

# Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie

L.M.C. VAN DEN BOSCH, R. SINNAEVE, M. NIJS

**ACHTERGROND** Ambulante dialectische gedragstherapie (DGT) helpt patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag onder controle te brengen. Het Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma heeft een kortdurend klinisch DGT-programma (14 weken) ontwikkeld, gericht op snellere reductie van deze borderlinesymptomen.

**DOEL** Onderzoeken van de effectiviteit van dit DGT-programma middels een pilotstudie, als voorbereiding op een gerandomiseerde trial waarin het effect van kortdurende klinische DGT vergeleken zal worden met standaard ambulante DGT.

**METHODE** Begin- en eindmetingen bij 39 vrouwelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die deelnamen aan het klinische DGT-programma werden vergeleken. Onderzocht werden (para)suïcidaal gedrag, uitval, ernst van de borderlineproblematiek en de kwaliteit van leven.

**RESULTATEN** De ernst van de borderlineproblematiek, met name op relationeel vlak, nam significant af. Er werd geen significante afname van (para)suïcidaal gedrag gevonden. Het aantal uitvallers was hoger dan in vergelijkbare studies.

**CONCLUSIE** Kortdurende klinische DGT had een positief effect op borderlineproblematiek, maar leidde niet tot een significante afname van (para)suïcidaal gedrag. Middels een gerandomiseerde trial zal onderzocht worden of deze aangepaste vorm van DGT, vergeleken met ambulante DGT, tot een snellere afname van suïcidaal en automutilatief gedrag kan leiden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)3, 165-175]

**TREFWOORDEN** automutilatie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie, DGT, klinische psychotherapie, suïcidaliteit

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) is een ernstige aandoening die gekenmerkt wordt door alomvattende emotionele ontregeling. Deze ontregeling uit zich onder andere in instabiele relaties en affecten, een instabiel zelfbeeld, hoge impulsiviteit, suïcidaal en zelfdestructief gedrag. Prevalentieschattingen variëren van 0,5-2,0% (algemene populatie) tot meer dan 14% binnen de psychiatrie en 22% binnen de verslavingszorg (Ingen-

hoven e.a. 2012). BPS bezet de derde plaats waar het om de economische kosten gaat die gepaard gaan met persoonlijkheidsstoornissen; naar schatting bedragen deze in totaal 3,6 tot 7 miljard euro per jaar (Soeteman e.a. 2008). Hieronder vallen medische, justitiële en werkgerelateerde kosten. Bij een effectieve behandeling van de stoornis valt dus veel te winnen.

Dialectische gedragstherapie (DGT), ontwikkeld door Marsha Linehan, is het meest onderzochte en best empirisch gevalideerde behandelprogramma voor chronisch suïcidale patiënten met BPS. DGT is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en was oorspronkelijk ambulante van aard. Maar DGT is, evenals andere succesvolle psychotherapeutische behandelprogramma's, van lange duur (> 1 jaar) en daardoor kostbaar (Emmelkamp & Kamphuis 2007; Linehan e.a. 2006; McMMain e.a. 2009, 2010). Onderzoek naar het effect van het verkorten van de behandeltermijn lijkt daarom aangewezen.

Eerder werd (dag)klinische DGT, gekoppeld aan een traject van langdurige ambulante nazorg, onderzocht (Bohus e.a. 2000, 2004; Kröger e.a. 2006; Yen e.a. 2009). Het resultaat van deze toepassing van DGT in een klinische setting blijkt hoopvol. Door het ontbreken van gedegen gerandomiseerd onderzoek zijn verdergaande conclusies echter nog niet te trekken.

Het Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma (CPJ) heeft een 14 weken durend klinisch DGT-programma ontwikkeld en een pilotstudie naar het effect hiervan uitgevoerd, dit als voorbereiding op een gerandomiseerde trial.

In dit artikel belichten wij twee aspecten. Eerst geven we een beschrijving van de inhoud van het programma van het CPJ. Vervolgens beschrijven we de bevindingen van de pilotstudie wat betreft het effect van de behandeling.

