

Dialectische gedragstherapie bij Nederlandse vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, met en zonder verslavingsproblemen¹

L.M.C. VAN DEN BOSCH

ACHTERGROND Dialectische gedragstherapie is een veelbelovende behandeling voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De vraag is of deze therapie beschouwd kan worden als een bewezen effectieve interventie als ook sprake is van comorbide middelenafhankelijkheid.

DOEL Onderzoeken of dialectische gedragstherapie effectiever is bij het bestrijden van de symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis en bij het verminderen van middelenafhankelijkheid dan de standaardbehandeling ('treatment as usual') bij vrouwelijke Nederlandse patiënten.

METHODE Achtenvijftig vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, afkomstig uit de verslavingszorg (n=19) en uit ggz-instellingen (n=39), zijn gerandomiseerd toegewezen aan 12 maanden dialectische gedragstherapie of 12 maanden standaardbehandeling. De uitkomstmaten waren: drop-out (therapietrouw), parasuïcidaal gedrag, impulsief zelfbeschadigend gedrag en middelenafhankelijkheid.

RESULTATEN Dialectische gedragstherapie resulteerde, vergeleken met de standaardbehandeling, in een lager drop-outpercentage (23% vs. 63%), in minder zelfverwondend en zelfbeschadigend impulsief gedrag, vooral bij patiënten met een geschiedenis van frequent impulsief zelfbeschadigend gedrag, en in een afname van alcoholafhankelijkheid. Bij de follow-upmeting, 6 maanden na afloop van de behandeling, was dialectische gedragstherapie nog steeds significant effectiever, maar de grootte van het effect was kleiner geworden.

CONCLUSIE Dialectische gedragstherapie is superieur aan de standaardtherapie waar het verminderen van hoog-risicogedragingen bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis betreft. Voor het behoud van effect is voortgezette behandeling noodzakelijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)3, 127-137]

TREFWOORDEN borderline persoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie, verslaving

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een complexe stoornis, die bovendien gekenmerkt wordt door een hoge comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen (Ingenhoven 1990; Zanarini e.a. 1998; Zanarini e.a. 1990), zoals midde-

lenmisbruik (Dulit e.a. 1990; Links e.a. 1995; Trull e.a. 2000), eetstoornissen (Dennis 1998), trauma (Ogata e.a. 1990; Salzman e.a. 1993), de posttraumatische stressstoornis (Swartz e.a. 1990; Zanarini e.a. 1998), en dissociatieve stoornissen (Carlson & Put-

nam 1993). De BPS is een ernstige stoornis met doorgaans een chronisch verloop (American Psychiatric Association 1994). De stoornis wordt gekarakteriseerd door hoge percentages suïcide, suïcidopogingen en zelfbeschadiging (Perry 1993). Een factor die in belangrijke mate aan de ernst en de chroniciteit van de stoornis bijdraagt, is het ontbreken van effectieve farmacotherapie. Mede daarom is de hoop gevestigd op effectieve vormen van psychotherapie (American Psychiatric Association 2001).

Mensen met een BPS gedragen zich vaak onangepast en impulsief. De BPS behoort tot de meest stigmatiserende psychiatrische stoornissen (Van den Bosch 1996; Stone 1993). Een bijzondere positie wordt daarbij ingenomen door de patiënt met een BPS die verslaafd is aan alcohol en/of drugs (Van den Bosch 1996). Alhoewel de comorbiditeit van BPS en verslaving zo hoog is dat middelenmisbruik en -afhankelijkheid eerder gezien worden als een manifestatie van de borderline problematiek dan als losstaande comorbiditeit, hanteren klinici een strikte scheiding tussen de behandeling van de BPS-problematiek en die van de verslaving. Zonder dat er een empirische rechtvaardiging voor bestaat in de vorm van etiologische of symptomatologische verschillen, worden verslaafde patiënten met een BPS anders behandeld dan niet-verslaafde patiënten met een BPS (Van den Bosch e.a. 2001b). Bij deze verslaafde patiënten worden verslavingsproblemen snel geassocieerd met 'moeilijk te behandelen' en met problematisch verlopende therapeutische relaties. Aan hen wordt meestal behandeling binnen de psychiatrie geweigerd als zij niet gestopt zijn met middelengebruik, en zij worden niet toegelaten tot de verslavingszorg voordat zij hun suïcidaal en zelfdestructief gedrag voldoende onder controle hebben (Van den Bosch 1996; National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism 1993; Verheul e.a. 1997). De patiënt met een BPS, en zeker degene met comorbide verslavingsproblematiek, verkeert daarmee in een netelige positie. Enerzijds wordt de stoornis vaak foutief gediagnosticeerd, niet of inadequaat behandeld, en wordt het mislukken

van de behandeling geweten aan ongemotiveerdheid van de patiënt. Anderzijds maakt de ernst van de problematiek behandeling tot een zaak van levensbelang.

