

Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen **EBRO Module** **Psychotherapie**

Deze EBRO-module is opgesteld ter onderbouwing van de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen en vormt een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008). De Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen is geautoriseerd op 20 november 2017 en gepubliceerd op GGZ Standaarden, deze EBRO-module is nog niet geautoriseerd.

20-11-2017

Inhoud

1	Inleiding	3
2	Onderbouwing	8
2.1	Literatuur.....	8
2.2	Professionele kennis	12
2.3	Ervaringsdeskundigheid	18
3	Conclusies	22
4	Overige overwegingen van de werkgroep	27
5	Aanbevelingen	33
	Referenties.....	35

1 Inleiding

Huidige praktijk

Volgens de multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) is psychotherapie de eerst aangewezen behandeling voor mensen met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis (BPS). Een onderzoek van het Trimbos instituut naar implementatie van deze richtlijn laat echter zien dat bij mensen met een BPS, die behandeld werden in GGZ Instellingen, minder dan 25% psychotherapie kreeg. Daarnaast bleek dat de intensiteit van deze behandelingen minder was dan in de richtlijn is aanbevolen (Hermens et al, 2011). De belangrijkste barrières die in dit onderzoek worden genoemd zijn: tekort aan gespecialiseerde en getrainde behandelaren, organisatorische barrières, gebrek aan voorbereidende modules voor patiënten die nog niet aan psychotherapie toe zijn wegens instabiliteit of motivatie, inefficiëntie-problemen (no-show, te lang voortdurende behandelingen), en gebrek aan systematisch gebruik van semi-gestructureerde interviews.

Een ander onderzoek in 29 GGZ instellingen laat zien dat meer dan 50% van de zorgmanagers en therapeuten de bestaande zorg voor borderline patiënten als onvoldoende kwalificeert (Nadort et al, 2009). Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat wetenschappelijke evidentie voor een behandeling een belangrijke factor is, waarmee therapeuten en managers overtuigd kunnen worden om behandelingen te implementeren. Het is daarom van belang de wetenschappelijke evidentie voor (specifieke) vormen van psychotherapie voor BPS te actualiseren.

Intussen is de attitude wat betreft het behandelen van mensen met een BPS met psychotherapie de laatste jaren ten positieve veranderd. Het beeld dat iemand met een BPS onbehandelbaar zou zijn is niet langer gangbaar. Veel GZ-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters in Nederland volgen cursussen in een of meerdere vormen van specifieke psychotherapie, zoals Dialectische Gedragstherapie (DGT), Schematherapie (ST), Transference-Focused Psychotherapy (TFP) en Mentalization Based Treatment (MBT). Cursussen in deze specifieke psychotherapieën maken ook deel uit van de meeste BIG-opleidingen en er is een ruim aanbod beschikbaar van opleidingen en vervolgcursussen.

Definitie en doel van de interventie/het instrument/de organisatievorm

De richtlijn generieke module psychotherapie (2016) omschrijft psychotherapie als volgt:

“Psychotherapie is een behandelvorm die gericht is op het opheffen of verminderen van en/of beter leren omgaan met psychische problemen, intra- en interpersoonlijke conflicten, stoornissen en/of klachten en/of het weer op gang brengen van gestagneerde leeftijd adequate ontwikkeling.

Psychotherapie maakt systematisch gebruik van op psychologische wetenschap gebaseerde methoden.” De richtlijn generieke module psychotherapie hanteert als definitie de omschrijving die de

APA heeft opgesteld: *“Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable. (APA, 2012, <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>”.*

Voor BPS zijn in meer of mindere mate gespecificeerde vormen van psychotherapie ontwikkeld. De verschillende psychologische (waaronder psychotherapeutische) behandelingen voor BPS zijn te onderscheiden in vier categorieën op basis van typering van (1) of ze speciaal ontwikkeld zijn voor behandeling van het brede scala van BPS-problematiek; (2) de mate van specificiteit waarin het model dat aan de behandeling ten grondslag ligt de ontwikkelings en instandhoudende factoren beschrijft, alsmede de werkzame behandelingsmechanismen; (3) de mate waarin het protocol

gestandaardiseerd is en de gewenste therapeutische relatie, de toe te passen technieken, en de fasen van therapie beschrijft; en (4) of de behandelaren experts zijn in BPS-behandeling (Tabel 1, naar Colijn et al., 2016). Bij deze categorieën gaat het van boven naar beneden om afnemende mate van specificiteit voor BPS (zowel wat betreft theoretisch model als wat betreft behandelmethodieken). De vier categorieën zijn als uitgangspunt genomen voor de meta-analyses in deze EBRO-module, in die zin dat de focus is gelegd op de vergelijking van specifieke psychotherapieën met de andere categorieën.

Tabel 1 - Indeling psychologische behandelvormen voor BPS naar type.

Categorie behandelvormen	Typering	Geldt voor
Specifieke borderline behandelingen	(1) Speciaal ontwikkeld voor het brede scala van BPS-problematiek (2) Gebaseerd op een welomschreven model dat zowel de ontwikkeling en instandhoudende factoren van de problematiek beschrijft, als de werkzame behandelmechanismen (3) Volgt een nauwkeurig gestandaardiseerd protocol dat de therapeutische relatie, de toegepaste technieken en de fasen van behandeling beschrijft (4) Behandelaren zijn experts in BPS-behandeling	DGT, MBT, ST, TFP
Generieke borderline behandelingen	(1) Speciaal ontwikkeld voor het brede scala van BPS-problematiek (2) Gebaseerd op een model dat globaal de ontwikkeling en instandhoudende factoren van de problematiek beschrijft (3) Volgt een globaal protocol dat de therapeutische relatie, de toegepaste technieken en de fasen van behandeling beschrijft (4) Behandelaren zijn experts in BPS-behandeling	SCM, GPM, SPT, CCT voor BPS
Algemene behandelingen door experts	(1) Afgeleid van algemene psychotherapeutische referentiekaders (2) Gebaseerd op modellen die globaal de ontwikkeling en instandhoudende factoren van de problematiek beschrijven (3) Waaruit globale aanwijzingen voor behandelinterventies voortvloeien (4) Behandelaren zijn experts in BPS-behandeling	CTBE
Algemene behandelingen	(1) Behandelingen zonder specifieke gerichtheid op BPS (2) Expertise behandelaren onduidelijk	TAU

Noot. DGT = Dialectische Gedragstherapie; MBT = Mentalization Based Therapy; ST = Schema Therapie; TFP = Transference-Focused Psychotherapy; SCM = Sstructured Clinical Management; GPM = General Psychiatric Management; SPT = Supportive Psychotherapy; CCT = Client-Centered Therapy; CTBE = Community Treatment by Experts; TAU = Treatment as Usual.

De vier specifieke psychotherapeutische behandelingen voor mensen met een BPS die de afgelopen decennia zijn ontwikkeld en in klinische trials op effectiviteit getoetst, worden in de wandelgangen ook wel de “big four” genoemd: Dialectische Gedragstherapie (DGT), Schematherapie (ST), Transference-Focused Psychotherapy (TFP) en Mentalization Based Treatment (MBT). Deze therapieën worden ook in Nederland toegepast, onderwezen, en onderzocht.

Deze vormen van specifieke psychotherapieën kennen elk een eigen model dat de ontwikkeling, instandhouding en werkzame behandelingsmechanismen bij mensen met een BPS beschrijft. Ze zijn specifiek, d.w.z. speciaal op BPS gericht, en veelomvattend, d.w.z. ze zijn gericht op het brede scala van klachten en problemen bij BPS, dus niet op één of enkele gespecificeerde symptomen. Ze zijn verder veelomvattend, d.w.z. pretenderen de BPS-gerelateerde problemen in brede zin te behandelen, i.p.v. gericht te zijn op een deelprobleem, en pretenderen een complete behandeling voor BPS aan te bieden. Ze zijn methodisch, d.w.z. ze volgen een nauwkeurig protocol van interventies dat de therapeutische relatie, de technieken, en de fasering van de behandeling beschrijft. Het centrale aangrijpingspunt van elk model zijn gespecificeerde psychische processen, waarin de therapeut verandering beoogt te bewerkstellingen met behulp van specifieke interventies. Deze vier specifieke

psychotherapieën kennen elk een eigen opleidingstraject, waarvan supervisie een essentieel onderdeel is.

Voorafgaand aan de werkgroepvergaderingen is een oriënterende search gedaan. Het doel van de search was het krijgen van een indruk van de beschikbare literatuur over interventies bij patiënten van 18 jaar en ouder met een persoonlijkheidsstoornissen, uitgezonderd de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het betrof een zoekstrategie naar alle interventies voor alle persoonlijkheidsstoornissen. De volgende limiteringen zijn aangebracht:

- Datum: vanaf 2006 (om aan te sluiten bij de zoekstrategie van de Nederlandse richtlijn uit 2008).
- Alleen systematische reviews, meta-analyses en RCTs (deze hebben de hoogste bewijskracht voor het aantonen van de effectiviteit van interventies)
- Taal: alleen Nederlands-, Engels- en Duitstalige artikelen.

Op advies van de experts (voorzitter en vice-voorzitter van de werkgroep) is in de selectie specifiek gezocht naar de psychotherapieën: Mentalisation Based Treatment (MBT), Dialectische gedragstherapie (DGT), Transference Focused Psychotherapy (TFP), Schema Therapy (ST), Schema-Focused Therapy (SFT) en psychiatrisch management. Naast een in 2012 verschenen Cochrane review voor psychologische interventies bij patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis, zijn er 16 andere systematische reviews over psychotherapieën vanaf 2010 (samen 17 systematische reviews). Ook werden nog 36 andere studies gevonden. In 11 studies ging het over andere psychotherapieën dan de specifieke hierboven genoemd, zoals Cognitive Analytic Therapy (CAT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Emotie Regulatie Training (ERT), Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), en Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT).

Naar aanleiding van de resultaten van de oriënterende search is besloten is om in deze EBRO-module te focussen op de Big Four, nl. Dialectische Gedragstherapie (DGT), Schematherapie (ST), Transference-Focused Psychotherapy (TFP) en Mentalization Based Treatment (MBT). Dit betekent echter niet dat de overige therapieën niet relevant zijn. Het advies is dan ook om in een update van deze EBRO-module ook andere therapieën mee te nemen. De belangrijkste reden voor de keuze van de Big Four is dat de meeste relevante studies naar behandel-effectiviteit bij de borderline persoonlijkheidsstoornis zich specifiek op deze interventies richten. Als gevolg daarvan zijn het in Nederland ook de best verspreide behandelingen. Er bestaan in de literatuur wel enkele studies naar andere interventies dan de Big Four, maar de werkgroep schat kans dat die interventies (inter)nationaal doorbreken in als bijzonder laag. De werkgroep heeft een uitzonderingspositie overwogen voor de zogeheten Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS), die in het Engels STEPPS wordt genoemd. De VERS training is gericht op affectregulering en geen volwaardige behandeling voor BPS, en dient volgens de ontwikkelaars alleen maar naast een andere, meestal individuele behandeling gegeven te worden. De VERS training kan dus alleen maar worden gezien als een module in het kader van een behandeltraject.

In het onderstaande worden deze vier specifieke psychotherapieën kort omschreven.

Dialectische Gedragstherapie (DGT)

Dialectische gedragstherapie (Linehan, 1993) is gebaseerd op gedragstherapeutische principes gecombineerd met zen-boeddhistische en dialectische principes. Het centrale idee is dat BPS ontstaat door problemen in de emotieregulatie, waarbij deels door biologische deels door omgevingsfactoren BPS-patiënten verondersteld worden sterkere emotionele responsen en een vertraagde terugkeer naar de beginwaarde te hebben. Om hiermee om te leren gaan hebben BPS-patiënten dysfunctionele strategieën ontwikkeld die op zich weer problemen geven, zoals zelfbeschadiging, middelengebruik, etc. De behandeling richt zich op het aanleren van meer adequate vaardigheden, in te delen in vier groepen: emotieregulatie, stresstolerantie, interpersoonlijke vaardigheden, en mindfulness vaardigheden. DGT was oorspronkelijk een ambulante behandeling bestaande uit de combinatie van wekelijkse vaardigheidstraining in een groep, wekelijkse individuele psychotherapie, en 24-uurs

telefonische bereikbaarheid van een DGT therapeut. Hoewel de oorspronkelijk beschreven behandeling uit 3 (Linehan, 1993, p.167) of 4 fasen bestaat (Sanderson, C., 1997-2008; Dialectical Behavior Therapy Frequently Asked Questions, www.behavioraltech.org) is in onderzoek alleen de eerste fase onderzocht (met uitzondering van enkele onderzoeken waarin PTSS behandeling (fase 2) is onderzocht). Voor zover bekend is er ook geen systematische implementatie in de praktijk gedaan van de latere fasen. Er is ook een klinische variant van DGT ontwikkeld die 3 maanden duurt en in enkele open en (al of niet gerandomiseerde) gecontroleerde studies is onderzocht.

Schema Therapie (ST)

Schematherapie is een integratieve psychotherapie waarin inzichten, methoden en technieken uit een breed scala van therapiescholen en theorieën in een cognitief theoretisch raamwerk zijn geïntegreerd (Young et al, 2003). In schematherapie wordt aangenomen dat door ongunstige omgevingsinvloeden in de kindertijd, zoals emotionele en andere trauma's en gebrek aan veiligheid, in interactie met aanleg, disfunctionele schema's en coping zijn ontstaan die de basis van de latere persoonlijkheidsproblematiek vormen. Bij persoonlijkheidsstoornissen wordt gewerkt met het schemamodusconcept: een modus beschrijft de op een bepaald moment geactiveerde schema's en coping. De patiënt kan sterk wisselen in emoties, overtuigingen en gedrag, wat met het modusconcept wordt begrepen. De therapeut dient de keuze van technieken aan te passen op de schemamodus. De technieken zelf zijn experiëntieel (ervaringsgericht), gedragstherapeutisch, cognitief en/of interpersoonlijk (gericht op de therapeutische relatie). Er wordt ook gewerkt aan het verwerken van problematische ervaringen uit de kindertijd. Verder staat de therapeutische relatie centraal als middel waarmee in behoeften voorzien kan worden waarin in de kindertijd onvoldoende tegemoetgekomen is. Aanvankelijk werd ook telefonische bereikbaarheid buiten kantooruren (doch niet 24 uur) aangeboden, maar onderzoek heeft geen bevestiging gegeven van positieve effecten daarvan en sindsdien is dit geen standaard onderdeel van het protocol (Nadort et al, 2009; van Genderen & Arntz, 2014). Er is ook een groepsvariant ontwikkeld en getest (Farrell & Shaw, 2012) al of niet in combinatie met individuele ST. Deze wordt ook middels een (dag)klinisch programma toegepast.