## DE BEHANDELING

### Opbouw van het programma

De biosociale theorie van DGT (Linehan 1993; Van den Bosch 2011), waarin balanceren tussen acceptatie en verandering met dialectiek aangewezen is, levert samen met de onderdelen van het standaard ambulante DGT-programma ook de basis voor het klinische behandelprogramma. Dit standaard ambulante DGT-programma bestaat uit vaardigheidstraining in een groep, individuele psychotherapie, telefonische consultatie indien nodig, en het therapeutenconsultatieteam.

Patiënten verblijven gedurende vijf dagen per week in de kliniek en gaan voor het weekend naar huis. Het programma lijkt qua intensiteit op het *partial hospitalisation* programma van Bateman (Bateman & Fonagy 2004), meer dan op het klinische DGT-programma beschreven door Bohus e.a. (2000), waarin patiënten de gehele week opgenomen zijn.

Het 'consultatie-aan-de-patiëntprincipe' wordt gehanteerd. Bij ernstige suïcidaliteit wordt slechts dan ingegrepen als de patiënt in gedrag duidelijk maakt de adviezen van de hulpverleners niet op te willen volgen (Linehan 1993; Meijer & Van den Bosch 2011). Ook vinden er – buiten het consultatieteam om – geen vergaderingen van therapeuten plaats zonder de aanwezigheid van de patiënt.

Het kerndoel van het CPJ-programma is het leren beheersen van suïcidaal, zelfdestructief en therapie-interfererend gedrag (fase 1 DGT: Linehan 1993; Meijer & Van den Bosch 2011), naast leren hanteren van stemmingsafhankelijk gedrag. Wanneer een patiënt zegt te willen stoppen met de behandeling wordt het programma pas beëindigd als er gedurende drie weken geen individuele therapie of vaardigheidstraining meer heeft plaatsgevonden. Zo krijgt de patiënt de gelegenheid het besluit in heroverweging te nemen en in het programma terug te keren. (Bij ambulante DGT duurt deze periode een week langer.)

Bij deze intensieve klinische variant worden de standaard DGT-programmaonderdelen aangevuld met extra modules. De onderdelen van de vaardigheidstraining (theorie- en huiswerkbespreking) worden afzonderlijk van elkaar, gespreid over de week gegeven. In een derde groepsbijeenkomst wordt gefocust op het leren valideren van gedrag, in een vierde bijeenkomst op het leren analyseren van gedrag. Bij aanvang en bij sluiting van het dagprogramma wordt *mindfulness*/kernopletendheid geoefend. Dramatherapie en *mindfulness*-yoga zijn toegevoegd.

De noodzaak om de geleerde vaardigheden ook te generaliseren naar de thuissituatie heeft ertoe geleid dat we ook cursussen voor patiënten,

hun familieleden en vrienden hebben ontwikkeld. In dit cursusaanbod, dat sterke gelijkenis vertoont met de door Hoffman e.a. ontwikkelde *family connections* (2007), wordt psycho-educatie gegeven en kunnen patiënten samen met hun verwanten en vrienden DGT-vaardigheden oefenen.

Patiënten kunnen tussen 8.30 uur en 19.30 uur de sociotherapeuten consulteren. Een algehele 24-uurstelefoonconsultatie kan vooralsnog door het ontbreken van voldoende formatie niet uitgevoerd worden. Na vertrek van de sociotherapeuten (19.30 uur) kunnen de patiënten contact leggen met de achterwacht van het programma (tot 21.30 uur), daarna kunnen zij indien nodig, hulp inroepen bij andere afdelingen van het CPJ. Dit benadrukt dat patiënten binnen het programma ook aangewezen zijn op elkaar. Om die reden heeft iedere patiënt de mogelijkheid om, indien er een situatie ontstaat die ernstig met de behandeling dreigt te interfereren, een crisisberaad bijeen te roepen, waarin het probleem met alle patiënten en aanwezige teamleden geanalyseerd en opgelost wordt. Er is geen time-outregeling. Grensoverschrijdende gedragingen die niet tot een crisisberaad leiden, worden tijdens kantooruren door middel van gedragsanalyses bewerkt.

