van agitatie en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, en ook een verbetering van de stemming en het algeheel functioneren. A2 Hollander e.a., 2001, 2003, 2005
-----------------	---

Overige overwegingen

Mede gezien het relatief lichte bijwerkingenprofiel lijkt valproïnezuur een acceptabele optie om bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis impulsieve gedragsontregeling of

affectieve disregulatie onder controle te brengen. Aandacht is gewenst voor potentiële interacties met andere geneesmiddelen zoals orale anticonceptiva. De protocollaire doseringswijze en laboratoriumcontrole dienen te worden gevolgd zoals die voor valproïnezuur omschreven zijn in de richtlijn van de bipolaire stoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2001)

Aanbeveling

Valproïnezuur lijkt op basis van zijn effectiviteit en bijwerkingenprofiel een acceptabele keuze voor de behandeling van agitatie en impulsief-agressief gedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In verband met de potentiële bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te bepalen op geleide van de bloedspiegel, uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling te geven, en het beloop van de klachten en bijwerkingen goed te monitoren.

7.2.3.4 Lamotrigine

Wetenschappelijke onderbouwing

Naast een gevalsbeschrijving (Rizvi, 2002) en twee open onderzoeken (Pinto & Akiskal, 1998; Weinstein & Jamison, 2007) is er één placebogecontroleerde RCT (Tritt e.a., 2005) naar het effect van lamotrigine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder depressieve episode in engere zin of een bipolaire stoornis). De RCT vond plaats bij uitsluitend vrouwelijke patiënten. De nog beperkte onderzoeksresultaten geven aanwijzingen dat lamotrigine effectief zou kunnen zijn bij de behandeling van boosheid en impulsief-agressief gedrag. Het effect van lamotrigine op de andere symptoomgebieden is nog niet onderzocht.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat lamotrigine bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kan bewerkstelligen van boosheid en/of impulsief-agressief gedrag A2 Tritt e.a., 2005 C Pinto & Akiskal, 1998
-----------------	---

Overige overwegingen

Met het oog op een weliswaar zeldzame maar potentieel levensbedreigende bijwerking (syndroom van Stevens-Johnson) dient de dosering zeer geleidelijk te worden opgebouwd. De overige bijwerkingen zijn relatief licht en het middel lijkt ook door BPS-patiënten goed te worden verdragen. Bij het voorschrijven van lamotrigine aan BPS-patiënten dienen dezelfde richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen zoals die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie.

Aanbeveling

Lamotrigine lijkt op basis van zijn effectiviteit en bijwerkingen profiel een potentiële keuze voor de behandeling van boosheid en impulsief-agressief gedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In verband met het gevaar van een ernstige, potentieel levensbedreigende bijwerking lijkt terughoudendheid op zijn plaats. Indien het wordt voorgeschreven dient de patiënt zorgvuldig te worden voorgelicht en gecontroleerd. De dosering dient zeer geleidelijk te worden opgebouwd.

7.2.3.5 Topiramaat

Wetenschappelijke onderbouwing

Naast een enkele gevalsbeschrijving (Cassano e.a., 2001; Do Prado-Lima e.a., 2006) zijn er drie dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's gepubliceerd (Loew e.a., 2006; Nickel e.a., 2004, 2005) betreffende het effect van topiramaat op patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende diagnose van een bipolaire stoornis). Twee onderzoeken betroffen uitsluitend vrouwelijke patiënten (Loew e.a., 2006; Nickel e.a., 2004), het derde betrof uitsluitend mannelijke patiënten (Nickel, e.a. 2005). Bij beide seksen werd een significante afname gevonden van overmatige klachten van het beleven en uiten van boosheid (Nickel e.a. 2004, 2005). Loew e.a. (2006) vonden tevens een afname van agressief gedrag en angstklachten, maar niet van depressieve klachten en cognitief-perceptuele symptomen. Deze drie onderzoeken kunnen beschouwd worden als onafhankelijke onderzoeken ook al zijn ze uitgevoerd door dezelfde onderzoeksgroep.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat topiramaat bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kan geven van overmatige boosheid en agressief gedrag, evenals een verbetering van het algeheel functioneren. A2 Nickel e.a., 2004, 2005; Loew e.a., 2006
-----------------	---

Overige overwegingen

In tegenstelling tot vele andere psychofarmaca kan tijdens het gebruik van topiramaat een gewichtsafname worden verwacht. Het is op grond hiervan wellicht minder geschikt voor patiënten met een (dreigend) ondergewicht. Deze bijwerking kan bij (dreigend) overgewicht echter als een bijkomend voordeel worden beschouwd.

Van topiramaat is bekend dat het in hogere doseringen kan leiden tot cognitief-perceptuele symptomen. In de hier genoemde onderzoeken zijn geen aanwijzingen gevonden dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hiervoor verhoogd gevoelig zouden zijn. Integendeel, topiramaat werd juist goed verdragen.

Bij het voorschrijven van topiramaat aan BPS-patiënten dienen dezelfde richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen als die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie.

Aanbeveling

Topiramaat wordt op basis van zijn effectiviteit en bijwerkingenprofiel aanbevolen voor de behandeling van boosheid en impulsief-agressief gedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Gezien de kans op cognitief-perceptuele bijwerkingen dienen hogere doseringen van topiramaat te worden vermeden. Topiramaat kan in tegenstelling tot vele andere psychofarmaca leiden tot gewichtsverlies. Hiermee dient bij het stellen van behandeldoelen rekening te worden gehouden.

7.2.3.6 Algemene conclusie voor alle stemmingsstabilisatoren

Wetenschappelijke onderbouwing

Van alle stemmingsstabilisatoren blijkt lithium nog onvoldoende onderzocht. Carbamazepine blijkt weinig effectief bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en het

voorschrijven ervan is niet zonder gevaar voor bijwerkingen.

Van valproïnezuur, lamotrigine en topiramaat blijken daarentegen uit de eerste RCT's dat zij van waarde kunnen zijn in de farmacologische behandeling van impulsief gedrag en affectieve disregulatie, in het bijzonder bij agressief gedrag en overmatige boosheid. Daarnaast lijkt valproïnezuur ook een verbetering van de stemming te kunnen bewerkstelligen, maar dat effect werd van lamotrigine en topiramaat in de hier beschikbare onderzoeken niet aangetoond.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat stemmingstablisatoren (valproïnezuur, lamotrigine, topiramaat) effectief zijn tegen overmatige boosheid en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijheidsstoornis. A2 Hollander e.a., 2001, 2005; Tritt e.a., 2005; Nickel e.a., 2004, 2005; Loew e.a., 2006.
-----------------	--

Overige overwegingen

Bij het voorschrijven van valproïnezuur, lamotrigine of topiramaat aan patiënten met een borderlinepersoonlijheidsstoornis dienen dezelfde richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen als die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie en de bipolaire stoornis.

Aanbeveling

Het is aangetoond dat stemmingstablisatoren (valproïnezuur, lamotrigine, topiramaat) effectief zijn tegen overmatige boosheid en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijheidsstoornis.
Bij het voorschrijven van deze middelen dienen dezelfde richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen als die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie en de bipolaire stoornis.

7.2.4 Anxiolytica

7.2.4.1 Benzodiazepinen

Wetenschappelijke onderbouwing

Naar het effect van benzodiazepinen en aanverwante middelen is bij de borderlinepersoonlijheidsstoornis nagenoeg geen onderzoek verricht. Hoewel in een gevalbeschrijving melding gemaakt werd van een positief effect van alprazolam (Faltus, 1984), wordt in een gerandomiseerd onderzoek (Cowdry & Gardner, 1988) juist melding gemaakt van het uitblijven van effectiviteit en bovendien van ernstige gedragsontregeling (overdoseringen, automutilatie en agressief gedrag) van BPS-patiënten tijdens het gebruik van alprazolam (Gardner & Cowdry, 1985). Hierbij dient te worden aangemerkt dat in het onderzoek een hogere dosering alprazolam werd gebruikt dan tegenwoordig wordt geadviseerd. Er zijn dus op basis van deze onderzoeksresultaten onvoldoende gronden om het gebruik van benzodiazepinen bij BPS-patiënten volledig te ontraden (Ingenhoven & Rinne, 2007).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat alprazolam bij patiënten met een borderlinepersoonlijheidsstoornis kan leiden tot ernstige
-----------------	---

	gedragsontregeling in de vorm van suïcidaal, zelfverwondend of agressief gedrag. B Gardner & Cowdry, 1985; Cowdry & Gardner, 1988
--	--

Overige overwegingen

Andere bekende gevaren van het gebruik van benzodiazepinen (misbruik, oversedatie, verminderde reactiesnelheid, tolerantie en ontwenning) zijn niet alleen expliciet bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis onderzocht. Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis meer moeite hebben om te ontnwennen van een benzodiazepinenafhankelijkheid dan andere patiënten (Vorma e.a., 2005). Op grond van de klinische praktijk kan worden aangenomen dat deze categorie patiënten geen verminderd risico loopt ten aanzien van de andere gevaarlijke bijwerkingen, integendeel.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling terughoudend te zijn met het voor langere tijd of in hogere doseringen voorschrijven van benzodiazepinen aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, met het oog op het gevaar van bijwerkingen, een toename van gedragsproblemen (paradoxe werking), misbruik en gewenning.

7.2.5 Overige farmacologische interventies

7.2.5.1 Opiaatantagonisten

Wetenschappelijke onderbouwing

In gevalsbeschrijvingen (Griengl e.a., 2001; McGee, 1997) en enkele open onderzoeken (Roth e.a., 1996; Sonne e.a., 1996) is beschreven hoe opiaatantagonisten, met name naltrexon, het zelfverwondend gedrag en de aandrag daartoe bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen doen verminderen en dat de bijkomende analgesie tijdens het automutieren wordt opgeheven. Naar het effect van opiaatantagonisten ten aanzien van zelfverwondend gedrag bij BPS-patiënten is nog geen placebogecontroleerde RCT gepubliceerd. Overigens wordt naltrexon over het algemeen goed verdragen en heeft het weinig bijwerkingen, noch lastige interacties met andere psychofarmaca.

In één open onderzoek (Bohus e.a., 1999) en één kleine RCT (Philipsen, 2004b) is tevens onderzocht of opiaatantagonisten in staat zijn de dissociatieve klachten bij BPS-patiënten te verminderen. Dit bleek niet het geval.

Conclusies

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat opiaatantagonisten ondersteunend kunnen zijn bij het onder controle houden van zelfverwondend gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en dat een bij het automutieren voorkomende analgesie wordt opgeheven. C Roth e.a., 1996; Sonne e.a., 1996.
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat opiaatantagonisten geen vermindering bewerkstelligen van dissociatieve klachten. B Philipsen e.a., 2004b; C Bohus e.a., 1999.

Aanbeveling

Zolang de effectiviteit van opiaatantagonisten ten aanzien van zelfverwondend gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis niet is aangetoond, dient het gebruik van naltrexon ter preventie van automutilatiegedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis beschouwd te worden als een experimentele behandeling.

7.2.5.2 Clonidine

Wetenschappelijke onderbouwing

In een niet-vergelijkend onderzoek is het effect van clonidine onderzocht op de innerlijke spanning en dissociatieve klachten die vooraf kunnen gaan aan het zelfverwondende gedrag van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Philipsen e.a., 2004a). De resultaten van dit open onderzoek zijn bemoedigend. Clonidine is voor deze indicatie nog niet middels een placebogecontroleerde RCT onderzocht. Mede gezien de potentiële bijwerkingen van clonidine lijkt grote terughoudendheid bij het voorschrijven van dit middel voor deze indicatie vooralsnog op zijn plaats.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat clonidine het gevoel van innerlijke spanning, drang tot zelfbeschadiging en bijbehorende dissociatieve klachten kan verminderen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C Philipsen e.a., 2004a
-----------------	---

Aanbeveling

Mede gezien de potentiële bijwerkingen van clonidine lijkt grote terughoudendheid bij het voorschrijven voor deze indicatie op zijn plaats.

7.2.5.3 Omega-3-vetzuren

Wetenschappelijke onderbouwing

In een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT (Zanarini & Frankenburg, 2003) is aangetoond dat omega-3-vetzuren (visolie) effectief kunnen zijn tegen klachten van somberheid en agressiviteit bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Het onderzoek is nog niet gerepliceerd.

Van visolie is bekend dat het als voedingssupplement veilig kan worden voorgeschreven en een relatief licht bijwerkingenprofiel heeft.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat omega-3-vetzuren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kunnen bewerkstelligen van depressieve klachten en overmatige agressie. A2 Zanarini & Frankenburg, 2003
-----------------	--

7.2.6 Polyfarmacie

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit naturalistisch onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Bender, 2001; Andrews, 2001; Sansone, 2003) en in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis (Skodol, 1983; Barley, 1986; Gunderson, 1989; Sansone, 2003; Oldham, 2004; Zanarini, 2004a; Makela, 2006) blijkt dat de meerderheid van deze patiënten psychofarmaca kreeg voorgeschreven. Voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis gold dat voor alle hier beschreven categorieën medicatie vaak middelen uit verschillende groepen gelijktijdig werden gebruikt. BPS-patiënten bleken, in vergelijking met andere persoonlijkheidsstoornissen, op jongere leeftijd te zijn gestart met psychofarmaca en vaker onderhoudsmedicatie te gebruiken (Zanarini & Frankenburg, 2001). Bij patiënten met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis betrof dat vooral antipsychotica terwijl patiënten met een ontwijkende of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis vaak antidepressiva kregen voorgeschreven (Bender e.a., 2001).

Polyfarmacie, het combineren en gelijktijdig voorschrijven van meerdere psychofarmaca uit verschillende groepen, lijkt vooral bij BPS-patiënten eerder regel dan uitzondering. De behandelalgoritmen van Soloff (1998, 2000) waarop de Amerikaanse richtlijn voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Association, 2001) is gebaseerd nodigen uit tot het zo nodig voorschrijven van meerdere psychofarmaca. Er is echter nog nauwelijks empirisch onderzoek voorhanden waarin de effectiviteit van combinaties van de hierboven beschreven middelen is onderzocht. In het onderzoek van Zanarini e.a. (2004b) bleek de combinatie van een atypisch antipsychoticum (olanzapine) en een SSRI (fluoxetine) niet effectiever dan de middelen afzonderlijk. Er is momenteel dus onvoldoende wetenschappelijk onderzoek voorhanden om het gelijktijdig gebruik van meerdere psychofarmaca te rechtvaardigen op basis van een elkaar aanvullende effectiviteit.

Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie bestaat op grond waarvan het gelijktijdig gebruik van meerdere psychofarmaca bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis valt te rechtvaardigen.
-----------------	---

Overige overwegingen

Het gelijktijdig gebruik van verschillende psychofarmaca kan de bijwerkingen van de afzonderlijke middelen versterken en vergroot de kans op gedragsontregeling zoals dat bij een aantal van de afzonderlijke middelen hierboven is beschreven.

Ook vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit dient polyfarmacie te worden ontraden.

Aanbeveling

Indien er geen comorbide psychiatrische stoornis bestaat die het voorschrijven van meerdere psychofarmaca rechtvaardigt dient polyfarmacie bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis te worden ontraden.

7.3 Farmacotherapie in de behandeling van schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Wetenschappelijke onderbouwing

Bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis is afgelopen decennia onderzoek verricht met zowel klassieke als atypische antipsychotica. Met klassieke antipsychotica is dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek verricht met thiothixeen, en haloperidol (Goldberg e.a., 1986; Soloff e.a., 1986b), enkelblind placebogecontroleerd onderzoek

met haloperidol (Hymowitz e.a., 1986) en dubbelblind niet-placebogecontroleerd onderzoek met thiothixeen en haloperidol (Serban & Siegel, 1984). Van de atypische antipsychotica is alleen risperidon in een dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek onderzocht (Koenigsberg e.a., 2003). De resultaten van open onderzoeken (Jensen & Anderson, 1989; Rybakowski, 2003; Keshavan e.a., 2004) blijven hierbij derhalve buiten beschouwing.

Uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen van de schizotypische persoonlijkheidsstoornis evenals symptomen van angst blijken verminderd te kunnen worden door klassieke antipsychotica en risperidon. De uitkomsten van de beschreven RCT's vormen geen bewijs dat klassieke antipsychotica ook effectief zouden zijn op langere termijn, dat is nog onvoldoende onderzocht.

Conclusie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat antipsychotica de cognitief-perceptuele symptomen, evenals symptomen van angst, bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis verminderen.</p> <p>A2 Goldberg e.a., 1986; Soloff e.a., 1986b; Koenigsberg e.a., 2003 B Serban & Siegel, 1984; Hymowitz e.a., 1986</p>
-----------------	--

Overige overwegingen

De beschreven effectiviteit van antipsychotica lijkt in veel gevallen al met relatief lage doseringen (in vergelijking met de doseringen zoals geadviseerd bij de psychotische stoornissen) te kunnen worden bereikt. Gezien de potentiële bijwerkingen zoals bewegingsstoornissen, mentale vervlakking, adipositas en seksuele functiestoornissen, dient indien mogelijk slechts tijdelijk een antipsychoticum te worden voorgeschreven in een relatief lage dosering (tot 4 mg haloperidolequivalent).

Aanbeveling

Antipsychotica zijn – in relatief lage doseringen – in de farmacotherapie bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis geïndiceerd voor de behandeling van cognitief-perceptuele symptomen. In verband met de bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te beperken, uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling te geven, en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Ook wordt geadviseerd te overwegen de behandeling met antipsychotica weer binnen enkele maanden te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht.

7.4 Farmacotherapie in de behandeling van de overige persoonlijkheidsstoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

In tegenstelling tot de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis is naar overige DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen nauwelijks goed onderzoek verricht naar het effect van farmacologische interventies. Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn enkele gevalbeschrijvingen voorhanden waarin een positief effect van het atypische antipsychoticum quetiapine beschreven wordt ten aanzien van symptomen als prikkelbaarheid, agressie en impulsief gedrag (Adityanyee & Schulz, 2002; Walker e.a. 2003). Ook is er open onderzoek met het anxiolyticum buspiron (Wang e.a., 2002) en de stemmingstabilisator valproïnezuur (Reeves e.a., 2005) ten aanzien van het effect op agressief gedrag. Uit het enige placebogecontroleerde onderzoek (Penick e.a., 1996) bleek dat het tricyclische antidepressivum nortriptyline bij opgenomen alcoholische patiënten met een antisociale

persoonlijkheidsstoornis slechts effectief was ten opzichte van placebo ten aanzien van een comorbide angst- of stemmingsstoornis, niet ten aanzien van kenmerken van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zelf.

Enkele patiënten met een theatrale of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis waren samen met BPS-patiënten geïncludeerd in een placebogecontroleerde RCT waarbij geen vermindering van suïcidaal gedrag werd gevonden door het antidepressivum mianserine maar wel door het klassieke antipsychoticum flupentixol (Montgomery & Montgomery, 1982). Op basis van eigen ervaringen raden Deltito & Stam (1989) een proefbehandeling met fluoxetine of een MAO-remmer aan voor patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Ten aanzien van de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven bleken geen publicaties voorhanden.

In tegenstelling tot bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis kunnen op grond van deze bevindingen volgens de werkgroep geen specifieke aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van farmacotherapeutische interventies bij de overige persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie bestaat die het voorschrijven van psychofarmaca rechtvaardigt in de behandeling van andere persoonlijkheidsstoornissen dan de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis.
-----------------	---

Overige overwegingen

Een uitzondering geldt wellicht voor patiënten bij wie er naast de persoonlijkheidsstoornis sprake is van symptomen die duidelijk kunnen worden geclassificeerd op As-I. Maar in dat geval wordt niet de persoonlijkheidsstoornis medicamenteus behandeld, maar de bijkomende symptomatologie of As-I-stoornis.

Aanbeveling

Aanbevolen wordt terughoudend te zijn in het voorschrijven van psychofarmaca ten behoeve van klachten of gedragingen die terug te voeren zijn op andere persoonlijkheidsstoornissen dan de borderlinepersoonlijkheidsstoornis of de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt zeker wanneer er geen sprake is van een duidelijke As-I-stoornis die medicamenteuze behandeling verdient.

7.5 Behandelalgoritmen farmacotherapie persoonlijkheidsstoornissen

Waar mogelijk wordt psychotherapie beschouwd als primaire vorm van behandeling voor de (borderline)persoonlijkheidsstoornis (APA; American Psychiatric Association, 2001; deze richtlijn), waar nodig aangevuld met symptoomgerichte farmacotherapie. De hier gepresenteerde behandelalgoritmen dienen vanuit dat uitgangspunt te worden gezien. Indien er geen sprake is van duidelijke comorbiditeit lijken farmacologische interventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis van beperkte toegevoegde waarde bij een goed lopend psychotherapeutisch behandelproces (Wilberg, 1998; Teusch, 2001; Simpson, 2004; Soler, 2005; Bond, 2006)

Ondanks het feit dat van menig psychofarmakon in gevalsbeschrijvingen en open onderzoeken dramatisch gunstige resultaten zijn beschreven, werd de effectiviteit van deze middelen slechts in een beperkt aantal gevallen bevestigd middels placebogecontroleerde RCT's. De verschillende symptoomclusters zoals beschreven door Soloff, en de APA-behandelalgoritmen, lijken het meest acceptabele referentiekader

waarbinnen de resultaten van de verschillende RCT's geplaatst en geïnterpreteerd kunnen worden. Ze zijn dan ook van belang bij de ontwikkeling van behandelingsrichtlijnen op basis van de principes van *evidence-based medicine*. De resultaten uit recent onderzoek stellen ons in staat om op basis van deze RCT's te komen tot een herformulering van de eerdere APA-richtlijn waarbij dezelfde symptoomclusters als leidraad golden.

Van belang om te melden is dat voor alle genoemde psychofarmaca geldt dat zij voor het indicatiegebied van de persoonlijkheidsstoornissen niet als zodanig in Nederland zijn geregistreerd. Het *off-label* voorschrijven van geneesmiddelen dient expliciet met de patiënt besproken te worden en te worden geregistreerd in het patiëntendossier. Hieronder beschrijven wij diverse behandelalgoritmen per symptoom(cluster), zie ook tabel 15.

7.5.1 *Cognitief-perceptuele symptomen*

Binnen dit domein adviseren wij (in tegenstelling tot Soloffs algoritme), een differentiatie aan te brengen tussen psychotische symptomen enerzijds en dissociatieve klachten anderzijds. Er zijn aanwijzingen dat dissociatieve klachten, zoals derealisatie en depersonalisatie, niet noodzakelijk hoeven samen te gaan met de overige genoemde psychotische klachten, maar kunnen verwijzen naar angst en/of symptomen van een posttraumatische stressstoornis.

7.5.1.1 *Aan psychose gerelateerde symptomen*

Achterdocht, betrekkingsideeën, paranoïde ideatie, illusoire vervalsingen, (pseudo)hallucinatoire belevingen, eigenaardige overtuigingen en merkwaardige gedachten kunnen chronisch of intermitterend worden vastgesteld bij cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Bij cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, worden deze symptomen beschreven als aan stress gerelateerde 'micropsychotische' episoden. Zowel klassieke als atypische antipsychotica blijken effectief bij de vermindering van deze symptomen. Ze kunnen in relatief lage dosering voor een korte periode (weken) worden voorgeschreven, dan wel intermitterend tijdens het beloop van de stoornis, aan patiënten met een schizotypische dan wel borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Indien een voorgeschreven antipsychoticum effectief blijkt ten aanzien van de cognitief-perceptuele symptomen, dan valt te verwachten dat het middel tevens effect heeft op impulsief gedrag en affectieve disregulatie, en ook op het algeheel functioneren. Echter, er is geen eenduidig bewijs dat antipsychotica ook effectief zijn bij BPS-patiënten zonder duidelijke cognitief-perceptuele symptomen. Uitzondering is olanzapine, dat tevens effectief lijkt tegen impulsief en agressief gedrag (zie verder).

Antipsychotica lijken dus de keuze bij uitstek indien tijdens crisisinterventie ernstige cognitief-perceptieve symptomen snel onder controle moeten worden gebracht. Ze kunnen oraal of parenteraal worden toegediend.

Vanwege de kans op bijwerkingen lijkt een hogere dosering of langduriger gebruik alleen gerechtvaardigd als de symptomen zonder deze medicatie of bij lagere dosering blijven persisteren. Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder comorbide psychotische stoornis) wordt het langdurig gebruik van antipsychotica ontraden, mede omdat uit onderzoek is gebleken dat het langdurig gebruik van klassieke antipsychotica door BPS-patiënten slecht wordt verdragen. Het is niet geheel duidelijk of de nieuwere atypische antipsychotica (zoals risperidon en olanzapine) effectiever zijn dan de oudere klassieke (goedkopere) middelen (zoals haloperidol) en welk van de middelen het meest effectief is binnen zijn eigen groep. Daarom kunnen het profiel van de potentiële bijwerkingen en de kosteneffectiviteit de leidraad vormen voor de eerste keuze in individuele gevallen. Clozapine wordt niet primair aanbevolen vanwege de afwezigheid van een bewezen effectiviteit en de potentiële ernstige bijwerkingen (agranulocytose).

Andere psychofarmaca blijken niet effectief als behandeling van cognitief-perceptuele symptomen bij persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn zelfs duidelijke aanwijzingen dat tricyclische antidepressiva (zoals amitriptyline) achterdocht en paranoïde ideatie kunnen veroorzaken bij BPS-patiënten. Ook van topiramaat is bekend dat het in hogere dosering het cognitief functioneren kan ontregelen.

7.5.1.2 *Dissociatie*

Wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van antipsychotica bij de behandeling van dissociatieve klachten zoals derealisatie en depersonalisatie (in afwezigheid van psychotische symptomen) ontbreekt. Vluchtige dissociatieve symptomen kunnen voorkomen in het kader van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis maar ook als een niet prototypisch symptoom bij andere persoonlijkheidsstoornissen. Er bestaat zelfs het risico van een iatrogene exacerbatie van dissociatieve symptomen bij het gebruik van antipsychotica (in hogere dosering), vooral in geval van polyfarmacie, en ook is er het risico op een paradoxale toename van klachten tijdens het gebruik van benzodiazepinen (alprazolam) of tricyclische antidepressiva (amitriptyline). Opiaatantagonisten blijken niet effectief bij de behandeling van dissociatieve klachten.

7.5.2 *Impulsieve gedragingen*

Dit symptoomcluster omvat een breed spectrum aan symptomatisch gedrag zoals suïcidepogingen, zelfverwonding, gewelddadig gedrag, eetbuïen, alcohol- of drugsmisbruik, promiscuïteit, geldverspilling, gokken en woede-uitbarstingen. Het wordt beschouwd als een prototypische gedragsvorm bij de cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, met name bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

SSRI's werden tot voor kort vaak aanbevolen als middel van eerste keuze bij impulsief of agressief gedrag zoals in Soloffs algoritmen en de APA-richtlijnen voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Uit recent onderzoek blijkt de wetenschappelijke evidentie van deze keuze echter veel zwakker dan voorheen werd gesuggereerd. Er zijn aanwijzingen dat SSRI's een gunstig effect hebben op agressief-impulsief gedrag bij mannen. Echter, dit geldt niet voor vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Ofschoon er enige evidentie is (op basis van één RCT) dat het antipsychoticum flupentixol behulpzaam kan zijn bij het voorkomen van suïcidaal gedrag, blijkt er onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat antipsychotica effectief zijn als behandeling van uiteenlopende impulsieve gedragingen, met uitzondering van olanzapine. Dus ook de tweede stap van Soloffs algoritme, waarbij bij een partiële respons op een SSRI een antipsychoticum wordt toegevoegd, blijkt bij nader onderzoek controversieel.

Lithiumadditie, Soloffs derde stap bij een partiële respons op een SSRI, roept minstens zoveel vragen op omdat lithiumtherapie slechts onderzocht is in één kleine RCT en daarin slechts effectief bleek op één van de vele uitkomstmaten. Gezien de ernst van de potentiële bijwerkingen en het gevaar bij overdosering lijkt meer terughoudendheid bij het voorschrijven van lithium gerechtvaardigd.

In tegenstelling hiermee blijkt uit recentere RCT's dat de stemmingsstabilisatoren valproïnezuur, lamotrigine en topiramaat een duidelijke effectiviteit vertonen als behandeling van boosheid en agressief gedrag. Gezien het bijwerkingenprofiel lijkt topiramaat de voorkeur te hebben. De resultaten van onderzoeken naar het effect van carbamazepine op impulsief en/of agressief gedrag blijken zeer controversieel. Ook gezien de potentiële bijwerkingen en de kans op luxatie van een ernstige depressie lijkt carbamazepine hier niet langer geïndiceerd.

Effectiviteit en bijwerkingen tegen elkaar afgewegend komt de werkgroep tot andere aanbevelingen met betrekking tot impulsief en/of agressief gedrag (in afwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen): (1) topiramaat; (2) fluoxetine (bij mannelijke patiënten) of valproïnezuur (beide seksen); (3) additie van een antipsychoticum (typisch of atypisch); (4) lithiumadditie (laatste keuze). Pas op: alprazolam, amitriptyline en

polyfarmacie kunnen impulsief gedrag juist ook induceren.

7.5.3 *Affectieve disregulatie*

De aanwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen of impulsief gedrag rechtvaardigt een interventie uit de eerste of tweede behandelingsrichtlijn zoals hierboven beschreven. Derde in deze hiërarchie is het symptoomdomein van de affectieve disregulatie waarin we uiteenlopende klachten aantreffen zoals stemmingswisselingen, depressieve stemming, boosheid en vijandigheid (zonder controleverlies over het gedrag) en angst.

