

Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornis

J. BLOM, S. COLIJN

ACHTERGROND Ondanks de ernst van de stoornis komt slechts een klein deel van patiënten met cluster A-persoonlijkheidsproblematiek in behandeling in de ggz. In de internationale literatuur is geen enkele beschrijving te vinden van een niet-medicamenteuze behandelvorm, specifiek voor deze doelgroep, en evenmin onderzoek dat zich richt op het vaststellen van de effectiviteit van een behandeling.

DOEL Beschrijven van de ontwikkeling van een stapsgewijs afgebouwde klinische behandelvorm voor ernstige cluster A-persoonlijkheidsstoornissen.

METHODE Overzicht van het spaarzame onderzoek en relevante klinische ervaring.

RESULTATEN De argumenten voor een stapsgewijs afgebouwde klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie en de praktische uitwerking daarvan worden besproken.

CONCLUSIE Een klinische behandelvorm is ontwikkeld, die in onderzoek getoetst gaat worden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)4, 377-382]

TREFWOORDEN cluster A persoonlijkheidsstoornis, klinische behandeling, mentaliserenbevorderende therapie.

In 2009 startte in Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma de ontwikkeling van een op patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis (APA 2000) toegesneden vorm van mentaliserenbevorderende therapie (MBT; Bateman & Fonagy 2006). Voor zover bekend wordt, ondanks de ernst van de stoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling 2008) nergens anders in Nederland een op deze groep toegesneden (dag)klinische behandeling aangeboden.

In dit artikel schetsen wij een beeld van de keuzes die daarin zijn gemaakt. Allereerst beschrijven we de karakteristieken van de doelgroep en vervolgens de bouwstenen (onderzoek en klinische ervaring) van de nieuwe behandelvorm.

Daarna werken we de behandelvisie van klinische MBT uit, om af te sluiten met een beschrijving van de praktische toepassing.

Cluster A-patiënten

Het A-cluster van de DSM-IV (APA 2000) omvat drie persoonlijkheidsstoornissen: de paranoïde, de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. De patiënten die onder cluster A vallen, worden wel omschreven als 'vreemd' of 'excentriek'. Er zijn dikwijls cognitief-perceptuele vervormingen, psychotische symptomen of ongewone overtuigingen of gedragingen. Wantrouwen, ongemak en grote sociale angst spelen in het con-

tact vaak een belangrijke rol. Van de drie clusters persoonlijkheidsstoornissen is het A-cluster zonder twijfel de minst beschreven en onderzochte groep (Gerritsen e.a. 2009). De mindere prevalentie speelt daarbij een rol. Andere verklaringen voor de ondervertegenwoordiging in de literatuur zijn het feit dat patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis minder geneigd zijn professionele hulp te zoeken en dat er in het professionele veld geen consensus is over de behandelmogelijkheden van deze doelgroep (Williams 2010).

METHODE

Literatuuronderzoek

Wij zochten in PubMed, PsycINFO en Medline naar onderzoekpublicaties over cluster A-persoonlijkheidsstoornissen met de zoektermen: 'cluster A personality disorder', 'paranoid personality disorder', 'schizoid personality disorder', 'schizotypal personality disorder' en 'psychotherapy'. Deze zoektermen leverden weinig bruikbare informatie op (zie ook Parnas e.a. 2005). Naast enkele casusbeschrijvingen werden in publicaties aanwijzingen gevonden dat behandeling van een as I-stoornis gecompliceerd wordt door een comorbide cluster A-stoornis (zie bijvoorbeeld Hansen e.a. 2007). Er was echter geen onderzoek naar de effectiviteit van een systematische behandeling met behulp van een specifieke behandelvorm bij deze patiënten.