In 1995 was dialectische gedragstherapie (DGT) de enige psychosociale behandeling voor chronisch parasuïcidale patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis waarvoor enig empirisch bewijs ten aanzien van effectiviteit bestond. Linehan concludeerde uit een onder haar leiding uitgevoerd gerandomiseerd klinisch onderzoek bij patiënten met een BPS dat DGT therapeutrouw bevordert, ernstig disfunctioneel gedrag vermindert en het aantal opnamedagen binnen de psychiatrie verkleint (Linehan e.a. 1991; Linehan e.a. 1993). Linehan hanteerde evenwel middelenafhankelijkheid als uitsluitingscriterium.

Om de vraag te kunnen beantwoorden of de effectiviteit van DGT ook optreedt als naast borderline problematiek ook sprake is van verslaving (alcohol, soft- en harddrugs), namen het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) en de Jellinek in 1995 het besluit om Linehans onderzoek te repliceren in een populatie van al dan niet verslaafde vrouwen met een BPS die verwezen waren door de psychiatrie en de verslavingszorg. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek en van de resultaten.

METHODE

Patiënten Voor het onderzoek is goedkeuring verleend door de medisch-ethische commissie van het AMC in Amsterdam. Alle deelnemers aan het onderzoek hebben schriftelijk *informed consent* verleend. Omdat de beoogde onderzoekspopulatie sterk afweek van de populatie uit Linehans onderzoek, is eerst een pilot-onderzoek uitgevoerd naar de toepasbaarheid van DGT in Nederland (zie voor een beschrijving van dit onderzoek Van den Bosch 1995).

Aan het gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek namen 58 vrouwelijke patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis deel, 31 met,

en 27 zonder verslavingsproblemen. Zij waren afkomstig uit de ggz (n=39) en uit de verslavingszorg (n=19). Voorwaarden voor deelname waren: BPS-diagnose, leeftijd tussen 18 en 70 jaar, en een akkoordverklaring van de verwijzende behandelaar om de door hen verwezen patiënten gedurende 12 maanden na de beginmeting bij zich in behandeling te houden. De BPS-diagnose werd vastgesteld op basis van een positieve uitslag (≥ 6 criteria) van zowel de PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire; Akkerhuis 1994) als van de SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; Weertman e.a. 1996). De gehanteerde exclusiecriteria waren: volgens de DSM-IV een bipolaire stoornis of een (chronische) psychotische stoornis, onvoldoende beheersing van het Nederlands, en een IQ < 80. In tegenstelling tot Linehans onderzoek werd recent parasuïcidaal gedrag niet als noodzakelijk aanwezig inclusie criterium gebruikt. Een overzicht van de problematiek van de patiënten is te vinden in tabel 1.

Behandelcondities De 'standaard dialectische gedragstherapie' (DGT) is een 'gestructureerde' behandeling. Gedurende een jaar worden individuele psychotherapeutische sessies met de primaire therapeut (1 uur per week) gecombineerd met 24-uurs telefonische bereikbaarheid ten behoeve van consultatie, wekelijkse groepsvaardigheidstrainingen (2-2,5 uur per sessie) en wekelijkse supervisiebijeenkomsten voor de therapeuten en trainers (Van den Bosch 1996). Binnen de behandeling wordt het verminderen van de borderline kernsymptomatiek (parasuïcidaal en therapie-interfererend gedrag) als prioriteit gezien. Andere problematiek, zoals middelengebruik, komt pas aan bod als er geen (para)suïcidaal of levensbedreigend gedrag meer optreedt. De individuele therapie richt zich op het verhogen van de motivatie om in leven en in behandeling te blijven. De vaardigheidstraining leert patiënten niet-destructieve vaardigheden in het omgaan met, en het leren hanteren van, bor-