Mentalisation-based therapy (MBT)

Mentalisation-based therapy (Bateman 2004) is een behandeling voortgekomen uit een psychoanalytisch en hechtingstheoretisch kader. MBT is gebaseerd op de aanname dat BPS gekenmerkt wordt door beperkingen in het vermogen om goed te kunnen mentaliseren, d.w.z. de intenties, emoties en andere mentale fenomenen van de ander en zichzelf te begrijpen, m.n. tijdens stress. Ook in gehechtheidsrelaties zou door een hyperactivatie van het gehechtheidssysteem het vermogen om adequaat te kunnen mentaliseren snel verminderen. Dit zou samenhangen met de problematische hechting en de trauma's die BPS patiënten tijdens hun jeugd hebben ervaren. Het verlies van het vermogen anderen en zichzelf goed te begrijpen verstoort relaties met anderen en leidt tot verwarring over zichzelf. Juist tijdens interpersoonlijke problemen en wanneer steun van anderen nodig is om stress te verminderen leidt dit tot escalaties. Samengevat, BPS patiënten zouden een verhoogde gevoeligheid hebben om tijdens stress het vermogen om te kunnen mentaliseren te verliezen, en het doel van behandeling is dit vermogen te verbeteren. MBT kijkt in een aantal aspecten af van de meer traditionele psychoanalytische behandelingen, zoals in structurering en focus, die bij MBT vooral op mentaliseren in het hier-en-nu ligt. MBT is oorspronkelijk ontwikkeld en getest als een vorm van intensieve dagbehandeling (Bateman & Fonagy, 2001), maar later is een ambulante vorm ontwikkeld welke in twee RCTs is getest (Bateman & Fonagy, 2009; Jorgensen et al, 2012). De ambulante vorm bestaat uit een combinatie van individuele en groepstherapie; in de dagklinische vorm worden meestal ook vaktherapieën toegevoegd.

Transference-focused psychotherapy (TFP)

TFP: Transference-focused psychotherapy (Clarkin 1999) is gebaseerd op de object relatie theorie waarin BPS gekenmerkt wordt door niet-geïntegreerde representaties van het zelf en van anderen, hetgeen in standgehouden wordt door het gebruik van primitieve afweermechanismen (m.n. splijting). Anders dan MBT gaat TFP uit van het innerlijk conflict, in grote lijnen tussen nabijheid zoeken en positieve affecten enerzijds, en het streven naar autonomie en afstand anderzijds. Splijting - het uiteen houden van belevingseenheden van zelf in relatie tot een ander plus het verbindend affect - vormt de achtergrond van de instabiliteit in emoties, relaties en zelfbeeld, zo is de veronderstelling. De problematiek zou voortkomen uit een stagnatie in de ontwikkeling in de vroege jeugd. TFP is een vorm van psychotherapie waarin gefocust wordt op het hier en nu, op wat de cliënt ervaart in de therapeutische relatie, en er wordt vermeden om uitgebreid op het verleden in te gaan. In TFP wordt beoogd om de representaties van het zelf en van anderen alsnog te integreren, en het gebruik van primitieve afweer te minderen door het analyseren van de overdrachtsrelatie tussen patiënt en therapeut. Om vroegtijdige uitval te verminderen en om het gevoel achter ageer-gedrag (zoals zelfdestructiviteit) in de zitting te kunnen bespreken wordt de behandeling gestart met duidelijke afspraken daarover (het zogenaamde 'contract'). TFP is daardoor directiever dan traditionele psychoanalytische behandelingen, maar het heeft er wel de kenmerken van: de therapeut stelt zich betrokken, maar neutraal op ten op zichte van het innerlijk conflict van de patiënt, de focus op de overdracht is traditioneel, en het is een experiëntiële behandeling. Er zijn drie RCTs gedaan naar TFP.

Naast deze vier behandelvormen zijn er ook andere vormen van psychotherapie voor BPS ontwikkeld, zoals "Generalized Psychiatric Management" (GPM). De mate waarin GPM specifiek is m.b.t. BPS is echter onduidelijk. GPM bestaat uit een combinatie van psychotherapie gebaseerd op de hechtingstheoretische ideeën over BPS van Gunderson en een psychofarmaca algoritme (McMain et al., 2009, 2012). Daarnaast is de werkgroep geen onderzoek bekend waarin GPM superieur bleek aan een controle conditie of andere (specifieke) behandeling, wel bleken in één onderzoek verschillen met DGT niet statistisch significant – met als uitzondering "anger expression" op de 3-jaars follow-up (McMain et al., 2009, 2012). Omdat het ontbreken van significante verschillen geen bewijs is van equivalentie kan niet worden geconcludeerd dat GPM equivalent is aan DGT. GPM wordt in dit hoofdstuk vooralsnog niet onder de specifieke psychotherapieën geschaard, doch als een vorm van generieke psychotherapie, in afwachting van verder onderzoek en van verder explicitering van de theoretische onderbouwing. Een andere vorm van psychotherapie voor BPS is "Cognitive Analytic Therapy (CAT)". Er is echter geen RCT naar de effectiviteit van CAT voor specifiek BPS bekend (zie Clarke et al, 2013, voor een RCT naar CAT voor diverse persoonlijkheids-stoornissen). Om deze reden is CAT niet meegenomen in de categorie specifieke psychotherapie. Ook is "Client Centered Therapy" (CCT) onderzocht als behandeling van BPS. CCT gaat ervan uit dat er enkele minimale factoren zijn, die noodzakelijk en voldoende zijn om een gunstige effect van psychotherapie te bewerkstelligen, ongeacht de aard van de psychopathologie. Het CCT-protocol richt zich vooral op hoe de therapeut zich dient op te stellen in het contact met de patiënt. Dit is dus niet specifiek, maar generiek. "Supportive Psychotherapy" (SPT) is een vorm van psychoanalytische psychotherapie die vooral steunend is en beoogt om de adaptieve krachten van de patiënt te versterken. SPT is gebaseerd op een generiek model, toepasbaar op een veelheid van vormen van psychopathologie, en wordt binnen de psychoanalytische traditie vooral gebruikt bij patiënten die te kwetsbaar zijn om van een zogenaamde openleggende psychoanalytische psychotherapie te kunnen profiteren. "Structural Clinical Management" van Bateman & Kravitz kent minder psychotherapeutische en meer sociaal-psychiatrische elementen en is door de werkgroep niet als een specifieke psychotherapie beschouwd.

2 Onderbouwing

Deze onderbouwing is opgedeeld in drie secties:

- A. Literatuur
- B. Professionele kennis
- C. Ervaringsdeskundigheid

De onderbouwing wordt per sectie gepresenteerd.

2.1 Literatuur

Uitgangsvraag

Welke psychotherapieën zijn effectief bij een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?

Zoekstrategie en reviewprotocol

Ten behoeve van de beantwoording van de uitgangsvraag is een literatuuronderzoek verricht. Het reviewprotocol (zie bijlage 1) is leidend geweest in het proces van beoordelen en selectie van literatuur en de data extractie. Kortdurende psychologische interventies en trainingen zijn niet meegenomen omdat deze bedoeld zijn als aanvulling op een langdurige (psychotherapeutische) behandeling en dus niet als een volledige behandeling van BPS beschouwd kunnen worden. Alleen onderzoek naar specifieke psychotherapieën is geïnccludeerd. Deze therapieën zijn specifiek ontwikkeld voor volwassen mensen met BPS, zijn goed beschreven, en pretenderen BPS-problematiek in brede zin te behandelen (DGT, MBT, SFT en TFP). Deze interventies zijn vaak langdurig en veelomvattend. Bij de effecten is gekeken naar de algehele ernst van BPS, kernsymptomen van BPS, uitval uit de behandeling en bijwerkingen. Alleen studies met een gerandomiseerd design zijn meegenomen. De algemene zoekstrategie en de daarin gehanteerde zoektermen zijn weergegeven in bijlage 2.

Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies

De literatuursearch leverde een recente Cochrane review van Stoffels et al. (2012) over psychotherapieën voor BPS op. Zoals beschreven in het review-protocol is deze review ge-updated. Bovendien werden ontbrekende gegevens opgevraagd en ontvangen voor de studie van Clarkin et al., 2007, deze ontbraken in de Stoffers et al. (2013) review.

Het doel van de review van Stoffers et al. (2012) was om de effecten van psychologische interventies voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) te evalueren. De review bevat 14 RCT's, met totaal 1.021 patiënten, naar de effecten van DGT, MBT, TFP en/of SFT. De meeste studies hebben als vergelijkende interventie gebruik gemaakt van 'treatment as usual' (TAU) of zorg geleverd door experts ('community treatment by experts': 'CTBE'). De 14 in de review genoemde onderzoeken zijn weergegeven in bijlage 3.

Naast de review van Stoffers et al. (2012) werden zesentwintig studies, gepubliceerd in 2010 of daarna geselecteerd op basis van titel en abstract. Het jaar 2010 werd gekozen, zodat alle studies na de Stoffers et al. (2012) review konden worden geïnccludeerd. Negenentwintig studies werden geëxcludeerd op basis van de criteria van het reviewprotocol. Redenen hiervoor waren:

1. Het betrof een verkorte psychotherapie (9 studies)
2. Het betrof een andere vorm van psychotherapie dan DGT, MBT, SFT of TFP (11 studies)
3. De studie was al in de review van Stoffers et al. (2012) meegenomen (3 studies)
4. Het merendeel van de geïnccludeerde patiënten had geen BPS (3 studies)
5. De onderzoeksopzet was geen RCT (1 studie).

De zeven resterende studies werden full text bekeken. Zij betroffen een beschrijving van in totaal 6 RCT's. Eén studie werd alsnog uitgesloten (Bateman et al., 2013), omdat het een post-hoc analyse betrof en een andere studie (McMain et al., 2012) bleek een presentatie van follow-up gegeven van (McMain et al., 2009). Uiteindelijk werden vier RCT's geïncludeerd. Twee RCT's vergeleken DGT met TAU (Priebe et al., 2012; Feigenbaum et al., 2012) en één RCT vergeleek DGT met CTBE (Bedics et al., 2012). De vierde studie vergeleek MBT met Supportive Group Psychotherapy (Jorgenson et al., 2013).

Daarnaast werden ontbrekende gegevens opgevraagd en ontvangen voor de studie van Clarkin (Clarkin et al., 2007), omdat deze ontbraken in de review van Stoffers et al. (2013). Van Clarkin et al. (2007) werden echter slechts gegevens van completers ontvangen (alleen deelnemers die aan minstens 3 van de 4 metingen hadden deelgenomen) en ging het om gemodelleerde gemiddelden en SDs van de latent growth analysis.

In totaal werden er 19 RCT's geïncludeerd. Van 14 werden de gegevens uit de Stoffers et al. (2012) review overgenomen, van één werden de gegevens opgevraagd en verkregen (Clarkin et al., 2007), en van vier, die na Stoffers et al. (2012) waren gepubliceerd, werden de gegevens uit de artikelen gedestilleerd.

Uit de search voor de EBRO-module psychiatrisch management kwamen twee studies (Bateman et al., 2013 en McMain et al., 2009). In de werkgroep is besloten, mede op basis van rechtstreeks overleg met de ontwikkelaars van deze twee behandelvormen, dat deze interventies behoren bij psychotherapeutische interventies en daarom worden opgenomen in deze EBRO-module. Beide studies waren echter ook al opgenomen in de review van Stoffers et al. (2012). Het reviewprotocol van psychiatrische management staat in bijlage 4, de search voor psychiatrisch management is met dezelfde zoekstrategie gedaan als de search voor psychotherapie (zie bijlage 2).

Resultaten

INDELING VAN VERGELIJKINGSGROEPEN (COMPARISONS)

In de RCT's naar specifieke psychotherapieën is gebruik gemaakt van een scala aan vergelijkingscondities, die in te delen zijn in de categorieën 2-4 van Tabel 1: generieke psychologische of sociaal-psychiatrische behandelingen (als Client-Centered Therapie, CCT, aangepast aan BPS; General Psychiatric Management (GPM, zie boven; McMain et al., 2009); Structured Clinical Management (SCM); Bateman & Fonagy, 2009), Supportive Psychotherapy (SPT; Clarkin et al., 2007)); psychotherapeutische behandeling door experts ("CTBE"); gebruikelijke behandeling ("TAU"), inclusief wachtlijst (omdat in wachtlijstcondities de gebruikelijke behandeling ("TAU") doorging); Bij de CTBE vergelijkingsconditie werden in de regio psychotherapeuten opgespoord die ervaring hebben in het psychotherapeutisch behandelen van BPS en aangeven daar expert in te zijn, vandaar de benaming "community treatment by experts" (CTBE). Daarbij moet worden opgemerkt dat deze experts niet een andere specifieke psychotherapie toepasten, noch daarin getraind waren. Omdat deze vergelijkingscondities verschillen in de mate waarin ze volgens de vigerende modellen geacht worden actieve ingrediënten te bezitten, is het van belang om er in meta-analyses onderscheid tussen te maken. Er zijn echter te weinig studies gedaan om de vier specifieke psychotherapieën elk te vergelijken met elk van de controle condities. Ook zijn er weinig rechtstreekse vergelijkingen tussen de "big four" gedaan. Om toch algemene uitspraken te doen is daarom besloten om de vier specifieke psychotherapieën waar mogelijk samen te nemen en te vergelijken met de vergelijkingscondities. Tenslotte dient opgemerkt te worden dat psychotherapie-onderzoek, anders dan farmacologisch onderzoek, geen standaard controleconditie kent (zoals placebo bij farmacologisch onderzoek). De meeste vergelijkingscondities kennen actieve ingrediënten, die bovendien van land tot land en instituut tot instituut kunnen verschillen, en bovendien door de tijd beïnvloed kunnen worden (bijv. omdat nieuwe inzichten en technieken verspreid raken onder behandelaren). Wachtlijstcondities waren i.h.a.

continueringen van TAU, zodat ook deze niet als gegarandeerd vrij van actieve ingrediënten beschouwd kunnen worden. Een standaard TAU bestaat bovendien niet voor BPS, zodat TAU dat is wat min of meer toevallig op een bepaalde locatie gebruikelijk is te geven aan BPS-patiënten, wat van patiënt tot patiënt en van behandelaar tot behandelaar kan verschillen. De variatie in TAU is dus zeer aanzienlijk, zowel binnen als tussen studies. Dat betekent dat we eventuele heterogeniteit van bevindingen in de meta-analyses niet kunnen toeschrijven aan de experimentele behandeling, aangezien de bijdrage van de variaties in TAU niet daarvan te onderscheiden is. Hetzelfde geldt overigens voor de vergelijkingsconditie “generieke behandelingen”: in de vergelijkingen die mogelijk waren in de meta-analyses waren deze steeds verschillend.

METHODE VAN ANALYSE

Op basis van de gevonden studies en consensus van vier Nederlandse experts op het gebied van psychotherapie zijn zes vergelijkingen gemaakt. De eerste drie vergeleken specifieke psychotherapieën (DGT, MBT, SFT of TFP) met TAU, CTBE en generieke behandelingen. In deze drie vergelijkingen werden uitkomsten verdeeld naar het type specifieke psychotherapie (DGT, MBT, SFT of TFP). In de laatste drie vergelijkingen werden twee specifieke psychotherapieën met elkaar vergeleken. De data analyse werden met behulp van Review Manager 5.3 uitgevoerd. Indien meerdere effect schattingen beschikbaar waren, werden deze samengevoegd en de 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) berekend. Bij continue maten werd de gestandaardiseerde gemiddeld verschil (SMD) berekend en bij dichotome maten het Relatief Risico (RR). Na het berekenen van de uitkomsten werd met behulp van de Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methode de kwaliteit per uitkomst ingeschat.