Omdat er bij de opbouw al drie afdelingen binnen het CPJ bestonden, genoemd naar de windrichtingen West, Zuid en Noord, werd deze nieuwe afdeling 'Oost' genoemd.

### Teamsamenstelling

Het behandelteam van Oost bestaat uit een psychotherapeut (0,8 fulltime-eenheden; fte), sociotherapeuten (3,44 fte), een psychiater (0,05 fte), een dramatherapeut (0,05 fte) en een supervisor (0,3 fte) die ook als onderzoeker is aangesteld. Alle leden van het team hebben de intensieve DGT-basisopleiding gevolgd. Individuele supervisie vindt voor alle disciplines eens per twee weken plaats. Sinds juni 2011 is een tweede psychotherapeut (0,2 fte) in dienst gekomen. Het CPJ verzorgt separaat de intake en de diagnostiek.

### Selectiecriteria patiënten

Patiënten dienen ernstig suïcidaal en/of automutilatief gedrag vertoont te hebben in het jaar voor de opname, te voldoen aan minimaal 6 DSM-IV-TR-criteria voor BPS in het gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV-TR-persoonlijkheidsstoornissen (SCID II; First e.a. 1996) en een totaalscore te hebben op de 'Borderline Personality Disorder Severity Index' (BPDSI; Arntz e.a. 2003) van ten minste 24 punten, willen zij in aanmerking komen voor opname in het programma. Verdere vereisten zijn: voldoende beheersing van de Nederlandse taal en bij voorkeur een jongvolwassen leeftijd (vanaf 18 jaar). Comorbide problematiek vormt geen exclusie criterium (met uitzondering van harddrugverslaving waarbij een klinische detoxificatie noodzakelijk is, een chronisch psychotische conditie en een niet gestabiliseerde bipolaire stoornis). Verdere exclusiecriteria zijn: IQ < 80 en een gedwongen behandelkader. Verwijzingen kunnen vanuit de gehele ggz plaatsvinden en vanuit heel Nederland, maar uiteindelijk wordt pas gestart als de patiënt zichzelf ook aanmeldt. Het gaat in Oost om 1 gesloten groep van maximaal 9 patiënten die een behandeling ondergaat gedurende 14 weken.

### Diagnostiek en instroomprocedure

Na aanmelding volgt een indicatiegesprek. Als DGT aangewezen is, volgt assessment (in- en exclusiecriteria en de ernst van de borderlineproblematiek). Een drietal weken voor de start van het programma vindt een commitmentgesprek met een individueel therapeut plaats. Tijdens dat gesprek worden commitmentstrategieën toegepast (Meijer & Van den Bosch 2011, p. 53-63) en wordt de bereikte verbale overeenkomst vertaald naar concrete gedragsdoelen. Het resultaat van deze afspraken vormt een belangrijk onderdeel van het tweede en doorslaggevende commitmentgesprek. Dat tweede gesprek wordt afgesloten met het vaststellen van concrete behandeldoelen en de inhoud van de dagboekkaart waarop het pro-

bleemgedrag door de patiënt zal worden bijgehouden. Daarna tekent de patiënt de behandelovereenkomst, vindt kennismaking met de groep en overige medewerkers plaats en worden de praktische afspraken gemaakt (kamerindeling, rooster, huisregels en dergelijke).

#### Voortgang van de therapie

Zeven weken na aanvang organiseert de patiënt een evaluatie met alle leden van het team. Resultaten van diagnostiek worden besproken. De individuele therapeut coacht de patiënt om deze te helpen de regie over de behandeling te bewaren. 14 weken na de start van het programma vindt opnieuw een evaluatie plaats en wordt gezamenlijk afscheid genomen.

#### Vervolgbehandeling

Na de klinische fase kunnen de patiënten gedurende een halfjaar deelnemen aan de vervolg-groep waarin zij het standaard ambulante DGT-programma volgen. Indien gewenst kan dit aanbod ook bij een andere instelling worden gevolgd.