7.5.3.1 *Snelle stemmingsschommelingen.*

Affectieve labiliteit, frequente stemmingswisselingen, overgevoeligheid voor afwijzing en kortdurende depressieve buien zijn beschreven bij persoonlijkheidsstoornissen, vooral uit die uit het B-cluster. Soloffs algoritmen adviseren een SSRI als eerste keuze, met zo nodig toevoeging van een benzodiazepine of antipsychoticum. Op grond van recente onderzoeken met fluoxetine kan deze aanbeveling echter niet langer worden onderbouwd. Slechts één onderzoek onderbouwt de effectiviteit van een SSRI (fluvoxamine) ten aanzien van stemmingswisselingen. Een ander onderzoek biedt enige evidentie dat valproïnezuur de stemming zou kunnen stabiliseren. Er zijn tevens aanwijzingen dat (in afwezigheid van een comorbide bipolaire stoornis) noch antipsychotica, tricyclische antidepressiva of MAO-remmers, noch andere stemmingsstabilisatoren (lithium, carbamazepine) effectief zouden zijn bij de behandeling van de frequente stemmingswisselingen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Deels in tegenstelling tot Soloffs algoritmen adviseert de werkgroep daarom een SSRI (stap 1) of valproïnezuur (stap 2) bij de behandeling van affectieve labiliteit (in afwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen of impulsief gedrag).

7.5.3.2 *Sombere stemming*

Het effect van farmacologische interventies met een SSRI, zoals de eerste stap van Soloffs algoritme, op een terugkerende sombere stemming (zonder dat er sprake is van hevige stemmingswisselingen of een aanhoudende depressieve stoornis) is controversieel. Wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van SSRI's of andere moderne antidepressiva ontbreekt hier. Tricyclische antidepressiva worden niet aanbevolen vanwege het gevaar op controleverlies over gedrag en andere bijwerkingen. Stemmingsstabilisatoren zoals lithium, carbamazepine en valproïnezuur blijken in RCT's ineffectief als behandeling van depressieve klachten bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis. De effectiviteit van klassieke antipsychotica op een depressieve stemming bleek slechts evident in aanwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen, niet bij de afwezigheid daarvan. Daarentegen wijzen twee RCT's op een positief effect van olanzapine met betrekking tot stemmingsverbetering. Verbetering van een depressieve stemming bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is ook gerapporteerd bij de MAO-remmer tranylcypromine in één klein onderzoek. Dit kan slechts beschouwd worden als een voorlopige aanwijzing. Vanwege een potentiële bijwerking die het gebruik van een aangepast dieet noodzakelijk maakt kunnen MAO-remmers echter niet aanbevolen worden als eerste of tweede stap in een behandelprotocol, zeker niet bij parasuïcidale patiënten.

Omega-3-vetzuren lijken verlichting te kunnen geven van depressieve klachten bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Het bijwerkingenprofiel van dit voedingssupplement is erg gunstig. De resultaten van de betreffende RCT zullen echter eerst gerepliceerd dienen te worden.

7.5.3.3 *Boosheid en vijandigheid*

De resultaten van onderzoeken waar SSRI's, antipsychotica, lithium of MAO-remmers zijn gebruikt in de hoop boosheid, vijandigheid en prikkelbaarheid (zonder verlies van gedragscontrole) te verminderen blijken controversieel. In tegenstelling tot de aanbevelingen in Soloffs algoritmen lijken topiramaat en valproïnezuur een meer adequate eerste of tweede keuze ten aanzien van dit symptoomdomein, zeker gezien het relatief milde bijwerkingenprofiel.

7.5.3.4 *Angst*

RCT's met patiënten met een borderlinepersoonlijheidsstoornis onderbouwen de keuze om symptomen van angst te behandelen met klassieke antipsychotica (zoals haloperidol), atypische antipsychotica (zoals olanzapine) of een MAO-remmer (tranylcypromine). Opnieuw wordt vanwege de bijwerkingen een MAO-remmer niet aanbevolen als eerste of tweede keuze. De effectiviteit van benzodiazepinen bij het verminderen van angst bij persoonlijkheidsstoornissen is nooit aangetoond middels een RCT. In tegenstelling tot Soloffs algoritme adviseert de werkgroep daarom niet om benzodiazepinen te gebruiken als eerste of tweede stap, temeer omdat benzodiazepinen een paradoxale toename van gedragsproblemen kunnen veroorzaken.

CONCEPT

Tabel 15 Farmacotherapeutische interventies bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Symptoomcluster	Algoritmen van Soloff (1998,2000) APA-richtlijn borderlinepersoonlijkheidsstoornis (2001)	Aanbevelingen van Ingenhoven & Rinne (2007)
Cognitief-perceptuele symptomen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klassiek antipsychoticum, lage dosis* 2. Klassiek antipsychoticum verhoogde dosis** 3. Atypisch antipsychoticum 	<p>(Pseudo)psychotische symptomen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klassiek of atypisch antipsychoticum, lage dosis* <p>Verhoogde dosis**</p>
		<p>Dissociatie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Geen aanbevelingen <p>(Vermijd benzodiazepinen, tricyclische antidepressiva en polyfarmacie)</p>
Impulsieve gedragingen	<ol style="list-style-type: none"> 1. SSRI's 2. Additie klassiek antipsychoticum 3. Lithiumadditie of overschakelen op MAO-remmer 4. Carbamazepine, valproïnezuur of lithium 5. Atypisch antipsychoticum 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Topiramaat 2. Mannelijke patiënt: SSRI (fluoxetine) Vrouwelijke of mannelijke patiënt: valproïnezuur 3. Additie van klassiek of atypisch antipsychoticum (lage dosis*) of overschakelen op lithium <p>(vermijd benzodiazepinen, tricyclische antidepressiva en polyfarmacie)</p>
Affectieve disregulatie	<ol style="list-style-type: none"> 1. SSRI's of daaraan gerelateerd antidepressivum (2X) 2. Angst: voeg benzodiazepine (clonazepam) toe Boosheid: voeg antipsychoticum toe, lage dosis* 3. MAO-remmer 4. Lithium, carbamazepine of valproïnezuur 	<p>Affectieve labiliteit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SSRI (fluvoxamine) 2. Valproïnezuur
		<p>'Depressieve stemming' (zonder depressie in engere zin of affectieve labiliteit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atypisch antipsychoticum (olanzapine) 2. MAO-remmer (tranylcyproline) <p>(vermijd tricyclische antidepressiva of carbamazepine)</p>

		<p>Boosheid, vijandigheid, prikkelbaarheid (zonder verlies impulscontrole)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Topiramaat of valproïnezuur 2. Klassiek of atypisch antipsychoticum (lage dosis*) <p>Angst</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klassiek of atypisch antipsychoticum (lage dosis*) 2. Geen medicatie?; lage dosis benzodiazepine? 3. MAO-remmer (tranylcypromine)
--	--	--

* Klassiek antipsychoticum, lage dosis = 1-4 mg haloperidolequivalent
** Klassiek antipsychoticum, verhoogde dosis = tot 4-6 mg haloperidolequivalent
SSRI = selectieve serotonineheropnameremmer
MAO-remmer = monoamineoxidaseremmer

Literatuur

- Adityanjee & Schulz, S.C. (2002). Clinical use of quetiapine in disease states other than schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 13), 32-38.
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Barley, W.E., Thorward, S.R., Logue, A., McCreedy, K.F., Muller, J.P., Plakun, E.M. et. al. (1986). Characteristics of borderline personality admissions to private psychiatric hospitals. *Psychiatric Hospital*, 17, 195-199.
- Battaglia, J., Wolff, T.K., Wagner-Johnson, D.S., e.a. (1999). Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. *International Clinical psychopharmacology*, 14, 361-372.
- Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2005). Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1111-1115.
- Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2006). Efficacy and tolerability of Quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1042-1046.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., e.a. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Benedetti, F., Sforzini, L., Colombo, C., e.a. (1998). Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 103-107.
- Biancosino, B., Facchi, A., Marmai, L., e.a. (2002). Gabapentin treatment of impulsive-aggressive behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 483-484.
- Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., e.a. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Collaboration*, 3.
- Biswas, A.B., Gibbon, S., & Gangadharan, S.K. (2006). Clozapine in borderline personality disorder and intellectual disability: a case report of four-year outcome. *Mental health Aspects of Developmental Disabilities*, 9, 13-17.
- Bogenschutz, M. P., & George, N. H. (2004). Olanzapine versus placebo in the treatment

of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 104-109.

Bohus, M.J., Landwehrmeyer, G.B., Stilmayr, C.E., e.a. (1999). Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: An open label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 598-603.

Bond, M. & Perry, J.C. (2006). Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 21-26.

Cassano, P., Lattanzi, L., Pini, S., e.a. (2001). Topiramate for self-mutilation in a patient with borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 3, 161.

Chengappa, K.N.R., Baker, R.W., & Sirri, C. (1995). The succesful use of clozapine in ameliorating severe self mutilation in apatient with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 76-82.

Chengappa, K.N.R., Rathor, J., Levine, J., Atzert, R., Solai, L., Parepally, H., Levin, H., Moffa, N., Delaney, J. & Brar, J.S. (1999). Topiramate as add-on treatment for patients with bipolar mania. *Bipolar disorders*, 1, 42-53.

Coccaro, E.F., Astilli, J.L., Herbert, J.L., e.a. (1990). Fluoxetine treatment of impulsive aggression in DSM-III personality disorder patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10, 373-375.

Coccaro, E.F., & Kavoussi, R.J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., Perel, J.M. & Ulrich, R.F. (1990). Fluoxetine trial in borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, 151-154.

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., perel, J.M.& Ulrich, R.F. (1991). A preliminairy trial of fluoxetine in refractory borderline patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 116-120.

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., George, A., e.a. (1993a). Haloperidol vs. phenelzine in continuation therapy of borderline disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 29, 333-337.

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., Perel, J.M., e.a. (1993b). Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1843-1848.

Cowdry, R.W., & Gardner, D.L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Archives of General Psychiatry*, 45, 111-119.

Damsa, C., Adam, E., De Gregorio, F., e.a. (2007). Intramuscular olanzapine in patients with borderline personality disorder: an observational study in an emergency room. *General Hospital psychiatry*, 29, 51-53.

De la Fuente, J.M., & Lotstra, F. (1994). A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 4, 479-486.

Deltito, J.A., & Stam, M. (1989). Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 30, 498-504.

Do Prado-Lima, P.A.S., Kristensen, C.H., & Bacaltchuck, J. (2006). Can childhood trauma predict response to topiramate in borderline personality disorder? *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 31, 193-196.

Faltus, F.J. (1984). The possitive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 802-803.

Ferrerri, M.M., Loze, J-Y., Rouillon, F., e.a. (2004). Clazapine treatment of a borderline personality disorder with severe self-mutilating behaviours. *European Psychiatry*, 19, 177-178.

Frankenburg, F.R., & Zanarini, M.C. (1993). Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 402-405.

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1985). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142, 98-100.

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1986a). Positive effects of carbamazepine on behavioral dyscontrol in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 519-522.

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1986b) Development of melancholia during

carbamazepine treatment in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 236-239.

Goldberg, S.C. (1989). Prediction of change in borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 550-555.

Goldberg, S.C., Schulz, S.C., Schulz, P.M., e.a. (1986). Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Archives of General Psychiatry*, 43, 680-686.

Griengl, H., Sendera, A., & Dantendorfer, K. (2001). Naltrexone as a treatment of self-injurious behavior -- a case report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 234-236.

Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 38-42.

Hollander, E., Allen, A., Lopez, R.P., e.a. (2001). A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 199-203.

Hollander, E., Tracy, K.A., Swann, A.C., e.a. (2003). Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1186-1197.

Hollander, E., Swann, A.C., Coccaro, E.F., e.a. (2005). Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 621-624.

Hough, D.W. (2001). Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 161-162.

Hymowitz, P., Frances, A., Jacobsberg, L.B., e.a. (1986). Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 267-271.

Ingenhoven, T., & Rinne, T. (2007). Medicamenteuze behandeling. In E.M.H. Eurelings-Bontekoe, W.M. Snellen & R. Verheul (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jensen, H.V., & Andersen, J. (1989). An open, noncomparative study of amoxapine in borderline disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 89-93.

Kavoussi, R.J., & Coccaro, E.F. (1998). Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 676-680.

Kavoussi, R.J., Liu, J., & Coccaro, E.F. (1994). An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 137-141.

Keshavan, M., Shad, M., Soloff, P., e.a. (2004). Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 71, 97-101.

Khouzam, H.R., & Donnelly, N.J. (1997). Remission of self-mutilation in a patient with borderline personality during risperidone therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 348-349.

Koenigsberg, H.W., Reynolds, D., Goodman, M., e.a. (2003). Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 628-634.

Kutcher, S., Papatheodorou, G., Reiter, S., e.a. (1995). The successful pharmacological treatment of adolescents and young adults with borderline personality disorder: a preliminary open trial of flupenthixol. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 20, 113-118.

La Wall, J.S., & Wesselius, C.L. (1992). The use of lithium carbonate in borderline patients. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 4, 265-267.

Leone, N.F. (1982). Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 148-150.

Liebowitz, M.R., Quitkin, F.M., Steward, J.W., e.a. (1988). Antidepressant specificity in atypical depression. *Archives General Psychiatry*, 45, 129-137.

Links, P.S., Steiner, M., Boiago, I., e.a. (1990). Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *Journal of Personality Disorders*, 4, 173-181.

Loew, T.H., Nickel, M.K., Meuhlbacher, M., e.a. (2006). Topiramate treatment for women with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26, 61-66.

Makela, E.H., Moeller, K.E., Fullen, J.E. & Gunel, E. (2006). Medication utilization

patterns and methods of suicidality in borderline personality disorder. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40, 49-52.

Markovitz, P.J. & Schultz, S.Z. (1993). Drug treatment of personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 192, 122

Markovitz, P.J., & Wagner, S.C. (1995). Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 773-777.

Markovitz, P.J., Calabrese, J.R., & Schulz, S.C. (1990). Fluoxetine in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 27, 165A.

Markovitz, P.J., Calabrese, J.R., Schulz, S.C., e.a. (1991). Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1064-1067.

Mattes, J.A. (1984). Carbamazepine for uncontrolled rage outbursts. *The Lancet*, 2, 1164-1165.

McGee, M.D. (1997). Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 32-33.

Mobascher, A., Mobascher, J., Schlemper, V., e.a. (2006). Aripiprazole pharmacotherapy of borderline personality disorder. A series of three consecutive case reports. *Pharmacopsychiatry*, 39, 111-112.

Montgomery, S.A., & Montgomery, D. (1982). Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 4, 291-298.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Nickel, M.K., Mehlbacher, M., Nickel, C., e.a. (2006). Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder; a double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 833-838.

Nickel, M.K., Nickel, C., Kaplan, P., e.a. (2005). Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, 57, 495-499.

Nickel, M.K., Nickel, C., Mitterlehner, F.O., e.a. (2004). Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1515-1519.

Norden, M.J. (1989). Fluoxetine in borderline personality disorder. *Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 885-893.

Nose, M., Cipriani, A., Biancosino, B., e.a. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical psychopharmacology*, 21, 345-353.

Oldham, J.M., Bender, D.S., Skodol, A.E., e.a. (2004). Testing the APA practical guideline: symptom-targeted medication utilization for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 156-161.

Parker, G.F. (2002). Clozapine and borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 348-349.

Parsons, B., Quitkin, F. M., McGrath, P. J., Stewart, J. W., Tricamo, E., Ocepek-Welikson, K., Harrison, W., Rabkin, J. G., Wager, S. G., & Nunes, E. (1989). Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 524-534.

Pascual, J.C., Madre, M., Soler, J., e.a. (2006). Injectable atypical antipsychotics for agitation in borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry*, 39, 117-118.

Penick, E.C., Powell, B.J., Camobell, J., e.a. (1996). Pharmacological treatment for antisocial personality disorder alcoholics: a preliminary study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 477-484.

Perrella, C., Carrus, D., Costa, E., e.a. (2007). Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder; an open-label study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31, 158-163.

Philipsen, A., Richter, H., Schmahl, C., e.a. (2004a). Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1414-1419.

- Philipsen, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2004b). Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry*, *37*, 196-199.
- Pinto, O.C., & Akiskal, H.S. (1998). Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *Journal of Affective Disorders*, *51*, 333-343.
- Reeves, R.R., Struve, F.A., & Patrick, G. (2005). Auditory and visual P300 evoked potentials do not predict response to valproate treatment of aggression in patients with borderline and antisocial personality disorders. *Clinical EEG and Neuroscience*, *36*, 49-51.
- Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L. & van Duyck, R. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 2048-2054.
- Rizvi, S.T. (2002). Lamotrigine and borderline personality disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *12*, 365-366.
- Rocca, P., Marchiaro, L., Cocuzza, E., e.a. (2002). Treatment of borderline personality disorder with risperidone. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 241-244.
- Roth, A.S., Ostroff, R.B., & Hoffman, R.E. (1996). Naltrexone as a Treatment for Repetative Self-injurious behaviour: an open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, *57*, 233-237.
- Rybakowski, J.K., Drózd, W. & Borkowska, A. (2003). Low dose risperidone in the treatment of schizophrenia-like symptoms in high-risk subjects. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *23*, 674-675.
- Salzman, C., Wolfson, A.N., Schatzberg, A., e.a. (1995). Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *15*, 23-29.
- Sansone, R.A., Rytwinski, D. & Gaither, G.A. (2003). Borderline personality and psychotropic medication prescription in an outpatient psychiatric clinic. *Comprehensive psychiatry*, *44*, 454-458.
- Schulz, S.C., Camlin, K.L., Berry, S.A., e.a. (1999). Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. *Biological Psychiatry*, *46*, 1429-1435.
- Serban, G., & Siegel, S. (1984). Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 1455-1458.
- Simpson, E.B., Yen, S., Costello, E., e.a. (2004). Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 379-385.
- Skodol, A.E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous and Mental Disease*, *171*, 405-410.
- Soler, J., Pascual, J.C., Campins, M.J., e.a. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1221-1224.
- Soloff, P.H. (1998). Symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *62*, 195-214.
- Soloff, P.H. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*, 169-92, ix.
- Soloff, P.H., Cornelius, J., George, A., e.a. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 377-385.
- Soloff, P.H., George, A., Nathan, R.S., e.a. (1986a). Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1603-1605.
- Soloff, P.H., George, A., Nathan, R. S., e.a. (1986b). Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. A double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Archives of General Psychiatry*, *43*, 691-697.
- Soloff, P.H., George, A., Nathan, S., e.a. (1989). Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *Journal of Clinical*

Psychopharmacology, 9, 238-246.

- Sonne, S., Rubey, R., Brady, K., e.a. (1996). Naltrexone Treatment of Self-injurious thoughts and behaviours. *Journal of nervous & mental disease*, 184, 192-195.
- Stein, D.J., Simeon, D., Frenkel, M., e.a. (1995). An open trial of valproate in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 56, 506-510.
- Steinert, T., Schmidt-Michel, P.O., & Kaschka, W.P. (1996). Considerable improvement in a case of obsessive-compulsive disorder in an emotional unstable personality disorder, borderline type under treatment with clozapine. *Pharmacopsychiatry*, 29, 111-114.
- Swinton, M. (2001). Clozapine in severe borderline personality disorder. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 580-591.
- Szigethy, E.M., & Schulz, S.C. (1997). Risperidone in comorbid borderline personality disorder and dysthymia. *Journal of Clinical psychopharmacology*, 17, 326-327
- Teicher, M.H., Glod, C.A., Aaronson, S.T., e.a. (1989). Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 535-549.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., e.a. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone in combination with psychopharmacological treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 328-336.
- Townsend, M.H., Cambre, K.M., & Barbee, J.G. (2001). Treatment of borderline personality disorder with mood instability with divalproex sodium: series of ten cases. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 249-251
- Tritt, K., Nickel, C., Lahmann, C., e.a. (2005). Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Psychopharmacology*, 19, 287-291.
- Villeneuve, E., & Lemelin, S. (2005). Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder: impulsivity as main target. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1298-1303.
- Vorma, H., Naukkarinen, H.H., Sarna, S.J., e.a. (2005). Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. *Substance Use & Misuse*, 40, 499-510.
- Walker, C., Thomas, J., & Allen, T.S. (2003). Treating impulsivity, irritability, and aggression of antisocial personality disorder with quetiapine. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 556-567.
- Wang, X., Liping, X., Li, L., e.a. (2002). Anti-aggressive effects of buspirone in antisocial personality disorder. *Chinese journal of Clinical Psychology*, 10, 283-284.
- Weinstein, W., & Jamison, K.L. (2007). Retrospective case review of lamotrigine use for affective instability of borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 12, 207-210.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø., e.a. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment programma. *Psychiatric Services*, 49, 1462-1467.
- Wilcox, J.A. (1994). Divalproex sodium in the treatment of aggressive behavior. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 17-20.
- Wilcox, J.A. (1995). Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 33-37.
- Zanarini, M.C. & Frankenburg, F.R. (2001a). Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 849-854.
- Zanarini, M.C. & Frankenburg, F.R. (2003). Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 167-169.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Henne, J., e.a. (2004a). Mental health service utilization of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Khera, G.S., e.a. (2001b). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144-150.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F. R., & Parachini, E.A. (2004b). A preliminary, randomized

trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 903-907.
Zullino, D.F., Quinche, P., Häfliger, T., e.a. (2002). Olanzapine improves social dysfunction in cluster B personality disorder. *Human Psychopharmacology & Clinical Experience*, 17, 247-251.

CONCEPT

Hoofdstuk 8 Comorbiditeit bij persoonlijkheidsstoornissen

8.1 Patiënten- en familieperspectief

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis komt het regelmatig voor dat na een op het oog succesvolle behandeling van het ene probleem, een ander probleem de kop op steekt. Iemand kan bijvoorbeeld met succes voor zijn eetstoornis behandeld zijn, terwijl daarvoor in de plaats een alcoholprobleem is gekomen. Als dit vervolgens in een instelling voor verslavingszorg is behandeld, kan iemand weer terugvallen in zijn eetstoornis, of zichzelf bijvoorbeeld gaan beschadigen. Daarvoor moet iemand dan weer naar een andere hulpverlener. In de praktijk (met name in de ambulante setting) blijken deze verschillende hulpverleners vaak niet met elkaar te overleggen. Hierdoor is er een verhoogd risico dat patiënten afhaken.

Volgens Franx (2002) dient het borderline zorgprogramma een aanbod te hebben voor verslavingsproblemen.

De afgelopen jaren heeft een aantal gespecialiseerde instellingen een geïntegreerde aanpak voor deze problematiek ontwikkeld, waarbij één hoofdbehandelaar vast aanspreekpunt is voor de patiënt. Dit is een goede ontwikkeling. (Mening van deskundigen, o.a. bijeenkomst systeemtherapie)

Voor patiënten is het belangrijk dat duidelijk is waarom een bepaalde keuze gemaakt wordt voor behandeling en voor de volgorde van behandeling.

Aanbevelingen

Voor de behandeling van meerdere klachten naast de persoonlijkheidsstoornis is een geïntegreerde aanpak aan te bevelen, waarbij één hoofdbehandelaar aangesteld wordt die voor de patiënt vast aanspreekpunt is, en die het overzicht bewaart.

Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en co-morbiditeit op As1 is het van belang dat geïntegreerde behandeling plaats vindt.

Een borderline zorgprogramma dient een aanbod te hebben voor verslavingsproblematiek.

8.1.1 Psychotherapie

Binnen een borderline zorgprogramma moet toegang zijn tot voor de patiënt geschikte vormen van psychotherapie, zoals gedragstherapie. Zowel individuele als groepsbehandelingen moeten mogelijk zijn. In gespreksbehandeling dient zowel plaats te zijn voor problemen in het hier-en-nu als voor verwerking van trauma's uit het verleden. Traumaverwerking dient alleen plaats te vinden als de patiënt aangeeft eraan toe te zijn (Franx, 2002).

Aanbevelingen

Een borderline zorgprogramma moet bestaan uit voor de patiënt geschikte vormen van psychotherapie, waarbij zowel individuele als groepsbehandelingen mogelijk moeten zijn.

In gespreksbehandeling dient zowel plaats te zijn voor problemen in het hier-en-nu als voor traumaverwerking. Traumaverwerking dient alleen plaats te vinden als de patiënt aangeeft hieraan toe te zijn.

8.1.2 Lichamelijke ziekten

Mensen met een persoonlijkheidsproblematiek die ook een moeilijk behandelbare lichamelijke ziekte hebben ervaren een gebrek aan kennis van de lichamelijke ziekte bij de hulpverlener die de persoonlijkheidsstoornis behandelt, en een gebrek aan kennis over de persoonlijkheidsstoornis bij de somatische arts. Artsen weten zich bijvoorbeeld geen raad met een type 1-diabeet met een eetstoornis, en behandelaars van mensen met een eetstoornis weten te weinig van diabetes om adequate hulp te kunnen leveren. Patiënten met een moeilijk behandelbare chronische ziekte ervaren dat zij vaak zelf de regisseur van hun behandeling moeten zijn.

Aanbevelingen

Voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die hierbij ook een somatische ziekten en/of een As1-stoornis hebben, is het belangrijk dat er één vaste hoofdbehandelaar is die de diverse behandelingen actief coördineert. Patiënten zouden hun energie niet moeten steken in het regisseren van hun behandeling, maar in de behandeling zelf.

Hulpverleners dienen zichzelf voldoende op de hoogte te stellen van de interactie tussen persoonlijkheidsstoornis en lichamelijke ziekte.

8.1.3 Zelfbeschadiging en suïcidepogingen

Patiënten benadrukken dat zelfbeschadiging en suïcidepogingen niet gezien moeten worden als manipulatief gedrag of op een negatieve manier de aandacht trekken, maar als uiting van ondraaglijke psychische pijn, waarvoor zij op dat moment geen alternatief hebben om te uiten. Zij geven aan behoefte te hebben aan een luisterend oor, aan echte interesse voor de pijn die zij van binnen voelen. Het betekent veel voor hen als de hulpverlener laat zien dat hij/zij de intentie heeft om te helpen. ("Just listen, and respond from the inside"). Patiënten vinden een dialoog tussen hen en de hulpverlener belangrijk. Zij vragen niet om een antwoord/oplossing, maar vooral om iemand die er voor hen is, naar hen luistert, en met hen meedenkt. (Nehls, 1999)

Hulpverleners die zich meer verdiepen in de persoon die zich beschadigt, en in de achterliggende redenen hiervan, en daardoor de patiënt met meer compassie benaderen, dragen meer bij aan de behandeling dan hulpverleners die vooral straffen en negeren. Patiënten moeten eerst leren om hun ondraaglijke gevoelens op een andere manier te uiten voordat zij kunnen gaan werken aan stoppen van dit gedrag. (Landelijke Stichting Zelfbeschadiging)

Zelfbeschadiging wordt door veel hulpverleners gezien als (opzettelijk) manipulatief en aandachttrekkend gedrag. Zelfbeschadiging kan echter gezien worden als uiting van de ziekte borderline persoonlijkheidsstoornis, zoals hallucinaties een uiting van schizofrenie kunnen zijn, en heel hard en druk praten een uiting van manie (Nehls, 1999).
moeten zijn.

Aanbevelingen

Zelfbeschadiging en suïcidepogingen moeten niet gezien worden als manipulatief gedrag of op een negatieve manier aandacht trekken, maar als een uiting van ondraaglijke psychische pijn.

Patiënten die zichzelf beschadigen hebben behoefte aan een hulpverlener die écht naar

hen luistert en met hen meedenkt om manieren te vinden hun ondraaglijke gevoelens op een niet-destructieve manier te uiten.

8.2 Inleiding

Het is meer regel dan uitzondering dat veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis aan de diagnostische criteria van een groot aantal comorbide stoornissen op As I en As II voldoen. Dit wordt ten dele veroorzaakt door onscherpe criteria definities van een aantal As I en AS II stoornissen waardoor overlap ontstaat tussen de categorale stoornissen. Maar ook een categorale scheiding (afgebakend door arbitraire afkapwaarden) van stoornissen die dimensioneel beschreven zouden kunnen worden omdat zij binnen een spectrum van stoornissen vallen kan tot co-morbiditeit leiden. Zo beschouwt Tyrer het fenomeen dat veel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis soms zelfs aan 6 of 7 persoonlijkheidsstoornissen lijden een misleidend artefact. Hij is de mening toegedaan dat dit fenomeen veel meer een ernstmaat voor de persoonlijkheidsstoornis is. Het is een weerspiegeling van de ernstige aantasting van vele persoonlijkheidsgebieden bij persoonlijkheidsstoornissen. Er is zeker enige scepsis bij het vaststellen van co-morbiditeit tussen As I en As II op zijn plaats. Desondanks kunnen er ook een aantal As I en As II stoornissen naast elkaar voorkomen en zijn deze ook op basis van neurobiologische aspecten duidelijk te onderscheiden. Deze comorbiditeit is invloed op de symptoompresentatie en de behandeling. Om die reden was de richtlijnwerkgroep van mening dat ook aandacht aan de comorbide stoornissen in een separaat hoofdstuk besteed moest worden.

Bij het doorwerken van de literatuur viel verder op dat er nauwelijks studies zijn naar de effecten van een comorbide As I stoornis op de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis. De meeste onderzoeken zijn vanuit het perspectief van de As I stoornis uitgevoerd. Zij proberen de effecten van de aan of afwezigheid van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen op de behandeluitkomst van de As I stoornis te verhelderen. Een kleine minderheid van de studies echter geeft daarbij een gedifferentieerd beeld over de aard van de persoonlijkheidsstoornissen. Verder blijkt er maar bij een beperkt aantal As I stoornissen überhaupt onderzoek gedaan te zijn naar co-morbiditeit en is het aantal studies per stoornis ook nog tamelijk beperkt, met uitzondering van depressieve en verslavingsstoornissen. Ondanks al deze beperkingen heeft de subwerkgroep co-morbiditeit getracht de uitgangsvragen voor deze richtlijn zo ver mogelijk te beantwoorden voor depressieve stoornissen, angststoornissen, verslavingsstoornissen, eetstoornissen, bipolaire stoornissen, ADHD en somatoforme stoornissen.