Thunnissen (2007) deed met haar collega's onderzoek bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in kortdurende klinische psychotherapie. Zij deed een deeltanalyse van de 16 cluster A-patiënten in deze groep; zij verbeterden bij follow-up na 2 jaar, in wat lager tempo, tot hetzelfde niveau als de niet-cluster A-patiënten. Vermote e.a. (2009) signaleren een soortgelijke trend wanneer zij aangeven dat patiënten met schizoïde en paranoïde trekken goed reageren op klinische psychoanalytische behandeling. Bij deze conclusies past voorzichtigheid; cluster A-persoonlijkheidsstoornis is in deze studies vaak een nevendiagnose, hoe patiënten met cluster A als hoofddiagnose

zouden reageren op deze behandeling blijft onduidelijk.

Zeer recent zijn de resultaten gepubliceerd van een naturalistische effectiviteitsstudie van Bartak (2010) en haar collega's in het kader van de 'Study on Cost-Effectiveness of Personality Disorder Treatment' (SCEPTRE) bij een aantal gespecialiseerde centra in Nederland. Hierin werd geanalyseerd wat bij 57 patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis, meest van het paranoïde type, de effectiviteit was van verschillende doseringen en vormen van psychotherapie: klinische behandeling (bij 18 patiënten), dagklinische (bij 19) en ambulante behandeling (bij 20). Patiënten in de dagklinische en klinische groep lieten, 18 maanden na aanvang van het onderzoek, in vergelijking met de ambulante patiënten, de grootste verbetering zien. Bartak maant voorzichtig te zijn bij de interpretatie, omdat de 3 groepen op allerlei andere kenmerken moeilijk vergelijkbaar waren. Wel kon een algemene conclusie zijn dat psychotherapie bij deze kwetsbare groep verbetering kan geven.

Klinische ervaring

Sinds 1994 bestaat in Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma een kleine klinische afdeling met lagere behandeldruk voor patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis. Het psychodynamische gedachtegoed (Gabbard 2005) diende als inspiratie om de problemen van deze patiënten te begrijpen; daarnaast was sociaal leren een belangrijk aangrijpingspunt. Hoewel deze behandelvorm vanaf midden jaren negentig ruim tien jaar werd toegepast en de klinische indruk bestond dat er verbetering werd bereikt wat betreft klachten, relaties en maatschappelijk functioneren, was de continuïteit van behandelvisie een groot probleem. Deze was slechts summier en daarmee niet eenduidig uitgewerkt: de praktische concretisering lag bij enkele sleutelfiguren en als die afwezig waren of weggingen, was er weinig houvast. De behoefte aan een gezamenlijk toe te passen, duidelijker omschreven referentiekader

groeide. Gezocht werd naar een nieuwe behandeling die de klinische ervaring met deze patiënten-groep kon combineren met de kennis uit de schaarse onderzoeksliteratuur.

ONTWIKKELING KLINISCHE MBT

Klinische psychotherapie

In de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008, p. 102-7) is voor alle persoonlijkheidsproblematiek ambulante individuele psychotherapie, eventueel in combinatie met een groepspsychotherapie, de behandeling van eerste keuze. Bij ernstige cluster A-persoonlijkheidsproblematiek, waar psychologische functies zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden sterk aangetast zijn, kunnen er 'redenen zijn om te starten met (dag-)klinische behandeling' (p. 106). Het nadien verschenen onderzoek van Bartak (2010) onderstreept de waarde van de (dag)klinische behandeling voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornissen. Deze behandelvorm moet echter pas aangeboden worden als minder intensieve behandelvormen tekort schieten.

Abraham e.a. (2003) noemen als positieve indicaties voor (dag)klinische psychotherapie onder andere de volgende overwegingen die van toepassing zijn op ernstige cluster A-problematiek:

- patiënten bij wie samenleven met anderen noodzakelijk is om blokkades in het sociaal functioneren te doorbreken, bijvoorbeeld patiënten met schizoïde persoonlijkheidskenmerken;
- patiënten die een intensief en gevarieerd programma met een combinatie van verbale en non-verbale therapievormen behoeven, bijvoorbeeld patiënten van wie de klachten in belangrijke mate bepaald worden door complexe en rigide persoonlijkheidsstoornis.

