

Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van
volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis
2008, Trimbos-instituut, Utrecht.
ISBN 978 90 5253 6156, 240 blz., €22,95

Langzamerhand zijn voor alle belangrijke diagnostische categorieën in de GGZ richtlijnen verschenen en met enige spanning werd dan ook naar de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (PS) uitgekeken, als een van de laatsten in de rij. Vooral omdat in deze richtlijn de psychotherapie (PT) en zeker ook de psychodynamische psychotherapie en groepspsychotherapie (GPT) waarschijnlijk een vooraanstaande rol toebedeeld zouden worden in de behandeling van PS.

De verwachting is zeker uitgekomen. Volgens de richtlijn is PT de beste behandeloptie voor PS en ik zal in deze bespreking daarom vooral op het betreffende vijfde hoofdstuk ingaan. Met betrekking tot psychotherapeutische interventies wordt de literatuur vanaf 1978 tot 2006 samengevat. In totaal werden 95 artikelen bestudeerd waarvan een groot deel over het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen gaat en 37 specifiek over de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS).

Het bewijs voor de effectiviteit van een ambulante, individuele psychotherapeuti-

sche behandeling voor PS is groot met een effectgrootte van 1.46 voor de psychodynamische behandelingen en 1.00 voor cognitieve gedragstherapie. Dat zijn grote effecten. Het verschil tussen beide behandelvormen moet niet al te zwaar worden aangezet omdat ook duidelijk is dat de psychodynamische varianten grofweg een twee keer langere behandelduur kennen. De verbeteringen worden gevonden op een afname van symptomen en persoonlijkheidspathologie als ook verbeteringen in het functioneren. De richtlijn concludeert dat er waarschijnlijk weinig verschil bestaat tussen de diverse psychotherapeutische stromingen als het gaat om effectiviteit. Een begrijpelijk, coherent model is belangrijker. Overigens zouden de verschillen tussen de psychotherapeutische stromingen wel kunnen ontstaan met betrekking tot dropout die bijvoorbeeld bij ondersteunende psychodynamische psychotherapie lager is dan bij de expressieve vorm. Opgemerkt moet worden dat bovenstaande bevindingen vooral gelden voor de BPS, de afhankelijkke en de ontwijkende PS en de persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anderszins

omschreven). Er is veel minder bekend over effect van behandeling bij de andere PS.

Voor de BPS zijn enkele specifieke behandelvormen ontwikkeld waarvan de effectiviteit van de dialectische gedragstherapie (DGT) goed is aangetoond als het gaat om terugdringen van suicïdaliteit, zelfbeschadiging en ander risicovol gedrag. Voor de eerste fase van de behandeling is de DGT aanpak dan ook zeker geïndiceerd maar onduidelijk is of ook de andere borderline problemen (emotionele instabiliteit, ervaren van leegte etc.) verbeteren. Ook de andere behandelvarianten voor borderline pathologie zoals de schemagerichte therapie, psychodynamische therapie, cognitieve therapie, en *transference focused* therapie hebben een plaats waarbij het beste bewijs geldt voor de schemagerichte therapie.

Ambulante GPT is onderzocht bij een breed spectrum aan persoonlijkheidsstoornissen en is effectief om symptomen te reduceren en om het sociaal functioneren te verbeteren. De therapie is langdurig (gemiddeld twee jaar) en kan ook goed worden ingezet na een dagklinische behandeling en bij mensen met minder ernstige persoonlijkheidspathologie zoals interpersoonlijke problemen, intimiteitproblemen en problemen met autoriteit en afhankelijkheid. De bewijskracht is echter niet heel hoog met een graad drie, wat neerkomt op bewijs verkregen uit cohortstudies. Voor ernstige PS beveelt de richtlijn deze behandeling niet aan als monotherapie.

Bij de BPS worden nogal eens groepsvaardigheidstrainingen ingezet zoals de VERS-training en dit lijkt een werkzame variant te zijn. Echter, de richtlijn beveelt ook deze vorm niet aan als monotherapie bij ernstige BPS.

Voor de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is een relatief kortdurende groeps-gedragstherapie van veertien sessies effectief om angst te verminderen en interpersoonlijke vaardigheden te vergroten.

Dagklinische psychotherapie wordt gedefinieerd als minstens twee dagen per week in behandeling gedurende vier tot tien maanden en deze vorm wordt voor een breed scala PS aangeboden. Het onderzoek betreft voornamelijk cohortonderzoeken die een redelijk goed effect laten zien, vooral voor cluster B en C pathologie maar veel minder voor cluster A. De drop-out is wel problematisch (boven de 20%). In deze programma's is de psychodynamische groepstherapie het kernelement met daarnaast ook nog non-verbale therapieën, individuele therapie en farmacotherapie. Volgens de richtlijn is deze behandelvorm geschikt voor een breed scala aan persoonlijkheidspathologie en moet de vorm van de behandeling nauwkeurig afgestemd worden op de draagkracht van de patiënt.