Algemene uitgangsvragen

- Welke klinische overwegingen en welke type klachten spelen bij co-morbiditeit een doorslaggevende rol om te focussen op AS I, AS II of AS III problematiek?
- Welke effectieve interventies / behandelmethoden zijn bekend voor de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een diagnose op As I (co-morbiditeit)

8.3 Keuze en verantwoording literatuur – algemeen

Voor de keuze van de literatuur werd een uitvoerige computer ondersteunde zoekopdracht met een zeer uitgebreide set aan trefwoorden gehouden in PubMed en PsychInfo. Zoals overeengekomen in de richtlijncommissie werd literatuur gezocht vanaf 1979 voor een volwassen (vanaf 18 jaar), niet-forensische populatie. De volgende zoekstrategie werd in eerste instantie met de zoektermen uitgevoerd: As II stoornissen, persoonlijkheidsstoornis, cluster A, schizotypische, paranoïde, schizoïde, cluster B,

borderline, theatrale, narcistische, antisociale, cluster C, ontwijkende, obsessieve-compulsieve en afhankelijke.

Ten behoeve van antwoorden op de twee uitgangsvragen werden twee subgroepen Diagnose en Therapie gevormd. De belangrijkste zoektermen voor beide subgroepen waren respectievelijk voor de diagnostiek: diagnose, symptomen, klachten. Voor de behandeling waren dit: therapie, behandeling, psychotherapie, farmacotherapie, drug. In beide subgroepen werd met een groot aantal aan diagnose- en therapie-gerelateerde zoektermen gezocht.

In de twee subgroepen werden alle zoektermen gematcht met een groot spectrum van As I stoornissen, waarbij niet alleen naar de hoofdcategorie werd gezocht maar ook naar alle bijhorende afzonderlijke stoornissen zoals: stemmingsstoornissen (als hoofdcategorie) en vervolgens depressie, atypische depressie, dysthymie (als bij de hoofdcategorie behorende stoornissen). Hier zullen nu alleen de hoofdcategorieën worden benoemd: eetstoornissen, schizofrenie, angststoornissen, bipolaire stoornissen, verslavingsstoornissen, ADHD, somatoforme stoornissen, seksuele stoornissen in de volwassenheid, slaapstoornissen en AS III stoornissen.

De zoekactie in Pubmed en psychinfo genereerde circa 5000 treffers op de twee gebieden diagnose en therapie voor de co-morbiditeit tussen voor de gezochte As I en As II stoornissen. Om de selectie efficiënt te laten verlopen werd een indeling gemaakt van alle relevante As I stoornissen. Per As I stoornis werd een expert auteur op dat gebied aangewezen of aangezocht, die per As I stoornis de literatuur beoordeelde op de twee gebieden diagnose en therapie. De selectieprocedure bestond in eerste instantie uit het screenen van de titels van de gevonden artikelen, hetgeen tot aanzienlijke reductie van de literatuur (circa 50%) leidde. Daarna werden de abstracts van de geselecteerde artikelen gelezen, waarna weer een aanzienlijk deel kon worden geselecteerd. De overgebleven relevante artikelen werden opgevraagd. Deze artikelen werden vervolgens beoordeeld op het gebruik van een (semi)gestructureerd interview ter vaststelling van de diagnose en het artikel kon bijdragen aan de beantwoording van de uitgangsvragen. Na deze strikt uitgevoerde selectieprocedure bleef maar een relatief klein aantal artikelen bij zeven As I stoornissen over. Behalve bij depressieve stoornissen, angststoornissen en verslavingsstoornissen was het aantal artikelen voor bipolaire stoornissen, eetstoornissen, ADHD en somatoforme stoornissen zeer gering. Gezien de beperkte literatuur over de behandeling van comorbide AsI stoornissen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt, indien niet anders aangegeven, verwezen naar de state-of-the-art behandelingen zoals die in de richtlijnen van de desbetreffende ASI stoornis zijn aangegeven.

8.4 Depressie en persoonlijkheidsstoornissen

In deze paragraaf wordt onderzoek besproken naar de effectiviteit van farmacologische en/of psychotherapie indien er sprake is van het gelijktijdig voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis en een affectieve stoornis (depressieve stoornis of dysthymie). In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de bevindingen betreffende comorbiditeit met de depressieve stoornis en niet specifiek met de dysthyme stoornis daar hier weinig onderzoek naar is gedaan. Tevens wordt onderzoek samengevat betreffende de effectiviteit van ECT op een (therapie-resistente) depressie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Comorbiditeit van bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen wordt apart besproken in paragraaf 8.4.

In deze paragraaf zullen aanbevelingen worden geformuleerd ten behoeve van de behandelingspraktijk met betrekking tot diagnostiek, indicatiestelling/zorgtoewijzing en behandeling. Uitgangspunt hierbij vormt telkens de reeds bestaande multidisciplinaire richtlijn depressieve stoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, Trimbos-instituut, CBO, 2005). In dit hoofdstuk wordt gemotiveerd waar en waarom bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen van deze richtlijn dient te worden afgeweken.

In de klinische praktijk worden hulpverleners regelmatig geconfronteerd met patiënten die zowel voldoen aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis als van een persoonlijkheidsstoornis (beiden conform de DSM-IV). Uit naturalistisch onderzoek blijkt dat deze vorm van comorbiditeit inderdaad veelvuldig voorkomt. Bij patiënten die zich primair aandienen met een depressieve stoornis werd bij gemiddeld 60% een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld (Mulder, 2002). Omgekeerd zijn er geen duidelijke percentages bekend van het voorkomen van depressies bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Het textbook persoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Publishing, 2005) noemt percentages variërend van 60 tot 100% voor comorbiditeit met As I stoornissen in het algemeen. Vooral bij Cluster B en Cluster C stoornissen zou er een hoog percentage depressieve stoornissen voorkomen. In het algemeen zal de behandelaar in de dagelijkse praktijk geneigd zijn allereerst die aandoening te behandelen die het meest op de voorgrond staat en waar de patiënt het meest onder lijdt. Zo zal een ernstig depressieve en suïcidale patiënt die daarnaast ook een persoonlijkheidsstoornis heeft, eerst voor de depressie behandeld worden en vervolgens zo nodig voor zijn persoonlijkheidspathologie.

8.4.1 Farmacotherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is er veel onderzoek gedaan naar de resultaten van farmacotherapie als monotherapie bij de behandeling van depressie en een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Aanvankelijk betrof dit onderzoek naar het effect van tricyclische antidepressiva (TCA's) en MAO-remmers, later naar het effect van de generatie moderne antidepressiva, de selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) en de selectieve noradrenaline/serotonine heropnameremmers (SNRI's).

In de NIMH onderzoek (Shea e.a., 1992) bleken TCA's beduidend minder effectief bij de behandeling van een depressie indien er tevens sprake was van een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Ook in het onderzoek bij borderlinepatiënten bleken TCA's weinig effectief (Soloff, 1986a, 1989; Parsons, 1989; Links, 1990; Joyce, 2003). Kapfhammer e.a. (1998) toonden aan dat TCA's bij depressieve patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis, met name bij een stoornis in de affectregulatie, TCA's zelfs kunnen leiden tot toename van paranoia en gedragsontregeling in de vorm van impulsiviteit en agressie. Deze paradoxale toename van klachten werd ook waargenomen tijdens de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Soloff, 1986b, 1987). Bij de MAO-remmers Tranylcypromine en Phenelzine werden deze bijwerkingen niet waargenomen en bovendien bleken deze middelen effectiever ten aanzien van de depressieve symptomen, met name in aanwezigheid van atypische depressieve kenmerken zoals verhoogde slaap- en eetbehoefte, moeheid of een omgekeerde dagschommeling (Cowdry, 1988; Soloff, 1989, 1993; Parsons, 1989)

Moderne antidepressiva, SSRI's en SNRI's, blijken bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een meer effectieve behandeling van een depressieve episode dan de tricyclische antidepressiva (Fava, 1994; Ekselius, 1998; Hirschfeld, 1998; Åberg-Wistedt 2000, Joyce, 2003). Uit een review met goed opgezette RCT's blijkt dat moderne antidepressiva bij depressieve persoonlijkheidsgestoorde patiënten zelfs even effectief als bij depressieve patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis (Mulder, 2002). Ook uit het review van Reich (2003) blijkt dat de behandelresultaten bij deze vorm van comorbiditeit aanzienlijk zijn verbeterd met de komst van de nieuwe generatie antidepressiva.

Conclusies

Niveau 1	Het is aangetoond dat moderne antidepressiva (SSRI's en SNRI's) effectief zijn bij de behandeling van een depressieve stoornis bij comorbide
-----------------	--

	<p>persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A1 <i>Mulder, 2002; Reich, 2003</i></p> <p>A2 <i>Fava, 1994; Ekselius, 1998; Hirschfeld, 1998; Åberg-Wistedt, 2000; Joyce, 2003</i></p>
Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat tricyclische antidepressiva bij patiënten met een depressieve stoornis en comorbide cluster-B-persoonlijkheidsstoornis kunnen leiden tot paranoia en gedragsontregeling in de vorm van impulsiviteit en agressie.</p> <p>A2 <i>Shea, 1992; Kapfhammer, 1998; Soloff 1998; Mulder 2002; Reich 2003</i></p>

Overige overwegingen

De landelijke multidisciplinaire richtlijn depressie (2005) dient als leidraad bij de medicamenteuze behandeling van depressies. Indien er sprake blijkt van een comorbide depressieve episode bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan op enkele punten gemotiveerd van die richtlijn worden afgeweken:

1. Ook bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vormen de moderne antidepressiva, SSRI's en SNRI's, het middel van eerste keuze indien er tevens sprake is van een depressie. Voor het gebruik van tricyclische antidepressiva lijkt meer terughoudendheid geboden indien er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Bij de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn tricyclische antidepressiva zelf gecontraïndiceerd.
2. Indien bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis sprake is van een depressie met atypische kenmerken heeft een behandeling met een MAO-remmer de voorkeur boven een tricyclisch antidepressivum.

Aanbeveling

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt aanbevolen terughoudend te zijn met het voorschrijven van een tricyclisch antidepressivum. Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn tricyclische antidepressiva zelfs gecontraïndiceerd.

8.4.2 Electroconvulsie therapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Het effect naar de respons op ECT ten aanzien van een (therapie-resistente) depressie is onderzocht in aanwezigheid van uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. De resultaten hiervan zijn beschreven in case-reports (Kramer, 1982), open studies (Pfohl, 1984; Zimmerman, 1986; MacEwan, 1988; Black, 1992; Casey, 1995, 1996; Sareen, 2000; Feske, 2004; Prudic, 2004), kritische reviews (Ilardi, 1995; DeBattista, 2001) en een meta-analyse (Ilardi, 1995).

Het effect van ECT werd hierbij vergeleken met controlegroepen van depressieve patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis, nooit met een placeboconditie. Uit de resultaten wordt duidelijk dat ECT een effectieve behandeling is voor een depressieve stoornis in aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis (Pfohl, 1984; Zimmerman, 1986; Black, 1988; Feske, 2004; Prudic, 2004). Ondanks deels uiteenlopende resultaten kan echter op basis van deze afzonderlijke studies en een meta-analyse (Ilardi, 1995) worden geconcludeerd dat de aanwezigheid van een

comorbide persoonlijkheidsstoornis een significant slechtere prognose op langere termijn voorspelt op ECT. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis gaat de comorbide depressie minder vaak volledig in remissie en is de kans op een recidief depressie na ECT-behandeling groter dan bij patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Het niveau van het algeheel functioneren na ECT-behandeling blijft bij hen bovendien achter in vergelijking met patiënten waarbij geen comorbide persoonlijkheidsstoornis was vastgesteld.

Onderzoek naar de effectiviteit van ECT op depressieve patiënten met een specifieke persoonlijkheidsstoornis heeft slechts in beperkte mate plaats gevonden. Patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis vertonen een verminderde respons op ECT ten aanzien van een depressie (Kramer, 1982; Blais, 1998; Sareen, 2000; DeBassita, 2001; Feske, 2004). Er zijn aanwijzingen dat obsessieve-compulsieve persoonlijkheidskenmerken juist een betere respons op ECT voorspellen (Casey, 1995).

Conclusies

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat ECT-behandeling voor een depressieve stoornis ook effectief is indien er tevens sprake is van een comorbide persoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 <i>Prudic, 2004; Feske, 2004</i></p> <p>B <i>Pfohl, 1984; Zimmerman, 1986; Black, 1988; Sareen, 2000</i></p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een minder gunstige respons hebben op een depressiebehandeling middels ECT in vergelijking met depressieve patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 <i>Prudic, 2004</i></p> <p>B <i>Pfohl, 1984; Zimmerman, 1986; Black, 1988; Casey, 1996; Sareen, 2000</i></p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat een borderline persoonlijkheidsstoornis, in vergelijking met andere persoonlijkheidsstoornissen, een slechtere respons voorspelt op een depressiebehandeling middels ECT.</p> <p>Niveau 2</p> <p>A2 <i>Feske, 2004</i></p> <p>B <i>Blais, 1998; Sareen, 2000</i></p> <p>C <i>Kramer, 1982</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat comorbide obsessieve-compulsieve persoonlijkheidskenmerken een beter resultaat van ECT voorspellen.</p> <p>Niveau 3</p> <p>B <i>Casey, 1995</i></p>

Overige overwegingen

ECT is een bewezen effectieve behandeling bij een depressieve stoornis. Het neemt een bescheiden plaats in bij de behandeling van een depressie bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen. ECT dient slechts conform de behandelrichtlijnen voor depressieve stoornissen te worden toegepast. Het feit dat de kans op een goede respons bij patiënten met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis lager is, neemt niet weg dat

ook bij persoonlijkheidsstoornissen ECT de meest aangewezen vorm van behandeling kan zijn indien er sprake is van een (therapie-resistente) depressie. Er is dan ook op basis van de wetenschappelijke literatuur geen enkele doorslaggevende reden om patiënten met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis een ECT behandeling te onthouden indien zich daarvoor op basis van de comorbide depressie een indicatie voordoet (DeBattista, 2001).

Aanbeveling

Indien bij een depressieve stoornis volgens de daarbij passende behandelrichtlijnen zich een indicatie voordoet voor ECT behandeling dient men deze de patiënt op basis van een comorbide persoonlijkheidsstoornis niet te onthouden.

8.4.3 Psychotherapeutische behandeling

Wetenschappelijke onderbouwing

In de wetenschappelijke literatuur verschillende goed opgezette studies gevonden die de effectiviteit aantonen van psychotherapie bij een gelijktijdig voorkomende depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Aanvankelijk betrof dit vooral de effectiviteit van cognitieve therapie, met name door de publicaties van het NIMH, en tevens van interpersoonlijke therapie (Elkin, 1989, 1995; Shea, 1990, 1992). Later verschenen ook publicaties over werkzaamheid van psychodynamische psychotherapie naar voren, bij ambulante maar ook deeltijd behandelingen.

In een systematische review beschreef Mulder (2002) de werkzaamheid van psychotherapie in het algemeen bij depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Onlangs verscheen een meta-analyse van Newton-Howes e.a. (2006) die tot de conclusie kwam dat juist specifieke vormen van psychotherapie meer kans bieden op een gunstig behandelresultaat bij deze comorbide stoornissen.

Verschillende RCT's toonden de werkzaamheid aan van specifieke vormen van psychotherapie. Uit de NIMH onderzoeken bleek behandeling met cognitieve gedragstherapie even effectief voor de groep depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als voor depressieve patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis (Shea e.a. 1990, 1992; Stuart e.a. 1992). Ook interpersoonlijke psychotherapie is een bewezen werkzame vorm van behandeling voor deze groep met comorbiditeit (Frank e.a. 1991). In een deelonderzoek van de NIMH werd gevonden dat cognitieve therapie geschikter zou zijn voor depressieve patiënten met vermijdende persoonlijkheidspathologie, en dat interpersoonlijke therapie geschikter is voor patiënten met obsessieve persoonlijkheidskenmerken (Barber & Muenz 1996).

Ook de werkzaamheid van psychodynamische psychotherapie werd in verschillende RCT's aangetoond bij deze vorm van comorbiditeit (Winston e.a. 1994; Hardy e.a. 1995). In een RCT door Svartberg e.a. (2004) bleek zowel psychodynamische als cognitieve therapie werkzaam voor depressieve patiënten met cluster C stoornissen. Mulder (2002) toonde in zijn systematische review de werkzaamheid aan van zowel cognitieve, interpersoonlijke als psychodynamische therapie.

Conclusie

Niveau 1	Het is aangetoond dat psychotherapie effectief is voor de behandeling van een gelijktijdig voorkomende depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. A1 Shea, 1990, 1992; Mulder 2002; Newton-Howes, 2006 Niveau 1
Niveau 1	Het is aangetoond dat zowel cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie

als psychodynamische psychotherapie werkzaam zijn bij de behandeling van een comorbide depressieve stoornis en persoonlijkheidsstoornis.

A1 Shea, 1990, 1992; Mulder 2002

A2 Stuart, 1992; Winston, 1994; Hardy, 1995; Svartberg, 2004

Overige overwegingen

Indien een depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis gelijktijdig voorkomen kan psychotherapie een werkzame vorm van behandeling zijn. Bij niet al te ernstige vormen van deze stoornissen kan dit als eerste keuze van behandeling worden overwogen. Hierbij kan een keuze worden gemaakt uit een drietal bewezen effectieve methoden: cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en psychodynamische psychotherapie.

Aanbeveling

Indien bij een depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis zich een indicatie voordoet voor psychotherapeutische behandeling kan een keuze worden gemaakt uit een drietal bewezen effectieve methoden: cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en psychodynamische psychotherapie.

8.4.4 Combinatietherapie: psycho- en farmacotherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar het effect van gecombineerde therapie, de combinatie van psychotherapie en farmacotherapie, bij comorbiditeit van een depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Bij de NIMH onderzoeken toonden Zuckerman e.a. (1980) aan dat gecombineerde therapie effectiever was dan monotherapie met enkel interpersoonlijke therapie of enkel een TCA, imipramine. Ook Frank e.a. (1986) en Pilkonis en Frank (1987) vestigden bij de NIMH onderzoeken de aandacht op het belang van persoonlijkheidspathologie bij de behandeling van depressie; zij pleitten ervoor om naast de behandeling van de depressie, ook aandacht te besteden aan de persoonlijkheidspathologie. Zij voegden interpersoonlijke therapie toe aan behandeling met TCA's en vonden dat er in de groep depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen aanzienlijk meer slow responders waren dan in de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen. In het onderzoek van Kool e.a. (2003a&b) bleek gecombineerde therapie significant effectiever dan alleen farmacotherapie voor deze vorm van comorbiditeit. In een meta-analyse vond Leichsenring e.a. (2004) dat de combinatie van kortdurende psychodynamische therapie en farmacotherapie werkzamer was dan alleen farmacotherapie bij patiënten met zowel een persoonlijkheidsstoornis als depressie. Cyranowsky e.a. (2004) behandelden depressieve patiënten effectief met interpersoonlijke psychotherapie maar moesten bij de groep met tevens een persoonlijkheidsstoornis farmacotherapie aan de behandeling toevoegen om de depressie in remissie te brengen. De Practice Guidelines van de American Psychiatric Association (2005) vermelden dat er aanwijzingen in de literatuur zijn dat gecombineerde therapie werkzaam is bij comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie.

Bij borderline patiënten vonden Bellino e.a. (2006) dat de combinatie van interpersoonlijke psychotherapie en fluoxetine significant werkzamer was dan fluoxetine als monotherapie.

Conclusie

Niveau 1 Het is aangetoond dat de combinatie van psychotherapie en antidepressiva

effectiever is dan elk van de therapieën afzonderlijk bij de behandeling van een depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis.

A1 *Leichsenring e.a. 2004; Practice Guidelines APA 2005*

A2 *Zuckerman 1980; Kool 2003; Cyranowsky 2004; Bellino, 2006*

B *Frank e.a. 1986; 1987*

Overige overwegingen

Gecombineerde therapie is werkzaam bij comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie. Bij de ernstiger vormen van comorbiditeit valt dan ook te overwegen om direct te starten met een vorm van gecombineerde therapie. Hierbij is het van belang is dat zowel de vorm van psychotherapie als de vorm van farmacotherapie beiden afzonderlijk bewezen effectief zijn en worden toegepast conform de vigerende richtlijnen.

Aanbeveling

Wanneer monotherapie onvoldoende effect heeft binnen de behandeling van de comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie, verdient het aanbeveling om over te gaan op een gecombineerde vorm van behandeling, namelijk zowel een evidence based vorm van psychotherapie in combinatie met een evidence-based vorm van farmacotherapie.

Bij de ernstiger vormen van deze comorbiditeit verdient het dan ook aanbeveling in overweging te nemen om een gecombineerde therapie als eerste keuze te prefereren.

8.5 Angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Gezien de zeer beperkte literatuur over de effectiviteit van de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide angststoornis verwijzen wij indien in dit hoofdstuk niet anders vermeldt naar de multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (Trimbos-instituut, CBO, 2004). Dit geldt zowel voor de psychotherapeutische interventies als ook de farmacotherapie. Echter ontraden wij bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide angststoornis de frequente en hooggedoseerde voorschrift van benzodiazepines zoals die in de richtlijn angststoornissen worden aanbevolen (zie ook hoofdstuk farmacotherapie van deze richtlijn).

8.5.1 Posttraumatische stress-stoornis

Wetenschappelijke onderbouwing:

In één grote longitudinale multicentre studie naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen werd cross-sectioneel vergelijkend onderzoek gedaan naar de invloed van een comorbide PTSS op borderline pathologie (Zlotnick et al. 2003). Uit deze studie komt naar voren dat borderline patiënten met een comorbide PTSS zich niet onderscheiden qua ernst van de borderline symptomatologie van de borderline patiënten zonder PTSS. Het lijkt erop dat een comorbide PTSS de DSM-IV borderline symptomen niet verergert. Echter blijken borderline patiënten met een comorbide PTSS in het algemeen aan meerdere comorbide As I stoornissen te leiden, veel slechter te functioneren en meer hospitalisaties en intensieve behandelingen nodig te hebben. De auteurs vermoeden dat dit samenhangt met de zware belasting, die het lijden aan twee zeer invaliderende stoornissen (additieve effecten) met zich meebrengt. Bovendien is er evidentie dat PTSD op grond van chronisch misbruik in de jeugd de impulsiviteit en het risico op suïcide pogingen is vergroot (Zlotnick et al. 2003).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een comorbide PTSS niet van invloed is op de ernst van de symptomen van een borderline persoonlijkheidsstoornis, maar dat het samen optreden van beide stoornissen het algemeen functioneren verslechtert, aanleiding geeft tot meer hospitalisatie en intensievere behandelingen, en de kans op impulsiviteit en suïcide verhoogt. <i>B Zlotnick et al. 2003</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Deze bevindingen gelden allen voor vrouwen omdat de mannelijke onderzoekspopulatie in de geciteerde studie te klein was om statistisch verantwoorde uitspraken toe te laten. Opvallend bij de studie is dat de conclusie getrokken wordt dat een comorbide PTSS niet van invloed op de BPS symptomatologie is, maar dat wel vastgesteld wordt dat de impulsiviteit bij deze groep is toegenomen, waarbij impulsiviteit als een voor de BPS karakteristieke trek beschouwd wordt. Replicatie van deze bevindingen is noodzakelijk.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een comorbide PTSS standaard een trauma-anamnese af te nemen en een grondig onderzoek te verrichten naar de symptomatologie, het niveau van het algemeen functioneren en de mate van suïcidaliteit, om zodoende bij de zorg c.q. behandelingsbehoefte passende therapeutische interventies te kiezen en het ontstaan van crisissituaties te voorkomen.

8.5.2 PTSS en cognitieve gedragstherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectief gebleken behandeling van patiënten met een PTSS ten gevolge van verkrachting of ernstige fysieke agressie. Uit twee vergelijkende studies met vrouwelijke PTSS patiënten met, dan wel zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis komt naar voren dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis niet van invloed is op de gunstige effecten van een CGT behandeling op de PTSS symptomatologie (Hembree et al. 2004; Feeny et al. 2002). De PTSS patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis blijken echter even goed of zelfs beter op de behandeling in de controle-conditie te reageren dan de vergelijkbare groep in de CGT conditie. De controle conditie bestond uit sociaal-psychiatrische (counseling) begeleiding (Hembree et al. 2004). Verder bleven de patiënten met een comorbide PS wat betreft het algemeen functioneren achter de PTSS patiënten zonder een comorbide PS. Dit effect schrijven de auteurs toe aan lager algemeen functioneren dat gepaard zou gaan met een persoonlijkheidsstoornis.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat sociaal-psychiatrische counseling en cognitieve gedragstherapie effectief zijn bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide PTSS. <i>A2 Hembree, 2004</i> <i>B Feeny 2002</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

In de geciteerde studie was de behandeling van de PTSS en niet de persoonlijkheidsstoornis de primaire focus. Er zijn geen studies bekend waarin de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis met een comorbide PTSS werd geëvalueerd.

In de vermelde studies betreft het m.n. comorbide persoonlijkheidsstoornissen uit het angstcluster (cluster C) en nauwelijks patiënten met een cluster B stoornis. Uitspraken over patiënten met een PTSS en een comorbide cluster B stoornis kunnen dan ook niet worden gedaan.

Aanbevelingen

De werkgroep beveelt een sociaal-psychiatrische counseling of cognitieve gedragstherapie aan bij patiënten met een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis en een comorbide PTSS.

Verder is de werkgroep van mening dat een dergelijke benadering van patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornis en dan met name een borderline persoonlijkheidsstoornis en een PTSS ontoereikend en risicovol is. De PTSS kan bij deze patiënten niet als een geïsoleerde stoornis behandeld worden, maar er dient een integrale behandeling plaats te vinden die rekening houdt met de borderline problematiek en de daarmee verbonden risico's. Een dergelijk integrale benadering van beide stoornissen vereist bijzondere expertise.

8.5.3 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)

Wetenschappelijke onderbouwing

Obsessief compulsieve stoornissen gaan regelmatig gepaard met As II co-morbiditeit, met name cluster A persoonlijkheidsproblematiek zoals schizotypische of paranoïde persoonlijkheidsstoornis, nauwelijks cluster B stoornissen en uit cluster C m.n. vermijdende of afhankelijke PS (Bear et al. 1992).

De meerderheid van patiënten met een OCS lijdt ook aan een comorbide persoonlijkheidsstoornis uit het C cluster. Na een succesvolle OCS behandeling blijkt een groot aantal niet meer aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis te voldoen. Het lijkt er op dat patiënten die premorbide geen PS vertoonden tijdens de periode waarin zij aan de OCS leden reactief een aantal persoonlijkheidstrekken hebben ontwikkeld en dan met name afhankelijke, vermijdende en obsessieve kenmerken (Bear et al. 1992). In de therapieresistente groep was de prevalentie van comorbide persoonlijkheidsstoornissen aanzienlijk groter en dan m.n. de schizotypische PS (Bear et al. 1992).

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat tijdens het beloop van een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) (reactief of symptomatisch) een aantal toestandsbeeld-gebonden persoonlijkheidskenmerken ontstaan, die na behandeling van de OCS weer verdwijnen. A2 Bear et al.1992
-----------------	---

Overige overwegingen

In een aantal gevallen lijken comorbide cluster C persoonlijkheidsstoornissen secundair te zijn aan de OCS door criteria overlap van de DSM classificatie.

Aanbeveling

De werkgroep raadt aan bij patiënten met een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en een comorbide afhankelijke, ontwijkende of obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis in eerste instantie een goede anamnese van de premorbide persoonlijkheid af te nemen en vervolgens de OCS lege artes te behandelen.

8.5.4 OCS en cognitieve gedragstherapie (CGT)

Wetenschappelijke onderbouwing:

Ook bij obsessief compulsieve stoornissen is CGT een aangetoond effectieve behandeling. Echter blijkt uit twee studies dat een comorbide schizotypische PS een negatieve uitkomst van een CBT behandeling voorspelt (Bear et al. 1992). Deze observatie werd recentelijk gemodificeerd door Moritz (2004). Uit deze studie komt naar voren dat een schizotypische persoonlijkheidsstoornis niet per se, maar met name positieve schizotypische symptomen zoals paranoïde ideeën, magisch denken, bijzondere belevingen en betrekkingsideeën een negatieve therapieresponse op CGT voorspellen. In twee andere studies die de relatie tussen de aanwezigheid van verschillende persoonlijkheidsstoornissen op de effecten van gedragstherapeutische interventies op de OCS onderzocht hebben variëren de resultaten. De ene studie vindt geen negatief effect van een comorbide persoonlijkheidsstoornis op de behandeling met CGT op de OCS (Dreessen e.a., 1997). Terwijl de andere studie daarentegen wel rapporteert dat patiënten met een OCS en comorbide persoonlijkheidsstoornis minder goed op een volledige CGT behandeling reageren (AuBochon e.a., 1994).

Conclusie

<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat de aanwezigheid van comorbide schizotypische persoonlijkheidsstoornis en dan met name de aanwezigheid van 'positieve' schizotypische symptomen een negatieve uitkomst van een cognitief-gedragstherapeutische behandeling bij een obsessief-compulsieve stoornis voorspellen.</p> <p>A2 <i>Bear et al. 1992</i> B <i>Moritz et al. 2004</i></p>
<p>Niveau 2</p>	<p>Het is aannemelijk dat andere dan de schizotypische persoonlijkheidsstoornis niet of minder van invloed zijn op de behandelresultaten van cognitieve gedragstherapie bij een obsessieve-compulsieve stoornis.</p> <p>A2 <i>Dreessen 1997</i> B <i>AuBochon, 1994</i></p>

Overige overwegingen

Met betrekking tot de resultaten van de studie van Dreessen moet worden opgemerkt dat de OCS populatie met een comorbide persoonlijkheidsstoornis in haar studie voornamelijk was samengesteld met patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornis. De bevinding dat comorbide cluster C persoonlijkheidsstoornissen regelmatig door criterium overlap ten onrechte samen met een aanwezige OCS gediagnosticeerd worden, relativiseert de zeer gunstige resultaten van Dreessen. In tegenstelling tot de studie van Dreessen was de OCS populatie met een comorbide persoonlijkheidsstoornis in de studie van AuBochon samengesteld uit ca. 50 % patiënten met een cluster B en ca.15% met een cluster A persoonlijkheidsstoornis. Deze studie vindt dan ook een verminderde therapierespons in de OCS groep met een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Wat een

aanwijzing ervoor zou kunnen zijn dat patiënten met een ernstigere persoonlijkheidsstoornis en een OCS minder goed op een CGT behandeling reageren.

