

Gemakkelijk implementeerbare behandeling voor patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis?

L.M.C. VAN DEN BOSCH

Van Wel e.a. (2009) beschrijven elders in dit tijdschriftnummer een gerandomiseerde trial bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Daarin vergeleken zij vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) plus laagfrequente individuele begeleiding met een controleconditie die bestond uit gebruikelijke behandeling (TAU). In het artikel geven de auteurs volgens de beste wetenschappelijke tradities aan hoe zij te werk zijn gegaan, welke data verworven zijn, welke methoden zij gebruikt hebben en tot welke conclusies zij uiteindelijk komen.

De belangrijkste conclusie is dat de VERS-conditie betere resultaten geeft bij de patiënten met BPS dan TAU. Meer specifiek: 70% van de VERS-deelnemers en 47% van de TAU-groep liet een betrouwbare verbetering zien. De TAU-deelnemers echter leken ook meer te verslechteren. Het aantal uitvallers in de VERS-conditie was hoger: 21,4% tegen 10,8% in de TAU-groep. Cryptisch is de vermelding dat de onderzoekers niet voor een *intention-to-treat* analyse gekozen hebben, terwijl zij die wel uitgevoerd hebben; zij zeggen de data niet te publiceren omdat deze niets toevoegen.

De onderzoekers concluderen uiteindelijk dat de vraag of VERS nu zo'n effectieve therapie is, niet relevant is, al is deze wel effectief. Van belang is dat VERS 'met een paar relatief makkelijk aan te leren en te implementeren ingrepen' de effectiviteit van de behandeling van patiënten met BPS aanzienlijk kan verbeteren.

KRITIEK

Enkele kritische opmerkingen zijn nodig. In het begin tot het midden van de jaren negentig was het noodzakelijk om bij een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) TAU als vergelijkingsgroep te nemen. Er waren immers nauwelijks geprotocolleerde behandelmethoden waarmee men kon vergelijken. In de eerste trials gericht op de effectiviteit van dialectische gedragstherapie (DGT) (o.a. Linehan e.a. 1991) en *mentalization-based treatment* (MBT) (o.a. Bateman & Fonagy 2001) moest men TAU wel als controleconditie gebruiken. Voor schemagerichte therapie (SGT) was het al mogelijk om een vergelijking te maken met *transference-focused psychotherapy* (TFP) (Giesen-Bloo e.a. 2006).

Al deze studies toonden aan dat het consistente karakter van een behandelprogramma, onder meer het werken met protocollen, een van de belangrijke voorwaarden is voor effectieve behandeling. Het is dan ook terecht dat dit opgenomen is in de richtlijn voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008).

Meer recent verplaatst de discussie zich naar andere problemen, waarbij de dosis en de intensiteit van de gegeven behandeling en het verhogen van de kwaliteit van leven een belangrijke plaats innemen. Daarnaast verricht men nu vaker componentstudies, ook wel 'dismantling studies' genoemd. Men zoekt daarbij naar de werkzaamste

bestanddelen van een behandelprogramma door bijvoorbeeld de intensiteit te verlagen (van 5-daagse dagklinische behandeling naar 2-daagse behandeling) of door onderdelen van het programma weg te laten (bijvoorbeeld de mogelijkheid van telefonische consultatie te schrappen).

ONTMANTELINGSSTUDIE?

Ik zit als lezer van het artikel met twee problemen. In de eerste plaats wordt een niet-geprotocolleerde, dure, behandeling (TAU) vergeleken met VERS. In de tweede plaats breiden de onderzoekers de VERS-training, die in hoge mate afgeleid is van dialectische gedragstherapie (DGT), ook nog uit met individuele begeleiding. Deze individuele begeleiding had weliswaar een lagere frequentie dan DGT, maar de inhoud was vergelijkbaar. Ook is er actieve betrokkenheid van het systeem van de cliënt. De verschillen met standaard-DGT zijn zo klein dat het nauwkeuriger was geweest om hier van een soort ontmantelingsstudie te spreken, en niet van de invoering van een 'nieuw' programma. In Nederland is de term 'DGT light' al een bekend begrip.

Wat wordt hier met wat vergeleken, en waarom? In mijn ogen is het een gemiste kans dat de auteurs in deze trial de VERS niet met een andere methode vergelijken waarvan de effectiviteit bewezen is, maar met TAU. Sterker nog, de toegepaste behandeling lijkt op een 'uitgeklede' (ontmantelde), korte versie van DGT, die al bestaat (Stanley e.a. 2007). Vergelijking van VERS met een empirisch gevalideerde methode zou tot werkelijke aanbevelingen op gebied van reductie van kosten en inspanning hebben kunnen leiden.