Mentalization based treatment (MBT), ontwikkeld door Fonagy en Bateman, is wel in een randomised clinical trial (RCT) onderzocht; eerst achttien maanden dagklinische behandeling en daarna achttien maanden een ambulante groepstherapie bestemd voor patiënten met BPS. De dagklinische

behandeling is superieur aan de *care as usual* en de effectiviteit neemt nog toe in het ambulante vervolgtraject.

Klinische psychotherapie bestaat uit programma's met minimaal drie behandeldagen per week en overnachtingen in de kliniek om een totaal behandelmilieu te creëren. De duur van de behandeling varieert (zes tot twaalf maanden) en in de studies werd meestal een psychodynamisch model onderzocht. Opnieuw gaat het overwegend om chortonderzoeken. De effectiviteit blijkt aantoonbaar voor een breed scala aan PS pathologie. Ook een kortdurende variant (drie tot zes maanden) lijkt effectief. En mogelijk is de zogenaamde *step down* benadering (korte periode kliniek gevolgd door een langdurige ambulante groepspsychotherapie) effectiever dan langdurige klinische behandeling. Ook nu geldt dat een goede afstemming met de draagkracht van de patiënt vereist is en dat vooral de cluster C en lichte cluster B goed kunnen profiteren van kortdurende programma's terwijl de ernstige cluster B patiënten meer supportieve elementen nodig hebben waardoor de behandeling ook langer wordt.

In de richtlijn wordt als leidraad aangenomen dat langere duur van de behandeling betere resultaten oplevert, afhankelijk van de doelen die gesteld worden en dat hoge doseringen van psychotherapie nodig zijn. Behandelingen van jaren zijn dan niet ongewoon bij ernstige pathologie. Het *step down* principe heeft de voorkeur om resul-

taten te verduurzamen, te generaliseren en te verdiepen.

Er worden ook beslisbomen opgesteld die voortkomen uit *best practices*. Algemeen wordt gesteld dat individuele PT de voorkeursbehandeling is bij PS, bij elke stap kunnen ondersteunende interventies overwogen worden (zoals farmacotherapie, vaktherapieën, systeemtherapie).

Bij lichte persoonlijkheidspathologie (cluster C of NAO) is een voorkeur voor ambulante PT of eventueel GPT, bij onvoldoende respons is GPT een volgende stap of een combinatie van PT plus GPT; kortdurende (dag)klinische behandeling is daarna een optie.

Voor de matig ernstige PS (cluster B, C, NAO) geldt een start met ambulante, individuele PT of met een combinatie van PT en GPT. Deze combinatie is de volgende stap na onvoldoende resultaat van individuele PT en vervolgens komt de kortdurende (dag)kliniek aan bod. Bij de ernstige PS (totale spectrum) is het advies om te starten met individuele PT plus vaardigheidstrainingen of zelfs starten met dagklinische behandeling (zoals MBT voor BPS). Bij de combinatie van individueel en groepsbehandeling moet dan gedacht worden aan DGT. Als volgende stap is opnieuw de (dag)klinische variant een goede optie die dan echter eerder langdurig is.

In het hoofdstuk over kosteneffectiviteit blijft de richtlijn voorzichtig; waarschijnlijk is PT ook een kosteneffectieve aanpak voor PS maar echt goed onderzoek ontbreekt nog.

Over de organisatie van de zorg is de richtlijn heel duidelijk. De behandeling van PS hoort thuis in de tweede lijn (eventueel derde lijn voor speciale doelgroepen) en het liefst in een zorgprogramma voor PS. In zo'n programma moet naast psychotherapie als centraal element verder casemanagement, farmacotherapie, sociaal psychiatrische behandeling c.q. begeleiding, maatschappelijk werk begeleiding en crisismanagement aangeboden worden.

In de overige hoofdstukken komen de diagnostiek en indicatiestelling, psychosociale interventies, farmacotherapie en comorbiditeit aan de orde voorafgegaan door een uitvoerige inleiding en een hoofdstuk over het patiënten- en familieperspectief.

Zijn de andere multidisciplinaire richtlijnen nog wel eens voorzichtig in het wegen van de evidentie, deze richtlijn lijkt eerder de vlucht naar voren te kiezen. Er wordt heel nadrukkelijk een pleidooi gehouden voor een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling van PS. Deze richtlijn biedt de zorgpraktijk een steun in de rug door PT en ook langdurige PT centraal te stellen.

En dat is ook wel nodig omdat de behandeling van PS toch lang bloot stond aan een therapeutisch defaitisme wat met de tegenwoordige nadruk op snel en kort er niet beter op werd. Nu de GGZ steeds meer onder het juk van de markt gebukt gaat, is deze richtlijn uiterst behulpzaam om toch evidence based langdurige PT aan te kunnen bieden. Dat de evidence misschien

niet altijd even hard is moeten we voorlopig maar voor lief nemen.

Voor groepstherapeuten en groeps werkers is er veel te halen in deze richtlijn. GPT is voor een breed scala aan persoonlijkheidspathologie toepasbaar, zowel ambulante als in klinische en dagklinische settings. Deze richtlijn is dus verplichte kost voor de NVGP-leden en liefhebbers van groepspsychotherapie.

Jan Spijker,

psychiater en groepspsychotherapeut en
voorzitter van de Wetenschapscommissie NVGP