TABEL 1 Sociaal-demografische en klinische kenmerken van de 58 vrouwelijke patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Kenmerk	Behandelgroep		Totaal (N = 58)
	Dialectische gedragstherapie (n=27)	Standaardtherapie (n=31)	
Nederlandse nationaliteit (%)	26 (96)	30 (97)	56 (97)
Nooit getrouwd (%)	15 (56)	21 (68)	36 (62)
Alleen wonend (%)	9 (33)	12 (39)	21 (36)
Werkeloos (%)	7 (26)	5 (16)	12 (21)
WAO-uitkering (%)	15 (56)	19 (61)	34 (59)
Leeftijd in jaren (SD)	35,1 (8,2)	34,7 (7,4)	34,9 (7,7)
Opleiding in jaren (SD)	12,6 (3,3)	13,6 (3,8)	13,1 (3,6)
Aantal BPS-criteria, gemiddelde (SD) ¹	7,3 (1,3)	7,3 (1,3)	7,3 (1,3)
Voorgeschiedenis van suïcidepogingen (%) ²	19 (70)	22 (71)	41 (71)
Voorgeschiedenis van automutilatie (%) ²	25 (93)	29 (94)	54 (93)
Mediane aantal automutilatiehandelingen gedurende leven per patiënt ²	13,1	14,4	14,2
Verslavingsproblemen (%) ³	16 (59)	16 (52)	32 (55)
Gemiddeld aantal jaren verslavingsproblematiek (BPSV+ groep, n= 31) ³	5,57	5,97	7,6
Gemiddeld aantal jaren behandeling binnen verslavingszorg (BPSV+ groep, n= 31) ³	3,5	3,6	4

¹Volgens het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-II)

²Volgens de Lifetime Parasuicide Count (LPC)

³Volgens de Addiction Severity Index European version (EuropASI); afkappunt ASI ≥ 5

WAO = Wet op de arbeidsongeschiktheid

BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis

SD = standaarddeviatie

BPSV+ = borderline stoornis en verslavingsproblematiek

derline problematiek. DGT richt zich tegelijkertijd op acceptatie- en validatiestrategieën en op veranderingsgerichte strategieën ten einde een synthetische (dialectische) balans in het functioneren van de patiënt tot stand te brengen (voor een uitgebreide beschrijving zie Linehan 1996, 2002; Van den Bosch e.a. (2001a); Van den Bosch & Meijer (2002). Het team van individuele therapeuten bestond uit 4 psychiaters en 12 (klinisch) psychologen/psychotherapeuten. De groepsvaardigheidstraining werd in 3 verschillende groepen gegeven, die geleid werden door maatschappelijk werkers en (klinisch) psychologen. De training, het monitoren van de sessie door het bekijken van video-opnamen, en de wekelijkse individuele supervisie en de wekelijkse groepssupervisie werden gegeven door de schrijver van dit artikel (LMCvdB), die intensief getraind was door Linehan.

De standaardbehandeling (*treatment as usual*) werd gedefinieerd als: iedere vorm van behandeling gangbaar binnen de ggz of de verslavingszorg. Er werden geen eisen gesteld aan aard, duur of frequentie van de therapeutische sessies.

Instrumenten Beginmetingen vonden 1-16 weken (gemiddeld 6 weken) voor de randomisering plaats. De DGT startte 4 weken na de randomisatie. Twee klinisch psychologen en een gepromoveerd psycholoog voerden de metingen uit. De belangrijkste uitkomstmaten waren: (a) de ernst van het parasuïcidale gedrag; (b) de ernst van het zelfbeschadigende gedrag; (c) de therapietrouw (drop-out); en (d) de ernst van het middelemisbruik.

Terugkerende parasuïcidale en zelfbeschadigende impulsieve gedragingen werden direct na randomisatie en 11, 22, 33, 44, 52 en 78 weken na randomisatie gemeten met behulp van de *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI; Arntz e.a. 2003). Dit is een semi-gestructureerd interview dat de frequentie van de borderline symptomen meet betreffende de laatste 3 maanden voor afname. De BPDSI bestaat uit 9 afzonderlijke secties. Deze bevatten ieder verschillende items die mani-

festaties van de persoonlijkheidstrekken weergeven waarop de 9 criteria van de DSM-IV-diagnose BPS gebaseerd zijn. De impulsiviteitsectie van de BPDSI (subschaal 2) bevat 11 items die de uiting van zelfdestructief impulsief gedrag weerspiegelen zoals in de DSM-IV omschreven (onder meer vreetbuien, alcohol- en druggebruik, roekeloos rijden). De range per item loopt van 0 tot 10. De parasuïcidesectie (subschaal 5) bevat 13 items die duidelijk te onderscheiden suïcidaal gedrag weergeven (dreigen met suïcide, voorbereiden van suïcidepogingen en suïcidepogingen). Hier is de range van de scores per item eveneens 0-10. De uiteindelijke score wordt vastgesteld door de som van de scores te delen door het aantal items.

Zelfbeschadigend gedrag werd ook gemeten ten tijde van de beginmeting, met behulp van de *Lifetime Parasuicide Count* (LPC; Comtois & Linehan 1999). De aangepaste (3-maanden) versie werd 22, 52 en 78 weken na randomisatie afgenomen. De LPC geeft informatie over de frequentie van 12 vormen van zelfbeschadigende gedragingen (onder meer snijden, branden, prikken, hoofdbonzen). De totaalscores per item ontstaan door optellen van de gerapporteerde incidenten. De totaalscore kan variëren van 0 tot > 1000.