Resultaten

STUDIEKENMERKEN

In de tabel in bijlage 5 worden de studiekekenmerken van de 19 geïnccludeerde trials gepresenteerd met in totaal 1.525 gerandomiseerde deelnemers (met een range van 24-180 deelnemers per studie). Alle studies zijn verricht in westerse landen, waaronder drie studies in Nederland. Over alle RCT's bezien is de mediaan van de gemiddelde leeftijden 31,6 (range 22 tot 42,5). De patiënten waren voornamelijk vrouwen. Deelnemers werden in bijna alle studies (k=18) in poliklinische setting geworven, in twee studies ging het om (voor een gedeelte) opgenomen deelnemers. De meeste studies sloten bepaalde patiënten uit, het ging hierbij om patiënten met de as-I-stoornissen schizofrenie, schizo-affectieve en andere psychotische stoornissen en bipolaire stoornis.

In het overgrote deel van de studies werden specifieke psychotherapieën (DGT, MBT, SFT) vergeleken met TAU of werden specifieke psychotherapieën (DGT, TFP, MBT) vergeleken met CTBE. Ook werden er specifieke psychotherapieën (DGT, MBT, TFP) vergeleken met generieke behandelingen (GPM, CCT, SCM, SPT). Twee studies vergeleken twee specifieke psychotherapieën (SFT en TFP; DGT met TFP) met elkaar. En in één studie kregen beide groepen dezelfde specifieke psychotherapie (SFT) maar één groep had ook nog de mogelijkheid tot telefonisch contact met de therapeut.

DGT is relatief het vaakst onderzocht in clinical trials, doch relatief weinig onderzoeken naar DGT hebben een maat voor de totale ernst van BPS meegenomen.

METHODOLOGISCHE KWALITEIT VAN DE STUDIES (RISK OF BIAS)

Bij het inschatten van de methodologische kwaliteit per individuele studie is gebruik gemaakt van de Cochrane Risk of Bias tool. In bijlage 6 is een tabel opgenomen met de schatting per studie. Geen enkele studie had een hoog risico op vertekening (bias) door het randomisatie- of toewijzingsproces. Echter, de methode van randomisatie was bij vier onderzoeken onduidelijk en bij zeven onderzoeken was de toewijzing onduidelijk. Het maskeren van de deelnemers en hulpverleners in RCT's over psychologische interventies is zo goed als onmogelijk, wat een hoog risico op vertekening bij alle

studies betekent. In drie studies waren de uitkomstbeoordelaars onvoldoende gemaskeerd en bij twee was dit niet duidelijk gerapporteerd. Of alle gemeten uitkomsten gerapporteerd zijn is onvoldoende duidelijk in dertien onderzoeken, in de andere vijf studies zijn alle uitkomsten gerapporteerd. In bijna alle studies is duidelijk dat de deelnemers zich goed aan het behandelprotocol hielden, in twee studies is het niet gerapporteerd.

UITKOMSTEN EN DE BEWIJSKRACHT VAN DE CONCLUSIES VAN DE META-ANALYSE

In bijlage 7 is een overzicht van de resultaten per uitkomst (geen enkele studie rapporteerde over de negatieve bij-effecten) en de bewijskracht volgens GRADE weergegeven. Er zijn geen uitkomsten van de meta-analyse waaruit een hoge bewijskracht volgde, voornamelijk omdat er per uitkomstvariabele te weinig studies en deelnemers waren, of het aantal gebeurtenissen te laag was ("imprecision") om volgens de GRADE systematiek een op meta-analyse gebaseerde vertrouwenwekkende en/of precieze uitspraak te kunnen doen. Wel waren er enkele uitkomsten met volgens de GRADE systematiek een matige bewijskracht. In de overige uitkomsten was de bewijskracht van de uitkomst volgens de GRADE systematiek laag tot zeer laag.

VERGELIJKINGEN TUSSEN DE VERSCHILLENDE INTERVENTIES

In de volgende paragrafen worden de resultaten van vergelijkingen tussen de verschillende interventies gepresenteerd. In bijlage 8 zijn de 'forestplots' van deze vergelijkingen weergegeven. Als een uitkomst gebaseerd is op één studie is hier geen forestplot van, behalve voor vergelijking 4, 5 en 6. Omwille van de leesbaarheid worden de statistische parameters van deze vergelijkingen hier niet gepresenteerd. De volledige tekst met statistische toetsen is opgenomen in bijlage 9.

VERGELIJKING 1 EN 2: SPECIFIEKE PSYCHOTHERAPIE VERSUS TAU OF VERSUS CTBE

De studies die in deze twee vergelijkingen zijn opgenomen rapporteerde de uitkomsten direct na afronding van de behandeling, in de meeste gevallen na 52 weken. Op een groot aantal uitkomsten was specifieke psychotherapie effectiever dan TAU (Bateman et al., 1999; Carter et al., 2010; Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991 en 1994; Farrell et al., 2009; Feigenbaum et al., 2012; Priebe et al., 2012; Steil et al. 2010; Van den Bosch et al., 2012), op algehele ernst van BPS, parasuïcidaal gedrag, interpersoonlijke problemen, affectieve instabiliteit en impulsiviteit. Er werden geen aantoonbare verschillen gevonden op de uitkomsten dissociatie, boosheid en het voortijdig stoppen met de therapie.

De uitkomst suïcidaal gedrag is op twee verschillende wijze gemeten. Na analyse waren de uitkomsten tegenstrijdig. Als er naar het aantal gevallen werd gekeken dan werd er een gunstig effect gevonden in het voordeel van de psychotherapie, maar bij de continue uitkomst (gemeten met een vragenlijst) werd geen aantoonbaar verschil aangetroffen.

In de vergelijking van specifieke psychotherapie met CTBE (Bedics et al., 2012; Doering et al., 2010; Jorgensen et al., 2013;) zijn minder uitkomsten beschikbaar. Het bleek dat specifieke psychotherapieën effectiever waren dan CTBE op de algehele ernst van BPS. Bij suïcidaal gedrag, parasuïcidaal gedrag en interpersoonlijk problemen was er geen (aantoonbaar) verschil tussen specifieke therapieën en CTBE. Verder stopten significant meer mensen voortijdig met CTBE dan met specifieke psychotherapie.

VERGELIJKING 3: SPECIFIEKE PSYCHOTHERAPIE VERSUS GENERIEKE BEHANDELINGEN

Vier studies hebben specifieke psychotherapie van 52 weken vergeleken met een generieke behandeling van 52 weken. Het ging om DGT vergeleken met GPM (McMain et al., 2009), DGT vergeleken met CCT (Turner et al., 2000), MBT vergeleken met SCM (Bateman et al., 2009), en één studie met drie armen waar TFP werd vergeleken met SPT en DGT (Clarkin et al., 2007). Alleen de meta-analyse op de uitkomstmaat 'stoppen met de psychotherapie' is gebaseerd op een vergelijking met alle vier studies. Er bleek hierbij geen verschil te zijn tussen specifieke en generieke behandeling.

In verband met de enorme heterogeniteit van de andere uitkomsten zijn de resultaten per studie bepaald.

DGT bleek effectiever dan CCT op suïcidaal gedrag, parasuïcidaal gedrag en dissociatie. Er was geen (significant) verschil op boosheid en impulsiviteit. In de tweede subgroep (DGT versus GPM) was er direct na de behandeling met DGT in vergelijking met GPM geen significant verschil op alle gemeten uitkomsten. Dit was ook het geval tijdens een follow-up meting (156 weken), met als uitzondering de uitkomst boosheid. DGT was daar minder effectief dan GPM. Uit de resultaten van de derde subgroep bleek MBT effectiever dan SCM op de uitkomsten suïcidaal gedrag, parasuïcidaal gedrag en interpersoonlijke problemen.

Uit de resultaten van de laatste twee subgroepen bleek dat DGT en TFP in vergelijking met SPT niet effectiever waren op de uitkomsten suïcidaal gedrag, boosheid en impulsiviteit.

VERGELIJKING 4: SFT VERSUS TFP

Deze vergelijking bestond uit één studie (Giesen-Bloo et al. 2006). Na 156 weken behandeling bleek SFT effectiever op de algehele ernst van BPS en er bleken significant meer mensen te stoppen met TFP.

VERGELIJKING 5: DGT VERSUS TFP

Deze vergelijking bestond uit één studie (Clarkin et al., 2007). Na 52 weken behandeling bleek er geen significant verschil tussen DGT en TFP op de uitkomsten suïcidaal gedrag, boosheid en impulsiviteit. Alleen was de kans twee keer zo groot dat de deelnemers zouden stoppen met DGT, vergeleken met TFP.

VERGELIJKING 6: SFT VERSUS SFT+TTA

Deze vergelijking bestond uit één studie (Nadort et al., 2009). Na 78 weken behandeling bleek er geen verschil in de uitkomst algehele ernst van BPS en het stoppen met psychotherapie tussen de behandelvormen.

2.2 Professionele kennis

De beschikbare wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van (specifieke) psychotherapie is onvoldoende om alleen daarop richting te geven aan het professioneel handelen. Als aanvulling daarop, is de kennis van hulpverleners die in de praktijk werken (professionals) en van ervaringsdeskundigen (cliënten- en familievertegenwoordigers) hierbij wezenlijk, ook al kan daaraan niet dezelfde status als aan empirische kennis worden toegekend. In het navolgende wordt beschreven hoe de professionele kennis vergaard is, welke informatie verzameld is en welke conclusies op basis hiervan getrokken kunnen worden.

Uitgangsvragen

De topicgroep heeft de oorspronkelijke uitgangsvraag “Welke psychotherapieën zijn effectief bij een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?” verder uitgewerkt in een vijftal gespreksthema's:

- Zorgorganisatie rond patiënten met een BPS,
- Indicatiestelling,
- Multidisciplinair werken (Psychotherapie in een multidisciplinair team),
- Aandacht voor omgeving,
- Uitkomst en effecten.

Thema 2 is ook bij de focusgroep diagnostiek aan de orde geweest.

Zoekstrategie en werkwijze

Om de professionele kennis te ontsluiten heeft de werkgroep besloten een focusgroep te organiseren. Een focusgroep is een kwalitatieve onderzoeksmethode. Het gewicht van resultaten die verkregen worden met een focusgroep, wordt onder andere bepaald door; de kennis van afzonderlijke deelnemers en de samenstelling van de focusgroep (diversiteit). De groep wordt daarom zorgvuldig samengesteld en bestaat idealiter uit acht tot twaalf deelnemers. Er wordt gesproken over een aantal thema's (in dit geval vijf) die de topicgroep heeft uitgewerkt. Door de uitwisseling van meningen en kennis beïnvloeden de groepsleden elkaar. Verdieping van de kennis rond de thema's is het doel. De conclusies die getrokken worden op basis van de focusgroep, worden besproken in de topicgroep en vervolgens in de werkgroep. Alleen die *conclusies* waarover veel consensus is in zowel de focusgroep, als de topicgroep en de werkgroep, worden uiteindelijk opgenomen in de EBRO-module. Alleen op basis van deze conclusies worden aanbevelingen gedaan. Op deze wijze krijgen de resultaten voldoende gewicht en meent de werkgroep algemeen geldende conclusies te kunnen trekken en aanbevelingen te kunnen doen. Dit betekent dat niet alle opmerkingen die in de paragraaf *Resultaten* staan terugkeren in de conclusies en aanbevelingen.

Resultaten

Tien experts uit het hele land die doorgaans geschoold waren in één of meerdere specifieke psychotherapievormen voor BPS (MBT, ST, DGT en TFP) hebben deelgenomen aan de focusgroep. Het waren met name klinisch psychologen (veelal ook psychotherapeut, soms ook manager) en er was één psychiater. De groep werd geleid door de voorzitter van de topicgroep en een lid van de projectgroep dat veel ervaring heeft met het leiden van groepsgesprekken.

Op basis van de bespreking in de focusgroep zijn de volgende uitkomsten samengevat. Zie voor het onderliggende materiaal (het uitgebreide verslag) bijlage 10 (Totstandkoming praktijkonderbouwing thema psychotherapie).

Zorgorganisatie rond patiënten met een BPS

DIVERSITEIT VAN HET ZORG- EN BEHANDELAANBOD

Zoveel mensen, zoveel uitingsvormen van de borderline problematiek. Niet iedereen 'past' in elke vorm van psychotherapie en niet iedere patiënt voelt zich thuis bij elke stroming. Patiënten dienen de mogelijkheid tot kiezen te hebben en daar moeten ze goed over voorgelicht worden. Voor veel patiënten is de combinatie van individuele en groepsbehandeling passend, maar anderen profiteren niet van groepstherapie of bemoeilijken het groepsproces teveel. Voor weer anderen gaat het om de combinatie van farmacotherapeutische en psychotherapeutische behandeling. Dit impliceert dat er een gevarieerd behandel aanbod aanwezig dient te zijn, waaronder dus verschillende vormen van specifieke psychotherapie. Aanvullend aan de 'big four' (MBT, ST, DGT en TFP) zou ook een aanbod beschikbaar moeten zijn dat meer milieugericht is, zoals systeemtherapie en aanvullende omgevingsgerichte interventies. Andere disciplines zoals het maatschappelijk werk zijn hierbij onmisbaar.

De organisatie van de zorg moet flexibel ingericht zijn zodat er rekening gehouden kan worden met langdurige behandelingen met wisselende intensiteit. Dit opschalen en afschalen is met name van toepassing bij (dag) klinische behandeling. Wenselijk is dat een patiënt kan 'schakelen' tussen klinische en dagklinische behandeling met continuïteit van behandelaar en groep. Flexibel in de dosering en verschillende intensiteit. Ook in het nabehandelingstraject heeft de patiënt nog steeds te maken met dezelfde behandelaar/team. Op deze wijze is het mogelijk de behandeling geleidelijk af te ronden. Veel is te winnen in de samenwerking tussen de verschillende schakels waar wisselende intensiteit van behandeling wordt geboden: bijvoorbeeld ambulante en klinische aanbod. Hierbij is continuïteit van zorg en multidisciplinaire samenwerking van belang.

SCHOLING, DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING, INTERVISIE EN SUPERVISIE

Hoe specifieker de methodiek (therapie) is, hoe meer het nodig is dat de hulpverleners daar goed in opgeleid worden. Er dient zorggedragen te worden voor permanente (bij)scholing en intercollegiale deskundigheidsbevordering. De zorgorganisatie moet qua tijd en geld zorg dragen voor de continuïteit; zowel in het opleiden van de medewerkers als in het zoveel mogelijk behouden van het personeel. Bijscholing, supervisie en intervisiebijeenkomsten (mono- en multidisciplinair) zijn noodzakelijk voor de kwaliteit van de zorg en ze zijn inspirerend en motiverend voor een team. Het is wenselijk dat deskundigen van buiten het team supervisie bieden, omdat ze op afstand van het team staan en het team dus beter kunnen begeleiden in zowel de complexe problematiek van patiënten als in complexe teamprocessen. Het doel moet zijn kwaliteitsverbetering en/of meedenken maar niet controleren.

Binnen grotere instellingen is permanente intercollegiale deskundigheidsbevordering makkelijker te realiseren maar in kleine organisaties of bij vrijgevestigde behandelaars is dat moeilijker.

Bij dit alles is ook van belang dat hulpverleners geregistreerd zijn bij de verschillende beroepsverenigingen c.q. - registers, en dat deze kwaliteitseisen stellen en bij- en nascholing organiseren.

Wenselijk is dat hulpverleners een keuze hebben binnen de organisatie waar ze werkzaam zijn: In welke methodiek willen ze zich bekwaamen. De keuze voor een specialisatie moet niet van boven opgelegd worden. Dat is nu vaak wel het geval. Het zorg- en behandel aanbod moet gedragen worden door het management van de organisatie.