Voor cluster A-persoonlijkheidsstoornissen worden in de Richtlijn de steunende behandelvarianten (met als elementen bijvoorbeeld aanmoediging, validatie en advies) aanbevolen boven de

meer confronterende. Dit zou ook tot minder drop-out kunnen leiden. Bovendien is het zo dat, waar behandelaars vroeger dachten dat cluster A-patiënten niet van groepstherapie konden profiteren, de klinische literatuur tegenwoordig ook voor deze doelgroep veel meer de nadruk legt op het positieve effect van sociaal leren en het blootstellen aan anderen in groepstherapie (Piper & Ogrodniczuk 2009). Wel dient ervoor gewaakt te worden dat in de groep of kliniek de druk te hoog wordt (Gerritsen e.a. 2009).

Mentaliserenbevorderende therapie

Mentaliseren We kunnen mentaliseren omschrijven als het kunnen begrijpen van je eigen gedrag en dat van anderen in termen van gedachten, wensen, motieven, gevoelens en ideeën. Dit vermogen wordt onder normale omstandigheden in de jeugd jaren ontwikkeld en is cruciaal bij het leren van adequate affectregulatie en het aangaan van constructieve en intieme relaties. Het verbeteren van het vermogen tot mentaliseren is de centrale doelstelling van de MBT (Bateman & Fonagy 2006).

De Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) concludeert dat het aanneemelijk is (met bewijskracht van niveau 2) dat MBT, een 6 tot 12 maanden durende psychotherapeutische dagbehandeling, een werkzame interventie is bij verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De aanbeveling van Karterud e.a. (2003) na bestudering van meer dan 1000 behandelingen was zeer specifiek: 'patiënten met *borderline/paranoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen* zouden naar andere behandelingsmodaliteiten moeten worden verwezen ... bijvoorbeeld langetermijndagbehandeling zoals door Bateman & Fonagy beschreven.'

Niet alleen mensen met een *borderline* persoonlijkheidsstoornis beschikken over een gebrekkig mentaliserend vermogen; ook patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in het A-cluster schieten hierin tekort (Gabbard 2005; Karterud & Urnes 2004). Door te leren mentaliseren, kan de patiënt met cluster A-persoonlijkheidsproblema-

tiek de twijfel over de eigen 'waarheid' toelaten en daarmee een opening maken voor soepeler relationele patronen. Daartoe is wel het aangaan van contacten nodig. Minder terugtrekken betekent meer contact en dus meer mogelijkheden tot leren; bijvoorbeeld dat de intenties van de ander niet altijd kloppen met de negatieve verwachtingen die patiënt zelf van het contact heeft, en de somberheid en boosheid die dat vervolgens bij hem of haar oproept.

Gehechtheidsrelatie Een ander kernconcept in MBT is de *gehechtheidsrelatie*, zoals die ontstaan is in de vroege jeugd in contact met de primaire verzorgers en herhaald wordt in volwassen relaties, ook de behandelrelatie. Er zijn sterke aanwijzingen (onder meer Westen e.a. 2006) voor een relatie tussen vroege hechting en persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd. Meer specifiek zou er een relatie zijn tussen cluster A-persoonlijkheidsstoornissen en vermijdende hechting in de kindertijd, leidend tot een 'dismissing' hechtingsstijl in de volwassenheid. Deze hechtingsstijl kenmerkt zich door het weinig waarde toekennen aan hechte, intieme relaties. In de behandeling van cluster A-patiënten komt telkens de moeite om iets van de eigen belevingsinhouden te delen, of zelfs te herkennen, terug.

Affectregulatie Een laatste kernconcept, sterk met het voorgaande verbonden, is *affectregulatie*. Bij MBT probeert men in alle interventies de gevoelens van de patiënt te begrijpen en te valideren, zodat deze beter hierover kan mentaliseren. Om dit vermogen niet teveel te belasten moet het aantal therapeuten in het behandelprogramma beperkt zijn en is er na de therapieën ruim de tijd om 'af te koelen'. Een combinatie van verbale therapie en vaktherapie lijkt van belang; vaktherapie maakte integraal onderdeel uit van onderzochte en effectief gebleken dagbehandelingprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen (Bateman & Fonagy 2006; Karterud & Urnes 2004; Wilberg e.a. 1998), en wordt op die gronden ook aanbevolen in de Richtlijn (2008).