Aanbeveling

De werkgroep raadt aan om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) met cognitieve gedragstherapie (CGT) te behandelen, waarbij rekening gehouden moet worden met een verminderde behandelrespons bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De aanwezigheid van 'positieve' schizotypische symptomen kan als contraïndicatie voor een CGT behandeling van een OCS worden beschouwd.

8.5.5 Sociale fobie

Wetenschappelijke onderbouwing

Het betreft hier allemaal vergelijkende studies waarin sociale fobie patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis (met name de vermijdende PS) vergeleken worden met sociale fobie patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis. Als therapeutische interventie worden cognitieve gedragstherapeutische interventies toegepast zoals: een geïntegreerde therapie met Rationele Emotive Therapie met sociale vaardigheidstraining en in vivo exposure (Mersch, 1995), cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling volgens Heimberge, (Hope e.a., 1995), en op exposure gebaseerde gedragstherapieën (Freske e.a., 1996; van Velzen e.a., 1997). Uit de vier studies komt duidelijk naar voren dat patiënten met een sociale fobie en een vermijdende persoonlijkheidsstoornis aanzienlijk meer klachten rapporteren dan sociale fobie patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis. Alle groepen vertonen sterke verbetering na de therapie, maar desondanks blijven de sociale fobie patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornis relatief meer klachten houden dan de patiënten zonder PS.

Conclusie

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat verschillende types van gedragstherapie effectief zijn bij patiënten met sociale fobie en een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. <i>B Mersch, 1995; Hope 1995; Freske 1996; van Velzen 1997</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

Als comorbide persoonlijkheidsstoornis is bijna uitsluitend naar de vermijdende persoonlijkheidsstoornis gekeken, die veelvuldig bij sociale fobie als comorbide stoornis wordt gediagnosticeerd. De hoge prevalentie van de vermijdende persoonlijkheidsstoornis bij sociale fobie lijkt ook samen te hangen met een grote overlap van de DSM III-R criteria van beide stoornissen. In de DSM IV is sprake van een duidelijkere differentiatie tussen beide stoornissen. In de hieronder geciteerde artikelen werden alle diagnoses op basis van DSM III-R criteria gesteld (Hope, D.A., 1995). Verder kunnen er geen duidelijke uitspraken over andere dan vermijdende persoonlijkheidsstoornissen gedaan worden.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt cognitieve gedragstherapie aan bij patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en een comorbide sociale fobie. Dit kan een gunstig effect

hebben op beide stoornissen, die als de twee kanten van één medaille gezien kunnen worden.

Verder is de werkgroep van mening dat bij het voorkomen van andere persoonlijkheidsstoornissen psychoeducatie aangeboden dient te worden die gericht is op zowel de sociale fobie als op de persoonlijkheidsstoornis en waarbij vervolgens een gedragstherapie als mogelijke geïndiceerde behandeling in aanmerking komt.

8.5.6 Paniekstoornis

Wetenschappelijke onderbouwing

Het betreft hier een vergelijkende studie waarin patiënten met een paniekstoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis vergeleken worden met patiënten die alleen aan een paniekstoornis lijden (Ozkan, M. 2005). Patiënten met beide stoornissen hebben een duidelijk hoger niveau van angst, meer agorafobie, een vroeger begin van de paniekstoornis en een duidelijk lager niveau van algeheel functioneren. Bovendien hebben 34% van de patiënten met beide stoornissen last van suïcidale gedachten en 9.8% ondernemen een suïcidepoging. De beste predictor voor suïcidale gedachten was de aanwezigheid van een vermijdende of een borderline persoonlijkheidsstoornis, terwijl suïcide pogingen met een paranoïde of borderline persoonlijkheidsstoornis geassocieerd bleken te zijn, welke ook weer in hoge mate correleert met vroeg seksueel misbruik.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van een persoonlijkheidsstoornis met een paniekstoornis samengaat met ernstigere en vroeger optredende symptomen van een paniekstoornis en bovendien bij patiënten met een paranoïde of borderline persoonlijkheidsstoornis tot een verhoogd risico op suïcidepogingen leidt. <i>B Ozkan, 2005</i>
-----------------	--

Overige Overwegingen

Gezien het feit dat seksueel misbruik in de jeugd een van de krachtigste voorspellers van suïcidepogingen op volwassen leeftijd is en bij borderline patiënten een hoge prevalentie voor seksueel misbruik en fysieke mishandeling bestaat, kan de gerapporteerde samenhang van verhoogde suïcidaliteit bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een paniek stoornis primair samenhangen met de vroege traumatisering.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met bijzonder ernstige panieklachten en een begin van de klachten op jonge leeftijd een persoonlijkheidsstoornis uit te sluiten en bij patiënten met een borderline of paranoïde persoonlijkheidsstoornis bedacht te zijn op een verhoogd suïcide risico.

8.5.7 Paniekstoornis en SSRI

Wetenschappelijke onderbouwing

In een vergelijkende studie werd een groep patiënten met een paniekstoornis al dan niet met een comorbide persoonlijkheidsstoornis voor een periode 24 weken verdeeld over

twee condities. 1. Paroxetine zonder, en 2 paroxetine met cognitieve groepstherapie. Er werden geen verschillen in de resultaten tussen de twee groepen waargenomen. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en in het bijzonder de vermijdende PS of een sociale fobie, vertoonden een aanzienlijk slechtere en vertraagde respons vergeleken met de patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis. (Berger, 2004). In een eerdere longitudinale, grote naturalistische studie bleek de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis van geen invloed te zijn op de remissie van en paniekstoornis. (Massion, 2002).

Conclusie

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat paroxetine enige klachtenvermindering van de paniekstoornis bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bewerkstelligt, maar dat de effecten pas na een langere behandeling waarneembaar worden en dat patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis of sociale fobie trager en minder sterk op deze behandeling reageren.</p> <p><i>B Berger, 2004</i> <i>A2 Massion, 2002</i></p>
-----------------	---

Overige Overwegingen

Sociale fobie en de vermijdende persoonlijkheidsstoornis zijn overlappende concepten. Beide stoornissen gaan gepaard met ernstig vermijdingsgedrag ter voorkoming van angst of paniekaanvallen. Bij patiënten met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis zou de toevoeging van een op het vermijdingsgedrag focussende cognitieve gedragstherapie naast een SSRI behandeling tot een sneller therapieresultaat leiden.

Aanbeveling

De werkgroep adviseert om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide paniekstoornis langere tijd met een SSRI (paroxetine) te behandelen. Gezien de aanwijzing dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en dan met name de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis slechter op deze behandeling reageren dan patiënten met alleen een paniekstoornis is de werkgroep van mening dat de psychotherapeutische behandeling met name op de persoonlijkheidsstoornis moet focussen.

8.6 Verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Middelengebruik komt veel voor bij personen met As-II-stoornissen. De prevalentiecijfers lopen uiteen van 44 procent bij alcoholische patiënten tot 79 procent bij gebruikers van opiaten (Verheul et al., 1998a). De twee meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met een diagnose middelenmisbruik, of -afhankelijkheid (Substance Use Disorder, SUD), zijn de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) en de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), met gerapporteerde beste schattingen van 22 procent voor de ASP en 18 procent voor de BPS. Andere persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met deze problematiek komen gewoonlijk voor in het bereik van 1 tot 10 procent. De prognose van het samengaan van persoonlijkheidsstoornissen met verslaving is in het algemeen niet gunstig. Het samengaan van As-I en As-II stoornissen met verslaving wordt als de beste voorspeller van terugval in verslavingsgedrag beschouwd (Pettinati e.a. 1999). De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en alcohol voorspelt slechtere behandelresultaten (Verheul e.a. 1998; Cacciola e.a. 1996; Nurnberg e.a. 1993), een

ernstiger alcoholprobleem, meer negatieve emoties, interpersoonlijke conflicten en meer risicogedrag (Smyth en Washousky, 1995). De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en drugs gaat gepaard met meer psychopathologie, een lagere kwaliteit van leven, meer impulsiviteit en vijandigheid, een groter gevoel van isolement, meer depressie en minder therapietrouw (Ross e.a., 2003; Nace e.a. 1991).

De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen (in het bijzonder meerdere naast elkaar bestaande persoonlijkheidsstoornissen, de BPS en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis) en drugs- en alcoholverslaving kan leiden tot een verhoogd risico op geweldsmisdrijven als er geen behandeling plaats vindt (Hernandez e.a. 2000).

8.6.1 Behandeling van verslavingsstoornis bij As-II-comorbiditeit

Wetenschappelijke onderbouwing

Patiënten met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, een schizoïde persoonlijkheidsstoornis en ASP, met co-morbide verslaving laten slechtere behandelingsresultaten zien. Zij vallen eerder uit behandeling en vallen meer terug in gebruik (Thomas e.a.1999; Fals-Stewart, 1992). Meerdere epidemiologische studies geven aan dat de combinatie ASP en SUD niet alleen prognostisch een negatief beeld oplevert (Haro e.a., 2004; Galen e.a. 2000; Hunter e.a., 2000; Hesselbrocke.a., 1991; Liskow e.a., 1990; Yates e.a., 1988) maar ook meer kosten en een langere behandelduur met zich mee brengt (Murray e.a. 2000; Cottler e.a. 1998; Cacciola e.a. 1995). De combinatie ASP en SUD leidt tot meer problemen in de behandeling, onder andere omdat deze patiënten meer agressie en meer impulsief gedrag vertonen dan anderen (Moeller e.a. 2002), en meer en meer ernstige aan SUD gerelateerde problemen vertonen (Westermeyer e.a. 2005). Ook hun emotionele reactiviteit wijkt af van die van 'gewone' verslaafden, waardoor behandeling mogelijk minder aanslaat (Miranda e.a. 2003). Een aantal studies geeft echter aan dat de combinatie niet noodzakelijkerwijs negatieve prognostische consequenties heeft, zeker wanneer het om alcoholisme gaat en niet om harddrugs als heroïne en cocaïne (Verheul e.a., 1999; Cecero e.a. 1999; Cacciola, 1996, 1994; Longabaugh, 1994) en wanneer zorgvuldig gediagnosticeerd wordt, bijvoorbeeld onderscheid gemaakt wordt tussen ASP lifetime diagnoses en ASP in de volwassenheid (Goldstein e.a. 2001, 1999; Cacciola e.a. 1994).

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en middelenafhankelijkheid worden geen slechtere behandelresultaten gevonden wanneer zij op dezelfde wijze behandeld worden als patiënten zonder middelenafhankelijkheid (Clopton e.a., 1993).

Het voorkomen van een affectieve stoornis lijkt een positieve invloed te hebben op het beloop van ASP (Compton e.a. 2000; Alterman e.a. 1996), zeker in vergelijking met de combinatie ASP en verslaving (Liskow e.a. 1990), of zelfs wanneer er sprake is van een combinatie van ASP, SUD en life-time depressie (Tomasson e.a., 2000; Cecero e.a., 1999).

Conclusie

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat de effectiviteit van de verslavingsbehandeling sterk afhangt van de aard van de persoonlijkheidsstoornis en/of het middel waaraan de patiënt verslaafd is.</p> <p><i>B Compton e.a. 2000; Goldstein e.a. 2001, 1999; Tomasson e.a., 2000; Verheul e.a., 1999; Cecero e.a. 1999; Alterman e.a. 1996; Cacciola, 1996, 1994; Longabaugh, 1994</i></p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat geïntegreerde behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen, en verslaving effectief kan zijn, zeker wanneer het om alcoholproblematiek gaat.</p>

	A2 <i>van den Bosch e.a., 2005, 2001</i> B <i>Southwick en Satel, 1990; Nace e.a., 1986</i>
--	--

Overige overwegingen.

De studies op gebied van persoonlijkheidsstoornissen en verslaving zijn niet eenduidig te interpreteren. Niet alleen zijn de resultaten tegenstrijdig, door de overlapping van de criteria van de onderscheiden persoonlijkheidsstoornissen is het moeilijk zeker te weten om welk probleemgedrag het gaat. Zelfs bij de meest zorgwekkende, en veelvuldig in kaart gebrachte combinatie (ASP-SUD), is het duidelijk dat het om verschillende patiëntengroepen gaat. Bovendien onderzoeken de meeste studies populaties die alleen uit mannen bestaan. De resultaten in gemengde populaties zijn tegenstrijdig. Het patroon van co-morbide stoornissen verschilt namelijk tussen de seksen in samenhang met de aard van de verslaving (polidruggebruik of alcohol). De consequentie hiervan is dat er verschil moet zijn in de aard van de behandeling.

Aanbeveling

Bij comorbiditeit van een verslavingsstoornis en een persoonlijkheidsstoornis is zorgvuldige diagnostiek noodzakelijk. Wanneer bij deze vorm van comorbiditeit wordt overgegaan tot behandeling is het aan te bevelen eerst de aard van de stoornis en van het roesmiddel vast te stellen. De werkgroep is van mening dat een geïntegreerde behandeling, waarin tegelijkertijd aandacht wordt gegeven aan de verslavingsproblemen en de persoonlijkheidsproblemen, de meeste kans van slagen heeft.

8.6.2 *HIV-gerelateerde gedragingen*

Wetenschappelijke onderbouwing

De combinatie ASP en verslaving (vooral drugs) verhoogt de kans op risicovolle, HIV gerelateerde gedragingen in verband met drugsgebruik, bij gedeeld gebruik van injectienaalden en op seksueel gebied (bijvoorbeeld geen condoomgebruik, frequente anale seks) (Ladd e.a. 2003; Kelley e.a. 2000; Compton e.a. 1998; Gill e.a. 1992). De prevalentie van een HIV infectie bij samengaan van ASP en verslaving is daardoor ook hoger (Ladd e.a. 2003; Compton e.a. 2000; Brooner e.a. 1993, 1990). Alle genoemde studies richtten zich uitsluitend op mannen. In een studie onder heroïne gebruikers bleek niet ASP maar BPS een centrale rol te spelen in risicovol gedrag zoals gedeeld gebruik van injectienaalden, wat een verhoogd risico op HIV infectie met zich mee zou kunnen brengen (Darke e.a., 2004). In deze studie werd verder een verhoogd risico gevonden op suïcide pogingen bij BPS patiënten.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat intraveneuze druggebruikers met een antisociale persoonlijkheidsstoornis een groter risico lopen op HIV-infectie dan intraveneuze druggebruikers zonder antisociale persoonlijkheidsstoornis. De kans op risicovolle gedragingen die samenhangen met de HIV-infectie is aanzienlijk bij verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de antisociale persoonlijkheidsstoornis. B <i>Ladd e.a. 2003; Kelley e.a. 2000; Compton e.a. 2000, 1998</i> <i>Gill e.a. 1992; Brooner e.a. 1993, 1990</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Gezien de ernst van het risico op het besmet worden met het HIV virus, dient bij patiënten waarbij ASP of BPS gediagnosticeerd is, specifiek aandacht besteed te worden aan mogelijk drugsgebruik, maar ook is het aan te bevelen standaard somatisch onderzoek in de intakeprocedure op te nemen. Indien er sprake is van drugsgebruik moet beperken van het risico door bijvoorbeeld de mogelijkheid te geven injectienaalden om te ruilen, overwogen worden. Kennis op gebied van de verslavingszorg is noodzakelijk.

Aanbeveling

Het is aan te bevelen om bij patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving bedacht te zijn op het bestaan van HIV (en Hepatitis B en C infectie) en in de behandeling aandacht te besteden aan risicovolle gedragingen als gedeeld gebruik van injectienaalden en risicovolle seks.

8.6.3 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving

Wetenschappelijke onderbouwing

Ook de combinatie van Borderline Persoonlijkheids Stoornis en verslaving levert een negatief prognostisch beeld op, in het bijzonder door het hogere risico op (para)suïcidaal gedrag (Darke e.a. 2004; Welch en Linehan, 2002; Links e.a., 1995; Nace e.a. 1986, 1983). De combinatie lijkt ook te leiden tot slechte schoolprestaties, werkeloosheid, seksueel promiscue gedrag (Miller e.a. 1993), ernstigere alcoholsymptomatologie (Morgenstern e.a., 1997) en ernstigere psychiatrische problemen (Kosten e.a. 1989). Deze gevolgen lijken samen te hangen met negatieve beeldvorming ten aanzien van de BPS. Een aantal studies toont aan dat BPS patiënten met en zonder co-morbiditeit met verslaving gezamenlijk behandeld kunnen worden, omdat tussen beide populaties geen wezenlijke verschillen bestaan (van den Bosch e.a., 2001) of omdat de behandeling geen verschillend resultaat laat zien ten aanzien van alcoholmisbruik (van den Bosch e.a., 2005; Southwick en Satel, 1990; Nace e.a.,1986).

Het belang van zorgvuldige diagnostiek wordt in alle studies onderschreven, maar wordt sterk benadrukt wanneer het om levensbedreigend gedrag gaat als suïcidaliteit of HIV infectie (Schuckit, 1985)

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat bij de combinatie van borderline persoonlijkheidsstoornis en verslaving een verhoogde kans op suïcidaliteit bestaat. <i>B Darke e.a. 2004; Welch en Linehan, 2002; Links e.a., 1995; Nace e.a. 1986, 1983</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Co-morbiditeit van BPS en verslaving gaat gepaard met suïcide en suïcidaal gedrag. Hulpverleners zullen in de praktijk daardoor ertoe geneigd zijn maatregelen te nemen om eerder het risico op suïcide te minimaliseren dan aan te dringen op behandeling van de beide probleemgebieden. Onderzoeksresultaten op gebied van gecombineerde behandeling geven evenwel aan dat aandringen op behandeling zeer zeker wel zin heeft. Ook hier is van belang om in overwegingen mee te nemen dat er in de resultaten sprake kan zijn van een seksebias. Onderzoek bij BPS en verslaving heeft vrijwel alleen bij vrouwen plaats gevonden.

Aanbeveling

Zorgvuldige diagnostiek is een vereiste. Bij een combinatie van de borderline persoonlijkheidsstoornis en verslaving is het aan te bevelen het suïciderisico in te schatten c.q. aandacht te besteden aan suïcidaliteit.

8.6.4 Geïntegreerde behandeling bij verslaving met As-II-comorbiditeit

Wetenschappelijke onderbouwing

Er bestaan twee psychotherapeutische modellen die zowel persoonlijkheidsstoornissen als comorbide verslaving behandelen: schemagerichte therapie en dialectische gedragstherapie. De eerste beschreven geïntegreerde duaal-gerichte behandeling voor As II en verslaving, Dual Focus Schema Therapy (DFST), is ontwikkeld door Ball en Young (1998). In een pilot RCT bij 30 op een onderhoudsdosis methadon ingestelde As II patiënten, werd DFST vergeleken met patiënten in een 12-Stappen programma (zelfhulp principe). Het resultaat was veelbelovend (1999). Bij patiënten toegewezen aan DFST verminderde middelengebruik sneller gedurende een 24-weken durende behandeling dan bij de patiënten uit het 12 stappen programma. Bovendien rapporteerden de DFST patiënten (en therapeuten) de ontwikkeling van even sterke therapeutische werkrelatie, terwijl de 12 stappen patiënten geen toename lieten zien. DFST lijkt ook goede resultaten op te leveren als het gaat om het verkleinen van de drop-out (Ball e.a., 2005). In twee gerandomiseerde klinische trials vonden Linehan e.a. (2002, 1999) bij vrouwelijke borderline patiënten met comorbide drugsproblematiek dat een aangepaste versie van standaard DGT (DGT-S) effectiever is in het verminderen van drugsgelateerde problematiek dan gebruikelijke behandeling of Comprehensive Validation Therapy in combinatie met een 12-stappen programma (zelfhulp principe), maar geen effect heeft ten aanzien van borderline symptomatologie. In een derde gerandomiseerde studie bij vrouwen met BPS en comorbide verslaving (Verheul e.a., 2003; van den Bosch e.a. 2005) werd gevonden dat standaard DGT behandeling effectief is in het verminderen van ernstige borderline symptomen (suïcidaliteit, automutilatie, impulsiviteit) en van alcoholmisbruik, maar niet van drugs gerelateerde problematiek. Er werd geen verschil gevonden in behandelresultaat tussen de verslaafde en niet verslaafde borderline patiënten. In alle drie de studies bleek DGT ook bij follow-up (respectievelijk na 12, 12 en 6 maanden) effectiever. Onderzoek naar op onthouding gerichte behandeling bij benzodiazepinen afhankelijke patiënten, al dan niet met comorbide BPS of Cluster B problematiek (Vorma e.a., 2005) toonde aan dat de gecombineerde behandeling van de verslaving en de persoonlijkheidsstoornis geen effectverschillen oplevert. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben wel behandeling van de persoonlijkheidsstoornis nodig om hun afhankelijkheid te kunnen beëindigen.

Conclusie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat dialectische gedragstherapie, of aanpassingen ervan, effectief is in het terugdringen van borderline problematiek en drugsgelateerde problematiek bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving en dat dit effect behouden blijft gedurende ten minste een halfjaar na beëindiging van de behandeling.</p> <p>A2 Linehan, 2002, 1999; Verheul e.a., 2003; van den Bosch e.a. 2005)</p>
-----------------	---

Niveau 2	<p>Gecombineerde behandeling van verslaving en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen levert geen effectverschillen op, mits beide soorten problematiek behandeld worden.</p> <p><i>B Vorma e.a., 2005</i> <i>A2 Linehan, 2002, 1999; Verheul e.a., 2003; van den Bosch e.a. 2002, 2005); Ball e.a. 1999</i></p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Het is van groot belang om te beseffen dat gescheiden behandeling, gebaseerd op de indeling in sectoren in de GGZ (psychiatrie, verslaving), zeker bij BPS patiënten een uiterst negatief effect kan hebben. Gescheiden behandeling kan leiden tot verhoging van risico op suïcide en van suïcidaal gedrag. Door geïntegreerde behandeling aan te bieden krijgen patiënten de behandeling die zij nodig hebben. Van belang is daarbij ook dat wanneer blijkt dat deze gecombineerde problematiek behandelbaar is, het negatieve beeld, wat samenhangt met BPS en met verslaving, kan verminderen.

Aanbeveling

Het is niet noodzakelijk aparte programma's voor de behandeling van verslaving en persoonlijkheidsproblematiek toe te passen bij patiënten met cluster B problematiek in combinatie met verslaving. Het verdient aanbeveling een geïntegreerde behandeling aan te bieden, zoals dialectische gedragstherapie.

8.6..5 Cognitieve gedragstherapie bij verslaving met As-II-comorbiditeit

Wetenschappelijke onderbouwing

De resultaten ten aanzien van de effectiviteit van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) bij patiënten met een (drugs)verslaving en een persoonlijkheidsstoornis in een ambulante behandelsetting zijn tegenstrijdig. Messina e.a. (2003) vonden dat Contingentie Management effectiever was dan CGT of behandeling met methadon alleen. Patiënten met ASP gaven over het geheel genomen een beter effect te zien dan patiënten zonder ASP. In een studie van Fischer e.a. (1996) bleek CGT de meest effectieve behandeling.

Conclusie

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat contingentie management effectiever is dan cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van patiënten met een (drugs)verslaving en een persoonlijkheidsstoornis.</p> <p><i>B Mesina e.a., 2003 ; Fischer e.a., 1996</i></p>
-----------------	--

Overige overwegingen

Al lijken de resultaten van de onderzoeken naar de toepassing van contingentie management niet eenduidig, het is een praktijkgegeven dat er altijd aandacht gegeven moet worden aan het milieu waarin de patiënt verkeert. Dat het behandeling bemoeilijkt wanneer nieuw gedrag niet bekrachtigd wordt door de omgeving, is een gegeven voor iedere hulpverlener binnen de ambulante en intramurale GGZ.

Aanbeveling

Bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslavingsproblematiek kan contingentie management worden overwogen.

8.6.6 Behandeling van antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving

Wetenschappelijke onderbouwing

Onderzoek van Compton e.a. (2000) en van Woody e.a. (1985) bij verslaafde patiënten met een Anti-Sociale Persoonlijkheidsstoornis (ASP) en een comorbide depressie, wijst uit dat psychotherapie effectief kan zijn. Volgens Messina e.a. (2002) en Darke e.a. (1994), en in mindere mate Schinka e.a. (1999), hoeft er bij deze patiënten zelfs geen rekening gehouden te worden met de diagnose ASP: verslaafde patiënten met comorbide ASP problematiek (mannen en vrouwen) reageren even goed op verschillende soorten behandeling (drugcounseling, psychotherapie, methadon onderhoudsdosering, therapeutische gemeenschap) en hebben een vergelijkbare therapietrouw als niet ASP patiënten.

Penick e.a. (1996) toonden in een dubbelblinde, placebo gecontroleerde en gerandomiseerde studie aan dat anti-depressiva effectiever zijn dan placebo bij mannelijke patiënten met ASP, alcoholproblematiek en een comorbide stemmingsstoornis. De comorbide stemmingsstoornis lijkt de prognose positief te beïnvloeden.

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat de combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving effectief behandeld kan worden met verschillende vormen van psychotherapie, zowel bij mannen en vrouwen. Bij een comorbide depressieve stoornis neemt de kans op een gunstig behandelingsresultaat toe. <i>A2 Penick e.a., 1996</i> <i>B Compton e.a., 2000; Woody e.a., 1995; Darke e.a., 1994</i> <i>Schinka, 1999.</i>
Niveau 2	Het is aannemelijk dat farmacologische behandeling met een anti-depressivum effectief is bij mannelijke patiënten bij wie sprake is van een combinatie van antisociale persoonlijkheidsstoornis, alcoholproblematiek en een comorbide stemmingsstoornis. <i>A2 Penick e.a., 1996.</i>

Overige overwegingen

In het algemeen lijkt de prognose voor verslaafde ASP patiënten die ook lijden aan een co-morbide depressie gunstiger, dan wanneer er geen sprake is van een depressie. De vraag moet wel gesteld worden aan de hand van welke criteria in deze studies de diagnose ASP gesteld is, aangezien ander onderzoek juist van een negatieve prognose spreekt. Ten aanzien van de resultaten op farmacotherapeutisch gebied moet enig voorzichtigheid in acht genomen worden. Meer onderzoek is noodzakelijk.

Aanbeveling

Bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving, al dan niet met een comorbide stemmingsstoornis, kunnen diverse gangbare behandelingsvormen overwogen worden.
Bij mannen met antisociale persoonlijkheidsproblematiek, alcoholproblematiek én een comorbide stemmingsstoornis kan farmacologische behandeling overwogen worden.

8.7 Eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

8.7.1 Behandeling van eetstoornis bij As-II-comorbiditeit

Wetenschappelijke onderbouwing

De relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen is complex. Onderzoek naar deze relatie wordt veelal gedaan met de eetstoornis als uitgangspunt. Uit een meta-analyse (Rosenvinge e.a., 2000) van studies tussen 1983 en 1998 kwam naar voren dat gemiddeld 58% van de patiënten met een eetstoornis ook een persoonlijkheidsstoornis had. Deze patiënten hebben daarnaast meer psychiatrische symptomen dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Bij patiënten met boulimia nervosa komt bij 44% een persoonlijkheidsstoornis van het dramatisch-grillige (cluster B) of angstig-vreesachtige cluster (cluster C) voor, terwijl bij patiënten met anorexia nervosa bij 45% een persoonlijkheidsstoornis van het angstig-vreesachtige cluster voorkomt. Ook bij obese patiënten die een eetbuistoornis hebben komen vergeleken met obese patiënten zonder eetbuistoornis meer persoonlijkheidsstoornissen voor (20 tot 35%) (Hanswijck de Jonge, e.a. 2003).

Onderzoek naar de invloed van behandeling laat zien dat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis meer van invloed is op de behandeling van algehele psychiatrische problematiek dan op de behandeling van de eetstoornis (Steiger & Stotland, 1996). Ook hebben eetstoornispatiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis op meerdere dimensies een slechter behandelresultaat en lagere niveaus van functioneren dan eetstoornispatiënten zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis (Herzog e.a., 1992).

Herstel van de eetstoornis blijkt gepaard te gaan met vermindering van de persoonlijkheidspathologie (Matsunaga e.a., 2000, Bloks e.a. 2003).

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het effect van de behandeling van patiënten met een eetstoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis slechter is dan bij eetstoornispatiënten zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis. <i>C Herzog e.a. 1992.</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de aanwezigheid van een behandeling van patiënten met een eetstoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis meer bijdraagt aan de vermindering van de algehele psychiatrische problematiek dan aan vermindering van de eetstoornis <i>C Steiger & Stotland 1996</i>
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het herstel van de eetstoornis gepaard gaat met vermindering van de persoonlijkheidspathologie. <i>C Matsunaga e.a. 2000; Bloks e.a. 2003</i>

Overige overwegingen

Deskundigen zijn van mening dat een eetstoornis, met name door de gevolgen van de uithongering, de dieetchaos of de stemming, bijvoorbeeld ten gevolge van hongeren, bepaalde persoonlijkheidskenmerken of symptomen van een persoonlijkheidsstoornis kunnen versterken. Deze kenmerken of symptomen kunnen verminderen bij herstel van de eetstoornis.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan bij ernstige eetstoornissen te kiezen voor een geïntegreerde behandeling met de eetstoornis als eerste focus van behandeling, om zodoende het effect daarvan op het algemene functioneren en de persoonlijkheidspathologie te verminderen. De behandeling kan op geleide van het toestandsbeeld geleidelijk overgaan in behandeling van de persoonlijkheidspathologie.