KWALITEIT VAN HET ZORG- EN BEHANDELAANBOD

Implementeer alleen de onderzochte programma's. Het is onwenselijk dat een uitgekleed programma wordt aangeboden, bijvoorbeeld een minder intensieve behandeling door minder sessies te geven, geen telefonische bereikbaarheid en geen individuele coaching. Dergelijke uitgeklede behandelprogramma's zijn niet onderzocht, dus de werkzaamheid ervan is niet bewezen. 'Nieuwe' behandelvormen moeten eerst onderzocht worden op dosis of intensiteit.

Bij dit alles worden enkele randvoorwaarden genoemd:

Het multidisciplinaire team dient affiniteit te hebben met deze patiëntengroep.

De zorgorganisatie en de verzekeraars dienen zorg te dragen voor een adequate financiering van het specifieke zorg- en behandel aanbod.

Administratieve- en secretariële ondersteuning is van belang om te voorkomen dat (dure) vaktherapeuten, psychotherapeuten en andere hulpverleners zich te veel bezig moeten houden met administratie.

Er dient aandacht te zijn voor het ondersteunend personeel (secretariaat/receptie) qua gespreksvaardigheden: Met één verkeerd telefoontje kun je mensen 'wegjagen' en dit personeel kan anderzijds ook in de problemen raken door een patiënt.

SAMENWERKING IN DE KETEN

Het belang van goede samenwerking in de keten wordt breed ondersteund. In dit kader wordt samenwerking genoemd met de Generalistische Basis GGZ (GB GGZ). Enerzijds voor het indiceren (wie hoort waar thuis) en anderzijds ook om patiënten na de behandeling eventueel weer terug te kunnen verwijzen. Dit alleen al om de doorstroming te verbeteren en daarmee capaciteit te maken voor specifieke behandeling. Gepleit wordt voor het weghalen van de schotten tussen de specialistische ggz en de (wijkgerichte) basis-ggz. Mogelijk zou er één team van gemaakt moeten worden. Momenteel is het heel moeilijk om de psychotherapie voort te zetten als behandeling in de specialistische ggz niet meer nodig is.

Samenwerking en afstemming met andere instellingen is een aandachtspunt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Heb speciale aandacht voor ouders met kinderen die in behandeling zitten: een realiteit is dat ze tien behandelaars over de vloer krijgen en veel ouders voelen de dreiging dat hun kind(eren) uit huis geplaatst kunnen worden.

Goed overleg met voorzieningen in de omgeving (medicatie voorschrijvende artsen, crisisfaciliteiten) is nodig voor zelfstandig gevestigden. Belangrijk is dat ze goed ingebed zijn. Geschakeerde en geschakelde zorg.

Binnen zorgorganisaties is samenwerking met andere zorgprogramma's wezenlijk zodat een patiënt bijvoorbeeld een deeltijdbehandeling bij een ander zorgprogramma kan krijgen. Een patiënt met bijvoorbeeld een eetstoornis kan dan door een ander specialisme behandeld worden.

NABEHANDELING

Nabehandeling dient goed geregeld worden. Enige vorm van psychotherapie zou hierin voortgezet moeten worden waardoor mensen niet terugvallen. Het hoeft niet intensief te zijn maar wel gegarandeerd, bijvoorbeeld door een aantal terugkomsessies mogelijk te maken.

Ook wanneer de behandeling is afgesloten, dienen er mogelijkheden te zijn om de behandelrelatie te continueren, bijvoorbeeld bij een dreigende terugval. Onwenselijk is dat iemand zich bij een centraal aanmeldingspunt moet melden waarbij hij/zij de kans loopt naar een andere plek in de zorgorganisatie verwezen te worden. Het is beter dat de behandelaar zelf het gesprek met de patiënt aan gaat wanneer hij/zij zich weer aanmeldt in plaats van een nieuwe hulpverlener.

Indicatiestelling

INDICATIESTELLING SPECIEFIEKE PSYCHOTHERAPIE EN SETTING

Specifieke psychotherapie is vrijwel altijd geïndiceerd behalve als er therapie-interfererende factoren zijn die dat belemmeren of zelfs een contra-indicatie zijn. Noodzakelijk is om dan eerst daar aandacht aan besteden. Denk hierbij aan ernstige sociaal maatschappelijke problemen, een ernstig psychotisch toestandsbeeld, een te laag IQ, of een verslaving die op de voorgrond staat.

Er zijn enkele contra-indicaties voor specifieke psychotherapie in groepsverband. Het gaat dan om patiënten die niet te handhaven zijn in een groep, bijvoorbeeld patiënten met heftige dissociatie (ernstige trauma). Het gaat om de draagkracht van de groep. Er is een grens bij dissociatie, ernstige suïcidaliteit en ernstig antisociaal gedrag.

(Dag)klinische behandeling is geïndiceerd indien:

- Eerdere ambulante behandelingen onvoldoende effectief zijn geweest.
- Patiënten op allerlei levensgebieden vastgelopen zijn.
- Patiënten geen sociale omgeving en dagbesteding (meer) hebben. De (dag)kliniek biedt dan een tijdelijke omgeving die noodzakelijk is om verder te komen in de therapie.
- Aanbevolen wordt te starten met laag intensieve dagbehandeling (twee dagen) als dat niet werkt meer (opschalen). Of er moeten goede redenen zijn om gelijk klinische behandeling in te zetten, bijvoorbeeld bij hele complexe problematiek: 'In één keer goed'.

Als de patiënt op sociaal maatschappelijk gebied nog goed gaat, moet je eerst ambulante behandeling proberen. Bij dit alles is de motivatie van belang: niet iedereen is gemotiveerd voor een langdurige (dag)klinische behandeling.

Er is behoefte aan een organiserend principe met betrekking tot de differentiële indicatiestelling. Wetenschappelijk onderzoek op basis waarvan men kan indiceren voor deze of gene psychotherapie ontbreekt maar is wel gewenst. Enige consensus bestaat er wel over de volgende aspecten:

- Als de evidentie zo beperkt is, zou voorkeur van een patiënt zwaarwegend moeten zijn. Goede informatieverstrekking is hierbij cruciaal.
- In de praktijk zijn er wel wat ideeën over de indicatiestelling. Er worden echter ook keuzes gemaakt op geleide van weinig rationele beweegredenen die van centrum tot centrum kunnen verschillen. Daardoor worden dan ten onrechte drempels opgeworpen voor psychotherapie.
- In dit kader wordt ook opgemerkt dat het mogelijk niet zoveel uitmaakt welke stroming voor wie ingezet wordt. Het gaat om de denkrichting van de hulpverlener (hoe hij een patiënt plaatst of ziet). Het gaat om de voorkeur van de patiënt, bijvoorbeeld individuele behandeling of per se in een groep. En het gaat om de match van de patiënt die gelooft in een bepaalde aanpak en de therapeut die gelooft in een bepaalde aanpak. Het gaat hier nadrukkelijk om gezamenlijke besluitvorming (SDM).
- Een goede werkwijze die het maken van een keuze voor de 'big four' ondersteunt, is de werkwijze die hier en daar in het land toegepast wordt: Patiënten worden een 'korte groep van vier keer' ofwel een oriënterende groep aangeboden waarin alle behandelmogelijkheden en samenhangende aspecten aandacht krijgen. Aan het eind kunnen patiënten een voorkeur uitspreken en als daar niet veel op tegen is, gebeurt het.
- Periodiek dient geëvalueerd te worden of de behandeling van een patiënt nog zin heeft, of dat een andere methode wellicht beter helpt, of dat beter gestopt kan worden.

VERBREIDING INDICATIEGEBIED

Er wordt gepleit voor het verbreden van het indicatiegebied voor de specifieke psychotherapie. Dit lijkt ook al wat gaande is in het land.

- Voorgesteld wordt om ook mensen met een lager IQ mee te nemen. Met name mensen met een IQ net onder de 85. De programma's dienen meer toegankelijk gemaakt te worden voor mensen met een verstandelijke beperking. In dit kader wordt het screeningsinstrument SCIL toegepast (SCIL Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking).
- Ook de groep patiënten die in stress situaties psychotisch wordt, kan mogelijk geholpen worden met de specifieke psychotherapie (Low-level borderline-organisatie). De zorgprogramma's moeten opgerecht worden, zodat ook de psychotisch kwetsbare mensen behandeld hiermee kunnen worden.
- Bij de Werkgroep Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (PS) is psychotherapie voor EPA PS patiënten groep als eerste keuze aangemerkt. Ook in de oorspronkelijke multidisciplinaire richtlijn PS is dat aanbevolen. In de praktijk gebeurt het niet: de EPA PS patiëntengroep krijgt niet of in beperkte mate psychotherapie aangeboden.

Multidisciplinair werken

HET MULTIDISCIPLINAIRE TEAM EN HET BEHANDELMILIEU

Met betrekking tot farmacotherapie is het wezenlijk dat degene die de medicatie voorschrijft onderdeel uitmaakt van het team (bijvoorbeeld de psychiater). Een goed gekwalificeerde hoofdbehandelaar (klinisch psycholoog, psychotherapeut; het hoeft geen psychiater te zijn) die beschikbaar is voor andere betrokken hulpverleners, geeft de beste resultaten.

Er dient een gelijkwaardige manier van samenwerken tussen de klinisch psycholoog of psychotherapeut en de psychiater te zijn. Afstemming van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandeling is noodzakelijk voor een kwalitatief goede behandeling.

De combinatie van individuele behandeling en systeemtherapie is belangrijk. Kennis op gebied van 'milieu denken' is onmisbaar in het team. Systeem therapeutische expertise moet aan de voordeur present zijn. Dit geldt ook voor expertise op het gebied van trauma. Alles zou in het team beschikbaar moeten zijn.

Het belang van de vaktherapie wordt onderkend en vaktherapie wordt door patiënten hoog gewaardeerd. In de praktijk wordt deze therapie eruit bezuinigd: Dit is een onwenselijke ontwikkeling. Ook vaktherapeuten dienen de mogelijkheid te krijgen om zich te scholen. Ook wanneer volledige scholing in een specifieke behandelvorm niet mogelijk is (gebrek aan tijd en middelen), kunnen de relevante elementen qua attitude, taal en methodiek wel overgedragen worden. Van belang is immers dat degenen die in (dag)klinische settings meedraaien ook geschoold zijn in de psychotherapeutische methode van de (dag)kliniek. Voorwaarde is dat de hulpverleners voldoende toegerust zijn voor hun taak.

Zorg voor verschillende persoonlijkheden in een (multidisciplinair) team. Mannen en vrouwen, jonge en oudere hulpverleners, bedaalde rustige types en energieke actievelingen. Dit alles geeft een prettige dynamiek

Laat hulpverleners doen waar ze voor geëquipeerd zijn. Hulpverleners dienen opgeleid te zijn voor wat ze moeten doen en over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken. Let op rolonduidelijkheid. Het spreekt voor zich dat dit gevolgen heeft voor de organisatie van het werk en de formatie.

Het behandelmilieu is een belangrijke factor om te bewaken met name in een (dag)klinische setting. Het is een versterkende kracht in de behandeling van mensen met een BPS. Het biedt mensen een nieuw veilig referentiekader. Van belang is dat in het hele leefmilieu consistent met een behandelvisie wordt gewerkt en dat één taal gesproken wordt (binnen MBT, DGT, TFP of ST termen).

Aandacht voor de omgeving

Betrek naasten bij de behandeling, het liefst vanaf de intake. Betrek naasten in elk geval voorafgaand aan het aangaan van een langdurige behandeling. Parallel aan de behandeling is het belangrijk dat de naasten meegenomen worden in het model waarin de patiënt een behandeling krijgt: bijvoorbeeld een partnergroep. Het aantal sessies kan doorgaans beperkt blijven. Daarmee wordt de naaste "partner in de zorg". Draag uit dat het belangrijk is om naasten te betrekken bij de behandeling.

Het is wenselijk dat ook nauwelijks betrokken en zelfs mishandelende of ziekmakende partners vanaf intake meegenomen worden. Hulpverleners houden dan meer zicht op de situatie. Soms is het goed om wat verder te vragen naar belangrijke anderen die de patiënt kunnen steunen.

Van belang is oog te hebben voor de Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) en Kinderen van Verslaafde Ouders (KVO) en de eventuele ondersteuning en/of therapie die ze krijgen of nodig hebben. Vaak zijn kinderen ergens anders in behandeling. Dit kan een belemmerende factor zijn in de therapie van de ouder alleen al omdat er veel energie van de ouder in gaat zitten. Er moet afstemming zijn tussen de Jeugdhulp en de ggz maar de behandelaars zijn er soms ook huiverig voor om een initiërende rol te hebben. Een dilemma voor hulpverleners kan zijn of na auto-intoxicatie van de moeder onmiddellijk een melding gedaan moet worden bij het AMK. Er valt ook wat tegen te zeggen. Anderzijds mogen hulpverleners het ook niet bagatelliseren. Van belang is om hier in het team van gedachte te wisselen.

Voor partners worden specifieke methodieken aanbevolen, zoals bijv. de training 'Houd me vast'.

Uitkomst en effecten

OVER DE KWALITEITSCONTROLE

Een kanttekening bij de kwaliteitscontroles is dat het de administratieve last niet dient te vergroten. Metingen kunnen gebruikt worden om meer objectief te meten hoe het met de patiënt gaat naast de globale indruk van de hulpverlener. Een optie is dat anderen de metingen afnemen.

Er wordt opgemerkt "Laat de keuze voor het meetinstrument bepalen door het behandelproces: "Wat zal mijn patiënt belangrijk vinden om nu in te vullen." Bespreek de uitkomsten samen met de patiënt. " Terugkerend naar het gebruik van standaardmetingen wordt opgemerkt dat de uitkomsten ook meer gebruikt zouden moeten worden om slechte resultaten bij bepaalde subgroepen of bij bepaalde teams te signaleren en met specifieke maatregelen voor verbetering te zorgen.

Intercollegiaal overleg, intervisie, supervisie Er moet gezocht worden naar een evenwicht. Waar zit de grens qua tijdsinvestering. Dat is een spanningsveld.

Hulpverleners dienen zich te houden aan de kwaliteitseisen van de beroepsverenigingen. Duidelijk is wat geëist wordt qua leertherapie, theoretische kennis, opdoen ervaringen. Blijvende aandacht hiervoor is van belang.

UITKOMST EN EFFECTEN VAN BEHANDELING

Van belang is dat de behandelaar en de patiënt bij de start in gesprek gaan over wat de gewenste uitkomsten van de psychotherapie zijn. Wat wil de patiënt bereiken: Symptoomreductie of remissie, een andere relatie tot je zelf, herstellen van sociale rollen, een partnerrelatie kunnen hebben, weer kunnen werken, een plek hebben in je gezin, een betekenisvol en zinvol leven opbouwen, verbetering van de kwaliteit van leven. Hulpverleners hoeven niet altijd een rol te spelen bij elk onderdeel van het herstelproces.

Een complicerende factor bij deze patiëntengroep is dat de symptomen vaak wel onder controle gebracht kunnen worden maar de maatschappelijke integratie (opleiding, werk, vrijwilligerswerk, dagbesteding...) vormt de grootste uitdaging. Alleen al om deze reden wordt gepleit voor onderzoek naar de invloed van het hebben van werk op het herstel bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek en onderzoek naar effectieve methodes voor het ondersteunen van patiënten bij maatschappelijke integratie.