De ernst-beginscore na de randomisatie en de ernstscore bij follow-up (78 weken) op gebied van verslaving werd gemeten met behulp van de *EuropASI* (*Addiction Severity Index European version*; Kokkevi & Hartgers 1995). De EuropASI is een multidimensionaal (semi-)gestructureerd instrument dat inschat wat het effect van middelengebruik (of behandeling ervan) is op een reeks levens- en gedragsdomeinen (zoals alcoholgebruik, druggebruik, justitie/politiecontacten, familie/sociale relaties). Per domein weerspiegelt een ernstscore (range 0-9) de geschatte ernst van de problematiek (alcohol- of drugs-ernstscore van ≥ 5 = klinisch relevante verslavingsproblematiek). De ernst van middelengebruik (in de laatste 3 maanden voor het meetmoment) werd gemeten met behulp van de BPDSI (sectie 2, 'zelfdestructieve impulsiviteit': alcohol-, softdrug- en harddruggebruik).

Randomisering In totaal werden 92 patiënten door behandelaars verwezen naar het onderzoek. Vierenzestig voldeden aan de inclusiecriteria en ondertekenden een informed consent. Om in de analyses meegenomen te worden, moesten de patiënten na randomisatie aan meer dan 1 sessie hebben deelgenomen (*intention-to-treat-analyse*). Zes patiënten werden uitgesloten. Zij accepteerden de uitslag van de randomisatie niet ($n = 4$; 2 uit iedere groep), of namen aan niet meer dan 1 therapieessie deel ($n = 2$; DGT-groep). De belangrijkste resultaatanalyses werden uitgevoerd bij de resterende groep van 58 patiënten. De ernst van de borderline symptomatologie, de ernst van middelenafhankelijkheid en de leeftijd waren niet significant geassocieerd met uitsluiting uit deze *intention-to-treat*-populatie.

Uiteindelijk namen 58 vrouwelijke patiënten met een BPS deel aan het onderzoek: 27 in de experimentele groep (DGT) en 31 in de controlegroep. Na de beginmetingen werden de patiënten via een minimaliseringsprocedure toegewezen aan de behandelcondities. Deze methode wordt gebruikt om bij een relatief kleine steekproef te komen tot groepen die bij de aanvang van het onderzoek vergelijkbaar zijn wat betreft de belangrijkste prognostische variabelen.

De 27 patiënten (verslavingszorg $n = 8$; psychiatrische zorg $n = 19$) in de DGT-groep ontvingen gedurende 12 maanden behandeling volgens het standaardbehandelprotocol van Linehan (2002). De gemiddelde 'adherence score' (behandelintegriteit) op een 5-punts-Likertschaal was 3,8 (range 2,5-4,5). Dit betekent dat de therapeuten daadwerkelijk DGT toegepast hebben.

De 31 patiënten die aan de standaardconditie werden toegewezen, ontvingen behandeling van de oorspronkelijk verwijzende psycholoog of psychiater (verslavingszorg $n = 11$; psychiatrische zorg $n = 20$). Omdat DGT pas sinds kort geïntroduceerd was binnen Nederland en omdat geen van de therapeuten uit de standaardgroep getraind was in DGT, is het zeer onwaarschijnlijk dat DGT-strategieën bij de controlegroep toegepast zijn.

De DGT-patiënten mochten gedurende de

follow-upperiode geen DGT-behandeling ondergaan. Ethische overwegingen beperkten de follow-upperiode tot 6 maanden. De patiënten die tot de standaardgroep behoorden, werd toegestaan hun behandeling voort te zetten na afloop van het experimentele jaar.

Volledigheid van de data Beginmetingen werden bij alle 58 participanten afgenomen. Aan 3,7 van de 5 follow-upmetingen werd door de deelnemers deelgenomen, waarbij geen significante verschillen tussen de behandelgroepen gevonden werden (Cochran Mantel-Haenszel test $\chi^2_3 = 1,51$; $p = 0,14$). Achtentachtig procent van de deelnemers nam aan ten minste 1 van de 5 follow-upmetingen deel; van 81% van de patiënten zijn de resultaten van de week-52-meting aanwezig; van 75% de resultaten van week 78 en 71% van de patiënten nam deel aan de week-52- en -78-metingen.