In het meeste onderzoek naar MBT lag de nadruk op cluster B, en vooral de borderlinestoornis. Aanwezigheid van een cluster A-persoonlijkheidsstoornis bleek echter geen negatief effect te hebben op het behandelresultaat (Bartak 2010; Bateman & Fonagy 2006).

TOEPASSING

Voor patiënten met cluster A-problemen hebben wij, zoals gezegd, in het Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma één kleine behandelgroep. Het gaat om één groep van maximaal 9 personen in een eigen behandelmilieu. Gedurende elk dagdeel is er een vaste therapie, waarna er tijd ingeruimd is om 'af te koelen'. De dagen beginnen met verbale therapieën, na de lunch zijn er non-verbale varianten. Tussen deze behandelingen door is er ruimte voor op de persoon toegesneden benadering: individuele therapie voor alle patiënten, systeemtherapie of medicamenteuze begeleiding op indicatie. Ter bevordering van de samenwerking en behandelintegriteit bij behandelaars is er wekelijks teambrede intervisie, met daarnaast externe supervisie voor enkele teamleden.

In alle therapieën staat de niet-wetende houding, met een nadruk op affect in plaats van gedrag, centraal: het gaat om de binnenkant, niet om de buitenkant. Het werken volgens MBT vraagt van de staf in verbale therapieën om minder coachend te zijn en meer gericht op reflectie en betekenisgeving. In de non-verbale therapieën dienen de behandelaars meer te verbaliseren. Er is daarnaast gekozen voor één coachend therapieonderdeel, namelijk socialevaardigheidstraining. Deze bevordert de mogelijkheden van deze patiënten om andere contacten aan te gaan (zie ook Gerritsen e.a. 2009); met alleen MBT speelt men onvoldoende in op specifieke sociale tekorten. Behandelaars bieden, als iemand zich terugtrekt, steeds weer contact aan, en letten er tegelijk op iemand niet te overvragen; met als doel het bevorderen van het mentaliserend vermogen.

Het programma begint met een periode van vijf dagen klinische behandeling (per week), maar wordt na negen maanden beperkt tot vier dagen dagbehandeling per week (wanneer dat qua reisafstand mogelijk is, anders blijft de patiënt ook de nacht). Daarna kan nog een ambulante programma volgen, bestaande uit specifiek op deze groep toegesneden individuele therapie en groepstherapie. Een dergelijk *step down* programma wordt in de literatuur aanbevolen door Chiesa e.a. (2004) en de Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008).

TOT SLOT

Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis van intensieve, in de groep aangeboden klinische psychotherapie kunnen profiteren. In het Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma is een op deze doelgroep toegesneden vorm van mentaliserenbevorderende therapie ontwikkeld – met een rustiger tempo, met veel nadruk op het toelaten van contacten, en een stapsgewijze afbouw van intensieve naar minder intensieve behandeling.

In de komende jaren zullen wij met wetenschappelijk onderzoek de effecten van de behandeling in kaart brengen, en zullen we waar mogelijk de behandeling verder verbeteren. Een naturalistische effectiviteitsstudie met follow-up van een jaar is daartoe de eerste stap; hiermee zijn we onlangs van start gegaan. De vraagstelling van deze niet-vergelijkende pilotstudie richt zich op vermindere van ernst van de persoonlijkheidsproblematiek ('Severity Indices of Personality Problems'; SIPP-sf) en klachten ('Brief Symptoms Inventory'; BSI), het verbeteren van hechtingsstijl ('Hechtingsstijlijst'; HSL) en hechtingsrelaties ('Experiences in Close Relationships – Revised'; ECR-R), van interpersoonlijke relaties ('Inventory of Interpersonal Problems'; IIP-64), en toename van sociaal gedrag 'Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag' (GVSG) en kwaliteit van leven (SF-36). Als uit deze pilotstudie duidelijk effect van de behandeling blijkt, zal de volgende stap een vergelijkende studie zijn, met behalve zelfrapportagelijsten ook andere metingen.