Vanuit hulpverlenerszijde wordt opgemerkt dat bij veel patiënten geen sprake is van 'herstel'. Mensen met een BPS hebben bepaalde vaardigheden nooit gehad en moeten juist iets nieuws ontwikkelen: Er is geen herstel naar het oude niveau, maar groei naar een gezonder functioneren.

2.3 Ervaringsdeskundigheid

Cliënten/Familie Psychotherapie

Ervaringskennis

Tijdens het behandelproces zijn er tal van beslismomenten. Wetenschappelijke evidentie is belangrijk om de behandelkeuzes te onderbouwen. Tegelijkertijd is wetenschap alleen onvoldoende om beslissingen te nemen. Om een deugdelijk besluit in de spreekkamer te nemen moeten drie kennisbronnen geïntegreerd worden, namelijk de wetenschappelijke evidentie, de expertise van de professional en de voorkeuren van de cliënt. De ervaringskennis van ervaringsdeskundigen kan

helpen om een beeld te krijgen van de voorkeuren van de cliënt. Uiteindelijk gaat het echter om een individueel besluit over het zorgproces in een individueel geval (N=1).

Uitgangsvraag

De oorspronkelijke uitgangsvraag “Welke psychotherapieën zijn effectief bij een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?” is verwerkt in een vragenlijstonderzoek. Naast de vraag of en welke psychotherapie iemand heeft gehad zijn de volgende onderdelen aan bod gekomen:

- informatie over mogelijkheden,
- betrokkenheid bij therapiekeuze,
- waardering van psychotherapie,
- monitoring van psychotherapie,
- betrokkenheid van naasten.

Verder is gevraagd naar zaken die geholpen hebben bij het verminderen van de klachten respectievelijk zaken die geholpen hebben om het leven weer op de rails te krijgen alsmede zaken die hebben gehinderd bij het proces tot herstel. Bij de drie vragen waren steeds items opgenomen die betrekking hadden op psychotherapie.

Werkwijze

Om de ervaringskennis te ontsluiten heeft de werkgroep besloten om een online enquête te houden onder cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het doel van de vragenlijst was het inventariseren van zaken die volgens cliënten wel en niet helpen. De vragen zijn opgesteld door de cliënten- en familievertegenwoordigers uit de werkgroep in samenspraak met het Trimbos instituut. De enquête is verspreid onder de achterban van de cliënten- en familieorganisaties en het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen alsmede het netwerk van de professionals uit de werkgroep en de focusgroepen.

De respons op de enquête kent een verloop van vrijwel 330 cliënten bij de start van de vragenlijst naar circa 160 cliënten bij het eind van de vragenlijst. Tijdens het invullen van de vragen is ruim de helft van de respondenten afgehaakt. De resultaten zijn gebaseerd op het aantal cliënten dat de desbetreffende vraag heeft beantwoord. De enquête geeft een voorzichtige indicatie wat onder cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis leeft. Vanwege de wijze van werven van respondenten via behandelaren en de uitval bij het invullen van de vragenlijst geeft de enquête waarschijnlijk geen representatief beeld en zijn cliënten die (psycho)therapie krijgen waarschijnlijk oververtegenwoordigd. De resultaten zijn vooral gebaseerd op de rechte tellingen van de vragenlijst.

Resultaten en Discussie

Het merendeel van de cliënten, circa drie kwart, krijgt of kreeg een vorm van psychotherapie. Daarmee verschilt de uitkomst van de enquête van de kloofstudie van Hermens et al., waarin werd vastgesteld dat de mediaan van 23 procent een vorm van psychotherapie kreeg. Mogelijk is het verschil toe te schrijven aan de wijze van werven van de respondenten (veelal via de behandelaar). Tegelijkertijd blijft een kwart van de cliënten uit de enquête verstoken van een vorm van psychotherapie, waarbij helaas niet kan worden vastgesteld of het komt door de voorkeur van de cliënt, de motivatie van de cliënt of het aanbod van de behandelaar.

De Big Four hebben een prominente plaats binnen de groep cliënten met psychotherapie; circa 60 procent krijgt of kreeg een of meer van de Big Four behandelingen, waarbij DBT en ST duidelijk het meest werden genoemd, gevolgd door MBT en TFP. Naast de Big Four werd door de cliënten regelmatig VERS en CGT genoemd. Overigens zeggen de cijfers niets over de mate waarin de protocollen consequent worden gebruikt. Opmerkelijk is het feit dat een circa kwart van de cliënten met psychotherapie niet weet welke therapie ze krijgen of kregen. Mogelijk zijn desbetreffende

cliënten niet of onvoldoende geïnformeerd over het al dan niet beschikbare aanbod aan psychotherapie en hebben ze derhalve geen keus voor een vorm van psychotherapie kunnen maken.

INFORMATIE OVER MOGELIJKHEDEN

Een aanzienlijk deel van de respondenten (42,4 procent) vond dat ze in onvoldoende mate waren geïnformeerd over de therapiemogelijkheden, hetgeen in mindere mate gold voor de Big Four cliënten. Ruim een derde deel van de respondenten vond dat ze in voldoende mate waren geïnformeerd over de therapiemogelijkheden, hetgeen in meerdere mate gold voor de Big Four cliënten. Zonder adequate informatie over de behandelopties, de voor- en nadelen van de mogelijkheden en de kansen en risico's voor het individu kan niemand een weloverwogen keuze maken. De resultaten laten zien dat een aanzienlijk deel van de cliënten in de huidige praktijk waarschijnlijk onvoldoende informatie krijgt over de therapiemogelijkheden.

BETROKKENHEID BIJ THERAPIEKEUZE

Ruim de helft van de respondenten vond dat ze in voldoende mate betrokken waren bij de keuze voor de psychotherapie, hetgeen in meerdere mate gold voor de Big Four cliënten. Tegelijkertijd vond een derde deel dat ze onvoldoende betrokken waren bij de keuze, hetgeen in mindere mate gold voor de Big Four cliënten. Een cliënt moet een weloverwogen keuze kunnen maken tussen de behandel-mogelijkheden. Derhalve is het belangrijk dat de behandelaar adequate informatie aan de cliënt verschaft zodat ze vervolgens gezamenlijk een besluit kunnen nemen over het behandelplan. De resultaten suggereren dat de huidige praktijk onvoldoende recht doet aan het betrekken van cliënten bij hun therapiekeuze.

WAARDERING VOOR PSYCHOTHERAPIE

Ongeveer drie kwart van de respondenten vindt of vond psychotherapie een belangrijk onderdeel van hun behandeling, hetgeen in meerdere mate gold voor de Big Four cliënten. Ongeveer zes procent vond het geen belangrijk onderdeel van hun behandeling, hetgeen in mindere mate gold voor de Big Four cliënten. Het belang van psychotherapie voor de behandeling van BPS wordt door de respondenten duidelijk onderschreven. De waardering voor psychotherapie is in lijn met de wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van psychotherapie. De resultaten bevestigen het belang van psychotherapie in de ogen van de cliënten en lijken te suggereren dat de Big Four therapieën door de cliënten beter worden gewaardeerd.

MONITORING VAN PSYCHOTHERAPIE

Een aanzienlijk deel van de respondenten (42,6 procent) vond dat de psychotherapie in voldoende mate regelmatig werd geëvalueerd, hetgeen in meerdere mate gold voor de Big Four cliënten. Bijna een derde deel van de respondenten vond dat de psychotherapie onvoldoende regelmatig werd geëvalueerd, hetgeen in mindere mate gold voor de Big Four cliënten. Om zin en nut van een be-handeling te bepalen is het nodig om het doel en het effect van de behandeling periodiek te beoordelen. Zonder regelmatige evaluatie kan psychotherapie verzanden in een zinloze en heilloze exercitie. De resultaten laten zien dat de psychotherapie in de huidige praktijk bij een aanzienlijk deel van de cliënten onvoldoende wordt geëvalueerd.

BETROKKENHEID VAN NAASTEN

Ruim de helft van de respondenten accepteert dat hun naasten betrokken worden bij hun psychotherapie en bijna de helft vindt dat betrokkenheid van hun naasten helpt bij het volgen van de therapie (therapietrouw). Ongeveer een kwart is het hiermee (helemaal) oneens. Een aanzienlijk deel van de naasten is volgens de respondenten onvoldoende geïnformeerd over hun therapie. Het betrekken en informeren van naasten bij therapie is vaak een punt van discussie, aangezien er situaties zijn waarin naasten een averechts effect op de problematiek hebben. De resultaten suggereren dat een meerderheid van de cliënten wel en een minderheid van de cliënten geen belang hecht aan het betrekken en informeren van hun naasten.

VERMINDEREN VAN KLACHTEN

Het rapportcijfer voor de mate waarin psychotherapie en vaktherapie hebben bijgedragen aan het verminderen van de klachten bedraagt 6,6 resp. 6,3, waarbij cliënten met een Big Four therapie hoger scoren en de overigen lager scoren (7,3 en 6,9 resp. 5,2 en 5,4). De resultaten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien een deel van de respondenten die aangaven geen psychotherapie te hebben (gehad) de vraag wel heeft beantwoord. De resultaten suggereren dat psychotherapie en vaktherapie een redelijke bijdrage leveren aan het verminderen van de klachten. Tegelijkertijd blijkt eigen inzet en motivatie als de belangrijkste factor te worden gezien. Verder blijken steun van familie en vrienden, sporten en wandelen, dagstructurering en dagbesteding als gelijkwaardig aan psychotherapie en vaktherapie gewaardeerd te worden.

LEVEN WEER OP DE RAILS

Het rapportcijfer voor de mate waarin psychotherapie en vaktherapie hebben geholpen om het leven weer op de rails te krijgen bedraagt 6,6 resp. 6,2, waarbij cliënten met een Big Four therapie hoger scoren en de overigen lager scoren (7,0 en 6,5 resp. 5,7 en 5,4). De resultaten moeten wederom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, vanwege inconsequenties van de respondenten bij het beantwoorden van de vragen. De resultaten laten een vergelijkbaar beeld zien als de vraag over het verminderen van de klachten. De bijdrage van psychotherapie en vaktherapie aan het leven weer op de rails krijgen wordt als redelijk ingeschat. Wederom blijkt eigen inzet en motivatie als de belangrijkste factor te worden gezien. Verder blijken sporten en wandelen, dagstructurering en dagbesteding een fractie hoger dan psychotherapie en vaktherapie gewaardeerd te worden.

OBSTAKELS VOOR HERSTEL

De resultaten van de vraag moeten met veel slagen om de arm worden geïnterpreteerd, aangezien was nagelaten om de betekenis van de score weer te geven. Ruim twee derde van de respondenten geeft aan dat het lang tot zeer lang heeft geduurd voordat ze een therapeut met een klik hadden en ruim een kwart heeft veel tot zeer veel hinder ondervonden doordat ze nooit een therapeut met een klik hebben gevonden. Vrijwel de helft van de respondenten heeft lang tot zeer lang op de wachtlijst moeten staan en circa een derde heeft geen therapie gericht op borderline gekregen vanwege crisisgevoeligheid. De resultaten suggereren dat het te vaak te lang duurt voordat een cliënt een therapeut met een klik heeft gevonden en kan beginnen met therapie. Verder blijft een aanzienlijk deel van de cliënten verstoken van adequate therapie vanwege crisisgevoeligheid.

3 Conclusies

<p>A. Literatuur</p>	<p>De conclusies uit de literatuurstudie zijn hieronder samengevat. Voor details wat betreft de kwaliteit van de studies en de uitkomsten: zie de bijlages 5 t/m 9.</p> <p><i>Bewijskracht van de meta-analyse uitkomsten</i></p> <p>Na analyse zijn er geen uitkomsten waaruit een hoge bewijskracht volgt. Wel waren er enkele uitkomsten waaruit een matige bewijskracht volgde, in de overige uitkomsten was de bewijskracht laag tot zeer laag. De belangrijkste oorzaak hiervan was dat er over de studies heen per uitkomstmaat te weinig deelnemers waren of het aantal gebeurtenissen te laag was (“imprecision”). Dit komt omdat er veel verschillende uitkomstmaten zijn gemeten, waarbij er tussen studies niet veel overlap zit. Daarom konden er per uitkomstmaat maar een klein gedeelte van het totaal aan geïncludeerde studies worden opgenomen.</p> <p><i>Conclusie</i></p> <p>Op een aantal uitkomstmaten, waaronder algemene ernst van BPS, blijkt specifieke psychotherapie (DGT, MBT, ST, TFP) effectiever dan Treatment As Usual (TAU), CTBE en generieke behandeling; op andere uitkomstmaten wordt geen verschil gevonden. De vergelijkings-condities samengenomen blijken op geen enkele uitkomstmaat effectiever dan specifieke psychotherapie. Het risico op voortijdig stoppen met de behandeling blijkt kleiner als men een specifieke psychotherapie krijgt, in vergelijking met CTBE.</p> <p><i>1. Specifieke psychotherapie in vergelijking met TAU</i></p> <p>Specifieke psychotherapie is ten opzichte van TAU waarschijnlijk effectiever op parasuïcidaal gedrag en er zijn aanwijzingen dat het effectiever is op de algehele ernst van BPS en interpersoonlijke problemen. Op suïcidaal gedrag en boosheid werd geen verschil gevonden ten opzichte van de controleconditie.</p> <p><i>2. Specifieke psychotherapie in vergelijking met CTBE</i></p> <p>Specifieke psychotherapie is ten opzichte van CTBE waarschijnlijk effectiever op algehele ernst van BPS. Op (para)suïcidaal gedrag werd geen verschil gevonden ten opzichte van CTBE.</p> <p><i>3. Specifieke psychotherapie in vergelijking met generieke behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none">– Tussen Dialectical Behavior Therapy (DBT) en General Psychiatric Management (GPM) werden geen (statistisch significant) verschillen gevonden op de uitkomsten: (para)suïcidaal gedrag, affectieve instabiliteit, cognitieve symptomen, interpersoonlijk problemen, boosheid en impulsiviteit. Bij de follow-up (156 weken) meting bleek er nog steeds geen (statistisch significant) verschil te zijn op de uitkomstmaten, behalve op één secundaire uitkomstmaat (boosheid) maar hierin was de GPM interventie mogelijk effectiever dan DBT.– DBT heeft mogelijk een gunstig effect op (para)suïcidaal gedrag, dissociatie, impulsiviteit in vergelijking met Client Centered Therapie (CCT). Er is geen statistisch significant verschil op de uitkomst boosheid. <p><u>Mentalisation-based therapy (MBT) vs Structural Clinical Management (SCM)</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Voor Mentalisation-based therapy (MBT) is er mogelijk een gunstig effect op (para)suïcidaal gedrag, interpersoonlijk problemen in vergelijking met Structureel Clinical Management (SCM).
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Specifieke psychotherapieën vergeleken met elkaar

Uit de meta-analyse bleek dat er mogelijk 2 keer zoveel mensen voortijdig stopten met de behandeling van Dialectical Behavior Therapy (DBT) ten opzichte van de behandeling met Transference-focused psychotherapy (TFP).

Behandeling met Schema Focused Therapy (SFT) is mogelijk effectiever dan TFP wat betreft de behandeling van de ernst van de BPS.

Het toevoegen van telefonische contacten aan SFT bleek geen verschil op te leveren op de algehele ernst van BPS en het voortijdig stoppen met behandeling.

De wetenschappelijke conclusies zijn opgenomen in bijlage 11.