8.7.2 Dialectische gedragstherapie

Wetenschappelijke onderbouwing

Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn effectief gebleken behandelingen voor patiënten met boulimia nervosa en voor patiënten met een eetbuistoornis. (Agras e. a. 2000; Fairburn e.a., 1995; Wilfley e.a., 2002). Er is slechts een onderzoek bekend naar het effect van behandeling van zowel persoonlijkheidsstoornis als eetstoornis. Uit dit onderzoek blijkt dat Dialectische Gedragstherapie bij patiënten met een eetstoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis een gunstig effect heeft op de eetsymptomatie en op de mate van zelfbeschadiging (Palmer e.a., 2003).

Bij patiënten met een eetbuistoornis lijkt de aanwezigheid van cluster B persoonlijkheidspathologie niet van invloed op het effect van groepsbehandeling met CGT of IPT. Bij aanwezigheid van cluster B persoonlijkheidspathologie is de kans groter op meer eetbuien bij een follow-up één jaar na de behandeling (Steiger & Stotland, 1996; Wilfley, e.a. 2000).

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat dialectische gedragstherapie bij patiënten met een eetstoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis een gunstig effect heeft op de eetsymptomatie en op de mate van zelfbeschadiging. <i>C Palmer e.a. 2003</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis. Dialectische gedragstherapie is voornamelijk de enige behandelvorm waarmee een effect op zowel borderline persoonlijkheidsproblematiek als de eetsymptomatie is aangetoond.

Aanbeveling

Op grond van het expertoordeel is de werkgroep van mening dat de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis geïntegreerd dient te worden met een behandeling van de eetstoornis. Bij een combinatie van een borderline persoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis geldt dialectische gedragstherapie voornamelijk als eerste keuze behandeling.

8.8 Bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een bipolaire stoornis vaak ook een persoonlijkheidsstoornis hebben. In onderzoeken van uiteenlopende kwaliteit wordt tamelijk consequent gevonden dat 30% à 40% van de bipolaire patiënten een comorbide persoonlijkheidsstoornis heeft (Garno et al, George et al, Kay et al., Dunayevich et al., Schiavone et al.). Dit betreft dan vooral persoonlijkheidsstoornissen uit de clusters B en C en meer in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis. Veel minder onderzoek is gedaan naar de prevalentie van de bipolaire stoornis bij patiënten met een

persoonlijkheidsstoornis. Bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis worden vaak stemmingswisselingen gezien. Of er daadwerkelijk sprake is van een comorbide bipolaire stoornis is afhankelijk van hoe streng de criteria voor deze stoornis worden gehanteerd. Percentages van 10 tot 40 % worden genoemd (Deltito et al.). In de behandeling van de bipolaire stoornis staat het gebruik van zogenoemde stemmingsstabilisatoren centraal. Deze medicijnen zijn slechts in zeer beperkte mate onderzocht bij persoonlijkheidsstoornissen dan wel bij de bipolaire stoornis met een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Naast medicamenteuze behandeling wordt doorgaans begeleiding aangeboden waarbij psycho-educatie vaak een belangrijke rol speelt.

8.8.1 *Behandeling van bipolaire stoornis bij As-II-comorbiditeit*

Wetenschappelijke onderbouwing

Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat het beloop van een bipolaire stoornis ongunstiger is wanneer sprake is van comorbiditeit met de borderline persoonlijkheidsstoornis. Vooral het risico van suïcide en middelenmisbruik lijkt vergroot en de respons op medicatie lijkt slechter (Garno et al., 2005; Swartz et al., 2005; Kay et al. 2002; Dunayevich et al. 2000). In geen enkel onderzoek wordt specifiek onderzocht op welke stoornis zou moeten worden gefocust.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het beloop van een bipolaire stoornis ongunstiger is als er tevens sprake is van een borderline persoonlijkheidsstoornis. C. Garno, 2005; Swartz, 2005; Kay, 2002; Dunayevich, 2000
-----------------	---

Overige overwegingen

De focus van de behandeling kan wijzigen naar gelang de toestand van de patiënt. Een ernstig psychiatrisch toestandbeeld (een manische of depressieve bipolaire episode) heeft prioriteit in de behandeling en ten aanzien van het verminderen van risico's (suïcidegevaar, automutilatie en/of middelenmisbruik). Daarna ligt de focus van de behandeling meer op stabilisatie. Naast gebruik van medicijnen kan psycho-educatie, onder andere gericht op emotieregulatie, aan de orde komen. De behandeling van de bipolaire stoornis en de persoonlijkheidsstoornis dient zoveel mogelijk geïntegreerd te verlopen.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan dat de behandeling van een bipolaire stoornis en een persoonlijkheidsstoornis zoveel mogelijk geïntegreerd verloopt. Daarbij kan het focus van de behandeling wijzigen al naar gelang de toestand van de patiënt en dient rekening gehouden te worden met verhoogde risico's (o.a. suïcidegevaar en middelengebruik) en een slechtere respons op medicatie

8.8.2 *Behandeling met stemmingsstabilisatoren en psycho-educatie van bipolaire stoornis bij As-II-comorbiditeit*

Wetenschappelijke onderbouwing

Het anti-epilepticum valproïnezuur (Depakine) lijkt een aantal symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis te verbeteren, zoals interpersoonlijke sensitiviteit, vijandigheid en agressie, bij patiënten met een comorbide bipolaire stoornis

(Frankenburg, 2002). Ook van het anti-epilepticum lamotrigine, dat in toenemende mate ook als stemmingsstabilisator in de behandeling van bipolaire patiënten wordt gebruikt, zijn gunstige effecten op bepaalde symptomen van borderline pathologie gevonden bij vrouwen met een bipolaire-II stoornis (Preston 2004). Dit zijn echter onderzoeken die retrospectief of met kleine groepen patiënten zijn verricht.

Ook bij comorbiditeit met een persoonlijkheidsstoornis is bij een kleine groep patiënten gebleken dat psycho-educatie leidt tot een gunstiger beloop, gemeten naar de tijd tot het optreden een nieuwe manische of depressieve episode en naar de hoeveelheid nieuwe episodens in twee jaar. Ook leidde dit tot een gemiddeld kortere opnameduur in het ziekenhuis (Colom 2004).

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat het gebruik van stemmingsstabilisatoren, zoals anti-epileptica, het beloop van de bipolaire stoornis en bepaalde symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis positief kunnen beïnvloeden. B Frankenburg, 2002; Preston, 2004
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat psycho-educatie bij patiënten met een bipolaire stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis een gunstig effect op het beloop van de bipolaire stoornis kunnen hebben. B Colom, 2004

Overige overwegingen

Bij de behandeling van een bipolaire stoornis is terughoudendheid geboden bij het gebruik van medicijnen die een depressie ofwel een manie kunnen induceren of het cyclische beloop nadelig kunnen beïnvloeden. Er zijn enige aanwijzingen dat antidepressiva, in het bijzonder tricyclische antidepressiva, het optreden van manieën kunnen vergemakkelijken (bijvoorbeeld Goldberg en Truman, 2003, Gijsman et al., 2004). Wanneer sprake is van een persoonlijkheidsstoornis met een comorbide bipolaire stoornis, zou in het geval van een indicatie voor antidepressiva, de voorkeur moeten uitgaan naar niet-tricyclische antidepressiva, bij voorkeur in combinatie met een stemmingsstabilisator.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt het gebruik van stemmingsstabilisatoren aan bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide bipolaire stoornis. Dit kan een gunstig effect hebben op beide aandoeningen.

8.9. Aandachtstekort/hyperactiviteitsstoornis (ADHD) en persoonlijkheidsstoornissen

8.9.1 Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij ADHD

Wetenschappelijke onderbouwing

Er kon geen literatuur worden gevonden die aan de beantwoording van de uitgangsvraag kon bijdragen.

Overige overwegingen

ADHD en de vaak ermee gepaard gaande andere as I stoornissen (angst, depressie, verslaving) worden over het algemeen behandeld vóór de persoonlijkheidsstoornis. Reden om ADHD eerst te behandelen is dat met medicatie voor ADHD in een paar weken

duidelijk effect kan worden bereikt op alle kernsymptomen. Als onrust, chaotisch en impulsief gedrag, en ook stemmingswisselingen en prikkelbaarheid met medicamenteuze behandeling afnemen, is de patiënt bovendien beter in staat tot, en toegankelijk voor verdere behandeling van de persoonlijkheidsproblemen (Kooij, 2003). Een andere reden kan zijn dat met medicamenteuze behandeling van impulsiviteit, stemmingswisselingen en woedebuien in het kader van ADHD, soms niet meer voldaan wordt aan de criteria voor de diagnose (cluster B) PS.

Soms moet de volgorde echter andersom zijn, bijvoorbeeld bij patiënten met een cluster B PS die slecht in staat zijn een vertrouwensband op te bouwen met de behandelaar. In dergelijke gevallen lukt het soms niet om de medicatie voor ADHD adequaat in te stellen en te evalueren, en moet de werkrelatie met de behandelaar de eerste focus in de behandeling zijn.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat in geval van comorbiditeit van ADHD en persoonlijkheidspathologie zorgvuldige diagnostiek van groot belang is omdat dit richting geeft aan de behandeling.

8.9.2 Behandeling van ADHD bij As-II-comorbiditeit

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is geen wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp bekend.

Overige overwegingen

Indien ADHD samen met een persoonlijkheidsstoornis voorkomt kan gebruik worden gemaakt van psycho-educatie, onder andere ter verduidelijking van de redenen voor de gekozen volgorde van behandeling. Vervolgens worden medicatie en coaching voor ADHD gestart en geëvalueerd. Als de diagnose persoonlijkheidsstoornis hierna actueel blijft en disfunctioneren veroorzaakt, kan hierop gerichte behandeling plaatsvinden.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan als volgt te werk te gaan bij de behandeling van ADHD in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis:

1. Psycho-educatie gericht op ADHD en de persoonlijkheidsstoornis;
2. Medicatie en coaching voor ADHD;
3. Na evaluatie 2., indien noodzakelijk instellen van een behandeling voor de persoonlijkheidsstoornis.

8.10 Persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen

Mensen met lichamelijke ervaren klachten komen vaak bij de huisarts of de specialist met het verzoek om nader onderzoek naar een lichamelijke oorzaak van hun klachten. Als de arts hiervoor geen medische verklaring kan vinden, wordt gesproken van lichamelijke onverklaarde klachten.. Een verhoogde lichaamsperceptie kan leiden tot het ervaren en naar buiten brengen van deze klachten. Bij somatoforme stoornissen is sprake van een persistent patroon van terugkerende lichamelijke onverklaarde klachten.

8.10.1 Comorbiditeit van somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

In onderzoek in verschillende settings (o.a. poliklinieken, in de eerste lijn) werd gevonden dat patiënten met somatoforme stoornissen een hogere prevalentie hebben van comorbide persoonlijkheidsproblematiek (Emerson et al. 1994; Bass and Murphy 1994; Rost et al 1992; Leibbrand et al 1999; Phillips et al. 2000; Noyes et al 2001). Het percentage van mensen met een somatoforme stoornis waarbij tevens sprake is van één of meerdere persoonlijkheidsstoornis varieert in deze studies van 28% tot 51 %. De studies zijn niet eenduidig over welke specifieke persoonlijkheidsstoornissen het meest voorkomen bij mensen met een somatoforme stoornis. Uit twee studies blijkt dat de prevalentie van Cluster C persoonlijkheidsstoornissen is verhoogd, in het bijzonder de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (Phillips et al. 2000; Cohen et al. 2000).

Conclusie

Niveau 2	Het is aannemelijk dat persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen vaak samen voor komen en het is om die reden belangrijk na te gaan welke overwegingen een rol spelen om tot een keuze te komen wat betreft het interventieniveau (As I, As II en/of As III). <i>B Emerson e.a. 1994; Bass and Murphy 1994; Rost e.a. 1992; Leibbrand e.a. 1999; Phillips e.a. 2000; Noyes e.a. 2001</i>
-----------------	--

Overige overwegingen

Patiënten met een somatoforme stoornis zoeken in eerste instantie meestal hulp op het somatische vlak. Wanneer de behandelaar vermoedt dat er naast somatische- ook sprake is van AS-II-problematiek, verdient het aanbeveling de patiënt te motiveren voor verder diagnostisch onderzoek. Omdat uit de praktijk blijkt dat veel patiënten zich moeilijk laten motiveren om psychische hulp te zoeken bij somatoforme klachten, is het van belang eerst op het somatische deel te focussen alvorens de patiënt te motiveren tot een overstap naar psychologische interventies.

Aanbeveling

Wanneer de behandelaar vermoedt dat er naast somatische- ook sprake is van as-II problematiek, verdient het aanbeveling de patiënt te motiveren voor verder diagnostisch onderzoek.

Omdat uit de praktijk blijkt dat veel patiënten zich moeilijk laten motiveren om psychische hulp te zoeken bij somatoforme klachten, is het van belang eerst op het somatische deel te focussen alvorens de patiënt te motiveren tot een overstap naar psychologische interventies.

8.10.2 Cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen bij As-II-comorbiditeit

Wetenschappelijke onderbouwing

Tot op heden is er slechts één studie (Leibbrand e.a., 1999) verschenen over de invloed van een persoonlijkheidsstoornis op het behandelingsresultaat van cognitieve gedragstherapie bij somatoforme stoornissen. In deze studie werd gekeken in hoeverre de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis invloed had op de effecten van

reguliere behandeling van somatoforme stoornissen binnen een gedragstherapeutische medische kliniek. De behandeling bestond uit individuele psychotherapie, probleemgerichte groepstherapie, en gestandaardiseerde programmaonderdelen gericht op specifieke aspecten van psychopathologie (zoals pijn, depressie of angst). In deze studie verbeterden de patiënten met een somatoforme stoornis en een persoonlijkheidsstoornis evenveel in vergelijking tot met mensen met een somatoforme stoornis zonder As-II-comorbiditeit.

Conclusie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat As-II-comorbiditeit geen invloed heeft op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij somatoforme stoornissen. <i>B Leibbrand e.a. 1999</i>
-----------------	---

Overige overwegingen

Mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt kan tijdens of na de behandeling van de somatoforme stoornis tevens aandacht worden geschonken aan een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Naarmate de comorbide persoonlijkheidsstoornis ernstiger is valt een geïntegreerde behandeling te overwegen.

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat een cognitief-gedragstherapeutische behandeling van een somatoforme stoornis, mede afhankelijk van de ernst van As-II-comorbiditeit en patiëntvoorkeuren, worden aangevuld met aandacht voor de persoonlijkheidsproblematiek. Een geïntegreerde behandeling kan worden overwogen.

Literatuur

- Åberg-Wistedt, A., Ågren, H., Ekselius, L., Bengtston, F., Åkerblad, A. (2000) Sertraline versus paroxetine in major depression: clinical outcome after six months of continuous therapy. *J Clin Psychopharmacology*, 20,645-652.
- Agosti, V., Ocepek-Welikson, K. (1997) The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the NIMH-TDCRP. *J Aff Disorders*, 43,181-186.
- Agosti, V., McGrath, P.J. (2002) Comparison of the effects of fluoxetine, imipramine and placebo on personality in atypical depression. *J Aff Disorders*, 71,113-120.
- Agras, W.S., Walsh, B.T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T., Kraemer, H.C. 2000. A multicenter comparison of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466
- Alnaes, R., Torgersen, S. (1997) Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 336-342.
- Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, McKay JR, Woody GE. Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. *J Nerv Ment Dis.* 1996 Nov;184(11):695-702.
- American Psychiatric Association (2005) *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 2nd Edition*. Vol.3, No.1, pag. 34-42. The American Psychiatric Publishing. Washington DC, London, England.
- American Psychiatric Association (Winter 2005). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 2nd Edition*. Vol.3, No.1, pag. 34-42. The American Psychiatric Publishing. Washington DC, London, England.

- American Psychiatric Publishing. (2005) Textbook of personality disorders, chapter 4, pag.70-72, Washington DC, London England.
- AuBouchon P.G., Malatesta V.J. (1994) Obsessive compulsive Patients with Comorbid Personality disorder: Associate problems and response to a comprehensive behaviour Therapy
- Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neill TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial *Compr Psychiatry*, 2005; 46 (5): 371-379.
- Ball SA, Young JE, Rounsaville BJ. (1999). *Dual Focus Schema Therapy vs. 12-Step Drug Counseling for personality disorders and addiction: Randomized pilot study*. Paper presented at the ISSPD 6th International Congress on the Disorders of Personality, 1999; Geneva, Switzerland.
- Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addict Behav* 1998; 23: 883-891.
- Barber, P. & Muenz, L. (1996) The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the TDCRP. *J Consult Clin Psychology*, 64,951-958.
- Bass C, Murphy M. Somatoform personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*. 1995 Vol 39, 4: 402-27
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999) The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156,563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158:36-42.
- Bear L.J, Jenike M.A. (1992) Personality disorders in obsessive compulsive disorder: *Psychiatric Clinics of North America* 15:4 803-812
- Bear L.J, Jenike M.A; (1992) Personality disorders in obsessive compulsive disorder: *Psychiatric Clinics of North America* 15:4 803-812
- Bearden, C., Lavelle, N., Buysse, D., Karp, J.F., Frank, E., (1996) Personality pathology and time to remission in depressed outpatients treated with interpersonal psychotherapy. *J Pers Disorders*, 10(2), 164-173.
- Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., Bogetto, F. (2006) Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 453-460.
- Berger P., Sachs G., Amering M., Holzinger A., Bankier B. and Katschnig H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioural treatment of panic disorder (2004). *Journal of Affective Disorders* 80 (2004) p.p. 75-78.
- Bielski, R.J. & Friedel, R.O. (1976 maar relevant) Prediction of tricyclic antidepressant response: a critical review. *Arch Gen Pstry*, 3,1479-1489.
- Black, D.W., Bell, S., Hulbert, J. & Nasrallah, A. (1988). The importance of axis II in patients with major depression: a controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 14, 115-122.
- Black, K.J., Sheline, Y.I. (1997) Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression. *J Aff Disorders*, 43,11-18.
- Blais, M.A., Matthews, J., Schouten, R. et. Al. (1998). Stability and predictive value of self-report personality traits pre- and post-electroconvulsive therapy: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 231-235.
- Bloks, H., Hoek, H.W., Callewaert, I., Furth, E. van 2003. Stability of Personality Traits in Patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 129-138.
- Bogenschutz, M.P., Nurnberg G.H. (2004) Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Pstry*, 65(1) ,104-9.

Bosch LMC van den, Koeter M, Stijnen T, Verheul R, Brink W van den. Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2005;43(9):1231-1241.

Bosch LMC van den, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav.* 2002 Nov-Dec;27(6):911-23

Bosch LMC van den, Verheul R, van den Brink W. Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *J Personal Disord.* 2001 Oct;15(5):416-24.

Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD, Soyka M. [Effectiveness of outpatient treatment for alcoholism - impact of personality disorders on course of treatment] *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003 Sep-Oct;53(9-10):384-9.

Broner RK, Bigelow GE, Strain E, Schmidt CW. Intravenous drug abusers with antisocial personality disorder: increased HIV risk behavior. *Drug Alcohol Depend.* 1990 Aug;26(1):39-44.

Broner RK, Greenfield L, Schmidt CW, Bigelow GE. Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. *Am J Psychiatry.* 1993 Jan;150(1):53-8

Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, Snider EC. Treatment response of antisocial substance abusers. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Mar;183(3):166-71.

Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, McKay JR, Snider EC. Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis.* 1996 Apr;184(4):234-9.

Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, Snider EC. An examination of the diagnostic criteria for antisocial personality disorder in substance abusers. *J Nerv Ment Dis.* 1994 Sep;182(9):517-23.

Casey, P. & Butler, E. (1995) The effects of personality on response to ECT in major depression. *Journal of Personality Disorders*, 9(2): 134-142.

Casey, P., Meagher, D., Butler, E. (1996) Personality, functioning and recovery from major depression. *Journal of Nerves and Mental Disease*, 184: 240-245.

Cecero JJ, Ball SA, Tennen H, Kranzler HR, Rounsaville BJ. Concurrent and predictive validity of antisocial personality disorder subtyping among substance abusers. *J Nerv Ment Dis.* 1999 Aug;187(8):478-86.

Clarkin, J.F., Pilkonis, P.A., Magruder, K.M. (1996) Psychotherapy of depression. Implications for reform of the health care system. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 717-723.

Clopton JR, Weddige RL, Contreras SA, Fliszar GM, Arredondo R. Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder. *Int J Addict.* 1993 Sep;28(11):1147-53.

Cohen LJ, Kingston P, Bell A, Kwon J, Aronowitz B, Hollander E. Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2000 Jan-Feb; Vol.41(1) 4-12.

Colom F, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord.* 2004 6(4): 294-8.

Compton WM, Cottler LB, Ben-Abdallah A, Cunningham-Williams R, Spitznagel EL. The effects of psychiatric comorbidity on response to an HIV prevention intervention. *Drug Alcohol Depend.* 2000 Mar 1;58(3):247-57.

Compton WM, Cottler LB, Spitznagel EL, Ben Abdallah A, Gallagher T. Cocaine users with antisocial personality improve HIV risk behaviors as much as those without antisocial personality. *Drug Alcohol Depend.* 1998 Feb 1;49(3):239-47.

Cottler LB, Compton WM, Ridenour TA, Ben Abdallah A, Gallagher T. Reliability of self-reported antisocial personality disorder symptoms among substance abusers. *Drug Alcohol Depend.* 1998 Feb 1;49(3):189-99.

Cowdry, R.W., Gardner, D.L. (1988) Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*, 45(2), 11-119.

- Darke S, Hall W, Swift W. Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. *Drug Alcohol Depend.* 1994 Feb;34(3):253-7.
- Darke S, Williamson A, Ross J, Teesson M, Lynskey M. Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Depend.* 2004 Apr 9;74(1):77-83.
- Davidson, J, McLeod, M., Law-Yone, B., Linnoila, M. (1978) A comparison of electroconvulsive therapy and combined phenelzine-amitriptyline in refractory depression. *Arch Gen Psychiatry*, 35(5), 639-642.
- DeBattista, C. & Mueller, K. (2001). Is electroconvulsive therapy effective for the depressed patient with comorbid borderline personality disorder? *Journal of ECT*, 17, 91-98.
- Deltito J., Martin L., Riefkohl J., Austria B., Kissilenko A., Corless P., Morse C., Morse P. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum. *J Affect Disord* 2001 Dec; 67(1-3): 221-8.
- Dickersin K, Scherer R, Lefebvre C. (1994) Identifying relevant studies for systematic reviews. *British Medical Journal*, 309, 1286-91.
- Diguer, L., Barber, J.P., Luborsky, L. (1993) Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am J Psychiatry*, 150/8, 1246-1248.
- Du, L., Bakish, D., Ravindran, A.V., Hrdina, P.D. (2002) Does fluoxetine influence major depression by modifying five-factor personality traits? *J Aff Disorders*, 71, 235-241
- Dunayevich E., Sax KW, Keck PE Jr., McElroy SL, Sorter MT, McConville BJ, Strakowski SM. Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. *J. Clin Psychiatry* 2000 Feb;61(2):134-9.
- Ekselius, L., von Knorring, L. (1998) Personality disorder comorbidity with major depression and response to treatment with sertraline or citalopram. *Int. Clin. Psychopharmacology*, 13, 205-211.
- Ekselius, L., von Knorring, L. (1999) Changes in personality traits during treatment with sertraline or citalopram. *Br J Psychiatry*, 174, 444-448.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Gibbons, R.D., Sotsky, S.M., Pilkonis, P.A. (1995) Initial severity and differential treatment outcome in the NIMHTDCRP. *J Consult & Clin Psychology*, 63, 841-847.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., Parloff, M.B. (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 971-983.
- Emerson J, Pankratz L, Joos S, Sith S. Personality disorders in problematic medical patients. *Psychosomatics*. 1994 Sep-Oct: 35(5):469-73.
- Fairburn, C.F., Norman, P.A, Welch, S.L., O'Conner, M.E., Doll, H.A., Peveler, R.C., A 1995. prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-311.
- Fals-Stewart W. Personality characteristics of substance abusers: an MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *J Pers Assess.* 1992 Dec;59(3):515-27.
- Fava, M., Bouffides, E., Pava, J.A., McCarthy, M., Steingard, R.J., Rosenbaum, J.F. (1994) Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *Psychother Psychosom*, 62, 160-167.
- Feeny N.C., Zoellner L.A., & Foa E.B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with BPC: A preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*. 16: 30-40
- Feske U., Perry K.J., Chambless D.L., Renneberg B. and Oldstein A.J. (1996) Avoidant Personality Disorder As A Predictor For Treatment Outcome Among Generalized Social Phobics. *Journal of Personality Disorders* 1996, p.p. 174-184.

Feske, U., Mulsant, B.H., Pilkonis, P.A., Soloff, P., Dolata, D., Sackeim, H.A. & Haskett, R.F. (2004) Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 161, 2073-2080

Fisher MS Sr, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatr Serv*. 1996 Nov, 47(11) : 1244-50

Frank, E., Kupfer, D.J., Jacob, M., Jarrett, D. (1987) Personality features and response to acute treatment in recurrent depression. *J Pers Dis*, 1,14-26.

Frank,E., Kupfer,D.J., Jarrett,D.B., Jacob,M. (1986) Self-rating of personality characteristics and their relationship to treatment response in recurrent unipolar depressives: a pilot study. *Psychopharmacology Bull*, 22,196-199.

Frank,E,Kupfer,D.J.,Wagner,E.F., McEachran,A.B., Cornes,C. (1991) Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Arch Gen Pstry*, 48-1053-1059.

Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J. Clin Psychiatry* 2002 63(5): 442-6.

Galen LW, Brower KJ, Gillespie BW, Zucker RA. Sociopathy, gender, and treatment outcome among outpatient substance abusers. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Dec 22;61(1):23-33.

Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. *J. Clin. Psychiatry* 2005 Mar; 66(3): 339-45.

George EL., Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord*. 2003 April; 5(2): 115-22.

Gijnsman HJ, Geddes JR, Rendell JM, Nolen WA, Goodwin GM. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep;161(9):1537-47.

Gill K, Nollimal D, Crowley TJ. Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend*. 1992 Aug;30(3):247-52.

Goldberg JF, Truman CJ. Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. *Bipolar Disord*. 2003 Dec;5(6):407-20

Goldstein RB, Bigelow C, McCusker J, Lewis BF, Mundt KA, Powers SI. Antisocial behavioral syndromes and return to drug use following residential relapse prevention/health education treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001 Aug;27(3):453-82.

Goldstein RB, Powers SI, McCusker J, Lewis BF, Bigelow C, Mundt KA. Antisocial behavioral syndromes among residential drug abuse treatment clients. *Drug Alcohol Depend*. 1999 Jan 7;53(2):171-87.

Goldstein RB, Powers SI, McCusker J, Mundt KA, Lewis BF, Bigelow C. Gender differences in manifestations of antisocial personality disorder among residential drug abuse treatment clients. *Drug Alcohol Depend*. 1996 May;41(1):35-45.

Grella CE, Joshi V, Hser YI. Followup of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2003 Oct;25(3):155-64.

Hanswijck de Jonge, van P., Furth, van E.F., Lacey, J, H., Waller, G. 2003. The prevalence of DSM-IV personality psychopathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*, 33, 1311-1317.

Hardy,G.E., Barkham,M., Shapiro,D.A., Stiles W.B., Rees,A., Reynolds,S. (1995). Impact of Cluster C Personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *J Consult & Clin Psogy*, 997-1004.

Haro G, Mateu C, Martinez-Raga J, Valderrama JC, Castellano M, Cervera G. The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry*. 2004 Jun;19(4):187-92.

Hellerstein,D.J., Kocsis,J.H., Chapman,D., Stewart,J.W., Harrison,W. (2000). Double-blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia:

effects on personality. *Am J Pstry*, 157,1436-1444.

Hembree E.A., Cahill S.P. and Foa E.B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 18(1): 117-127

Hernandez-Avila CA, Burleson JA, Poling J, Tennen H, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Personality and substance use disorders as predictors of criminality. *Compr Psychiatry*. 2000 Jul-Aug;41(4):276-83.

Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., Kenny, G.M., Sacks, N.R. 1992. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 147-152.

Hesselbrock MN. Gender comparison of antisocial personality disorder and depression in alcoholism. *J Subst Abuse*. 1991;3(2):205-19.

Hesselbrock VM, Hesselbrock MN. Alcoholism and subtypes of antisocial personality disorder. *Alcohol Alcohol Suppl*. 1994;2:479-84.

Hirschfeld, R.M.A. (1999) Personality disorders and depression: comorbidity. *Depr & Anx*, 10, 142-146.

Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Lavori, Ph., Keller, M.B., Griffith, P., Coryell, W. (1989) Premorbid personality assessments of first onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 46,345-350.

Hirschfeld,R.M.A., Russell,J.M., Delgado,P.L., Fawcett,J., Friedman,R.A., Harrison,W.M., Koran,L.M., Miller,I.W., Thase,M.E., Howland,R.H., Connolly,M.A., Miceli,R.J. (1998) Predictors of response to acute treatment of chronic and double depression with sertraline or imipramine. *J Clin Pstry*,59,669-675.

Hoffart,A., Martinsen,E.W. (1993) The effect of personality disorders and anxious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia.*J Pers Dis*, 7(4), 304-311.

Hope D.A., Herbert J.D. and White C. (1995) Diagnostic Subtype, Avoidant Personality Disorder, and Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 19 No. 4, 1995. p.p. 399-415.

Hunter EE, Powell BJ, Penick EC, Nickel EJ, Liskow BI, Cantrell PJ, Landon JF. Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. *Compr Psychiatry*. 2000 Sep-Oct;41(5):334-8.