LITERATUUR

- Abraham R, Van Audenhove C, Van Dijk L, Haans T, Heuves W, Korrelboom K e.a. Een integrerende indicatiestelling voor psychotherapie. In: Colijn S, Sniijders JA, Trijsburg RW, red. *Leerboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: de Tijdstroom; 2003. p. 157-78.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herz. dr.). Washington: American Psychiatric Publishing; 2000.
- Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Bartak A. *On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2010.
- Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C. Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1463-70.
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, (4de dr.). Washington: American Psychiatric Publishing; 2005.
- Gerritsen A, Eurelings-Bontekoe EHM, Snellen W. Persoonlijkheidsstoornissen uit het A-cluster. In: Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen W, red. *Handboek persoonlijkheidspathologie* (2e dr.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2009. p. 573-88.
- Hansen B, Vogel PA, Stiles TC, Gotestam KG. Influence of co-morbid generalized anxiety disorder, panic disorder and personality disorders on the outcome of cognitive behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther* 2007; 36: 145-55.
- Karterud S, Urnes Ø. Short-term day treatment programmes for patients with personality disorders. What is the optimal composition? *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 243-9.
- Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth Ø, e.a. Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *J Personality Disorders* 2003; 17: 243-62.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. *Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Parnas J, Licht D, & Bovet P. Cluster A personality disorders: A review. In Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE & Okasha A, *Personality Disorders*. Chichester: Wiley; 2005. p. 1-73.

- Piper WE, Ogrodniczuk JS. Group treatment. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, Essentials of personality disorders. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 253-66.
- Thunnissen MM. Long-term prognosis and aftercare in short-term inpatient psychotherapy of personality disorders. A randomised clinical trial of two methods of aftercare (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2007.
- Thunnissen MM. (Dag)klinische psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. In: Colijn S, Snijders JA, Thunnissen MM, Bögels S, Trijsburg RW, red. Leerboek psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 693-702.
- Vermote R, Fonagy P, Vertommen H, Verhaest Y, Stroobants R, Vandeneede B, e.a. Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalized-based treatment. *J Personality Disorders* 2009; 23: 294-307.
- Westen D, Nakash O, Thomas C, Bradley R. Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *J Cons Clin Psychol* 2006; 7: 1065-85.
- Wilberg T, Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G, Friis S. Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1462-7.
- Williams P. Psychotherapeutic treatment of cluster A personality disorders. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders; a clinical handbook*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2010. p. 165-85.

AUTEURS

JUST BLOM is psychotherapeut bij Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma.

SJOERD COLIJN is hoofd onderzoekslijn persoonlijkheidsstoornissen en psychotherapeut bij Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma en hoofdopleider psychotherapie bij PDO-GGZ Leiden/Rotterdam en Utrecht.

Correspondentieadres: Sjoerd Colijn, Postbus 750, 2300 AT Leiden.

E-mail: s.colijn@centrumpersoonlijkheidsstoornissen.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-9-2011.

SUMMARY

An inpatient version of mentalisation-based treatment for patients with cluster A personality disorders – J. Blom, S. Colijn –

BACKGROUND Despite the severity of their disorder, only a few patients suffering from cluster A personality problems are admitted to mental health care facilities for appropriate treatment. A review of the international literature on the treatment of cluster A patients does not reveal any description of non-pharmaceutical treatment for this group of patients, nor does it mention any research into the effectiveness of treatment for the group.

AIM To describe the development of a step-down inpatient treatment model for patients suffering from severe cluster A problems.

METHOD We reviewed the sparse research and the limited reports of clinical experience.

RESULTS The arguments supporting a step-down inpatient version of mentalisation-based treatment and its application in clinical practice are discussed.

CONCLUSION A step-down inpatient treatment model has been developed and will be tested in research.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)4, 377-382]

KEY WORDS cluster A personality disorder, inpatient treatment, mentalisation-based treatment