## DEEL 2: DE PILOTSTUDIE

Aan de basis van dit klinische DGT-programma lag zoals aangegeven de onderzoeksvraag: is intensieve klinische DGT van 14 weken effectiever bij het reduceren van suïcidaal en automutilatief gedrag bij jongvolwassen patiënten met BPS dan standaard ambulante DGT? Vanaf september 2009 werd binnen het CPJ een pilotstudie naar het effect van klinische DGT uitgevoerd. We bespreken hier, naast de uitvalgegevens, de resultaten van het beloop van borderlinesymptomen en de kwaliteit van leven, gemeten met respectievelijk de BPDSI en de 'Sheffield 36 Short Form' (SF-36; Aaronson e.a. 1998).

## METHODE

### Patiëntenpopulatie

Hoewel geslacht geen inclusiecriteria was, waren alle patiënten die deelnamen aan de pilot vrouwen. In totaal volgden 39 patiënten het programma, verdeeld over 6 achtereenvolgende gesloten behandelgroepen. Er waren 6 patiënten die tweemaal meededen aan het programma. Omdat het effect van de eerste deelname aan het programma zou kunnen doorwerken gedurende de tweede deelname werden de resultaten van de laatste niet meegenomen in de statistische analyses. Voor de BPDSI beschikten we over alle beginmetingen ( $n = 39$ ). De SF-36 was pas beschikbaar vanaf groep 2. Daardoor konden de resultaten van groep 1 en van 2 deelnemers uit groep 2 betreffende de SF-36 niet in de analyse worden opgenomen.

### Instrumenten

De 'Borderline Personality Disorder Severity Index' (BPDSI) is een semigestructureerd interview waarmee de frequentie en de ernst van de manifestaties van BPS worden geëvalueerd (zie de resultatensectie voor een overzicht). Het instrument levert betrouwbare en valide scores. De BPDSI is geschikt om veranderingen gedurende een therapeutisch proces vast te stellen.

De 'Sheffield 36 Short Form' (SF-36; Aaronson e.a. 1998) maakt deel uit van de routine outcome monitoring (ROM) bij persoonlijkheidsproblematiek van Rivierduinen. De vragenlijst is ontworpen om vast te stellen in welke mate de respondent het gevoel heeft dat zijn of haar levenskwaliteit beperkt wordt door gezondheidsklachten. Wij waren vooral geïnteresseerd in de invloed van de behandeling op de subschalen 'Sociaal functioneren', 'Beperkingen in het functioneren ten gevolge van emotionele klachten', 'Geestelijke gezondheid', 'Vitaliteit' en 'Algemene gezondheidsbeleving'.

De eerste meting vond plaats vlak na het eerste commitmentgesprek waarin de patiënten zich

aan voorwaarden en doelstellingen van het programma hadden verbonden. De tweede meting werd uitgevoerd na de behandelperiode van (ongeveer) 14 weken.

#### Statistische analyse

We voerden een *intention-to-treat* analyse uit bij de patiënten die voor de eerste keer aan het programma deelnamen. Voor uitvallers werd de beginmeting als schatting voor het eindresultaat gebruikt (*last observation carried forward*). Verschillen tussen uitvallers en blijvers in ernst van de borderlinesymptomen bij begin van de behandeling werden onderzocht met multiële variantieanalyse (MANOVA; methode *one-way between groups*). Het leeftijdsverschil werd onderzocht met een *t*-toets voor onafhankelijke steekproeven (tweezijdig, gelijke varianties). Door de kleine aantallen was de power van deze toetsen laag.

Doordat de patiënten de interventie (klinische DGT) kregen in een gesloten behandelgroep, zouden factoren zoals onderlinge samenwerking, storend gedrag van een of meer groepsleden en aantal patiënten dat al ervaring had met DGT invloed kunnen hebben op de mate waarin de interventie effectief was. Om te onderzoeken of het verschil tussen de begin- en eindmetingen significant groter was dan nul werd daarom voor elke variabele een *between (group) – within (pre-post) subjects* variantieanalyse (ANOVA) uitgevoerd. Dit resulteerde in 16 univariate analyses. Om de globale kans op een type 1-fout bij het testen van de *within-subject* effecten constant te houden werd een correctie volgens Bonferroni toegepast. We verlaagden het significantie criterium naar 0,003. Uit een poweranalyse achteraf bleek dat de kans op een type 2-fout binnen aanvaardbare grenzen bleef.