Ilardi, S., Craighead, W. (1995). Personality pathology and response to somatic treatments for major depression: a critical review. *Depression*, 2, 200-217.

Jenike M.A., Bear L., Minichiello W.E., Schwartz C.E. and Carey R.J. Jr. (1986). Concomitant Obsessive-Compulsive Disorder and Schizotypal Personality Disorder. *American Psychiatric Association* 143: 530-532

Joyce,P.R. & Paykel,E.S. (1989) Predictors of drug response in depression. *Arch Gen Pstry*, 46,88-92.

Joyce,P.R., Mulder,R.T., Luty,S.E., McKenzie,J.M., Sullivan,P.F., Cloninger,R.C. (2003) Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psytry*, 44:1, 35-43.

Kapfhammer,H., & Hippus, H. (1998). Special feature: pharmacotherapy in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 277-288.

Kay JH, Altshler LL, Ventura J, Mintz J. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disord*. 2002 Aug; 4(4): 237-42.

Kelley JL, Petry NM. HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2000 Jul;19(1):59-66.

Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O., Pedersen, N.L. (2006) Personality and major depression. A Swedish, longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 113-1120.

Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I.J., de Jonghe, F., Puite, B. (2003) Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy in depressed patients with or without personality disorder(s). *Harvard Review of Psychiatry*, 11(3), 133-141

Kool, S., Dekker,J., Duijsens, I.J., de Jonghe, F., Puite, B. (2003) Changes in personality

pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *J Pers Disorders*, 17(1),60-72.

Kool, S., Schoevers, R., de Maat, A., Van, R., Molenaar, P., Vink, A., Dekker, J. (2005) Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 88,269-278.

Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ. Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Subst Abuse Treat*. 1989;6(3):163-8.

Kramer, B.A. (1982). Poor response to electroconvulsive therapy in patients with a combined diagnosis of depression and borderline personality disorder. *The Lancet*, 2, 1048.

Ladd GT, Petry NM. Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *J Subst Abuse Treat*. 2003 Jun;24(4):323-330

Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. *Eur Addict Res*. 2003 Jan;9(1):8-17.

Laura Dreessen, Rense Hoekstra, and Arnoud Arntz (1997). Personality Disorders Do Not Influence the Results of Cognitive and Behavior Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. Elsevier Science Ltd. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 11, No.5, pp. 503-521

Leibbrand R, Hiller W, Fichter M. Influence of personality disorders on therapy outcome in somatoform disorders at 2-years follow-up. *J Nerv Ment Dis* Vol 187(8) 1999:509-12.

Leibbrand R, Hiller W, Fichter MM. Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders. *Compreh. Psych*. Vol 40. 1999 (3): 203-09.

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.

Leichsenring, F. & Leibing E. (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 160(7),1223-1232.

Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Jun 1;67(1):13-26.

Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999 Fall;8(4):279-92.

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., et al. (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48,1060-1064.

Links PS, Heslegrave RJ, Mitton JE, van Reekum R, Patrick J. Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. *Can J Psychiatry*. 1995 Feb;40(1):9-14.

Liskow B, Powell BJ, Nickel EJ, Penick E. Diagnostic subgroups of antisocial alcoholics: outcome at 1 year. *Compr Psychiatry*. 1990 Nov-Dec;31(6):549-56.

Longabaugh R, Rubin A, Malloy P, Beattie M, Clifford PR, Noel N. Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994 Aug;18(4):778-85.

MacEwan, G.W. & Remick, R.A. (1988). Treatment resistant depression: a clinical perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 788-792.

Marcus, E.R. & Bradley, S.S. (1990). Combination of psychotherapy and psychopharmacotherapy with treatment-resistant inpatients with dual diagnosis. *Psychiatric clinics of North America*, 13, 209-214.

Massion, A.O., Dyck, I.R., Shea, M.T., Phillips, K.A., Warshaw, M.G., Keller, M.B. Personality disorder and time to remission in generalized anxiety disorder, sociale fobie, and panic disorder (2002). *Arch. Gen. Psychiatry* 59, 434-440

Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R. 2000. Personality Disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357.

Mersch P.P.A., Jansen M.A. and Arntz A. (1995) Social Phobia and Personality Disorder: Severity of complaint and treatment effectiveness. p.p. 78-88

Messina N, Farabee D, Rawson R. Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Apr;71(2):320-9.

Messina NP, Wish ED, Hoffman JA, Nemes S. Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28(2):197-212.

Miller FT, Abrams T, Dulit R, Fyer M. Substance abuse in borderline personality disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1993;19(4):491-7.

Miranda R Jr, Meyerson LA, Myers RR, Lovallo WR. Altered affective modulation of the startle reflex in alcoholics with antisocial personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003 Dec;27(12):1901-11.

Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Oderinde V, Mathias CW, Harper RA, Swann AC. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend*. 2002 Sep 1;68(1):105-11.

Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E, Miller KJ. The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol*. 1997 Feb;106(1):74-84.

Mulder R.T. (2002) Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 359-371.

Mulder, R.T., Joyce, P.R., Frampton, C.M.A., Luty, S.E., Sullivan, P.F. (2006) Six months of treatment for depression: outcome and predictors of the course of illness. *American Journal of Psychiatry*, 163, 95-100.

Murray MG, Anthenelli RM, Maxwell RA. Use of health services by men with and without antisocial personality disorder who are alcohol dependent. *Psychiatr Serv*. 2000 Mar;51(3):380-2.

Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psychiatry*. 1991 Jan;148(1):118-20.

Nace EP, Saxon JJ Jr, Shore N. A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1983 Jan;40(1):54-6.

Nace EP, Saxon JJ Jr, Shore N. Borderline personality disorder and alcoholism treatment: a one-year follow-up study. *J Stud Alcohol*. 1986 May;47(3):196-200.

Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T. (2006) Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry*, 188:13-20.

Noyes R, Douglas R, Langbehn MD, Happel RP, Stour LR, Muller BA, Longley SL. Personality dysfunction among somatizing patients. *Psychosomatics* 2001; 42: 320-29.

Nurnberg HG, Rifkin A, Doddi S. A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. *Compr Psychiatry*. 1993 Nov-Dec;34(6):447-54.

Ozkan M. and Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? (2005) *Comprehensive Psychiatry* 46 (2005) p.p 20-26.

Palmer, R.L., Birchall, H., Sadhana, D.S., Gatward, N., McGrain, L., Parker, L. 2003. A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder, description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 281-286.

Papakostas, G.I., Petersen, T.J., Farabaugh, A.H., Murakami, J.L. et al (2003) Psychiatric comorbidity as a predictor of clinical response to nortriptyline in treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 64(11), 1357-1361.

Patience, D.A., McGuire, R., Scott, A.F., Freeman, C.P.L. (1995) The Edinburgh Primary

Care Depression Study: Personality Disorder and outcome. *Br.J. Psychiatry*, 167,324-330.

Pelissier BM, O'Neil JA. Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants. *J Subst Abuse*. 2000;11(4):379-93.

Penick EC, Powell BJ, Campbell J, Liskow BI, Nickel EJ, Dale TM, Thomas HM, Laster LJ, Noble E. Pharmacological treatment for antisocial personality disorder alcoholics: a preliminary study. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 May;20(3):477-84.

Perry, W., Viglione, D.J. Jr (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients with tricyclic antidepressants. *Journal of personality assessment*, 56, 487-501.

Peselow, E.D., Fieve,R.R., DiFiglia,C. (1992) Personality traits and response to desipramine. *J Aff Dis*, 24, 209-216.

Peselow, E.D., Sanfilippo,M.P., Fieve R.R., Gulbenkian,G. (1994) Personality traits during depression and after clinical recovery. *Br J Pstry*, 164, 349-354.

Pettinati HM, Pierce JD Jr, Belden PP, Meyers K. The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. *Am J Addict*. 1999 Spring;8(2):136-47.

Pfohl, B., Stangl, D. & Zimmerman, M. (1984). The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 7, 309-318.

Phillips KA & McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr. Psych*. Vol 41. 2000; p229-36

Preston GA, et al. Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine. *J. Affective Disord*. 2004 79(1-3): 297-303.

Prudic, J., Olfson, M., Marcus, S.C., Fuller, R.B. & Sackheim, H.A. (2004). Effectiveness of Electroconvulsive therapy in community settings. *Biological Psychiatry*, 55, 301-312.

Reich, J. (2003) The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 387-405.

Reich, J.H. (1990) Effect of DSM III personality disorders on outcome of tricyclic antidepressant-treated non-psychotic outpatients with minor or major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 32,175-181.

Reich,J. (2002) Drug treatment of personality disorder traits. *Psychiatric Annals*, 32(10), 590-596.

RinneT., van den Brink,W., Wouters,L., van Dijck,R. (2002) SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159,2048-2054.

Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., Ostensen, E. 2000. The Comorbidity of Eating Disorders and Personality Disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders*, 5, 52-61.

Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M. A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003 May;29(2):263-79.

Rost KM, Alins RN, Brown FW & Smith GR. The comorbidity of DSM-3-R Personality Disorders in Somatization disorder. *General Hospital Psychiatry* 14, 322-326. Elsevier Science Publishing 1992.

Russell,J.M., Kornstein,S.G., Shea,M.T., McCullough,J.P., Harrison,W.M., Hirschfeld,R.M.A., Keller,M.B. (2003) Chronic depression and comorbid personality disorders: Response to sertraline versus imipramine. *J Clin Pstry*, 64,554-561.

Sareen, J., Enns, M. & Guertin, J. (2000). The impact of clinical diagnosed personality disorders on acute and one-year outcomes of electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT*, 16, 43-51

Schiavone P., Dorz S., Conforti D., Scarso C., Borgherini G. Comorbidity of DSM-IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders : a comparative study. *Psychol Rep*. 2004 Aug ; 95(1) : 121-8.

Schinka JA, Hughes PH, Coletti SD, Hamilton NL, Renard CG, Urmann CF, Neri RL. Changes in personality characteristics in women treated in a therapeutic community. *J Subst Abuse Treat.* 1999 Mar;16(2):137-42.

Schuckit MA. The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. *Arch Gen Psychiatry.* 1985 Nov;42(11):1043-9.

Shea, M.T. (1993) Personality disorders and depression: an overview of issues and findings. *Rhode Island Medicine,* 76, 405-408.

Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., et al. (1992a) Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the NIMHT of DCRP. *Archives of General Psychiatry,* 49, 782-787.

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M., Docherty, J.P. (1990) Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry,* 147,711-718.

Shea, M.T., Widiger, T.A., Klein, M.H. (1992b) Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 60, 857-868.

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Pagano, M.E., Stout, R.L. (2005) The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders,* 19(5), 487-504.

Smith GR, Golding JM, Kashner TM, Rost K. Antisocial personality disorders in primary care patients somatization disorder. *Compr Psychiatry.* 1991 Jul-Aug;32(4): 367-72.

Smyth NJ, Washousky RC. The coping styles of alcoholics with axis II disorders. *J Subst Abuse.* 1995;7(4):425-35.

Soloff, P.H. (1990) What's new in personality disorders? An update on pharmacologic treatment. *J Pers Dis,* 4(3), 233-243.

Soloff, P.H. (1998) Symptom-oriented psychopharmacology for personality disorders. *J Prac Psych & Behav Health,* 1,3-11.

Southwick SM, Satel SL. Exploring the meanings of substance abuse: an important dimension of early work with borderline patients. *Am J Psychother.* 1990 Jan;44(1):61-7.

Stabenau J, Dolinsky Z, Fischer B. Alcohol consumption: effect of gender and psychopathology. *Alcohol Clin Exp Res.* 1986 Jun;10(3):355-6.

Steffen Moritz*, Susanne Fricke, Dirk Jacobsen, Martin Kloss, Christian Wein, Michael Rufer, Birgit Katenkamp, Roschan Farhumand, Iver Hand (2004). Positieve schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. Elsevier Ltd. *Behaviour Research and Therapie* 42: 217-227

Steiger, H., & Stotland, S. 1996. Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II Comorbidity: long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders,* 20, 149-161.

Steiger, H., & Stotland, S. 1996. Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II Comorbidity: long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders,* 20, 149-161.

Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E., Proietti JM, Scott J. Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord.* 2005 Apr; 7(2): 192-7.

Thomas VH, Melchert TP, Banken JA. Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J Stud Alcohol.* 1999 Mar;60(2):271-7.

Tomasson K, Vaglum P. Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28-month outcome. *Eur Psychiatry.* 2000 Dec;15(8):443-9.

Velzen van C.J.M., Emmelkamp P.M.G. and Scholing A. (1997) The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. Elsevier Science Ltd 1997. pp. 889-900.

Verheul R, Ball SA, Brink W van den: Substance abuse and personality disorders, in Dual diagnosis and treatment. Substance abuse and comorbid medical and psychiatric

disorders. Edited by Kranzler HR, Rounsaville BJ. New York, NY, Marcel Dekker Inc., 1998a, pp 317-363

Verheul R, Bosch LMC van den, Koeter MWJ, Brink W van den, Stijnen Th: Efficacy of Dialectical Behavior Therapy: a Dutch randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 182:135-140.

Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav.* 1998 Nov-Dec;23(6):869-82.

Verheul R, van den Brink W, Koeter MW, Hartgers C. Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. *Am J Addict.* 1999 Winter;8(1):24-33.

Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.J.W. et al. (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182,1385-1394.

Verkes, R.J., Van der Mast, R.C., Hengeveld, M.W., Tuyl, J.P., Zwinderman, A.H., Van Kempen, G.M.J. (1998) Reduction by paroxetine of suicidal behavior with repeated suicide attempts but not major depression. *Am J Psychiatry*, 155,543-547.

Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr. Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry.* 2004 Mar;161(3):444-51.

Viinamaki, H., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Haatainen, K., Honkalampi, K., Antikainen, R., Hintikka, J. (2002) Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. *J Pers Disorders*, 17(4),341-350.

Vorma H, Naukkarinen HH, Sarna SJ, Kuoppasalmi KI. Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. *Subst Use Misuse.* 2005;40(4):499-510.

Welch SS, Linehan MM. High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *J Personal Disord.* 2002 Dec;16(6):561-9.

Westermeyer J, Thuras P. Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2005;31(1):93-110.

Wilfley, D.E., Friedman, M.A., Dounchis, J.Z., e.a. 2000. Comorbid Psychopathology in Binge Eating Disorder: Relation to Eating Disorder Severity at Baseline and Following Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641-649.

Wilfley, D.E., Welch, R., Stein, R.I., Spurrel, E.B., Cohen, L.R., Saelens, B. E., Dounchis, J.Z., Frank, M.A., Wiseman, C.V., Matt, G.E., 2002. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713-721.

Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., ea. (1994) Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 151,190-194.

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1985 Nov;42(11):1081-6.

Yates WR, Petty F, Brown K. Alcoholism in males with antisocial personality disorder. *Int J Addict.* 1988 Oct;23(10):999-1010.

Zimmerman, M., Coryell, W., Pfohl, B., Corenthal, C. & Stangl, D. (1986). ECT response in depressed patients with and without DSM-III personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 143, 1030-1032.

Zlotnik C., Johnson D.M., Yen S., Battle C.L., Sanislow C.A., Skodol A.E., Grilo C.M., McGlashan T.H., Gunderson J.G., Bender D.S., Zanarini M.C. and Shea M.T. (2003). Clinical Features and Impairment in Women with Borderline Personality Disorder (BPD) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), BPD Without PTSD, and Other Personality Disorders with PTSD. *J Nerv Ment Dis* 191: 706-713

Zuckerman, D.M., Prusoff, B.A., Weissmann, M.M., Padian, N.S. (1980) Personality as a predictor of psychotherapy and pharmacotherapy outcome for depressed outpatients. *J Cons Clin Psychology*, 48, 730-735.

Hoofdstuk 9 Kosteneffectiviteit

Kosteneffectieve patiëntenzorg vormt een van de criteria bij de ontwikkeling van richtlijnen. In eerste instantie moet worden voldaan aan de criteria voor richtlijnontwikkeling in het algemeen, waaronder prevalentie en incidentie, keuzeproblematiek en wetenschappelijk bewijs over effectiviteit (werkzaamheid in de praktijk van alledag) en tolerantie. Vervolgens is kosteneffectiviteit, ofwel 'doelmatigheid' mogelijk een criterium voor het maken van keuzes in de zorg omdat de financiële middelen beperkt zijn. Doelmatigheid is in het bijzonder relevant als op grond van een onderbouwing vanuit klinisch perspectief en patiëntenperspectief verschillende behandelopties kunnen worden aanbevolen. Zo kan informatie over doelmatigheid behulpzaam zijn wanneer twee even effectieve behandelingen verschillen in kosten. Ook is de situatie denkbaar dat de ene behandeling effectiever is dan de ander, maar meer kosten met zich meebrengt. De vraag is dan legitiem of deze gezondheidswinst voldoende in verhouding staat tot de extra kosten, ofwel: is de interventie doelmatig? In kosteneffectiviteitsonderzoek worden de kosten meestal ingedeeld naar twee categorieën: directe medische kosten en productiviteitskosten. Directe kosten binnen de gezondheidszorg zijn alle kosten die rechtstreeks verband houden met therapie, behandeling, preventie en verzorging van een bepaalde ziekte. Productiviteitskosten hebben betrekking op de kosten te wijten aan werkverzuim en arbeidsongeschiktheid. Vanuit maatschappelijk oogpunt zijn beide kostencategorieën relevant voor persoonlijkheidsstoornissen.

Uitgangsvragen

- Welke economische evaluaties over interventies bij persoonlijkheidsstoornissen zijn er in de literatuur bekend?
- En wat is de kwaliteit van deze onderzoeken op basis van de richtlijnen voor doelmatigheidsonderzoek?

9.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor deze richtlijn is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar doelmatigheidsonderzoeken op het gebied van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Er is in PubMed gezocht met de volgende zoektermen: 'personality disorder' en 'cost-effectiveness'. Vervolgens is aan de hand van de referentielijst gezocht naar literatuurverwijzingen die nog niet gevonden waren door middel van het gebruik van de zoektermen.

9.2 Kosteneffectiviteit van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Wetenschappelijke onderbouwing

In totaal zijn 13 relevante onderzoeken gevonden. Het merendeel van deze onderzoeken betreffen kostenanalyses, waarbij geen verband met de effectiviteit van de behandeling wordt gelegd. Wat deze onderzoeken wel duidelijk maken is dat er naast de directe behandelkosten ook besparingen elders in de zorg of daarbuiten optreden. Een kleiner aantal onderzoeken bevat wel gegevens over kosten én effecten. De meeste onderzoeken betreffen kostenstudies waarbij de belangrijkste schattingen zijn gebaseerd op het aantal verpleegdagen vermenigvuldigd met de kostprijs van een verpleegdag. Daarnaast werden onderzoeken gevonden waarbij die laatste vermenigvuldiging niet heeft plaatsgevonden en waarbij het aantal opnames dus de uitkomstmaat vormt (Linehan e.a., 1991, 1993; Tyrer e.a., 2000; Bateman & Fonagy, 1999). Over het algemeen geven deze onderzoeken aan dat psychotherapie het aantal

(her)opnames en verpleegdagen lijkt te beperken ten opzichte van de uitsluitend andere psychiatrische zorg ('Treatment-as-Usual').

Een voorbeeld van een kostenonderzoek waarin de verpleegdagen in kosten worden uitgedrukt is het onderzoek van Stevenson en Meares (1999). Deze onderzoekers laten zien dat de kosten voor ziekenhuisopnames bij 30 patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) aanzienlijk kunnen worden gereduceerd door ambulante psychotherapie gedurende 12 maanden. Wanneer de kosten van de behandeling zelf van de besparingen werden afgetrokken, leverde dit een nettoreductie in kosten op van \$8,431 (€6,274) per patiënt in het eerste jaar na de behandeling. Deze resultaten liggen in het verlengde van de bevindingen van Dolan e.a. (1996). Zij berekenden een afname in kosten van £12,658 (€18,810) per patiënt bij 24 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis nadat deze groep een specialistische, klinische behandeling voor ernstige persoonlijkheidsproblematiek hadden gekregen. Deze besparing was te danken aan een afname van de ambulante en klinische zorg en van de duur van detentie. De onderzoekers concluderen vervolgens dat de kosten van de eigenlijke behandeling (£25,641; €38,102) dus in 2 jaar terugverdiend zijn. Voor deze berekeningen is gebruikgemaakt van tarieven van verpleegdagen en gevangenisverblijf. Tarieven hoeven overigens niet gelijk te zijn aan de werkelijke kosten. Dolan e.a. (1996) gaan er bij hun berekeningen vanuit dat wanneer het herstel zich door zou zetten dit na 2 jaar nettobesparingen zou gaan opleveren.

In voornoemde onderzoeken zijn de productiviteitskosten buiten beschouwing gelaten. Een aantal kostenonderzoeken heeft echter aangetoond dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen niet alleen effect heeft op de directe medische kosten, maar ook op de productiviteitskosten te wijten aan patiënten die hun betaalde werk niet of verminderd efficiënt kunnen doen. In een effectiviteitsstudie vonden Stevenson en Meares (1992) dat het werkverzuim bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen onder invloed van psychotherapie terugliep van gemiddeld 4,7 maanden per jaar naar 1,4. Bij een follow-up na 5 jaar bleek dit verschil nog steeds aanwezig. Een vermindering van ziekteverzuim door psychotherapie werd ook gevonden in het onderzoek van Linehan in een populatie van BPS-patiënten (Linehan 1991,1993).

De hierboven besproken onderzoeken zijn allemaal onderzoeken waarbij alleen naar de kosten is gekeken. Er zijn ook onderzoeken bekend die zowel de kosten als de effecten hebben bestudeerd (Chiesa e.a., 2002 a en b). Zo bestudeerde Abbass (2002) de kosten en de effecten van intensieve kortdurende dynamische psychotherapie in een vrijgevestigde psychotherapiepraktijk. In deze praktijk werden voornamelijk patiënten met persoonlijkheidsstoornissen behandeld, maar ook patiënten met depressieve stoornissen, somatoforme stoornissen, paniekstoornissen en dysthyme stoornissen. De resultaten laten een afname van symptomen zien op vragenlijsten die onder meer angst en depressie en interpersoonlijk functioneren meten. Terwijl de nettobesparingen (na aftrek van de kosten van de eigenlijke behandeling) door het hervatten van werk, het stoppen van medicatie, en een afname van bezoeken aan artsen en het aantal opnamedagen opliepen tot totaal CAN \$402,523 (€279,841) voor de 89 patiënten in het onderzoek. Echter, omdat een onderscheid naar diagnose in dit artikel niet werd gemaakt, is de netto reductie per patiënt met een persoonlijkheidsstoornis niet bekend. Hoewel in bovenstaand onderzoek zowel de kosten als de effecten van de behandeling zijn gemeten, is geen expliciet verband gelegd tussen deze twee in de vorm van een kosteneffectiviteitsratio. Tevens is geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Daardoor wijkt dit onderzoek nog steeds op belangrijke punten af van wat onder een formeel kosteneffectiviteitsonderzoek wordt verstaan (Drummond e.a., 2005). Een onderzoek dat meer in de buurt komt van een formeel uitgevoerd kosteneffectiviteitsonderzoek is het recent gepubliceerde onderzoek van Beecham e.a. (2006). De kosten en effecten van 3 behandelingsmogelijkheden voor persoonlijkheidsstoornissen zijn in dit onderzoek vergeleken. Het zogenaamde 'One-stage'-programma is een 11-16 maanden durende behandeling in een klinische setting. Het 'Step-down'-programma betreft een klinische behandeling van 6 maanden gevolgd

door een 12-18 maanden durend ambulant vervolgprogramma. Deze interventies worden vergeleken met 'Treatment-as-Usual' (TAU); welke bestaat uit medicatie, ambulante zorg om de 2 tot 4 weken en een klinische opname indien noodzakelijk. De effecten zijn gemeten door veranderingen op de Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), Positive Symptom Total (PST) en de Global Assessment Scale (GAS). De directe medische kosten bevatten de kosten voor opnames, ambulante zorg en medicatie. Verandering in de indirecte kosten als gevolg van productiewinst (personen die weer betaald werk kunnen uitoefenen) bleken niet relevant. De kosten en effecten zijn bepaald over 3 perioden: 1 jaar voor de interventie, gedurende de interventie, en 1 jaar na de interventie. Beide specialistische programma's bleken meer effectief dan de TAU, maar ook duurder. Tussen de twee specialistische programma's werd geen significant verschil in kosten van de behandelingen gevonden. Wanneer gekeken werd naar de effecten, bleek het 'Step-down'-programma het meest effectief. De 'incrementele kosteneffectiviteitsratio' (het verschil aan kosten gedeeld door het verschil in effect) is in deze vergelijking simpel te interpreteren en wijst het 'Step-down'-programma aan als het meest doelmatig: een hogere effectiviteit en gelijke kosten. De kosteneffectiviteitsratio van het 'Step-down'-programma in vergelijking met de 'Treatment-as-Usual' was £3,405 (€5,060) per punt winst op de GAS (range 1-100), £30,304 (€45,032) per punt winst op de GSI (range 1-4) en £1,131 (€1,681) op de PST (range 0-90). Een nadeel van de berekende ratio's is dat ze specifiek zijn voor persoonlijkheidsstoornissen en daarom niet vergeleken kunnen worden met kosteneffectiviteitsratio's uit andere delen van de zorg. Daardoor blijft het moeilijk om een goede indruk te krijgen van de kosteneffectiviteit vanuit een maatschappelijk oogpunt. Een oplossing zou zijn de uitkomsten van de therapie uit te drukken in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren, zogenaamde QALY's. Wat betreft de Nederlandse situatie zijn er twee onderzoeken bekend naar de doelmatigheid van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen. Het eerste onderzoek van de Universiteit van Maastricht vergelijkt de kosteneffectiviteit van twee vormen van ambulante psychotherapie, 'Schema Focused Therapy' en 'Transference Focused Psychotherapy', in een groep van 86 patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Asselt e.a., aangeboden voor publicatie). De kosten zijn berekend vanuit een maatschappelijk perspectief en het interview omvatte dus onder meer vragen over werkstatus en -verzuim, ziektebelasting voor de familie, gebruik van medicijnen, alcohol- en druggebruik, en zorggebruik. De effectiviteit is uitgedrukt in de proportie herstelde patiënten volgens de Borderline Personality Disorder Severity Index-IV (BPDSI). Uitkomstmaten waren de kosten per herstelde patiënt volgens de BPDSI-IV en de kosten per QALY. De resultaten laten onder meer zien dat Schema Focused Therapy dominant is ten opzichte van Transference Focused Psychotherapy voor de kosten per herstelde patiënt: de maatschappelijke kosten zijn lager en de proportie herstelde patiënten groter. Voor de kosten per QALY ligt het anders: de QALY's voor de Schema Focused Therapy zijn iets lager dan die voor de Transference Focused Psychotherapy (vooral door de lagere EQ-5D-score voor Schema Focused Therapy in de eerste twee jaar van de behandeling), resulterend in een incrementele kosteneffectiviteitsratio van €90,457. Desalniettemin wordt Schema Focused Therapy in dit onderzoek aangewezen als de meest doelmatige behandeling voor borderline persoonlijkheidsstoornissen.

Dit onderzoek is een goed voorbeeld van een onderzoek dat is uitgevoerd volgens de huidige methodologische maatstaven zoals die gelden voor kosteneffectiviteitsonderzoek. De kosten worden berekend vanuit een maatschappelijk perspectief. Verder is dit onderzoek niet alleen gerandomiseerd, maar gebruikt het ook als een van de eerste in het veld het gehele formele kosteneffectiviteitsinstrumentarium, waaronder de EQ-5D. Bovendien worden de resultaten gepresenteerd in overzichtelijke 'cost-effectiveness acceptability curves'. De resultaten van dit onderzoek zullen binnenkort worden gepubliceerd.

Nog in aantocht zijn de resultaten van een omvangrijk tweede onderzoek, waarin de kosteneffectiviteit van verschillende behandelvormen en -settingen (ambulant, dagklinisch en klinisch) met elkaar worden vergeleken. Aan project SCEPTRE (Study on

the Cost-Effectiveness of Personality disorder TRTreatment) werken naast de initiator Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren, nog vijf andere gespecialiseerde instellingen mee verspreid door heel Nederland: Altrecht te Utrecht; Zaans Medisch Centrum te Zaandam; De Gelderse Roos te Lunteren; GGZWNB te Bergen op Zoom en Mentrum te Amsterdam. De eerste resultaten op het gebied van de kosteneffectiviteit worden in 2008 verwacht.

Er kan waargenomen worden dat het aantal economische evaluaties bij persoonlijkheidsstoornissen de laatste jaren aan het toenemen is. De meerderheid van de onderzoeken wijst erop dat psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen waarschijnlijk doelmatig is.

Conclusies

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen leidt tot besparingen door een afname van verpleegdagen en werkverzuim. Vaak zijn de besparingen die optreden door de behandeling groter dan de kosten van de behandeling zelf.</p> <p>A2 <i>Bateman & Fonagy, 1999, 2003; Linehan e.a.1991, 1993</i> A2 <i>Tyrer e.a., 2000</i> C <i>Abbass e.a., 2002; Hall e.a., 2001; Stevenson & Meares, 1999</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat psychotherapie kosteneffectief is bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.</p> <p>B <i>Beecham e.a. 2006</i> D <i>Lazar & Gabbard, 1997</i></p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat 6 maanden klinische psychotherapie gevolgd door ambulante psychotherapie (step-down) kosteneffectiever is dan 12 maanden klinische psychotherapie bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>B <i>Chiesa e.a., 2002; Beecham e.a. 2006</i></p>

Overige overwegingen

Het literatuuronderzoek naar onderzoeken over economische evaluaties van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen leverde voor het merendeel kostenonderzoeken en een enkel doelmatigheidsonderzoek op. De aanwezige kostenonderzoeken betreffen meestal een vergelijking van de kosten van behandelingen waarbij de analyse beperkt is tot de kosten van opnames. De vertekening die hierdoor ontstaat is vermoedelijk niet zo heel groot, omdat de kosten voor opnames meestal verantwoordelijk zijn voor het leeuwendeel van de kosten. Een volledig beeld wordt verkregen in onderzoeken die tevens kosten en besparingen meenemen die elders in de zorg of buiten de zorg optreden. De onderzoeken waarin zowel de kosten als de effecten worden gemeten wijzen in de richting dat psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen een doelmatige interventie is. Een kanttekening hierbij is dat de gevonden onderzoeken gebaseerd zijn op relatief kleine steekproeven, beperkt zijn in aantal en over het algemeen niet uitgevoerd zijn volgens de huidige methodologische maatstaven zoals die gelden voor kosteneffectiviteitsonderzoek. Het ontbreken van deze formele methodologie, en dan met name het gebruik van klinische uitkomstmaten in plaats van algemene uitkomstmaten, is vooral storend bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Het strekt daarom tot aanbeveling om naast de klinische uitkomstmaten een instrument voor het bepalen van de algemene kwaliteit van leven op te nemen, zoals de EuroQol EQ-5D (Brooks e.a., 2003).