Statistische analyse Omdat de BPDSI-secties over alcohol-, soft- en harddrugmisbruik nauwkeuriger meten dan de EuropASI, is de voorkeur gegeven aan de BPDSI als meetinstrument. Bovendien was bij de afname van de BPDSI in totaal sprake van 8 meetmomenten (beginmeting, meting bij de start van de behandeling, en metingen in week 11, 22, 33, 44, 52 en 78) en bij de EuropASI slechts van 2 (beginmeting en week-78-meting). Een uitvoerige beschrijving van de uitgevoerde analyses is te vinden in de eerder geschreven artikelen over dit onderzoek (Van den Bosch 2003; Van den Bosch e.a. 2002; Verheul e.a. 2003). Er was sprake van een groot aantal missende waarden. Data-uitsluiting van missende waarden in de analyses resulteert gemakkelijk in vervormde resultaten (Little & Rubin 1987). Daarom is besloten is om alle beschikbare data, met behulp van een 'general linear mixed model' benadering, in de analyse mee te nemen. In meer gebruikelijke analysemethoden worden alleen complete cases gebruikt, dat wil zeggen deelnemers die op elk meetmoment een valide waarde hebben. Daardoor kunnen er heel veel verzamelde data zijn (namelijk alle data van personen met ten minste 1 missend meetmo-

TABEL 2 Meetresultaten op 3 momenten bij de 58 vrouwelijke patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis die ofwel met dialectische gedragstherapie ofwel met de standaardtherapie behandeld werden

	Dialectische gedragstherapie		Standaardbehandeling	
	n *	gemiddelde (SD)	n	gemiddelde (SD)
BPDSI subschaal 2: zelfdestruïctief impulsief gedrag (range 0-10)				
Begin	27	1,76 (1,44)	31	1,48 (1,12)
Einde behandeling (week 52)	23	0,92 (0,74)	25	1,00 (0,84)
Follow-up (week 78)	20	1,08 (0,93)	24	0,85 (0,57)
BPDSI subschaal 5: parasuïcidaal gedrag (range 0-10)				
Begin	27	0,55 (0,63)	31	0,66 (0,83)
Einde behandeling (week 52)	23	0 (0,38)	25	0,48 (0,63)
Follow-up (week 78)	20	0,2 (0,45)	24	0,43 (0,73)
BPDSI sectie 2-04: alcoholgebruik (range 0-10)				
Begin	27	3,78 (3,79)	31	2,87 (3,44)
Einde behandeling (week 52)	23	1,61 (2,71)	25	2,56 (3,35)
Follow-up (week 78)	20	2,55 (3,40)	24	2,00 (3,03)
BPDSI sectie 2-05: softdruggebruik (range 0-10)				
Begin	27	2,00 (3,52)	31	0,65 (1,64)
Einde behandeling (week 52)	23	0,57 (2,15)	25	0,36 (1,44)
Follow-up (week 78)	20	1,55 (3,44)	24	0,58 (1,98)
BPDSI sectie 2-06: harddruggebruik (range 0-10)				
Begin	27	1,96 (3,08)	31	1,29 (2,85)
Einde behandeling (week 52)	23	0,52 (1,65)	25	1,04 (2,89)
Follow-up (week 78)	20	0,90 (2,36)	24	0,42 (2,04)
LPC: automutilatie (range 0 tot > 1000)				
Begin	27	48,89 (117,05)	28	78,24 (257,50)
Einde behandeling (week 52)	22	3,31 (13,15)	24	41,58 (78,76)
Follow-up (week 78)	18	10,94 (34,28)	22	33,95 (99,39)
Totale groep n%				
LPC: automutilatie uitgesplitst naar ernst**				
Ernstig (> 14) week 0	16 (51)			
Ernstig (> 14) week 52	7 (29)			
Ernstig (> 14) week 78	7 (29)			
* Aantal patiënten met valide data op een gegeven meetmoment				
** De zeer scheve verdeling van de LPC-totaalscore leidde voor de beginmeting en de week-52-meting tot een verdeling in twee groepen: minder ernstig zelfdestruïctief gedrag (0 tot 14, mediaan 4,0), en ernstig zelfdestruïctief gedrag (14 tot > 1000, mediaan 60,5).				
BPDSI = Borderline Personality Disorder Severity Index: frequentie van het optreden van het gedrag gemeten. De range van de scores loopt van 1 (1 x per 3 maanden) tot 10 (dagelijks)				
LPC = Life-time parasuicide count: totaalscores van de manifestaties van parasuïcidaal gedrag				

ment) die niet in de analyse worden betrokken. Bij de *general linear mixed model* benadering is 1 meetmoment met een valide waarde al genoeg.

RESULTATEN

Resultaten behandelprogramma: 12-maandsgegevens Het onderzoek laat 3 belangrijke resultaten zien. Een significant lager drop-outpercentage wordt gevonden in de DGT-groep (23%) dan in de standaardgroep (63%) ($\chi^2 = 9,70$; $p = 0,002$). Dit verschil blijft gehandhaafd als de 2 standaardgroeppatiënten die naar een andere therapeut verwezen werden, binnen hetzelfde instituut tot niet-dropouts gerekend worden ($\chi^2_1 = 6,72$; $p = 0,010$). DGT lijkt de therapietrouw dus te verhogen.