EENVOUD VERSUS INSPANNING

Het blijkt de onderzoekers echter niet te gaan om het vaststellen van de effectiviteit, maar om het vinden van een eenvoudig te implementeren methode. Daar is op zich niets op tegen. De auteurs constateren vervolgens dat implementatie van de empirisch gevalideerde methoden een forse

inspanning vraagt, maar geven niet aan waarop hun uitspraak gebaseerd is. Is een 10-daagse training voor individueel therapeuten, zoals gebruikelijk in DGT, veel?

Bovendien: is het zo erg als om veel inspanning gevraagd wordt? Wij weten inmiddels dat we BPS moeten zien als een chronische én potentieel gevaarlijke stoornis vanwege het hoge suïciderisico. Deskundig en stevig ingrijpen, zeker als de symptomen nog niet het 'ernstige' stadium bereikt hebben, is van levensbelang voor de patiënt.

In vele artikelen en in de Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen constateert men, zoals gezegd, dat een algemene factor die effectiviteit van behandeling vergroot, de consistentie is van een toegepast programma. Waarom dan niet kiezen voor een stevig programma, gedragen door een heel instituut? Inmiddels zijn er een paar studies verschenen waarin men constateert dat juist het invoeren van een empirisch en consistent gevalideerde methode een heilzaam effect heeft op het personeel dat met deze 'ontregelende' patiënten moet werken (o.a. Blondelle e.a. 2007).

DUIDING RESULTATEN

Wat betekenen de gevonden positieve resultaten? Ik vermoed dat door exclusie van degenen met een acuut suïcidaal risico, de populatie veel minder ernstige symptomen heeft dan de onderzoekspopulaties van de eerdergenoemde MBT- en DGT-studies. Daarnaast krijgen de VERS-cliënten consequent aandacht voor de aanpak van hun probleem, hun wordt geleerd om met situaties op effectieve wijze om te gaan en zij worden zowel door hun begeleider als door het systeem daarbij ondersteund. Dat gebeurt niet in de TAU-conditie. De patiënten in deze conditie lijken veel meer de ouderwetse aanpak te krijgen: indien nodig extra ambulante contacten buiten de standaard onderzoeksbehandeling om, wat duidt op meer op ad-hocbasis ingrijpen in plaats van op basis van geplande interventies. Het blijft wonderlijk en onverklaarbaar dat de uitval in de VERS-conditie zo veel hoger was dan bij TAU.

Tot slot, werkelijk van belang is de constatering dat een grote groep patiënten, meer dan 60%, werd uitgesloten van deelname omdat de oorspronkelijke diagnose BPS niet bevestigd kon worden. Het is jammer dat de auteurs niet beschrijven aan welke problematiek, die oorspronkelijk de verwijzer tot de diagnose BPS bracht, de uitgesloten patiënten dan wel leden. Zijn het suïcidale, aan ernstige borderlineproblematiek lijdende patiënten die ten onrechte uitgesloten zijn van de behandeling in dit onderzoek? Of gaat het hier om een groep patiënten met problematiek die wel lijkt op BPS, maar niet als zodanig behandeld wordt, of is er sprake van maskerende comorbiditeit op as 1? Was de gestelde diagnose door de verwijzer eerder een optelsom van problemen dan het vaststellen van een van andere problematiek te onderscheiden klinisch syndroom zoals de BPS?

Ik besluit met de constatering dat BPS in de praktijk een stigmatiserende diagnose is en blijft. De gegevens van Van Wel en collega's bevestigen dan ook het belang van het zorgvuldig stellen van de diagnose in ieder echelon van de gezondheidszorg.

LITERATUUR

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Blondelle, G.C.J., Williams, G.L., & van den Bosch, L.M.C. (2007). 'Operant milieu' in een TBS-kliniek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 634-639.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., e.a. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J.D., e.a. (2007). Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 337-341.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in

de GGZ (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Wel, E.B. van, Bos, E.H., Appelo, M.T., e.a. (2009). De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis; een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 291-301.

AUTEUR

L.M.C. VAN DEN BOSCH is klinisch psycholoog/psychotherapeut en verbonden aan de Gelderse Roos in Arnhem, het Centrum voor Specialistische Psychotherapie in Oegstgeest (Rivierduinen), en aan Dialexis Advies in Deventer.

Correspondentieadres: dr. L.M.C. van den Bosch, de Gelderse Roos, Wagnerlaan 2, 6815 AG Arnhem.

E-mailadres: wiesvdbosch@planet.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-3-2009.

TITLE IN ENGLISH Easy implementable treatment for patients with borderline personality disorder?