Aanbeveling

De werkgroep is van mening dat in Nederland kwalitatief goed, empirisch kosteneffectiviteitsonderzoek opgezet zou moeten worden waarbij twee of meerdere behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen met elkaar worden vergeleken.

Literatuur

- Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 225-232.
- Asselt, A.D.I. van, Arntz, A., Dirksen, C.D., e.a. (aangeboden). Outpatient treatment of borderline personality disorder: cognitive behavioural therapy versus analytical psychotherapy. A multicenter trial. Final report grant: OG97-002.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.
- Beecham, J., Slead, M., Knapp, M., e.a. (2006). The costs and effectiveness of two psychosocial treatment programmes for personality disorder: A controlled study. *European Psychiatry*, 21, 102-109.
- Brooks, R., Rabin, R., de Charro, F. (Red.). (2003). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Chiesa, M., Bateman, A., Wilberg, T., e.a. (2002a). Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of hospital-based treatment for patients with personality disorder: A comparison of three different programmes. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 381-392.
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., e.a. (2002b). Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: A comparative study. *Journal of Personality Disorders*, 16, 160-173.
- Dolan, B.M., Warren, F.M., Menzies, D., e.a. (1996). Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorders. *Psychiatric Bulletin*, 20, 413-417.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., & Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Hall, J., Caleo, S., Stevenson, J., e.a. (2001). An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4, 3-8.
- Lazar, S.G., & Gabbard, G.O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 307-314.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 473-477.

Tyrer, P., Manley, C., van Horn, E., e.a. (2000). Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: A randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 15, 7-10.

CONCEPT

Hoofdstuk 10 Organisatie van zorg

Uitgangsvragen

- Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat zijn de aandachtspunten voor de implementatie van deze richtlijn?

10.1 Keuze en verantwoording literatuur

Voor dit hoofdstuk is geen systematische literatuuronderzoek verricht. De belangrijkste reden hiervoor is dat er weinig empirisch onderzoek over het onderwerp gedaan is. Het hoofdstuk is tot stand gekomen op basis van consensusvorming in de werkgroep, aangevuld met enkele relevante literatuurreferenties.

10.2 Echelonnering

Bij de implementatie van deze richtlijn is het van groot belang om de taken, verantwoordelijkheden en uitdagingen voor de respectievelijke echelons van de gezondheidszorg goed te onderscheiden. Wie moet wat doen en wanneer? Echelonnering van de gezondheidszorg betekent de introductie van een trapsgewijze toegang tot gezondheidszorg. Echelonnering betekent dat de gezondheidszorg zo georganiseerd wordt dat aan de volgende drie principes wordt voldaan:

- **Structuur:** In het zorgaanbod wordt onderscheid gemaakt tussen een polyvalent niveau of eerste lijn, die ondersteund wordt door een gespecialiseerd niveau of tweede lijn en deze op haar beurt door een supergespecialiseerd niveau of derde lijn.
- **Specificiteit:** Aan elk van de lijnen worden taken inzake zorgverlening toegewezen. De taken worden duidelijk omschreven in functie van complementariteit (huisarts-specialist) en subsidiariteit (dienst op meest aangewezen niveau), zowel binnen als tussen de lijnen, en in functie van de voor elke taak vereiste graad van deskundigheid, van kwaliteit, van integratie van zorg en van toegankelijkheid voor en participatie van de gebruiker.
- **Functionaliteit:** Het geheel van regelingen van de toegang tot, en het verstrekken van zorg moet het functioneel gebruik van de verschillende voorzieningen ondersteunen, zowel op het niveau van de gebruiker als op het niveau van de zorgverstrekkers en van de diensten.

De focus in dit hoofdstuk ligt op de 1e, 2e en 3e lijn van de gezondheidszorg. De 0e lijn, preventie, valt buiten het bestek van deze richtlijn. Preventie van persoonlijkheidsstoornissen wordt echter in de toekomst mogelijk een belangrijk onderwerp. Een toenemend aantal onderzoeken laat positieve langetermijneffecten zien van diverse preventieve interventies, zowel gericht op de populatie (primaire preventie), op risicogroepen (secundaire preventie), als op groepen waarin de problematiek zich reeds heeft gemanifesteerd (tertiaire preventie). In een recent onderzoek is voor het eerst aangetoond dat een preventieprogramma gunstige effecten heeft op de persoonlijkheidsontwikkeling (Raine e.a., 2003). Een groep kinderen nam van hun 3e tot 5e levensjaar deel aan een stimuleringsprogramma met nadruk op betere scholing, voeding en lichaamsbeweging. In vergelijking tot niet-deelnemers, die waren gematcht op tal van relevante variabelen, vertoonde de experimentele groep significant minder schizotypische kenmerken en antisociaal gedrag op 18-jarige leeftijd en minder crimineel gedrag op 23-jarige leeftijd. Verder is er in toenemende mate evidentie voor de preventieve werking van systeemtherapeutische programma's voor jeugdigen met antisociale gedragsproblemen, zoals multisysteemtherapie en functionele gezinstherapie.

Vermoedelijk geldt voor vele persoonlijkheidsstoornissen: hoe eerder een interventie, hoe gunstiger de prognose.

Een bruikbaar model voor de echelonnering in de zorg is het filtermodel van Goldberg en Huxley (1980). In dit model worden de verschillende niveaus van zorg, van een lichte vorm van hulpverlening tot intensieve hulpverlening, inzichtelijk. Het model laat zien welke filters gepasseerd worden alvorens mensen met psychische klachten bij de verschillende echelons in behandeling komen (zie figuur 4).

Figuur 4 Filtermodel van Goldberg & Huxley (1980)

NIVEAU 1: PSYCHISCHE PROBLEMATIEK IN DE BEVOLKING

Filter 1: consult bij de eerstelijns hulpverlener (huisarts, ELP*, AMW**)

NIVEAU 2: PSYCHISCHE KLACHTEN IN DE 1ste LIJN: ZORGVRAAG

Filter 2: (h)erkenning door de eerstelijns hulpverlener (huisarts, ELP, AMW)

NIVEAU 3: DIAGNOSE DOOR DE EERSTELIJNSHULPVERLENER

Filter 3: Verwijzing door 1ste lijn & beschikbaarheid/toegankelijkheid ggz

NIVEAU 4: AMBULANTE GGZ: ZORGGEBRUIK

Filter 4: beslissing tot opname in intramurale ggz

NIVEAU 5: INTRAMURALE ggz: ZORGGEBRUIK

*ELP = Eerstelijnspsycholoog

**AMW = Algemeen Maatschappelijk Werk

10.3 Zorggebruik bij persoonlijkheidsstoornissen

Er is weinig bekend over het zorggebruik bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen, met uitzondering van onderzoeken die laten zien dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis veel psychotherapie, medicatie, huisartsenzorg en andere vormen van zorg consumeren (o.a. Bender e.a., 2001). Slechts een klein deel van de mensen die op enig moment een psychiatrische stoornis hebben, zoekt daadwerkelijk hulp. Uit een onderzoek van de World Health Organization in 4 landen, waaronder Nederland, blijkt dat tussen de 22% (Canada) en de 32% (Nederland) van de personen die een psychische stoornis hebben (jaarprevalentie) daadwerkelijk een behandeling ontving (World Health Organization, 2000).

Er is de werkgroep slechts één onderzoek bekend dat inzicht geeft in de mate waarin mensen met persoonlijkheidsstoornissen behandeling zoeken en krijgen voor hun persoonlijkheidsstoornis (Andrews e.a., 2001). Uit dit Australische onderzoek bleek dat van alle mensen met persoonlijkheidsstoornissen circa 15% hulp zocht voor persoonlijkheidsproblemen. Daarvan had minder dan de helft de huisarts bezocht. De meerderheid van degenen die hulp zochten kreeg vervolgens medicatie, begeleiding of psycho-educatie. Slechts 16% van degenen die hulp zochten ontving uiteindelijk een *evidence-based* behandeling (psychotherapie). Op basis van deze bevindingen kan voorzichtig worden geconcludeerd dat, althans in Australië, uiteindelijk slechts een gering

percentage van de mensen met persoonlijkheidsstoornissen een evidence-based behandeling (psychotherapie) ontvangt. Het is de vraag of het percentage in westerse landen hoger ligt.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen kloppen zelden bij de hulpverlening aan met klachten over hun persoonlijkheid. Aoun e.a. (2004) voerden als mogelijke verklaring aan dat veel mensen met een psychische stoornis geen hulp nodig zouden hebben omdat zij goed genoeg functioneren. Verder constateerden zij dat het aanmerken van de eigen toestand als problematisch waarschijnlijk ingewikkelder is bij een psychische stoornis dan bij een lichamelijke aandoening. Ook kent de traditionele cultuur (in dit geval de Australische) een grote diversiteit aan beschikbare en aanvaardbare maatregelen om iets aan de situatie te doen, bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, informele steunsystemen en andere idiosyncratische manieren om de situatie het hoofd te bieden. Daarnaast zou de angst voor stigmatisering het zoeken van hulp kunnen afremmen.

Meadows e.a. (2000) noemen als barrières bij het zoeken van psychotherapeutische hulp in Australië: voorkeur om het zelf op te lossen (12%); financiële barrière (10%); ontoegankelijkheid van de zorg (9%); angst voor stigmatisering (5%); onwetendheid (3%); reeds andere hulp verkregen (3%); en afwijzing (1%). De onderzoeken van Aoun e.a. en Meadows e.a. maken duidelijk dat persoonlijke overwegingen en de (perceptie van de) beschikbaarheid van zorg het daadwerkelijke zoeken ervan kunnen beïnvloeden. Daarnaast suggereert de door Meadows e.a. genoemde financiële barrière het bestaan van een klassenverschil ten aanzien van de bereikbaarheid van zorg.

Het is vooralsnog niet duidelijk hoe de situatie in Nederland is en aan welke van de volgende factoren de drempel voor het zoeken van hulp vooral moet worden toegeschreven:

- Ziektespecifieke kenmerken: door het soms egosyntonie karakter van de pathologie ervaren veel mensen uit deze groep hun persoonlijkheid niet als afwijkend of problematisch.
- Schaamte/stigma: als gevolg van schaamte of stigmatisering kunnen mensen met persoonlijkheidsstoornissen een voorkeur hebben om hun problemen zelf op te lossen in plaats van hulp te vragen.
- Kennisachterstand in de zorg: vooral in de 1^{ste} maar tot op zekere hoogte ook in de 2^{de} lijn worden persoonlijkheidsstoornissen dikwijls niet of te laat herkend. Hulpverleners ervaren ook moeite om persoonlijkheidsstoornissen bespreekbaar te maken en patiënten met deze problematiek te motiveren voor een doorverwijzing.
- Klinisch pessimisme: door het onterechte geloof in de onveranderbaarheid dan wel ongunstige prognose van persoonlijkheidsstoornissen over het beloop van persoonlijkheidsstoornissen) in zowel de 1^{ste} als 2^{de} lijn bestaat (grote) terughoudendheid om de diagnose persoonlijkheidsstoornis te stellen. Het pessimisme onder behandelaars wordt overgedragen op patiënten: zij gaan op hun beurt ook geloven dat ze lijden aan een ongeneeslijke ziekte.

Aanbeveling

De werkgroep beveelt aan om in de gezondheidszorg, ook in de eerste lijn, in geval van psychische, somatische en psychosomatische klachten te onderzoeken of naast de aanmeldingsklachten ook sprake is van persoonlijkheidsproblemen en, indien dit het geval is, behandeling of doorverwijzing te overwegen.

10.4 De eerste lijn

De eerste lijn bestaat uit de huisarts, de eerstelijnspsycholoog (ELP) en het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

Persoonlijkheidsstoornissen komen in de eerstelijnsgezondheidszorg frequent voor. Uit bevolkingsonderzoek blijkt minimaal 10% van de bevolking aan de criteria van één of meer persoonlijkheidsstoornissen te voldoen. Bij de patiëntenpopulatie in de eerste lijn ligt dit percentage naar alle waarschijnlijkheid (aanmerkelijk) hoger omdat mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, een ontwijkende, afhankelijke of obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis een sterk beroep doen op de gezondheidszorg, doorgaans vanwege As-I-klachten zoals depressies, angststoornissen of somatoforme stoornissen

De problematiek van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen komt onder meer tot uiting in de verstoorde en ingewikkelde relaties die deze patiënten met anderen, dus ook met hulpverleners, hebben. De patiënt die de huisarts consulteert met een klacht of vraag kan allerlei onuitgesproken verwachtingen en wensen koesteren, die, indien niet opgemerkt, aanleiding kunnen zijn tot een onproductieve relatie. Een valkuil voor de huisarts, en voor de andere hulpverleners in de eerste lijn, is uitsluitend op de inhoud van de klacht of vraag in te gaan (Jacobs & Essers, 2001).

Huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners ervaren dikwijls problemen in de relatie met deze patiënten. Dan gaat het bijvoorbeeld om gedrag wat door de huisarts als claimend, teatraal of dwingend wordt ervaren. Vaak melden deze patiënten zich met gedragsproblemen en klachten die steeds terugkeren zonder dat er verbetering optreedt. Huisartsen erkennen dat hun eigen persoonlijkheid een rol kan spelen in deze 'moeilijke' contacten. Ook hun leeftijd en ervaring spelen een rol. Huisartsen vinden wel dat zij ook de huisarts zijn voor de groep moeilijke patiënten (Steinmetz & Tabenkin, 2001).

Vanwege de problematische omgang met zichzelf en hun omgeving – vaak zonder dat zij zich daarvan bewust zijn – is de bejegening van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een punt van aandacht voor de eerstelijns hulpverleners (Ward, 2004).

In de eerste lijn moeten hulpverleners in staat zijn op een productieve manier om te gaan met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, hetzij om andere somatische, psychische of sociale problemen te behandelen of helpen op te lossen, hetzij om hen te motiveren voor en te verwijzen naar specialistische zorginstellingen. Zie Tabel 16 voor enkele algemene vuistregels ten aanzien van hulpverleners beter wel en beter niet kunnen doen in het contact met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Verheul, 2003).

Tabel 16 Enkele algemene vuistregels voor de communicatie en omgang met mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Do's	Don'ts
<p>Bevorder een goede en vooral stabiele werkrelatie, o.m.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wees hoffelijk, vriendelijk, begripvol • neem een consequente grondhouding aan • blijf zelfverzekerd en gebruik humor • creëer een veilige sfeer • verstrek op zeer zorgvuldige wijze uitgebreide en feitelijke informatie • accepteer de opstelling van de patiënt maar ga ertegen in indien te sterk aanwezig • onderken eigen weerstanden • wees bereid hand in eigen boezem te steken (zonder uw waardigheid 	<p>Bevorder een goede en vooral stabiele werkrelatie, o.m.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • laat uw irritatie en ongeduld zo min mogelijk merken • voorkom een dominante houding, maar bewaar uw professionaliteit • verlies uzelf niet in overmatige betrokkenheid • laat u niet verleiden de verantwoordelijkheid voor problemen over te nemen van de patiënt • laat u niet in een defensieve positie manoeuvreren • bewaar uw (professionele) distantie

<p>te verliezen)</p> <p>Maak gebruik van de volgende interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • positieve feedback • stimuleren tot actief, productief en competent gedrag • structureren • denkbeelden laten toetsen aan de realiteit • realistische doelstellingen en grenzen bevorderen <p>Vraag waar nodig een 'second opinion' aan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ga nooit en te nimmer de strijd aan <p>Denk bij uw interventies aan het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vermijd waar mogelijk confrontaties • blijf in het heden en bedek huidige problemen niet met problemen uit de vroege jeugd • ga niet mee in grenzeloos optimisme of pessimisme
--	--

10.4.1 De rol van de huisarts

Algemeen

De huisarts is de poortwachter van de specialistische gezondheidszorg. De door hem geboden hulp is:

- generalistisch: voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen
- toegankelijk: op korte afstand, laagdrempelig, 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar
- persoonsgericht: gericht op het individu en zijn omgeving
- continu: gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2002).

Huisartsen verwijzen patiënten in 4% van alle contacten door naar andere hulpverleners en vervullen daarmee een poortwachterrol in het zorgsysteem (Cardol e.a., 2004). Hierbij heeft de huisartsenzorg ook de functie van gids in de gezondheidszorg (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2002). Ze helpen patiënten vaak op weg in de overige (eerstelijns)zorgverlening. Gemiddeld verwijzen huisartsen 9 keer per 1.000 ingeschreven patiënten naar een Riagg, ELP of psychiater. Als we het AMW en de psycholoog meetellen, komt het verwijzingspercentage op 13%. Depressie (depressieve gevoelens) en angst (angstige gevoelens) staan in de top 5 van meest voorkomende verwijsdiagnoses/redenen van verwijzing. Een persoonlijkheidsstoornis is slechts zelden een verwijsdiagnose.

In het diagnostisch proces betreft de huisarts somatische, psychologische en psychiatrische aspecten en omgevingsfactoren. Afhankelijk van de hulpvraag en de diagnose is er een aantal mogelijkheden:

- de patiënt kan op eigen kracht verder
- de huisarts stelt een behandeling in en begeleidt de patiënt
- de patiënt wordt verwezen naar AMW of de ELP
- de huisarts consulteert de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) of psycholoog van een consultatieproject
- de huisarts verwijst de patiënt naar de gespecialiseerde ggz

Overigens speelt de huisarts ook een belangrijke rol bij de zorg voor patiënten met chronische psychiatrische problematiek. Net als in de somatische gezondheidszorg, vragen chronische psychiatrische patiënten om multidisciplinaire, transmurale begeleiding op basis van afspraken tussen de eerstelijns-ggz en de gespecialiseerde ggz. De huisarts heeft meestal een langdurige relatie met de patiënt, is dossierhouder en verzorgt en bewaakt de (herhaal)medicatie. (Werkgroep eerstelijns GGZ, 2000).

Specifiek

Wat betreft patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bestaat de rol van de huisarts uit:

- Het behandelen van somatische stoornissen en As-I-stoornissen
- Signaleren en herkennen van de persoonlijkheidsproblematiek
- Motiveren van patiënten tot behandeling
- Doorverwijzen naar een ELP of de 2e lijn
- Intervenieren bij crisissituaties; de-escaleren bij dreigende crisis
- Psycho-educatie aan patiënt en/of familieleden
- Aandacht en steun bieden aan familieleden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

Ten behoeve van de herkenning van persoonlijkheidsstoornissen worden in Tabel 17 kenmerken opgesomd op basis waarvan een huisarts een persoonlijkheidsstoornis kan overwegen. Deze kenmerken kunnen huisartsen benoemen om patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zich bewust te laten worden van de patronen in hun problematiek, en om te komen tot een gedeelde probleemdefiniëring om hen vervolgens te informeren over eerstelijnsbehandelmogelijkheden en specialistische behandelmogelijkheden.

Ten slotte, om patiënten met comorbiditeit te behandelen voor As-I- en As-III-stoornissen, is een adequate bejegening met het oog op een productieve arts-patiëntrelatie van groot belang.

Tabel 17

Kenmerken die wijzen op de mogelijkheid van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis: een handleiding voor de eerste lijn

In de eerste lijn kan men tot een vermoeden van een As-II-diagnose komen op basis van de volgende 'signalen':

- een jeugd met (tal van) traumatische en/of negatieve emotionele ervaringen zoals fysiek geweld, seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing, vroege separatie van de ouders, ruzie en geweld tussen ouders, psychopathologie bij de ouders, en pesten door leeftijdgenoten
- een verleden met veel perioden waarin telkens verschillende psychische en/of psychosomatische klachten werden gerapporteerd
- functionele beperkingen op het gebied van sociale relaties, partnerrelaties en vrijetijdsbesteding.
- een werkgeschiedenis met frequente onderbrekingen, onlogische stappen, en een groot aantal kortdurende en/of wisselende banen;
- recente signalen vanaf de werkvloer zoals terugkerende of langdurige functioneringsproblemen, verzuim, conflicten
- onvoldoende resultaat van verschillende (kortdurende) protocollaire behandelingen van psychische klachten
- problemen in de werkrelatie met een patiënt
- onbetrouwbaarheid bij het nakomen van afspraken en/of het volgen van medische instructies
- een rigide opstelling en/of zienswijze

- het ontbreken van zelfvertrouwen of juist een opgeblazen zelfbeeld
- patiënt is moeilijk invoelbaar tijdens gesprekscontacten
- verhalen van patiënt over anderen getuigen van weinig realistisch inschattingsvermogen

Aanbevelingen

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Het is aan te bevelen dat huisartsen beschikken over de kennis om persoonlijkheidsstoornissen te herkennen en de vaardigheden om de problematiek te bespreken met als doel patiënten te informeren en te motiveren voor effectieve behandeling.

De werkgroep beveelt aan dat huisartsen op de hoogte zijn van de therapeutische mogelijkheden van de eerstelijnspsycholoog en de gespecialiseerde ggz.

10.4.2 De rol van de eerstelijnspsycholoog

Algemeen

Eerstelijnspsychologen (ELP) hebben zich vanaf de jaren zeventig (Derksen, 1982) in toenemende mate gevestigd in de omgeving van de huisarts voor de behandeling van psychische klachten in de eerste lijn. De aard van de hulpverlening wordt vooral gekenmerkt door een korte behandelduur, generalistische werkwijze, klachtgerichte aanpak, lage drempel en nauwe samenwerking met de huisarts en het AMW. De ELP is een BIG-geregistreerde gz-psycholoog met daar bovenop een eerstelijnskwalificatie NIP en is voor elke burger rechtstreeks toegankelijk. Met ingang van 2007 komt eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de zorgverzekering. Het merendeel van de klachten die de ELP behandelt zijn lichte tot matig ernstige stemmings-, angst- en aanpassingsstoornissen (Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen, 2006). Volgens het jaarverslag van de LVE over 2005 is er bij 9% van de patiënten sprake van een persoonlijkheidsstoornis en bij 18% van een uitgestelde diagnose op As-II. Onderzoekscijfers van het Trimbos-instituut laten zien dat ongeveer 55% van de patiënten een stemmings-, angst- en/of aanpassingsstoornis had en ruim 12% een persoonlijkheidsstoornis (Wentink e.a., 2002). Van de laatste groep ontving twee derde een cluster-C-diagnose. Uit gegevens van Groen (2000) blijkt bij 15% van de patiënten sprake van een persoonlijkheidsstoornis, van wie het merendeel een cluster-C-diagnose toebedeeld kreeg. Twintig procent kreeg een uitgestelde diagnose op As-II; dit is vanwege de ontbrekende specialistische kennis en mogelijkheden in de eerste lijn niet verwonderlijk.

Samenvattend geldt dat 10-15% van de patiënten van de ELP een persoonlijkheidsstoornis heeft; bij nog eens 15-20% wordt de diagnose uitgesteld. Dus bij een op 5 à 3 patiënten van de ELP bestaat ten minste het vermoeden op een persoonlijkheidsstoornis. Voor de meeste van deze patiënten geldt dat hun aanmeldingsklacht (ofwel de zorgvraag) geen betrekking heeft op de persoonlijkheidsstoornis, uitgezonderd sommige patiënten uit het cluster C. De meeste patiënten met persoonlijkheidsstoornissen worden begeleid of behandeld vanwege As-I-stoornissen of As-IV-problematiek.

Specifiek

Op het moment van aanmelding, al dan niet op verwijzing van de huisarts, wordt de zorgvraag van de patiënt onderzocht volgens de richtlijn intake en indicatiestelling van de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE). In de diagnostiek, indicatiestelling en het vervolg van behandeling wordt meegewogen of er sprake is (of zou kunnen zijn) van een persoonlijkheidsstoornis. Hierbij zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- is er sprake van een heraanmelding bij de ELP met eenzelfde type zorgvraag?
- heeft de patiënt een hulpverleningsgeschiedenis in de ggz?
- informatie uit de (hetero)anamnese en van eerstelijns hulpverleners
- resultaten van zelfrapportagelijsten
- kwaliteit van het sociale netwerk en de interpersoonlijke vaardigheden

Wanneer uit de intake en indicatiestelling blijkt dat er mogelijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis zijn er verschillende opties, afhankelijk van de mate waarin de patiënt en ELP het met elkaar eens zijn over de mogelijke diagnose van een persoonlijkheidsstoornis en de behandeling. Wanneer er sprake is van een gedeelde probleemdefiniëring, en patiënt en behandelaar zijn het eens over de wenselijkheid van een specialistische behandeling, wordt zorg gedragen voor een doorverwijzing naar de 2e of 3e lijn. De ELP kan zich bedienen van motiverende gesprekstechnieken om een gedeelde probleemdefiniëring te bereiken. Wanneer er geen gedeelde probleemdefiniëring is en de patiënt staat niet open voor een gesprek over de mogelijkheid van een doorverwijzing, onderzoekt de behandelaar in hoeverre hij de zorgvraag van de patiënt kan beantwoorden. Het gaat dan doorgaans om bijkomende As-I-stoornissen of As-IV-problematiek. De behandeling kan dan variëren van educatief, adviserend, steunend, structurerend, cognitief-gedragsmatig of systemisch, afgestemd op de zorgvraag en de mogelijkheden van de patiënt.

De ELP levert een bijdrage om de motivatie van een patiënt voor een specialistische behandeling positief te beïnvloeden. Dit vereist een grote mate van zorgvuldigheid om de behandelrelatie niet te belasten, en de patiënt met zijn zorgvraag adequaat van dienst te zijn. Zowel Ward (2004) als het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (2005) hebben omgangsadviezen opgesteld, die per cluster verschillend zijn. Zie tabellen 18, 19 en 20 voor de omgangsadviezen voor cluster A, B en C. Het voordeel hiervan is dat hulpverleners (in de eerste lijn) zich meer bewust worden van het belang van een adequate bejegening en kunnen bijdragen aan het voorkomen van vroegtijdige uitval of frustratie bij de patiënt óf bij henzelf.

Tabel 18 Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn

Cluster A (vreemd in het contact, excentriek):

- De patiënt consulteert de ELP wanneer situatieve stress toeneemt, als gevolg van bijvoorbeeld ziekte, relatieproblemen, ontslag, problemen met uitkerende instantie, problemen met de werkgever. Vaak is er sprake van As-I-problemen (angst, depressie) of lichtere As-IV-problematiek. Deze patiënten hebben in de regel geen lijdensdruk voor de behandeling van de As-II-stoornis. Taak van de ELP is de As-I- en As-IV-problemen te behandelen, met aandacht voor het systeem.
- Patiënten uit het cluster A voelen zich ongemakkelijk in het contact met de behandelaar, vertonen teruggetrokken gedrag en zijn soms achterdochtig over de motieven van de ander. Van belang is dat de behandelaar niet te zeer aandringt op sociaal contact, de teruggetrokkenheid accepteert, en de achterdocht niet persoonlijk opvat. Een respectvolle, zakelijke houding met voldoende afstand, en helderheid en transparantie over behandelgoal en de werkwijze zijn belangrijk.
- In de behandeling is vaak geen aandacht voor het bereiken van een gedeelde probleemdefiniëring, omdat een doorverwijzing naar de specialistische ggz niet

aan de orde is vanwege het ontbreken van de juiste lijdensdruk.

Tabel 19 Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn

Cluster B (grensverleggend in het contact, dramatisch, emotioneel, impulsief):

- De patiënt consulteert de ELP wanneer de situatieve stress toeneemt; soms wordt hij door het systeem gestuurd. Men doet een expliciet beroep op de behandelaar om aan de zorgvraag (As-I- en/of As-IV-problematiek) tegemoet te komen, en niet zelden tracht men de grenzen van de behandelaar te verleggen. Omdat deze patiënten ook een kwetsbaar gevoel van eigenwaarde hebben, is de bejegening van het grootste belang.
- In de begeleiding of behandeling is het van belang dat de behandelaar duidelijk en consequent is in het stellen en bewaken van de grenzen. Positief gedrag dient bekrachtigd te worden en er dient zorgvuldig om te worden gegaan met het geven van kritiek, zodat krenkingen beperkt worden. Er dient niet zozeer meegegaan te worden met de emoties, maar wel empathisch en steunend gereageerd te worden in het kader van structuur bieden en toewerken naar een oplossing van de klacht. Zo nodig kan hierbij het systeem uitgenodigd worden om het behandeldoel te realiseren. Wanneer meerdere behandelaars bij de patiënt betrokken zijn is het verstandig om op één lijn te gaan zitten en uitspeelgedrag te voorkomen.
- Onderdeel van de klachtgerichte behandeling van patiënten uit cluster B kan zijn dat met de patiënt een gedeelde probleemdefiniëring bereikt wordt over de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Dat kan dan resulteren in een doorverwijzing naar de tweede- of derdelijns-ggz.