Bij de patiënten in de DGT-groep (zowel de verslaafde als de niet-verslaafde deelnemers) wordt direct na afloop van de behandeling (week 52) een significant grotere reductie van zelfbeschadigende impulsieve gedragingen (inclusief alcoholafhankelijkheid) geconstateerd. De gemiddelden en standaarddeviaties van de diverse metingen zijn in tabel 2 weergegeven.

De grotere impact van DGT is niet terug te voeren op verschillen in gebruik van psychotrope medicatie tussen de groepen. Tot slot blijkt dat DGT ten aanzien van het verminderen van zelfbeschadigend gedrag het meeste effect heeft bij patiënten die een hoge mate van zelfbeschadigend gedrag gerapporteerd hebben bij aanvang van het onderzoek. DGT leidt niet tot vermindering van problematiek op affectief gebied.

Resultaten follow-up meting: 18-maandsgegevens Na een periode van 6 maanden zonder DGT is nagegaan of de positieve effecten van DGT op het gebied van BPS-symptomatologie en op het middelenmisbruik beklijven. De resultaten van de 18 maanden follow-up geven aan dat het effect na beëindiging van de experimentele behandeling na 6 maanden nog steeds significant is waar het gaat om vermindering van impulsief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en alcoholgebruik. Voor

soft- en harddruggebruik is geen verschil gevonden tussen DGT en standaardbehandeling. De verschillen tussen DGT en standaardbehandeling zijn evenwel na 18 maanden kleiner geworden, wat zou kunnen duiden op extinctie van het effect bij een langere follow-upperiode.

DISCUSSIE

In dit onderzoek wordt aangetoond dat dialectische gedragstherapie (DGT), in vergelijking met de standaardbehandeling, zowel bij verslaafde als bij niet-verslaafde vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) na 12 maanden behandeling een significant groter reducerend effect heeft op parasuïcidaal en zelfbeschadigend impulsief gedrag én op alcoholafhankelijkheid. De follow-upmeting laat zien dat het effect van DGT, met uitzondering van parasuïcidaal gedrag, tot 6 maanden na afloop van de behandeling beklijft. Er is geen effect voor of soft- en harddruggebruik gevonden.

Er zijn geen effecten op affectief gebied gevonden. In DGT wordt ervan uitgegaan dat pas als het levensbedreigende gedrag voldoende gereduceerd is en stabilisatie bereikt is, BPS-pathologie op affectief gebied behandeld kan worden. Omdat het behandelprogramma tot een jaar beperkt bleef, was ook niet te verwachten dat vermindering van met affect samenhangende BPS-pathologie, zoals gevoelens van depressiviteit en leegte, plaats zou vinden.

Het onderzoek toont aan dat de grootte van het verschil tussen standaardtherapie en DGT in symptomatisch herstel in de follow-upperiode afneemt. Het voorspelt tevens dat de gunstige effecten van DGT bij een langdurige periode zonder behandeling helemaal zouden kunnen verdwijnen. De conclusie luidt dat voortgezette interventies noodzakelijk zijn voor het instandhouden en het mogelijk uitbreiden van de effecten van DGT.

Alhoewel de DGT-interventies in dit onderzoek gericht zijn geweest op BPS-symptomatologie, blijkt er ook enig effect te zijn op verslaving. Linehan e.a. (1999) vonden dat DGT effectief is in

het reduceren van harddruggebruik, wanneer het behandelprogramma daar volledig op gericht is. Zij vonden echter geen effect ten aanzien van de BPS-symptomatologie. Het lijkt er op dat DGT effect heeft op dat probleemgedrag waar het zich op richt. Een logische conclusie is dan, gezien de hoge comorbiditeit van BPS en verslaving, dat continue aandacht voor en behandeling van middelengebruik, samen met behandeling van suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag, als gedeelde eerste prioriteit binnen de behandeling van BPS-problematiek opgenomen moet worden. Consequentie is dan wel dat in de opleiding van DGT-therapeuten strategieën voor het veranderen van verslavingsgedrag een vaste plaats krijgen.

Moet DGT vanaf nu de behandeling van eerste keuze zijn (Scheel 2000)? Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden, moet DGT in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek vergeleken worden met andere geprotocolleerde potentieel effectieve behandelingen voor BPS. Daarbij dient in de eerste plaats gedacht te worden aan de veelbelovende resultaten van het onderzoek naar de langdurige psychoanalytisch georiënteerde dagbehandeling van Bateman & Fonagy (1999, 2001). Ook de groeiende hoeveelheid onderzoek naar de farmacologische behandeling van ernstige borderline problematiek verdient nadere aandacht, zowel binnen als buiten het kader van een langdurige psychotherapeutische behandeling (Grootens & Verkes, 2003; Van der Mast 1998; Rinne e.a. 2002).