B. Professionele kennis

Om de zorgverlening aan en behandeling voor mensen met een BPS te optimaliseren is het van belang dat zorggedragen wordt voor:

- Diversiteit in het zorg- en behandelaanbod opdat patiënten keuzevrijheid hebben en hulpverleners de keuze voor een specialisatie niet opgelegd krijgen.
- Flexibiliteit in het zorg- en behandelaanbod zodat gevarieerd kan worden in intensiteit van de geboden behandeling.
- Samenwerking tussen de verschillende schakels waar behandeling van wisselende intensiteit van wordt geboden (bijvoorbeeld ambulante en klinische behandeling).
- Samenwerking tussen zorgprogramma's binnen zorgorganisaties zodat patiënten met multipale problematiek bijvoorbeeld een deeltijdbehandeling bij een ander zorgprogramma kunnen krijgen.
- Adequate opleiding zodat de hulpverleners optimaal toegerust zijn voor wat ze doen en over voldoende kennis en vaardigheden beschikken.
- Permanente (bij)scholing en intercollegiale deskundigheids-bevordering opdat hulpverleners de therapie op de juiste manier kunnen aanbieden.
- Reguliere intervisie en supervisie zijn noodzakelijk voor behandelaren.
- Behandeling conform de oorspronkelijke behandelmethodiek ofwel met de juiste intensiteit en faciliteiten.
- Nabehandeling, opdat enige vorm van psychotherapie voortgezet kan worden om terugval te voorkomen. Ook wanneer de behandeling is afgesloten, dienen er mogelijkheden te zijn om de behandelrelatie te continueren of weer op te pakken, bijvoorbeeld bij een dreigende terugval.
- Een gesprek tussen behandelaar en patiënt bij de start van de behandeling over de gewenste uitkomsten van de psychotherapie. De patiënt is hierin leidend. De maatschappelijke integratie is veelal een uitdaging voor patiënten en verdient meer aandacht.
- Kwaliteitscontroles, deze zijn van belang maar ze dienen de administratieve last niet te vergroten.
- Met betrekking tot het multidisciplinaire team en het behandelmilieu is het volgende van belang:

- Binnen een zorgorganisatie is het wenselijk dat de arts/psychiater die medicatie voorschrijft deel uit maakt van het multidisciplinaire team.
- Alle disciplines dienen deels dan wel volledig geschoold te zijn in de gehanteerde behandelmethodieken zodat het behandelmilieu in de setting door iedereen gedragen kan worden.
- Afstemming van psychotherapeutische en farmacotherapeutische interventies is noodzakelijk voor een kwalitatief goede behandeling.
- Binnen een team en aan de voordeur dient uiteenlopende expertise aanwezig te zijn, onder andere expertise op het terrein van systeem-, gedrags- en traumatherapie.
- Vaktherapeuten horen deel uit te maken van het multidisciplinaire team.
- In het hele leefmilieu wordt consistent met een behandelvisie gewerkt en er wordt één taal gesproken.
- Met betrekking tot de indicatiestelling zijn de volgende aspecten van belang:
- Specifieke psychotherapie is in principe altijd geïndiceerd tenzij er therapie-interfererende factoren (bijvoorbeeld gebrekkig sociaal maatschappelijk functioneren) zijn die dat belemmeren of zelfs een contra-indicatie zijn.
- Contra-indicaties voor specifieke psychotherapie in groepsverband zijn heftige dissociatie, ernstige suïcidaliteit en ernstig anti-sociaal gedrag. Het gaat dan om de draagkracht van de groep.
- (Dag)klinische behandeling is geïndiceerd wanneer; eerdere ambulante behandelingen onvoldoende effectief zijn geweest, de problematiek erg complex is (co-morbiditeit), patiënten op allerlei levensgebieden vastgelopen zijn en/of patiënten onvoldoende sociale steun en dagbesteding (meer) hebben.
- Ambulante behandeling is geïndiceerd wanneer de patiënt sociaal maatschappelijk voldoende functioneert.
- De voorkeur van een patiënt met betrekking tot de behandelmethodiek moet zwaarwegend zijn. Goede informatieverstrekking is hierbij cruciaal.
- Onwenselijk is dat op geleide van weinig rationele beweegredenen door behandelaars en zorginstellingen drempels opgeworpen worden voor psychotherapie bij patiënten met BPS.
- Het is gewenst om een oriënterende korte groep te organiseren om de keuze van de patiënt voor een van de big four behandelingen te vergemakkelijken.
- Periodiek dient geëvalueerd te worden of de behandeling van een patiënt effectief is of dat een andere aanpak gewenst is.
- Er wordt gepleit voor het verbreden van het indicatiegebied voor de specifieke psychotherapie ten behoeve van o.m. patiënten met een verstandelijke beperking, de psychotisch kwetsbare patiënten, en de EPA-groep.
- Goede samenwerking in de keten is van belang. Het gaat om de volgende aspecten:
- Samenwerking met de Generalistische Basis GGZ (GB GGZ) en de zelfstandig gevestigden; enerzijds ten behoeve van de indicatiestelling (wie hoort waar thuis) en anderzijds ook ter verbetering van de doorstroming zodat

	<p>patiënten in crisis intensieve zorg kunnen krijgen en na de behandeling weer terug verwezen kunnen worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het weghalen van de schotten tussen de specifieke ggz en de (wijkgerichte) basis-ggz die de samenwerking in de keten in de weg staan. - Samenwerking met andere instellingen onder andere in de Jeugdhulp (bijvoorbeeld het AMK) om in dit geval de zorg voor patiënten die ook ouders zijn af te kunnen stemmen. - Aandacht voor de omgeving is wezenlijk. Het gaat om het volgende: - Betrek naasten bij de behandeling zodat ze partner in zorg kunnen zijn. Doe dit in ieder geval voorafgaand aan het aangaan van een intensief behandeltraject. - Parallel aan de behandeling is het belangrijk dat de naasten meegenomen worden in het model waarin de patiënt een behandeling krijgt: bijvoorbeeld d.m.v. therapie-model specifieke partnergroepen. - Wees alert op de eventuele zorgbehoefte van kinderen bij patiënten die ouder zijn (KOPP - en KVO – problematiek). Zorg voor afstemming met de Jeugdhulp.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>C. Ervarings kennis</p>	<p>5.0 Algemene conclusie Psychotherapie wordt in het algemeen door de respondenten positief gewaardeerd. Het levert een redelijke bijdrage aan het verminderen van de klachten en het leven weer op de rails krijgen, al lijkt vooral eigen inzet en motivatie als cruciale factor gezien te worden. De Big Four therapieën lijken op de onderwerpen uit de enquête beter te scoren dan de overige behandelingen. De representativiteit van de enquête kan niet worden vastgesteld. Derhalve moeten de conclusies als een indicatie voor de praktijk worden beschouwd.</p> <p>5.1 Informatie over mogelijkheden Om de vorm van psychotherapie af te stemmen op de voorkeuren van de cliënt is het noodzakelijk dat de cliënt adequate informatie krijgt over de mogelijkheden aan psychotherapie, de voor- en nadelen van de mogelijkheden en de kansen en risico's in het individuele geval. Er zijn aanwijzingen dat een aanzienlijk deel van de cliënten niet weet welke vorm van psychotherapie ze krijgen.</p> <p>5.2 Betrokkenheid bij therapiekeuze Om het wettelijk recht van informed consent te waarborgen is het noodzakelijk om de cliënt actief te betrekken bij de keus voor een vorm van psychotherapie op basis van adequate informatie van de behandelaar. Er zijn aanwijzingen dat een aanzienlijk deel van de cliënten onvoldoende wordt betrokken bij de therapiekeuze.</p> <p>5.3 Waardering voor psychotherapie Cliënten vinden psychotherapie een belangrijk onderdeel van hun behandeling. De waardering van de cliënten is in lijn met de evidentie over de effectiviteit van psychotherapie. Er zijn aanwijzingen dat de Big Four door de cliënten beter wordt gewaardeerd.</p> <p>5.4 Monitoring van psychotherapie</p>
-------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Om de zin en het nut van een behandeling te beoordelen is het noodzakelijk om het doel en het effect van de behandeling periodiek te beoordelen. Er zijn aanwijzingen dat een aanzienlijk deel van de behandelingen onvoldoende regelmatig wordt geëvalueerd.

5.5 Betrokkenheid van naasten

Om de therapietrouw te bevorderen kan het betrekken en informeren van naasten helpen. Een aanzienlijk deel van de naasten wordt onvoldoende geïnformeerd. Een minderheid van de cliënten hecht geen belang aan het betrekken en het informeren van hun naasten.

5.6 Verminderen van klachten

Er zijn aanwijzingen dat psychotherapie en vaktherapie, vooral in een gestructureerde vorm zoals de Big Four, een redelijke bijdrage leveren aan het verminderen van de klachten. De belangrijkste factor blijkt eigen inzet en motivatie te zijn. Verder is het belangrijk om aandacht te besteden aan steun van familie en vrienden, sporten en bewegen, dagstructurering en dagbesteding. Het belang van de zaken voor het verminderen van de klachten komt overeen met de factoren om het leven weer op de rails te krijgen.

5.7 Leven weer op de rails

Er zijn aanwijzingen dat psychotherapie en vaktherapie, vooral in een gestructureerde vorm zoals de Big Four, een redelijke bijdrage leveren om het leven weer op de rails te krijgen. De belangrijkste factor blijkt eigen inzet en motivatie te zijn. Verder is het belangrijk om aandacht te besteden aan steun van familie en vrienden, sporten en bewegen, dagstructurering en dagbesteding. Het belang van de factoren om het leven weer op de rails te krijgen komt overeen met de zaken voor het verminderen van de klachten.

5.8 Obstakels voor herstel

Er zijn aanwijzingen dat het (te) lang duurt voordat een cliënt een therapeut heeft gevonden waarmee het klikt en dat het (te) lang duurt voordat een cliënt met een therapie kan beginnen. Er zijn aanwijzingen dat een aanzienlijk deel van de cliënten verstoken blijft van adequate therapie vanwege crisisgevoeligheid.

4 Overige overwegingen van de werkgroep

De specifieke psychotherapieën: bewijskracht van de evidentie

De meta-analyses ondersteunen i.h.a. de effectiviteit van ambulante specifieke psychotherapie in vergelijking met vergelijkingscondities als TAU en psychotherapeutische behandeling door lokale BPS-experts ("CTBE"). Hierbij zijn voor de werkgroep vooral de uitkomsten in algehele BPS-ernst leidend, omdat deze een overkoepelend beeld geven van de effecten op BPS-pathologie, en niet beperkt zijn tot één of enkele symptomen die niet voor iedere patiënt even relevant zijn. Dat de GRADE beoordeling van de bewijskracht in deze uitkomsten matig is, heeft te maken met de totale sample size – helaas hebben veel RCTs niet een index van algemene BPS-ernst meegenomen. Ook is er aanzienlijke spreiding in uitkomsten tussen de studies, wat kan samenhangen in de grote variatie tussen studies in wat precies de vergelijkingsconditie is: wat "TAU" of "CTBE" is verschilt van land tot land, zelfs van centrum tot centrum – anders dan bij farmacologische trials kent psychotherapie geen standaard placebo-vergelijkingsconditie. Omdat "CTBE" als een geoptimaliseerde vorm van TAU beschouwd kan worden, en de uitkomsten van de vergelijkingen van specifieke psychotherapie met TAU en met CTBE een grote gelijkenis tonen w.b. effecten op de ernst van BPS, is besloten een geaccumuleerde meta-analyse te doen (zie Figuur ****). Uit deze analyse volgt een preciezere schatting van het effect van specifieke psychotherapie op de ernst van BPS (SMD = -.54, 95%CI (-.82; -.27), totale N=362). In deze gecombineerde analyse is er dus evidentie voor een medium effect size van specifieke psychotherapie met een bewijskracht die als redelijk groot beschouwd kan worden, gezien het feit dat het 95% betrouwbaarheidsinterval onder de -.20 ligt. Bovendien zijn er geen aanwijzingen uit de meta-analyses dat de dropout van patiënten uit een specifieke psychotherapie hoger ligt dan bij TAU of CTBE (bij de vergelijking met CTBE is de dropout zelfs gunstiger voor specifieke psychotherapie (DBT en TFP)).

De effecten op specifieke symptomen zijn i.h.a. te weinig in de verschillende trials onderzocht om tot betekenisvolle uitspraken te komen. Alleen voor parasuicidaal gedrag zijn gegevens van 5 trials beschikbaar, allen naar DBT vs TAU, met positieve evidentie voor de effectiviteit van DBT op dit symptoomdomein.

De vergelijking van specifieke en generieke behandelingen bleek niet mogelijk op geaagreed niveau, wegens een té grote heterogeniteit tussen de studies. Het gefragmenteerde beeld dat vervolgens overblijft biedt geen mogelijkheid om conclusies te trekken, niet over mogelijke superioriteit van specifieke psychotherapie, en al helemaal niet over mogelijke equivalentie van specifieke en generieke psychotherapie. Voor generieke psychotherapie is de werkgroep echter geen evidentie bekend uit gecontroleerd onderzoek (zie volgende paragraaf).

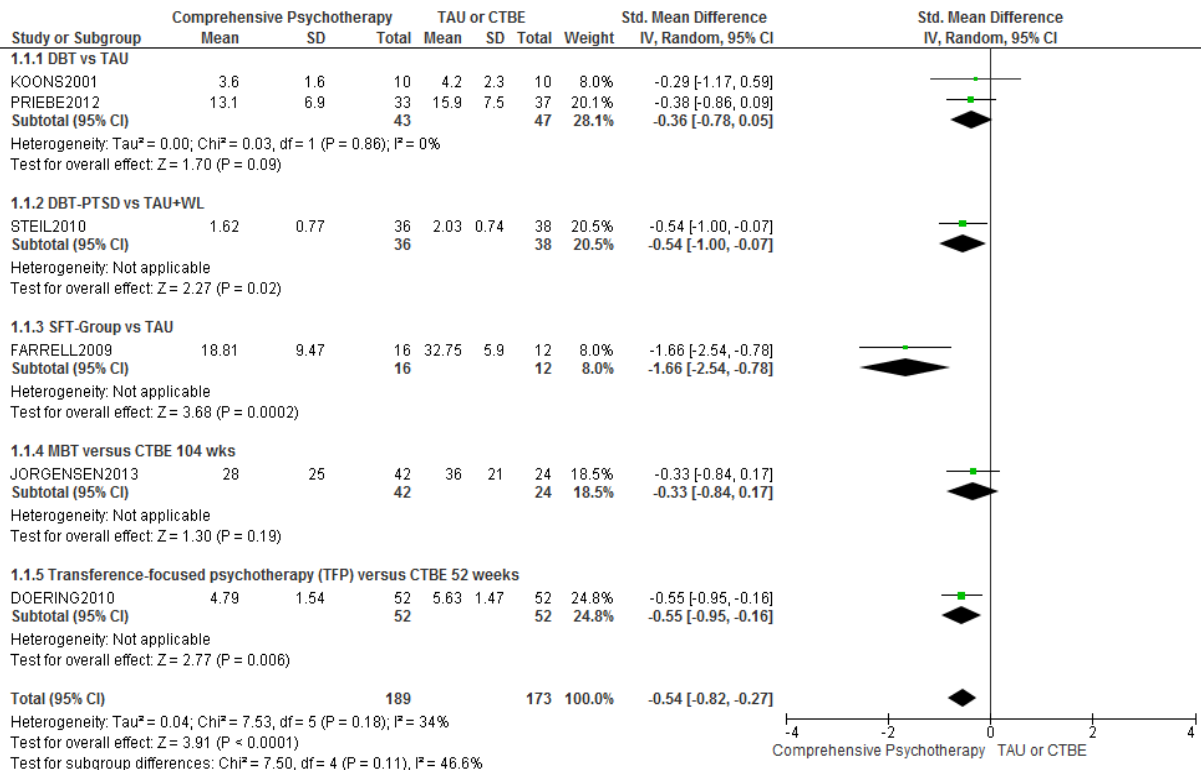
Er zijn nog te weinig RCTs gedaan waarin de specifieke psychotherapieën onderling vergeleken zijn om op basis van een meta-analyse tot uitspraken te komen, noch over equivalentie, noch over verschillen in effectiviteit, noch over de vraag welke patient meer gebaat is bij welke behandeling.