Tabel 20 Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn

Cluster C (angstig, afhankelijk en vermijdt in het contact):

- De patiënt consulteert de ELP bij toenemende lijdensdruk over de gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis, vaak in interactie met situatieve stress (As-IV-problematiek). In het contact is de lijdensdruk goed voelbaar, evenals het appèl op de behandelaar om er iets aan te doen. De patiënten hebben vaak last van een gering gevoel van eigenwaarde.
- In de begeleiding of behandeling is het belangrijk dat de behandelaar niet de regie overneemt, geen reddende engel is, en de patiënt niet overstelpt met adviezen en zekerheden. Het is belangrijk om in te zetten op een haalbaar doel, dat in kleine stappen gehaald kan worden, waardoor het zelfvertrouwen van de patiënt toeneemt. Een empathische en steunende houding in het kader van haalbare doelen is verstandig, waarbij de lijdensdruk vanwege de vermindering en afhankelijkheid mag toenemen. Hierdoor wordt de patiënt zich meer bewust van zijn beperkingen en kan motivatie ontstaan voor een specialistische behandeling.
- Onderdeel van een klachtgerichte behandeling van patiënten uit cluster C kan zijn dat met de patiënt een gedeelde probleemdefiniëring bereikt wordt over de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Dat kan dan resulteren in een doorverwijzing naar de tweede- of derdelijns-ggz.

Zoals uit het bovenstaande duidelijk wordt, behandelt de ELP primair de zorgvraag van de patiënt. Daarnaast zoekt de ELP naar mogelijkheden om met patiënten uit cluster B

en C te zoeken naar een gedeelde probleemdefiniëring. Dit wil zeggen dat gewerkt wordt aan de motivering van de patiënt voor een specialistische behandeling in de 2e of 3e lijn. Wanneer een doorverwijzing tot de mogelijkheden behoort, draagt de ELP zorg voor de overbrugging. Aspecten van de patiënt(situatie) die hierbij faciliterend werken zijn:

- de patiënt heeft toegenomen last van de gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis, zoals sociale problemen, druk van instanties, het gezinssysteem
- de patiënt staat redelijk positief tegenover eerdere hulpverlening voor dezelfde problematiek
- de patiënt zit in een overgangsfase of ervaart levensfaseproblematiek, zoals een scheiding, toegenomen bezorgdheid om de kinderen, het verlies van gezondheid, het verlies van baan, en is daarom gemotiveerd voor een langerdurende behandeling
- de behandeling in de eerste lijn werpt onvoldoende vruchten af, de klachten persisteren, ondanks de inzet van de patiënt

Daarnaast werkt faciliterend dat de ELP beschikt over uitgebreide kennis van de sociale kaart wat betreft de behandelingen van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

Aanbeveling

De eerstelijnspsycholoog krijgt veel te maken met persoonlijkheidsstoornissen. Bij circa 1 op de 3 patiënten in de praktijk van de eerstelijnspsycholoog bestaat het vermoeden op een persoonlijkheidsstoornis. Bij overeenstemming tussen patiënt en behandelaar over probleemdefiniëring en wenselijkheid van specialistische behandeling, wordt zorggedragen voor een doorverwijzing naar de 2e of 3e lijn. Motiverende gesprekstechnieken zijn in dat kader erg belangrijk. In andere gevallen onderzoekt de behandelaar wat hij kan betekenen voor de zorgvraag van de patiënt: deze vraag betreft meestal bijkomende As-I-stoornissen of As-IV-problematiek. Het verdient aanbeveling hierbij voldoende aandacht te hebben voor bejegeningaspecten.

10.4.3 De rol van het algemeen maatschappelijk werk

Algemeen

Partners in de eerstelijns-ggz zijn de huisarts, de eerstelijnspsycholoog en het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Het AMW is een laagdrempelige voorziening waar mensen zonder verwijzing en zonder kosten terecht kunnen. Voor de problemen van patiënten en voor daaraan gekoppelde keuze van interventies mag de organisatorische setting geen rol spelen. In de praktijk, waar het gaat over een samenspel tussen de verschillende disciplines, speelt het wel degelijk een rol.

Bij de interventies van maatschappelijk werkers in een eerstelijnssetting gaat het niet zozeer om de inhoud van de interventies, maar meer om de plaats in het geheel. In de eerste lijn staan de interventies 'op zichzelf' en wordt er gecombineerd al naar gelang waar in de situatie van de patiënt op dat moment behoefte aan is. Door de sterke samenhang met de dagelijkse leefsituatie en de 'fine-tuning' die op elk moment tijdens de hulpverlening plaatsvindt, wordt vooraf niet zo sterk bepaald hoe de hulp gaat verlopen, gaande de rit ontvouwt zich de hulpverleningsaanpak. Deze direct bij de behoefte aansluitende aanpak is de kracht en tevens de zwakte van maatschappelijk werk in de eerste lijn. Zeker gezien de huidige ontwikkelingen waarbij afstemmen en samenwerken met andere disciplines, de zogenoemde 'ketenbenadering' het credo van de overheid is. De ontwikkelingen rondom de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij chronische psychiatrische patiënten zoveel mogelijk weer onderdeel uitmaken van de samenleving, zullen het belang van een goede samenwerking en afstemming alleen maar versterken.

Hierbij geldt dat de ene hulpverlener, ongeacht welke discipline, een gemakkelijker ingang heeft bij de patiënt dan de andere. Flexibiliteit, creativiteit en pragmatisme zijn belangrijke aspecten.

Specifiek

Veel van de patiënten van het AMW, ongeveer de helft, komen daar via de huisarts. Vaak kampen zij met een combinatie van praktische en psychische of sociale problemen. Deze positie op het snijvlak van zorg en welzijn is typerend voor het AMW. De geïntegreerde aanpak van zowel materiële problemen als immateriële problemen is zijn kracht. Van veel patiënten is niet bekend of ze volgens de DSM-systematiek vastgestelde stoornissen hebben, hoewel dit wel op basis van literatuur (o.a. Goldberg & Huxley, 2000) verondersteld mag worden. De veronderstelling is dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen deel uitmaken van de patiëntèle van het AMW, omdat deze mensen met enige regelmaat problemen in hun dagelijks functioneren ervaren en in de omgang met anderen, waarvoor zij hulp inroepen van onder anderen maatschappelijk werkers. Voor maatschappelijk werkers is het niet relevant welke stoornis iemand heeft, zolang er aanknopingspunten zijn om het dagelijks functioneren te verbeteren. Hierbij gaat het dan om het aanpakken van belastende sociale omstandigheden, het oplossen van conflicten en het verbeteren van het persoonlijk functioneren (volgens As IV en As V). Naast materiële interventies maakt de maatschappelijk werker gebruik van allerlei gesprekstechnieken. Dit varieert van lichte ondersteunende gesprekken tot meer intensieve gespreksvormen. In zijn algemeenheid geldt dat op het moment dat de maatschappelijk werker niet verder komt met een patiënt, er consultatie of verwijzing naar een andere meer gespecialiseerde discipline wordt overwogen. Daarnaast heeft het maatschappelijk werk te maken met patiënten die een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis hebben en die tevens in behandeling zijn bij andere (eerstelijns)disciplines, bijvoorbeeld: medicatie door de huisarts, of een kortdurende therapie door de eerstelijnspsycholoog. Maatschappelijk werk heeft dan vaak een meer afgebakende taak: het op orde brengen/houden van de financiële huishouding, of het ondersteunen van de directe omgeving bij het handhaven of het herstellen van het evenwicht in het dagelijks functioneren.

Aanbeveling

De veronderstelling is dat in de eerste lijn, onder meer bij het algemeen maatschappelijk werk, een deel van de patiënten persoonlijkheidsstoornissen heeft, al dan niet onderkend of behandeld in de ggz. Eerstelijnsdisciplines zijn in dit kader gebaat bij goede consultatie vanuit de gespecialiseerde zorg en/of scholing op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen.

10.5 Tweedelijns- en derdelijns-ggz

Specialistische diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het domein van de tweede en derde lijn. Als er sprake is van (een vermoeden van) een persoonlijkheidsstoornis, en patiënt en behandelaar zijn het eens over de wenselijkheid van specialistische diagnostiek en/of behandeling, wordt de patiënt vanuit de eerste lijn doorverwezen naar de tweede lijn. In gevallen waarin sprake is van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, complexe comorbiditeit of een hulpverleningsgeschiedenis in de tweede lijn met behandelingen die onvoldoende effect hebben gesorteerd, kan direct worden doorverwezen naar de derde lijn (zie paragraaf 10.5).

10.5.1 Zorgprogrammering

In de 2e en 3e lijn van de ggz wordt de zorg in toenemende mate georganiseerd in zorgprogramma's of zorglijnen. Een zorgprogramma maakt het zorgaanbod inzichtelijk en expliciet.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidsproblemen vormen de grootste doelgroep in de ggz en verbetering van de kwaliteit van zorg bij deze patiëntengroep is wenselijk en nodig. Wanneer er wel effectieve behandelingen voorhanden zijn, worden deze in de reguliere praktijk zeker niet altijd toegepast. De meerderheid van de patiënten krijgt behandeling-zoals-gewoonlijk aangeboden, wat in de praktijk dikwijls neerkomt op begeleiding of steunend-structurende contacten. Het beschrijven van het zorgaanbod van deze groep patiënten kan dus een goede eerste stap in de richting zijn van verbetering van de kwaliteit van zorg in de reguliere ggz-praktijk. De volgende stap is dan het definiëren en implementeren van bewezen effectieve behandelingen.

Professionals, maar ook patiënten, hebben nogal eens de vrees dat zorgprogrammering uitmondt in 'kookboekgeneeskunde'. Deze vrees is echter vaak gebaseerd op de angst voor verlies van professionele autonomie bij de behandelaar en een vermindering van keuzevrijheid bij de patiënt. Deze vrees is echter niet terecht. Zorgprogrammering leidt namelijk niet tot inperking van het zorgaanbod, maar geeft richting aan de stappen die in het zorgproces genomen kunnen worden. Ook heeft het programma meestal een opbouw volgens de principes van *stepped care* en kent het daarnaast een *matched care*-component. Dit betekent dat zowel kortdurend als langerdurend en/of intensief behandeld kan worden.

10.5.2 Behandelaanbod in tweedelijnsvoorzieningen

De volgende vormen van behandeling en begeleiding dienen in de tweede lijn beschikbaar te zijn:

- psychotherapie (met name ambulante individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en eenvoudige dagklinische psychotherapie)
- sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding
- begeleiding door maatschappelijk werk
- crisismanagement

10.5.2.1 Psychotherapie

Op basis van de beschikbare onderzoeksliteratuur kan psychotherapeutische behandeling als behandeling van eerste voorkeur worden aangemerkt bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek, bij voorkeur in een ambulante of dagklinische setting. De psychotherapeutische behandeling dient waar nodig te worden ondersteund met medicatie en kan worden aangevuld met vaktherapie, systeemtherapie en begeleiding door de maatschappelijk werker.

De behandeling kan kortdurend of langerdurend zijn, en individueel of in een groep plaatsvinden, afhankelijk van de ernst van de problematiek, de chroniciteit ervan, en van de vraag van de patiënt of diens systeem. Persoonlijkheidsstoornissen zijn over het algemeen relatief chronisch en herstel op korte termijn is eerder uitzondering dan regel. Als uitgangspunt geldt: kort indien mogelijk, en langer indien nodig. Het is aan te bevelen dat er binnen de regio voldoende mogelijkheden zijn voor langerdurende ambulante en dagklinische psychotherapie, daar er voor deze vormen van behandeling inmiddels een redelijke mate van evidentie bestaat.

10.5.2.2 Sociaal-psychiatrische behandeling of begeleiding

Indien de patiënt niet in aanmerking komt voor psychotherapie, is sociaalpsychiatrische begeleiding de belangrijkste optie. Sociaalpsychiatrische begeleiding kan op verschillende manieren worden aangeboden, individueel of in groepsverband. Het geven van psycho-educatie over de diagnose, behandelmogelijkheden en behandelvoorwaarden vormt hierbij een belangrijk onderdeel. Het is van belang om het systeem, indien aanwezig, te betrekken bij de behandeling. In het behandelplan worden doel, duur en frequentie van

de behandeling helder omschreven. De inhoud van de behandeling/begeleiding is gebaseerd op rehabilitatie-uitgangspunten, zo nodig wordt gebruikgemaakt van cognitief-gedragstherapeutische interventies. Het herkennen van en het kunnen hanteren van (tegen)overdrachtsgevoelens door de hulpverlener is van groot belang vanwege de grote kans op complicaties in en verstoring van de therapeutische relatie. Regelmatige consultatie of het delen van de behandelverantwoordelijkheid met een collega is wenselijk.

10.5.2.3 *Maatschappelijk werk*

In een tweede- of derdelijns setting participeert maatschappelijk werk in de behandeling van de stoornis(sen) door een onderdeel van de totale behandeling op zich te nemen. Dit kan zijn psycho-educatie, netwerkondersteuning, praktische ondersteuning en begeleiding, emotionele ondersteuning of veranderingsgerichte begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, trainingen en groepswork.

In de tweede- en derdelijns GGZ wordt veelal geanalyseerd binnen het diagnostisch kader van de psychiatrie: de DSM-IV. As 4 staat voor psychosociale belastende factoren en as 5 staat voor het niveau van functioneren. Ook hier gebruikt de maatschappelijk werker veelal de verschillende leefgebieden om de problematiek op te benoemen. Voor zowel maatschappelijk werkers binnen de eerste lijn als voor maatschappelijk werkers in de tweede- en derdelijns GGZ geldt dat zij een specifieke verbinding leggen tussen het psychische en het sociale functioneren. Het functioneren in de dagelijkse leefsituatie, de contacten met anderen vormen de aangrijpingspunten om de hulpverlening op te baseren. Ook hier spelen interventies zich af op de acht genoemde levensgebieden.

De functie van maatschappelijk werker wordt naast participeren in de behandeling vooral gezien als brug naar de dagelijkse leefsituatie. Een eerste taak van het maatschappelijk werk is vaak een sociale screening: opsporen en benoemen van de risicofactoren in de dagelijkse leefsituatie van de patiënt die de psychiatrische stoornis verergeren of bestendigen. Daar waar belemmeringen zijn in de thuissituatie wordt de maatschappelijk werker er op af gestuurd om de zaak in ogenschouw te nemen en om waar nodig zelf actie te ondernemen, of om andere, niet-geinstitutionaliseerde, professionals in te schakelen: schuldhelpverleners van de sociale dienst, AMW of kredietbank, of gespecialiseerde gezinsverzorging. Het verbeteren van de thuissituatie en het slaan van een brug naar andere instanties die de patiënt ten dienste kunnen zijn speelt aan het eind van de klinische opname een rol, maar ook tijdens de behandeling al. Soms komt een patiënt ook binnen vanuit een zeer chaotische en ziekmakende thuissituatie en dan heeft de context al vanaf het begin van de behandeling de volle aandacht.

Maatschappelijk werk is vaak het directe aanspreekpunt voor het netwerk, de partner of het gezin. Enerzijds gaat het erom de familie / naasten te betrekken bij de behandeling ten gunste van de patiënt zelf. Daarnaast gaat het om het bieden van ondersteuning aan familie / naasten zelf zodat zij zelf ook beter toegerust zijn voor hun rol / taak. Bij afronding van de opnameperiode speelt maatschappelijk werk dikwijls een rol in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk. Soms rekent de regionale tweede en derdelijns GGZ dit niet direct tot haar taken, dan heeft het Algemeen Maatschappelijk Werk, of de (gespecialiseerde) gezinszorg hierin een rol.

De interventies van maatschappelijk werkers in een tweede- of derdelijn zijn deels hetzelfde en deels anders dan de interventies in de eerstelijns van het AMW. Hierbij gaat het niet zozeer om de inhoud van de interventies maar vooral om de plaats in het geheel. In de tweede- en derdelijn is tenminste een deel van de interventies duidelijk afgebakend en vooraf ingepland. De maatschappelijk werker weet welk programmaonderdeel voor zijn rekening komt en overlegt hierover ook met andere disciplines. Afstemming gebeurt vaak door middel van behandelingsplannen en hulpverleningsprogramma's (zorgprogramma's). Dat maakt dat alle disciplines een duidelijke rol hebben in een geheel.

In een klinische setting is het goed om aan de start van de behandeling protocollair aandacht te besteden aan de verschillende leefgebieden, met name die leefgebieden die

niet standaard aan de orde zijn in de setting van het (psychiatrische) ziekenhuis: huisvesting, financiën, vrije tijd, arbeid, interpersoonlijke relaties, gezin / familie. Enerzijds kan zo nagegaan worden of er factoren zijn die interfereren met de behandeling en de behandeldoelen. Anderzijds kan nagegaan worden of ondersteuning of begeleiding op één van de andere leefgebieden nodig / wenselijk is. Tijdens klinische opname hebben maatschappelijk werkers ook de functie van praatpaal en intermediair. De maatschappelijk werker treedt zonder vaste frequentie op als gesprekspartner en heeft enerzijds de taak van emotionele ondersteuning en anderzijds het regelen van praktisch zaken en optreden als bemiddelaar of belangenbehartiger (zie ook hoofdstukken 6 en 9).

10.5.2.4 *Crisismanagement*

In de tweede lijn dient voldoende aandacht te zijn voor het beleid rond crises. Het opstellen van een crisisprotocol bij elke patiënt strekt tot aanbeveling (zie ook hoofdstuk **6, paragraaf 6.4**).

10.6 Behandelaanbod in derdelijnsvoorzieningen

De derde lijn is het supergespecialiseerde niveau van de gezondheidszorg. In principe is de derde lijn bedoeld voor de meest complexe behandelingen bij de meest complexe problematiek. Soms worden complexe behandelingen ook geïndiceerd voor middelernstige problematiek, bijvoorbeeld sommige vormen van (dag)klinische psychotherapie. Deze behandelingen kunnen waardevol zijn wanneer de effecten ervan groter en/of duurzamer zijn dan bij (ambulante) behandelingen in de tweede lijn. Bij het niet behandelen van de meest complexe gevallen in de derde lijn, resteert geen andere curatieve behandeling en is de patiënt aangewezen op onderhoudscontacten (eerste lijn, huisarts, SPV, polikliniek psychiatrie, maatschappelijk werk, etc.). Er zijn verschillende typen persoonlijkheidsstoornissen te onderscheiden die in de 3^{de} lijn behandeld worden:

- Ernstige persoonlijkheidsstoornissen in het A-, B- of C-cluster die onvoldoende baat hebben bij behandeling in de tweede lijn;
- Comorbiditeit tussen As-II en As-I/As-III, zoals verslaving, ernstige depressie, bijkomende lichamelijke ziekten;
- Gevallen waarin sprake is van andere complicerende factoren, zoals een taalbarrière of onvoldoende intellectuele vermogens.

In principe is de derde lijn ook de meest aangewezen plaats om nieuw zorgaanbod te ontwikkelen en te onderzoeken. Het kan daarom voorkomen dat de derde lijn zich bezighoudt met andere doelgroepen dan de drie die hierboven werden genoemd. De behandelingen in de derde lijn kunnen plaatsvinden in zowel de ambulante, de dagklinische of de klinische setting. De werkgroep beveelt echter wel aan dat de behandelingen zoveel mogelijk volgens een step-downbenadering worden ingericht.

Aanbeveling

Specialistische diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het domein van de tweede en derde lijn. Ten behoeve van de transparantie van het behandelingsaanbod verdient het aanbeveling om een zorgprogramma voor mensen met persoonlijkheidsproblemen te ontwikkelen. Dit kan ook bijdragen aan de (verbetering van de) kwaliteit van behandeling. De volgende behandelingen dienen in de tweede lijn beschikbaar te zijn: ambulante individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding. De derde lijn is bedoeld voor de meest complexe behandelingen en voor de meest complexe gevallen, zoals ernstige persoonlijkheidsstoornissen, comorbiditeit met As I en As III, en gevallen waarin sprake is van andere complicerende factoren zoals onvoldoende intellectuele vermogens.

Literatuur

- Achterbergh, D., Bosch, F., Buitink, J.A., e.a., Werkgroep eerstelijns GGZ. (2000). *De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief 2000*. [uitgaveplaats: uitgever.].
- Andrews, A., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Aoun, S., Pennebaker, D., & Wood, C. (2004). Assessing population need for mental health care: A review of approaches and predictors. *Mental Health Services Research*, 6, 33-46.
- Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., e.a. (2001). Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Bie, A. de. (2001). Lastige lieden in de huisartspraktijk. De borderline en de obsessief compulsieve patiënt. *Bijblijven, Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel. De Geestelijke Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cardol, M., van Dijk, L., de Jong, J.D., e.a. (2004). *Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht: NIVEL.
- Derksen, J.J.L. (1982). *Psychologische hulp in de eerste lijn*. Baarn: Nelissen.
- Emerson, J., Pankratz, L., Joos, S., (1994). Personality disorders in problematic medical patients. *Psychosomatics*, 35, 469-473.
- Frankenburg, F.R., & Zanarini, M.C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illness, poor health-related lifestyle choices and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1660-1665.
- Goldberg & Huxley (1980)
- Groen, P.N. (2000). Eerstelijnspsychologie: ontwikkeling en beleid. In J.J.L. Derksen & C.P.F. van der Staak (Red.), *Behandelingsstrategieën voor de Eerstelijnspsycholoog* (p.1-15). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jacobs M., & Essers, G. (2001). Het moet niet gekker worden.....Over de begeleiding bij persoonlijkheidsstoornissen. *NHG Cahier over communicatie en attitude*, 18, 1-24.
- Kop, P.F.M. (2002). De eerstelijnspsycholoog in de gezondheidszorg. In A.J.J.M. Vingerhoets, P.F.M. Kop & P.H.G.M. Soons (Red.), *Psychologie in de gezondheidszorg* (p.53-70). Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lamers, E.T.T., Bosch, F., Hinderink, L., e.a. (2006). *Handboek Psychologie in de eerste lijn*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen. (2006). *Jaarbericht Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen 2005*. Amsterdam: LVE.
- Meadows, G., Fossey, E., Harvey, C., e.a. (2000). The assessment of perceived need. In G. Andrews & S. Henderson (Red.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses* (pp. 390-398). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. (2005). *Factsheet persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen 'altijd al wat apart'*. Utrecht: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. (2002). *Toekomstvisie Huisartsenzorg*. Utrecht: NHG.

- Norton, J.W. (2000). [titel]. *The Nurse Practitioner*, 25, 40-59.
- Paré, M.F., & Rosenbluth, M. Personality disorders in primary care. *Mental Health*, 26, 243-278.
- Raine, A., Mellinger, K., Liu, J., e.a. (2003). Effects of environmental enrichment at ages 3-5 on schizotypal and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1627-1635.
- Rost, K.M., Alins, R.N. Brown, F.W., e.a. (1992). The comorbidity of DSM-3-R Personality disorders in somatisation disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14, 322-326.
- Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2001). The difficult patient as perceived by family physicians. *Family Practice*, 18, 495-500.
- Verhaak, P.F.M. (2006). Eerstelijnspsychologen: wetenschappelijk onderzoek. In E.T.T. Lamers, F. Bosch, L. Hinderik e.a. (Red.), *Handboek Psychologie in de eerste lijn* [pp. [...]]. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.
- Verheij, R.A., te Brake, J.H.M., Abrahamse, H., e.a. (2006). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK. www.LINH.nl. Laatste update op 7 augustus 2006.
- Verheul, R. (2003). Nieuwe inzichten in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Psychopraxis*, 5, 65-72.
- Ward, R.K. (2004). Assessment and management of personality disorders. *American Family Physician*, 70, 1505-1512.
- Wentink, M. van Hattum, M.J.C., & Hutschemaekers, G. (2002). *De eerstelijnspsycholoog gevolgd*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Werkgroep eerstelijns GGZ, 2000
- World Health Organization, 2000

10.7 Literatuur patiënten en familieperspectief

- Boevink, W., A. Plooy, S. van Rooijen (Red.). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. – Amsterdam, SWP, 2006
- Bruyn, L. de, e.a. Patiënten trainen hulpverleners. In: *Deviant* nr. 20, maart 1999
- Franx, G., W. Zeldenrust. *Patiënten en hun omgeving over GGZ-programma's; aanbevelingen voor het hulpaanbod*. – Utrecht : GGZ Nederland, 2002
- Graaf, W. van de. *Kracht in crisis*. – Rotterdam : Basisberaad Rijnmond, 2006.
- Hegger, A. *Wat borderline met je doet*. – Zoetermeer, Uitgeverij Boekencentrum, 2003. – 3^e dr. 2005
- Hoencamp, E. *Psychopathologie, over oorzaak en verwijt gesproken*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar op het gebied van de klinische psychologie, met bijzondere nadruk op psychiatrische aspecten aan de Universiteit Leiden, op vrijdag 4 maart 2005
- Kragten, R. *Bejegening in de GGZ: patiënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening*. – Utrecht : Patiëntenraad Willem Arntz Huis, cop. 2000
- Linschoten, C.P. van, P. Moorer. *Kennis van patiënten over de WGBO*. – Groningen, RUG, 2005
- Miller, S.G. *Borderline Personality Disorder From the Patient's Perspective*. – In: *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 45, 1994, No. 12, p. 1215-1219
- Nehls, N. *Borderline Personality Disorder: The Voice of Patients*. – In: *Research in Nursing & Health*, 1999, 22, p. 285-293.
- Pvpkrant, december 2002, <http://www.pvp.nl/publicaties/pvpkrant1202.htm#6>
- Trijsburg, W., Kruis, E., Wijne, I., Nass, E., & Rochol, D. (2006). *Onderzoek naar het patiëntenoordeel over de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Rapport)*. Utrecht: Auteurs

Vesseur, J, H. van Haaster, M. Fahrenfort. Patiëntenraadpleging; indicatiestelling langdurige zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg – Amsterdam : [APCP], 2000

Perspectief familie, partners en directe anderen

Adolescence(bron), Vol 39 (156), Win 2004. pp. 834-835: Understanding the Borderline Mother: Helping Her Children. No authorship indicated.

Betrokken omgeving: modelregeling relatie ggz-instelling-naastbetrokkenen (2004). J.G. Gunderson, C. Berkowitz en A. Ruiz-Sancho (1997) Vol. 61, No. 4. Bulletin of the Menninger Clinic. Families of borderlinepatients: A psychoeducational approach. Clientenbond, Lsovd, Labyrint In Perspectief, LPR, GGZ Nederland, Ypsilon. E .Borgesius (1994). Hulpverleners en familie: partners in de zorg. Een handleiding voor hulpverleners in de GGz.

Conceptprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. Regio Midden-Westelijk Utrecht. Versie: 18-02-2002. G. Franx en W. Zeldenrust (2002). Patiënten en hun omgeving over GGZ programma ' s.

J.G.Gunderson, Mclean Hosp, Psychosocial& Personality Research Program, Belmont, MA, US. (1997). Harvard Review of Psychiatry, Vol 4 (5) pag. 272-278.

J. G. Gunderson, P.D. Hoffman (2005). Understanding and treating borderline personality disorder± a guide for professionals and families | ed: Family Perspectives on Borderline Personality Disorder.

M.J. Harman (2004). Children At-Risk for Borderline Personality Disorder. M.I. Helgeland, S.Torgesen (2004). Developmental antecedents of borderline personality disorder.

Comprehensive Psychiatry, 45(2), 138/47 Journal of Contemporary Psychotherapy. Vol. 34, No.3, Fall 279/290.

P. Hoffman (2003). Family members ' knowledge about personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. Family Process, Vol. 42(4) pp. 469-478.

P. Hoffman, A. Fruzzetti e.a. (2005). Family Connections: A program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. Family Process, Vol. 44, No. 2, 2005.

H. de Jong (juni 2005). Een vergeten groep. Het betrekken van mantelzorgers bij de behandeling/begeleiding in Parnassia.

P.R. Joyce, J.M. McKenzie e.a. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. Australian/New Zealand Journal of Psychiatry, 37(6), 756/64.

B. Kras (1997). Familieleden van patiënten met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Een exploratieve studie. Doctoraal studie.

K. Krook (2004). Borderline de Baas. Labyrint In Perspectief (2005). Als je partner ernstige psychische problemen heeft.

LeGacy en Sheila Shulman (1998). Working trough the heart: A transpersonal approach to family support and education. Traditional Living Services, Syracuse,NU,US.etc.

P. S. Links (1999). Clinical assessment and management of severe personality disorders.

P. S. Links (1999). Ernstige Persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek en behandeling.

M. MacFarlane (2004). Family Treatment of Personality Disorders. Advances in clinical practice.

D. T. Marsh, Harriet P. Lefley, Debra Evans- Rhodes, Vanessa Ansell, Brenda M.

Doerzbacher, Laura LaBarbera en Joan E. Paluzzi (1996). The Family Experience of Mental Illness: Evidence for Resilience.

E. van Meekeren en J. de Jong (sept. 1999). De Borderline patiënt en zijn omgeving. Psychopraxis. Jaargang 1.

E. van Meekeren en J. de Jong (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatient. Psychopraxis 1,1 pag. 30-36.

E. van Meekeren (2000). De regievoering in de behandeling van Borderline patiënten; context en eenheid van behandeling. DTH 20,3 216-228=bijlage. Volume 20 number 2 – Fall.

A. B. Murray-Swank, PHD and Lisa Dixon, MD,MPH (dec 2004). Family Psycho-education as an Evidence-Based Practice. Review article-Volume 9-Number 12 CNS Spectrums.

Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patienten(1992). Uitgave van Stichting Labyrint In Perspectief en Vereniging Ypsilon. Schaub (ED)J.Hooly (2002). Borderline Personality Disorder and the Family. New family intervention and associated research in psychiatric disorders (pag. 135-150) New York, Ny, US: Springer Verlag Publishing.vi, 281 pp.

R. W.Trijsburg e.a.(2006). Rapport. Onderzoek naar het patiëntenoordeel over de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.

H. Wansink en A. Toeter (2005). Parnassia afd. Preventie. Een onderzoek naar de deelnemers en de effecten van de preventieve ondersteuningsgroep voor familieleden en andere direct betrokkenen van psychiatrische

CONCEPT