Beperkingen van dit onderzoek Er zijn een aantal beperkingen die men in overweging moet nemen bij het zorgvuldig en behoedzaam interpreteren van de resultaten: de geringe grootte van de steekproef in combinatie met de toegepaste statistische methoden; het gebruik van retrospectieve zelfrapportage; het feit dat gedurende het onderzoek patiënten middelen bleven gebruiken; en het gegeven dat de patiënten in de DGT-groep zich ervan bewust waren dat het hier om een nieuwe vorm van behandeling ging.

In het bijzonder kan de aard van de stan-

daardtherapie (datgene wat gewoonlijk aan behandeling gegeven wordt) de resultaten beïnvloeden hebben ten gunste van DGT. De gevonden resultaten zouden veel meer zeggingskracht hebben als dit standaardtherapieaanbod qua frequentie en intensiteit gelijk zou zijn geweest aan DGT. Superioriteit van DGT zou dan ondersteund moeten worden door een hogere werkalliantiescore binnen de DGT-groep. Analyses van de Werk Alliantie Vragenlijst scores (WAV) lieten evenwel in dit onderzoek nauwelijks verschillen zien tussen beide condities op de drie subschalen van de WAV (ontwikkeling van gehechtheid, overeenstemming ten aanzien van doelen en overeenstemming ten aanzien van taken). Deze gegevens spreken een vervormend effect door het gebruik van de standaardtherapie tegen.

CONCLUSIE

Het hier beschreven onderzoek is het eerste gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek buiten de VS waarin de effectiviteit van standaard dialectische gedragstherapie (DGT) bij het behandelen van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) onderzocht is door onderzoekers die niet behoren tot de groep van Linehan. De resultaten geven aan dat in het kader van een wetenschappelijk onderzoek, met behulp van standaard-DGT, in een heterogene groep van verslaafde en niet-verslaafde vrouwelijke borderline patiënten positieve resultaten behaald zijn.

DGT lijkt te werken voor het probleemgedrag waar het op gericht is. Ten aanzien van de effectiviteit van DGT op middelenmisbruik concluderen wij dan ook dat beïnvloeding van verslaving integraal onderdeel van het DGT-programma (en van de behandeling van ernstige BPS-problematiek) zou moeten zijn. De klinische relevantie van dit onderzoek lijkt helder: DGT reduceert levensbedreigend gedrag en zorgt ervoor dat patiënten in behandeling blijven. De patiënten met een BPS blijken gemotiveerd te kunnen worden en behandelbaar te zijn, ook als er sprake is van comorbide verslavingsproblematiek.

NOOT

1. Het thans voorliggende manuscript is gebaseerd op drie eerdere artikelen (Van den Bosch e.a. 2002; Van den Bosch e.a. in druk; Verheul e.a. 2003), die alle deel uitmaken van mijn proefschrift dat in oktober 2003 verschenen is (Van den Bosch 2003).

☞ Speciaal is dank verschuldigd aan degenen zonder wie de oorspronkelijke artikelen, waar dit artikel op gebaseerd is, niet tot stand zouden zijn gekomen: prof.dr. Wim van den Brink; prof.dr. Roel Verheul; dr. Maarten Koeter en prof.dr. Theo Stijnen. Daarnaast dank aan degenen die de data van het onderzoek verzameld hebben: Eveline van Rietdijk en Wijnand van der Vlist.