Er zijn te weinig RCTs gedaan naar specifieke klinische psychotherapie en dagbehandelingen bij BPS om daarvan de effectiviteit te beoordelen op basis van meta-analyses. Het is vooralsnog niet duidelijk uit wetenschappelijk onderzoek hoe de effectiviteit van (dag)klinische psychotherapie zich verhoudt tot de effectiviteit van de ambulante specifieke psychotherapieën. Wel is de werkgroep van mening dat voorkomen dient te worden dat deze (kostbare) behandelingen de functie van dagbesteding krijgen, i.p.v. primair een psychotherapeutisch doel te dienen.

Tot nu toe zijn individuele en combinatie van groep- en individuele specifieke psychotherapie onderzocht. De behandeling alleen (of hoofdzakelijk) in groepsvorm is nog in onderzoek en kan vooralsnog niet als 'evidence – based' worden beschouwd.

De geïncludeerde studies zijn i.h.a. beoordeeld als van redelijke tot goede methodologische kwaliteit, waarbij de werkgroep opmerkt dat het criterium van blinding van conditie voor patiënt en therapeut niet van toepassing is bij psychotherapieonderzoek. Deze beoordeling ondersteunt de algemene conclusie dat de evidentie voor de effectiviteit van specifieke psychotherapie redelijk is.

Figuur *. Post-hoc meta-analyse van specifieke psychotherapie vs. TAU of CTBE op algehele ernst van BPS.**



Bewijskracht van de psychologische behandelingen vergeleken

In de meta-analyses zijn vier categorieën van psychologische behandelingen onderscheiden: de specifieke psychotherapieën, de meer generieke behandelingen van BPS, de psychotherapeutische behandeling van BPS door lokale experts (die geen specifieke BPS-psychotherapie toepassen) en algemene behandelingen (die in RCTs meestal “TAU” worden genoemd). Tabel ** geeft een overzicht van de empirische ondersteuning en de bewijskracht van de vier categorieën, de bewijskracht vooral gebaseerd op meta-analytische uitkomsten m.b.t. ernst van BPS. De afnemende mate van specificiteit (zowel wat betreft theoretisch model als wat betreft behandelmethodieken) voor BPS, loopt parallel met een afnemende mate van empirische ondersteuning voor het behandel-effect. De algemene conclusie dat er alleen empirische evidentie is voor de specifieke psychotherapieën is gebaseerd op twee feiten. Ten eerste, alleen voor de specifieke psychotherapieën geldt dat er evidentie is voor hun superioriteit t.o.v. andere behandelingen, terwijl dat voor geen van de andere categorieën geldt. Ten tweede, er is geen evidentie voor equivalentie (of noninferioriteit) van een van de andere categorieën aan de specifieke psychotherapieën. (Wellicht ten overvloede: niet-significante verschillen zijn op zich geen bewijs van gelijke effectiviteit. Omdat in de klassieke statistiek gelijkheid van effectiviteit niet te bewijzen is, wordt gebruik gemaakt van equivalentie-testen. Om equivalentie aan te tonen moeten maximale verschillen in effecten gedefinieerd worden die zó klein zijn, zowel klinisch als statistisch, dat als het verschil tussen twee behandelingen kleiner is, tot equivalentie besloten kan worden. Het gaat dan om verwaarloosbare verschillen. Onderzoek dat equivalentie aantoont moet daarom over erg grote aantallen patiënten gaan. Zulke onderzoeken zijn nog niet gedaan naar de behandeling van

BPS). Tenslotte is van TAU niet aangetoond dat deze effectiever is dan niet behandelen, waardoor er geen bewijs is voor de effectiviteit van TAU.

Tabel **. Indeling psychologische behandelvormen voor BPS naar empirische ondersteuning en bewijskracht.

Categorie behandelvormen	Geldt voor	Empirische ondersteuning	Bewijskracht
Specifieke borderline behandelingen	DGT, MBT, ST, TFP	<i>In meerdere RCT's empirische ondersteuning. Scoort beter dan TAU & CTBE in afname algehele BPS ernst. Scoort in sommige RCT's beter dan generieke BPS-behandelingen op sommige uitkomstmaten.</i>	<i>Redelijk groot w.b. algehele BPS-ernst</i>
Generieke borderline behandelingen	SCM, GPM, SPT, CCT voor BPS	<i>In een enkele RCT enige empirische ondersteuning, op basis van niet-significante verschillen met specifieke psychotherapie, in andere RCT's inferieur aan specifieke psychotherapie. Scoort op sommige uitkomstmaten niet-significant verschillend van specifieke BPS-behandelingen, op sommige minder^a. Equivalentie aan specifieke BPS-behandelingen niet aangetoond. RCT's die generieke BPS-behandelingen vergelijken met controlecondities als TAU ontbreken: onbekend of generieke BPS-behandelingen superieur zijn aan TAU.</i>	Laag
Algemene behandelingen door experts	CTBE	<i>Over diverse RCT's heen inferieur aan specifieke psychotherapie w.b. algehele BPS ernst. In een enkele RCT enige empirische ondersteuning op basis van niet-significante verschillen met specifieke psychotherapie op sommige uitkomstmaten. Scoort op andere uitkomsten minder. RCT's die generieke BPS-behandelingen vergelijken met controlecondities als TAU ontbreken: onbekend of CTBE superieur is aan TAU.</i>	Laag
Algemene behandelingen	TAU	<i>In meerdere RCT's onderzocht; geen empirische ondersteuning omdat TAU niet superieur is aan enige andere conditie, en i.h.a. inferieur. Bovendien is er geen onderzoek dat TAU vergelijkt met géén behandeling: daarmee ontbreekt bewijs dat TAU beter is dan geen behandeling.</i>	Geen

^aMet uitzondering van één secundaire uitkomstmaat op 3-jaar follow-up, ongecorrigeerd voor multiple statistische tests (McMain et al., 2012).

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Ongewenste effecten van specifieke psychotherapie worden helaas niet systematisch gerapporteerd in de literatuur, behoudens voortijdig afbreken van de behandeling – welke niet hoger ligt in specifieke psychotherapie dan in de vergelijkingscondities. De voorspelling van (on)gunstige effecten van psychotherapie op basis van patiëntkenmerken is wetenschappelijk gezien (nog) niet mogelijk: de verschillende onderzoeken laten te weinig consistentie zien (de bevindingen lijken vooral toevalsbevindingen, ze worden vaak niet gerepliceerd; Barnicot et al., 2012; McMurrin et al., 2010). Bovendien, ook al is een bepaalde patiëntgebonden factor voorspellend voor een (on)gunstig effect, dan wil dat nog niet zeggen dat niet (of anders) behandelen een betere optie is. Ook voor een patiënt die minder dan anderen kan profiteren van een bepaalde behandelconditie kan die behandeling de beste keuze zijn.

Integratie professionele kennis

De professionele kennis ondersteunt de conclusie uit de empirische literatuur dat er momenteel onvoldoende evidentie is om bepaalde patiënten voor een bepaalde vorm van specifieke psychotherapie te indiceren. Wel kunnen goede psycho-educatie en het betrekken van de patiënt en evt. diens omgeving in de keuze voor een bepaalde specifieke behandeling gunstige effecten van de behandeling vergroten, en de kans op dropout verminderen. Er wordt dus gepleit voor een divers behandel aanbod van specifieke psychotherapie, goede voorlichting en voorbereiding van de patiënt, en zeggenschap van de patiënt in de keuze van de behandeling.

De werkgroep neemt kennis van de veelheid van lokale culturen en ideeën w.b. indicatiestelling voor een speciale vorm van specifieke psychotherapie, en van de kritische reflectie van de focusgroepeelneemers daarop. De werkgroep constateert dat er onvoldoende empirische kennis is, dat er gebrek aan overeenstemming tussen professionals is, en dat er behoefte bij professionals is aan empirische toetsing w.b. differentiele indicatiestelling. Daarmee concludeert de werkgroep dat uiterste terughoudendheid geboden is m.b.t. differentiele indicatiestelling. De werkgroep ondersteunt het belang van goede voorlichting van de patient en waar mogelijkheid betrokkenheid van de patient in keuze van specifieke psychotherapie, omdat motivatie een rol speelt in aangaan en afmaken van de behandeling.

Wat betreft metingen nuanceert de werkgroep een opmerking gemaakt in de focusgroep van professionals dat de keuze voor het meetinstrument bepaald dient te worden door het behandelproces, in die zin dat dit aanvullend kan zijn op een (voor BPS relevant) instrumentarium dat gedurende het hele behandelproces afgenomen dient te worden. Deze "routine outcome monitoring" dient gebaseerd te zijn op landelijk gestandaardiseerde geëigende meetinstrumenten.

De werkgroep ondersteunt de wenselijkheid van voldoende diversiteit van behandel aanbod voor zowel de patienten als de hulpverleners. Echter, ze wil ook op de noodzaak wijzen dat er voldoende volume van een bepaald aanbod aanwezig moet zijn op een locatie om specifieke scholing en intervisie te kunnen waarborgen.

Integratie ervaringsdeskundigheid

De conclusies van het onderzoek onder ervaringsdeskundigen liggen w.b. psychotherapie in dezelfde lijn als die van de meta-analyse en van de professionele kennis. De hogere waardering van de specifieke psychotherapieën (de "Big Four") is opvallend. De resultaten benadrukken ook het belang van goede voorlichting en geregelde evaluatie. Van de andere kant nuanceren de ervaringsdeskundigen ook wat specifieke psychotherapie kan bereiken. Vaktherapie en andere factoren als steun van familie en vrienden, sporten en bewegen, dagstructurering en dagbesteding komen ook als belangrijk naar voren.

Hoewel de specifieke psychotherapieën claimen een alomvattende behandeling van BPS te bieden, nuanceert een Britse studie onder ervaringsdeskundigen die DBT of MBT behandeling kregen dit. De studie liet zien dat er naast positieve ervaringen met deze twee behandelingen, er ook kritiek was. Beide behandelingen werden door gebruikers ervaren als te beperkt van focus, DBT te eenzijdig gericht op emotie-regulatie, MBT te eenzijdig op interpersoonlijke problemen, waardoor andere problemen te weinig aandacht kregen. De belangrijkste doelen van behandeling die ervaringsdeskundigen noemden konden als volgt gegroepeerd worden: (1) zelfacceptatie en zelfvertrouwen; (2) verkrijgen van controle over emoties, stemming en negatief denken; (3) verbeterde interpersoonlijke relaties; (4) bereiken van praktische doelen, betekenisvolle activiteiten, en werk; (5) verbetering in symptomen als suicidaliteit, zelfverwonding etc. (Katsakou et al., 2012). Hoe gebruikers de andere twee specifieke psychotherapieën ervaren is niet uit systematisch onderzoek bekend. De bevindingen suggereren wel dat er in behandeling en in wetenschappelijk onderzoek naar behandelings aandacht moet zijn voor de diverse gebieden waarin mensen met BPS problemen kunnen ervaren en hulp bij nodig hebben. Het doel van de behandeling is uiteindelijk het bereiken van

gezondheid als het vermogen aan te passen en regie te voeren in het licht van de uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011).

Middelenbeslag

Hoewel ambulante specifieke psychotherapie met twee sessies per week en een minimale duur van 12 maanden als een relatief kostbare GGZ-behandeling kan worden beschouwd, laten economische analyses zien dat deze behandeling kosteneffectief is: al op korte termijn dalen de andere zorgkosten, die vaak hoger zijn dan de kosten van de ambulante behandeling (denk aan kostbare crisisopnames), alsmede de kosten die familie moet maken, en de “out-of-pocket” kosten (de kosten die de patient zelf maakt t.g.v. zijn problematiek) (Wetzelaer et al., 2015). Langere termijneffecten als afronden van een opleiding en participatie in het maatschappelijke (arbeids-)proces dragen verder bij aan een positieve kosteneffectiviteit. Psycho-educatie van naasten kan ook bijdragen aan vermindering van maatschappelijke kosten, bijv. door het verminderen van crisisopnames.

Organisatie van zorg

De werkgroep constateert dat de organisatie van de zorg niet gericht is op het op de juiste manier implementeren en toegankelijk maken van specifieke psychotherapie voor degenen die daarvoor geïndiceerd zijn. Ondanks dat duizenden therapeuten cursussen gevolgd hebben in één of meerdere “big four” therapieën, en dat Nederland hier internationaal gezien in voorop loopt, is de praktijk dat mensen met een (ernstige) BPS geen toegang hebben tot een van deze therapieën, of dat deze in een onjuiste vorm worden gegeven: niet door adequaat getrainde en gesuperviseerde therapeuten, in een verdunde vorm (niet in de frequentie van tweemaal per week waarin ze getest zijn) of voor te korte duur. Of er worden exclusiecriteria gebruikt die niet in de oorspronkelijke onderzoeken zijn gebruikt, zoals “low-level BPS”, terwijl low-level indicatoren helemaal geen ongunstiger respons voorspellen (bijv. Arntz et al, 2015; Ingenhoven, 2009). Zoals gezegd laat het Trimbos richtlijnen implementatieonderzoek schrikbarend lage beschikbaarheid van (specifieke) psychotherapie voor mensen met BPS zien in de reguliere GGZ (Hermens et al., 2011), dit terwijl succesvolle implementatie zeer wel mogelijk is (Nadort et al; 2009). Ook de topicgroep van professionals constateert dat GGZ-organisaties, verzekeraars, en organisaties waar de GGZ mee moet samenwerken als UWV en jeugdzorg, vaak de behandeling niet faciliteren, soms zelfs hinderen. Ook de ROM is meestal niet gericht op het gebruik als een kwaliteitsbevorderingsinstrument, bijv. om patiëntgroepen op te sporen waar de effecten bij achterblijven, of teams of therapeuten op te sporen waarvan de effecten verbeterd kunnen worden, om vervolgens een analyse te doen en maatregelen te treffen, zoals extra training of externe supervisie. De conclusie is dat de organisatie van de zorg veel meer dan thans het geval is de implementatie en kwaliteitsbewaking van specifieke psychotherapie voor BPS dient te bevorderen, zo niet als voorwaarde moet stellen in haar kwaliteitsbeleid.

Maatschappelijk perspectief

Het is opvallend dat instanties als het UWV soms tegenwerken in het bereiken van verdergaande effecten van therapie, bijv. wanneer het risico van herintredingspogingen in het arbeidsproces bij de patiënt worden gelegd. Dit houdt patiënten gevangen in een uitkeringssituatie. Hier is nog een flinke verbeteringsslag te maken.