Bij elke statistische techniek werden, afhankelijk van de assumpties, normaliteit, lineariteit, uitbijters, en homogeniteit van (co)variantiematrices gecontroleerd. De analyses werden uitgevoerd met SPSS Statistics 19.0 en G. Power 3.1.

## RESULTATEN

### Sociodemografische gegevens

Alle patiënten in deze pilotstudie waren vrouwen die op vrijwillige basis aan het programma deelnamen. De meerderheid van deze vrouwen was ongehuwd (67%), had geen kinderen (82%) en had ten minste een diploma van onderwijs op mbo-niveau (61%). Een kleine minderheid (3%) van de patiënten werkte (deeltijds). De meesten waren werkeloos of hadden een ziekteverzuim (69%). De leeftijd varieerde van 17 tot 50 jaar (gemiddeld 26 jaar; SD: 7,6 jaar).

### Groeps- en interactie-effecten

Geen enkele variabele liet een statistisch overtuigende interactie zien tussen het effect van de behandeling en de behandelgroep waar de patiënte deel van uitmaakte. Wat verschillen tussen de behandelgroepen betrof, werd de hypothese van homogeniteit enkel verworpen voor de variabele 'sociaal functioneren' van de SF-36 ( $F = 3,44$ ;  $p = 0,02$ ).

### Suïcidaal en automutilatief gedrag

Bij de analyse van de variabele 'parasuïcide' maakten we een onderscheid tussen de subschalen 'Automutilatie' en 'Suïcide' (plannen/pogingen). Rekening houdend met de scheve verdeling van de data vonden we een niet-significant positief effect op de subschaal 'Automutilatie', met zelfverwonding als onmiddellijk gevolg en zonder enige suïcidale intentie ( $F = 1,68$ ;  $p = 0,2$ ). De scores op de subschaal 'Suïcide' wezen op een niet-significant negatief behandel-effect ( $F = 3,04$ ;  $p = 0,09$ ). Deze subschaal registreert het aantal suïcidepogingen, maar ook de frequentie van suïcideplannen en het dreigen met suïcide. Om na te gaan of de scores wezen op toename van het aantal daadwerkelijke suïcidepogingen, onderzochten we het aantal zelf gerapporteerde suïcidepogingen gedurende 3 maanden voor de start van de behandeling en

Aantal pogingen in 3 maanden voor behandeling	Aantal pogingen in 3 maanden tijdens behandeling			Uitval	Totaal
	0	1-3	>3		
0	14	2	0	8	24
1-3	6	3	1	2	12
>3	0	0	0	3	3

gedurende 3 maanden voor het einde van de behandeling. We stelden vast dat er een toename in het aantal suïcidepogingen gerapporteerd werd door drie patiënten. Twee van de drie bleken patiënten die voor de opname geen enkele poging hadden ondernomen. We stelden echter geen systematische toename vast (tabel 1).

#### Uitval

Van de 39 nieuw opgenomen patiënten stopten er 13 vroegtijdig met de behandeling (33%). Van deze 13 besloten 7 patiënten hun behandelovereenkomst op te zeggen; 3 patiënten misten hun behandelactiviteiten gedurende 15 werkdagen. In 2 gevallen was de patiënt niet bereid zelf hulp in te roepen in een levensbedreigende situatie, waarna de hulpverleners ingrepen en toepassing van het consultatie-aan-patiëntprincipe resulteerde in het verbreken van het behandelcontract. Bij één patiënte zorgde de behandeling voor een uitgesproken toename in levensbedreigend gedrag (tabel 2) op basis waarvan beëindiging en verwijzing plaatsvonden.