LITERATUUR

- Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., van Groenestijn, M.A.C., e.a. (1994). PDQ-4+, Vragenlijst voor Persoonlijkheidskenmerken. Utrecht: H.C. Rümke groep.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *American Journal of Psychiatry*, 158 (10 Suppl.), 1-52.
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., e.a. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17, 45-59.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bosch, L.M.C. van den. (2003). *Borderline Personality Disorder, Substance Abuse and Dialectical Behavior Therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den. (1996). Dialectische gedragstherapie bij verslaafden met een BPS. In R.W. Buisman, J. Casselman, L.B.J. Majoor, e.a. (Red.), *Handboek Verslaving*, B 4375-1 (pp. 1-32). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bosch, L.M.C. van den. (1995). *Evaluatie van de DGT pilot* (intern rapport). Amsterdam: De Jellinek.
- Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M., Stijnen, T., e.a. (in druk). Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*.
- Bosch, L.M.C. van den, Linehan, M.M., & Dimeff, L.A. (2001a). Dialectische gedragstherapie: een bondige, geïntegreerde behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In R.W. Trijsburg, S. Colijn, E.C.A. Collumbien, e.a. (Red.), *Handboek integratieve psychotherapie*, VII (pp. 1-30). Leusden: De Tijdstroom.
- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., & van den Brink, W. (2001b). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders*, 15, 416-424.
- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Schippers, G.M., e.a. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviours*, 27, 911-923.
- Carlson, E.B., & Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (1999, April). *Lifetime Parasuicide Count: description and psychometrics*. Paper presented at the 32nd Annual Conference of the American Association of Suicidology. Houston, TX.
- Dennis, A.B. (1998, summer). *Eating Disorders and Borderline Personality Disorder*. American Anorexia and Bulimia Association.
- Dulit, R.A., Fyer, M.R., Haas, G.L., e.a. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1002-1007.
- Grootens, K.P., & Verkes, R.J. (2003). *Atypische antipsychotica bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Een literatuuroverzicht*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 517-523.
- Ingenhoven, T. (1990). *De lotgevallen van het borderline-syndroom als DSM-III diagnose: 1980-1990. Tien jaar empirisch onderzoek naar de validiteit van een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: T.J.M. Ingenhoven.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). *EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence*. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handboek voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Linehan, M.M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L.A., e.a. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279-292.
- Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., e.a. (1995). Borderline psychopathology and recurrences of clinical disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 582-586.
- Little, R.J.A., & Rubin, D.B. (1987). *Statistical Analysis with Missing Data*. New York: Wiley.
- Mast, R. van der. (1998). Medicamenteuze behandeling van borderline-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 47-50.
- NIAAA (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism). (1993). Psychiatric co-morbidity with alcohol use disorders. In NIAAA, *Eighth special report to the US congress on alcohol and health* (pp. 37-59). Bethesda, NIAAA.
- Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., e.a. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Perry, J.C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, (Suppl.), 63-85.
- Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L., e.a. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2048-2054.
- Salzman, J.P., Salzman, C., Wolfson, A.N., e.a. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 254-257.
- Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of Dialectical Behavior Therapy: summary, critique, and implications. *Clinical Psychology and Scientific Practice*, 7, 68-86.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of Personality*. New York: WW Norton & Company.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., e.a. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., e.a. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Verheul, R., Ball, S.A., & van den Brink, W. (1997). Substance abuse and personality disorders. In H.R. Kranzler & B.J. Rounsaville (Red.), *Dual diagnosis and treatment; Substance abuse and co-morbid medical and psychiatric disorders* (pp. 317-364). New York: Marcel Dekker.
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., e.a. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II)*. Amsterdam: Swets.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., e.a. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., e.a. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 161-167.

AUTEUR

L.M.C. VAN DEN BOSCH is klinisch psycholoog/psychotherapeut en is werkzaam als circuitmanager behandeling in het Forensisch Psychiatrisch Instituut Oldenkotte te Rekken.

Correspondentieadres: dr. L.M.C. van den Bosch, Forensisch Psychiatrisch Ziekenhuis Oldenkotte, Kievenneweg 18, 1757 CC Rekken. Tel.: 0620490230. Fax: (0545) 438810.

E-mail: wiesvdbosch@planet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-9-2004.

SUMMARY

Efficacy of dialectical behaviour therapy in the treatment of female borderline patients with and without substance abuse problems: result of a Dutch study – L.M.C. van den Bosch –

BACKGROUND Dialectical behaviour therapy (DBT) is considered to be a promising treatment for patients with borderline personality disorder (BPD). However, the question is whether DBT can be regarded as the treatment-of-choice in the Netherlands for a mixed population of borderline patients with or without co-morbid substance abuse.

AIM To investigate whether in the case of female BPD patients DBT is more effective than treatment-as-usual (TAU) in reducing borderline symptomatology and substance abuse.

METHOD Fifty-eight women with BPD, referred from addiction centres (n=19) and psychiatric services (n=39) were randomly assigned to either 12 months of DBT or 12 months of TAU. Outcome measures included drop-out (treatment compliance), parasuicidal behaviour, self-damaging impulsive behaviour and substance abuse.

RESULTS Compared to TAU, DBT resulted in lower drop-out rates (23% vs. 63%), less self-mutilating and self-damaging impulsive behaviour, and less alcohol abuse. At follow-up, 6 months after treatment had been discontinued, the benefits of DBT were still significantly more effective, but the size of the effect had become smaller.

CONCLUSIONS DBT is superior to TAU in reducing high-risk behaviour and alcohol abuse in patients with BPD. If the effect of DBT is to be maintained, the treatment needs to be continued.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)3, 127-137]

KEY WORDS borderline personality disorder, dialectical behaviour therapy, substance abuse