Dit geldt ook voor het wetenschappelijk onderzoek, waar maatschappelijk participatie zelden is onderzocht. Wanneer dit is gedaan (bijv. McMain et al., 2012) wijzen de resultaten erop dat juist op het terrein van maatschappelijke participatie ruimte voor verbetering van de behandeling nodig is. Van de andere kant is, zoals gezegd, de evidentie voor kosteneffectiviteit in brede maatschappelijke zin van specifieke psychotherapie positief.

Effecten van specifieke psychotherapie op onderliggende processen.

Verscheidende onderzoeken laten zien dat specifieke psychotherapie niet alleen een verbetering geeft op het gebied van (symptoom) manifestaties van BPS, doch ook dat processen die theoretisch gezien aan de persoonlijkheidsstoornis ten grondslag liggen in de gewenste richting veranderen. Zo werd bijvoorbeeld gevonden dat herstel van BPS door specifieke psychotherapie de aandachtsbias voor

negatieve stimuli normaliseerde, terwijl niet herstelde patiënten geen verandering in deze bias lieten zien (Sieswerda et al., 2007); neuroimaging studies gaven aanwijzingen voor normalisering van affectieve responsen in het brein (Arntz et al., submitted; Goodman et al., 2014; Schnell & Herpertz, 2007), en gehechtheidsrepresentaties lieten verbeteringen zien t.g.v. specifieke psychotherapie (TFP) (Levy et al., 2006; Buchheim et al., 2015). Deze bevindingen geven aan dat de verbeteringen die specifieke psychotherapie bewerkstelligt niet alleen het symptomatische niveau betreffen, maar dat er ook fundamentele (structurele) verbeteringen plaatsvinden. Dergelijke verbeteringen dragen bij aan de vermindering van de kans op terugval, op het verminderen van de kans op het ontwikkelen van nieuwe syndroomstoornissen als angst- of stemmingsstoornissen, aan de verbetering van het zelfgevoel en het interpersoonlijk functioneren, en aan de vermindering van de kans op intergenerationale overdracht.

Fysieke gezondheidsproblemen bij BPS en beperkingen in de wetenschappelijke kennis m.b.t. de effecten van specifieke psychotherapie hierop.

BPS-patiënten kennen gemiddeld genomen een slechtere fysieke gezondheid, en hun levensverwachting is dan ook aanzienlijk lager (ook als suïcide buiten beschouwing wordt gelaten): gemiddeld 18 jaar minder dan in de algemene bevolking (Fok et al., 2014). De oorzaken daarvoor zijn o.m. te vinden in de gevolgen van chronische stress zonder voldoende recuperatie met alle gevolgen voor het cardiovasculaire systeem, slechte voeding, roken en ander middelengebruik, te weinig beweging, verstoorde slaap, obesitas, en de bijwerkingen van psychofarmaca (zoals het metabole syndroom) (Fok et al., 2014; Moran et al., 2007; Moran et al., 2006). Verscheidene studies hebben dramatische veranderingen in de vetverdeling en botsamenstelling, en ontregeling van het immuno-endocriene systeem in BPS-patienten laten zien. Deze hangen samen met een toegenomen kans op fysieke problemen en vroegtijdig overlijden (Greggersen et al., 2011 (a); Greggersen et al. 2011 (b); Kahl et al., 2005 (a); Kahl et al., 2005 (b); Kahl et al., 2006 (a); Kahl et al., 2006 (B); Kahl et al., 2009). Chronisch gebruik van (een veelheid van) psychofarmaca, niet ongebruikelijk bij een niet-psychologische behandeling (Crawford et al., 2011), vergroot de kans op ontwikkeling van het metabool syndroom, dat weer een belangrijke risicofactor is voor de ontwikkeling van cardiovasculaire ziektes en van diabetes mellitus (Eckel et al., 2010). Er is tot op heden onvoldoende kennis over mogelijk positieve effecten van (specifieke) psychotherapie op de fysieke gezondheid van BPS-patiënten en over de noodzaak om modules toe te voegen die gericht zijn op verbetering van de fysieke gezondheid. Echter, er is een groot verschil tussen herstelde en niet-herstelde BPS-patiënten in fysieke gezondheid, ongezond gedrag, en medische consumptie (Keuroghlian et al., 2013). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat behandelingen die tot herstel leiden positieve effecten op de fysieke gezondheid en op gezondheid-bevorderend gedrag hebben. Verder onderzoek naar de mogelijk positieve effecten van psychotherapie en/of specifieke modules op fysieke gezondheid is geïndiceerd.

5 Aanbevelingen

Specifieke psychotherapie (DBT, MBT, ST, TFP) wordt aanbevolen als eerste keuze van behandeling.

Daarbij heeft ambulante behandeling de voorkeur als minder ingrijpend voor de cliënt, en wegens de grotere empirische evidentie en beperking van de kosten. (Dag)klinische behandeling kan overwogen worden wanneer eerdere kwalitatief goede ambulante behandelingen onvoldoende effectief zijn geweest, patiënten op allerlei levensgebieden vastgelopen zijn en/of patiënten onvoldoende sociale steun en dagbesteding (meer) hebben.

De mogelijkheid dient geboden te worden tot flexibel op- en afschalen binnen een setting, tussen settings en tussen echelons met behoud van het therapiemodel.

De behandeling dient ook adequate nazorg en relapse zorg te omvatten, binnen het gehanteerde therapiemodel (zonder opnieuw het hele DBC traject van aanmelden etcetera te doorlopen).

Omdat er nog onvoldoende bewijs is voor differentiële indicatiestelling tussen DBT, MBT, ST, en TFP, wordt aanbevolen de gebruiker een belangrijke stem te laten hebben in de keuze van behandeling. Daartoe dient goede psycho-educatie over de stoornis, de behandelbaarheid, en de verschillende mogelijke en beschikbare behandelingen gegeven te worden. Diversiteit van behandelaanbod is daarbij van belang om de cliënt een keuzemogelijkheid te geven. De diversiteit mag echter niet tot dusdanige versnippering leiden dat dit de vorming van voor kwaliteitshandhaving voldoende grote teams in de weg staat (intervisie, scholing, supervisie).

Het indiceren voor specialistische psychotherapie vereist een zorgvuldige afweging bij patiënten met in wetenschappelijk onderzoek naar specialistische psychotherapie gebruikte contra-indicaties (m.n. laag IQ (<80); comorbide ernstige psychopathologie als bipolaire-I stoornis, psychose, detox-behoevende verslaving, anorexia nervosa; en ernstige sociaal-economische ontregeling (als dakloosheid, schulden, voortdurende bedreiging). In sommige van dergelijke gevallen dient de behandeling zich in eerste instantie niet zozeer op BPS doch op genoemde problematiek te richten, in andere gevallen moet speciaal maatwerk geleverd worden, zoals goede combinatiebehandelingen.

Bij specifieke psychotherapie is de psychotherapeut de primaire behandelaar; zo nodig kunnen andere disciplines ter ondersteuning bij de behandeling worden betrokken, waartoe een samenwerkingsnetwerk wordt gevormd.

Andere disciplines, indien bij de behandeling betrokken, dienen het psychotherapeutische proces te ondersteunen en de betrokken hulpverleners (zoals de psychiater die medicatie voorschrijft) dienen dit proces goed te begrijpen.

Deeltijd- en klinische behandelingen dienen naast de primaire specifieke psychotherapie aangevuld te worden met vaktherapieën en sociotherapie die hetzelfde theoretische referentiekader hanteren als de specifieke psychotherapie.

Bij psychiatrische (crisis)opname dient de primaire specifieke psychotherapie zoveel mogelijk gecontinueerd te worden, zoals dat ook gebeurde in de onderzoeken naar de "big four". Ook bij op- en afschalen van de intensiteit van de behandeling wordt gepleit om de continuïteit te handhaven, dat wil zeggen vanuit eenzelfde model te blijven werken.

Bij specifieke psychotherapie dient een faciliteit voor betrokkenheid van de naasten beschikbaar te zijn in de vorm van psycho-educatie. Hierbij dient de balans tussen de autonomie van de patiënt en de wensen van de naasten in het oog gehouden te worden. Waar nodig kan in overleg met de

patiënt steun voor de naasten worden aangeboden, of systeemtherapie. Voor partners kunnen therapie-model specifieke partnergroepen worden aangeboden. In het netwerk van andere disciplines rond de specifieke psychotherapie dient systeemtherapeutische deskundigheid beschikbaar te zijn. Besteed gericht aandacht aan kinderen omdat KOPP problematiek bij kinderen meestal onzichtbaar is. Voor kinderen dient indien geïndiceerd KOPP zorg beschikbaar te zijn.

De organisatorische inbedding van de specifieke psychotherapie dient de juiste implementatie en kwaliteitsbewaking en handhaving te faciliteren. Daarbij zijn de juiste training, supervisie en intervisie noodzakelijke onderdelen. Vrijgevestigden dienen netwerken te organiseren om hier zorg voor te dragen.

Maatschappelijke en uitkeringsinstanties dienen pogingen tot maatschappelijke participatie te stimuleren i.p.v. (financiële) barrières op te werpen die (re-)integratie in de weg staan. Ook jeugdzorg zou faciliterend i.p.v. belemmerend moeten zijn voor specifieke psychotherapie; professionals wijzen er echter op dat te vaak er belemmeringen door jeugdzorg veroorzaakt worden.

GGZ-organisaties en zorgverzekeraars dienen de richtlijnen te volgen, m.a.w. specifieke psychotherapie te geven en te vergoeden in de vorm waarvoor wetenschappelijke evidentie is; en niet in 'verdunde' vorm zoals in lagere frequentie en verkorte duur, gegeven door ongekwalificeerd personeel, niet ondersteund door de juiste en noodzakelijke training, supervisie en intervisie, etc.

Kwaliteitsregisters dienen de kwaliteit van de specifieke psychotherapie te borgen en te raadplegen te zijn door gebruikers. Aanbevolen wordt dat verzekeraars deze kwaliteitseis opnemen in hun vereisten.

Meer wetenschappelijk onderzoek is nodig naar:

1. (differentiële) indicatiestelling
2. behandelingen bij complexe comorbiditeit en lage intelligentie
3. (verbetering van) effecten van behandeling op maatschappelijke participatie, onderliggende factoren, intergenerationele transmissie, en somatische gezondheid
4. effecten van en indicatiestelling voor dagklinische en klinische psychotherapeutische behandelingen
5. cliëntenperspectief
6. behandeling van adolescenten met (beginnende) BPS
7. implementatie en kwaliteitshandhaving in de praktijk
8. directe vergelijkingen tussen de "big four"

Referenties

- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32, 400-412.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(10):1563-9.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009;166(12):1355-64.
- Bedics JD, Atkins DC, Comtois KA, Linehan MM. Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(1):66-77.
- Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, Niedtfeld I, Steil R. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(4):221-33.
- Carter GL, Willcox CH, Lewin TJ, Conrad AM, Bendit N. Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010;44(2):162-73.
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 129-134.
- Crawford MJ, Kakad S, Rendel C, Mansour NA, Crugel M, Liu KW, et al. Medication prescribed to people with personality disorder: the influence of patient factors and treatment setting. *Acta Psychiatr Scand* 2011 November;124(5):396-402.
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2010;196(5):389-95.
- Eckel, R. H., Alberti, K. G. M. M., Grundy, S. M., & Zimmet, P. Z. (2010). The metabolic syndrome. *The Lancet*, 375(9710), 181-183.
- Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2009;40(2):317-28.
- Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *Br J Clin Psychol* 2012; 51(2):121-141.
- Fok, M. L-Y., Hayes, R. D., Chang, C-K., Stewart, R., Callard, F.J. & Moran, P. (2014). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 73 (2012) 104-107.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy.[erratum appears in Arch Gen Psychiatry. 2006 Sep;63(9):1008]. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63(6):649-58.
- Greggersen W, Rudolf S, Brandt PW, Schulz E, Fassbinder E, Willenborg B, Kahl KG, Bergmann-Koester C, Stoeckelhuber BM, Hohagen F, Schweiger U. Intima-media thickness in women with borderline personality disorder. *Psychosom.Med*. 73[7], 627-632. 2011. (a)
- Greggersen W, Rudolf S, Fassbinder E, Dibbelt L, Stoeckelhuber BM, Hohagen F, Oltmanns KM, Kahl KG, Schweiger U. Major depression, borderline personality disorder, and visceral fat content in women. *Eur.Arch.Psychiatry Clin.Neurosci*. 261[8], 551-557. 2011 (b)
- Theo Ingenhoven (2009). The role of psychodynamic assessment in diagnosis and treatment of personality disorders. Academisch proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Jorgensen CR, Freund C, Boye R, Jordet H, Andersen D, Kjolbye M. Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127(4):305-317.

- Kahl KG, Bester M, Greggerson W, Rudolf S, Dibbelt L, Stoeckelhuber BM, Gehl HB, Sipos V, Hohagen F, Schweiger U. Visceral fat deposition and insulin sensitivity in depressed women with and without comorbid borderline personality disorder. *Psychosom.Med.* 67[3], 407-412. 2005 (a)
- Kahl KG, Rudolf S, Stoeckelhuber BM, Dibbelt L, Gehl HB, Markhof K, Hohagen F, Schweiger U. Bone mineral density, markers of bone turnover, and cytokines in young women with borderline personality disorder with and without comorbid major depressive disorder. *Am.J.Psychiatry* 162[1], 168-174. 2005 (b)
- Kahl KG, Greggerson W, Rudolf S, Stoeckelhuber BM, Bergmann-Koester CU, Dibbelt L, Schweiger U. Bone mineral density, bone turnover, and osteoprotegerin in depressed women with and without borderline personality disorder. *Psychosom.Med.* 68[5], 669-674. 2006 (a)
- Kahl KG, Bens S, Ziegler K, Rudolf S, Dibbelt L, Kordon A, Schweiger U. Cortisol, the cortisol-dehydroepiandrosterone ratio, and pro-inflammatory cytokines in patients with current major depressive disorder comorbid with borderline personality disorder. *Biol.Psychiatry* 59[7], 667-671. 1-4-2006 (b)
- Kahl KG, Bens S, Ziegler K, Rudolf S, Kordon A, Dibbelt L, Schweiger U. Angiogenic factors in patients with current major depressive disorder comorbid with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology* 34[3], 353-357. 2009.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 2001;32(2):371–90.
- Keuroghlian, A.S., Frankenburg, F.R., Zanarini, M.C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 1499-1506.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 1991;48(12):1060–4.
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 1994;151(12):1771–6.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. 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* 2006;63(7):757–66.
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009;166:1365–74.
- McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry* 2012; 169(6):650-661.
- McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277-287.
- Moran P, Stewart R, Brugha T, Bebbington P, Bhugra D, Jenkins R, et al. Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. *J Clin Psychiatry* 2007;68:69–74.
- Moran P, Coffey C, Mann A, Carlin JB, Patton GC. Personality and substance use disorders in young adults. *Br J Psychiatry* 2006;188:374–9.
- Nadort M, Arntz A, Smit JH, Giesen-Bloo J, Eikelenboom J, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47(11):961–73.
- Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C et al. Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2012; 81(6):356-365.
- Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *J Trauma Stress*. 2011 Feb;24(1):102-6.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8:CD005652.
- Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000;7:413–9.
- Van den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, Van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43(9):1231–41.
- Wetzelaer, P., Arntz, A., van Asselt, A., van Busschbach, J., & Evers, S. (2015). Is psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen kosteneffectief? Een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, under review.