#### Verschillen tussen uitvallers en blijvers

Er was een significant leeftijdsverschil tussen uitvallers (gem. 22,23; SD: 3,32) en blijvers (gem. 27,85; SD: 8,44); ( $t(37) = 2,30$ ;  $p = 0,027$ ). Uitvallers werden bij aanvang van de behandeling gekenmerkt door hogere scores op de subschaal 'Stemmingswisselingen' (gem. 8,49; SD: 1,31 versus gem. 7,15; SD: 2,21 bij blijvers) en op de subschaal 'Leegte' (gem. 7,67; SD: 1,98 versus gem. 6,51; SD: 2,24 bij blijvers). De overige subschalen, waaronder 'Suïcide' (gem. 2,58; SD: 2,07 versus gem. 2,22; SD: 1,54 bij blijvers), 'Automutilatie' (gem. 1,54; SD: 0,99 versus gem. 1,85; SD: 1,71 bij blijvers) en 'Impulsiviteit' (gem. 2,45; SD: 1,28 versus gem. 2,03; SD: 1,19 bij blijvers), lieten slechts kleine verschillen zien. We vonden geen significant verschil voor de gecombineerde subschaalscores van de BPDSI ( $F(10,27) = 1,23$ ;  $p = 0,32$ ). Ook de univariate toetsen van deze variabelen gaven geen statistisch overtuigende verschillen aan. De power van de gebruikte toetsen was echter laag.

	Starters	Tweede maal	Aantal in studie	Aantal uitvallers	Dag van uitval (Reden)	Startdatum kliniek	Einddatum kliniek
Groep 1*	5	0	5	1	22 (4)	21-9-2009	18-12-2009
Groep 2	8	0	8	3	17 (4); 18 (4); 44 (2)	18-1-2010	23-4-2010
Groep 3	9	2	7	3	34 (1); 42 (4); 56 (1)	17-5-2010	20-8-2010
Groep 4	7	0	7	0		20-9-2010	24-12-2010
Groep 5	8	2	6	4	17 (1); 18 (4); 38 (2); 61 (4)	17-1-2011	22-4-2011
Groep 6	8	2	6	2	18 (3); 34 (4)	23-5-2011	26-8-2011
Totaal	45	6	39	13			

Reden: (1): patiënt miste behandelactiviteiten gedurende 3 weken (15 werkdagen), (2): consultatie-aan-cliënt werd verbroken omdat patiënt weigerde of niet in staat was zelf hulp in te roepen in levensbedreigende situatie, (3): tijdens behandeling nam levensbedreigend gedrag in ernstige mate toe, (4): patiënt zei behandelcontract met therapeut op.

\*Het programma in groep 1 werd aangeboden gedurende 65 werkdagen, in de overige groepen gedurende 70 werkdagen.

## Borderlinesymptomen en kwaliteit van leven

Analyse van het verschil tussen de pre- en de posttotaalscore (resp. gem. 35,81; SD: 8,88 en gem. 30,45; SD: 9,61) van de BPDSI toonde aan dat het hoofdeffect van de klinische behandeling statistisch overtuigend was op niveau  $\alpha = 0,003$  ( $F = 15,40$ ;  $p < 0,001$ ). De subschalen gaven een afname van alle niet-levensbedreigende manifestaties van de borderlinesymptomen aan. Het verschil tussen de pre- en de postscore van de schalen 'Verlating', 'Relaties', 'Zelfbeeld', 'Leegte' en 'Woede' was significant op niveau  $\alpha = 0,05$  (tabel 3). Na de correctie voor het grote aantal analyses (niveau  $\alpha = 0,003$ ) bleef alleen de afname op de subschaal 'Relationele problemen' als statistisch significant over (Relaties,  $F = 10,3$ ;  $p < 0,003$ ).

De positieve trend in de resultaten bij de SF-36 bevestigde het eerder geconstateerde posi-

tieve effect van de behandeling bij borderlinesymptomen, maar deze was niet statistisch significant (tabel 4).

## DISCUSSIE

In de beschreven pilotstudie gingen we na wat het effect was van een klinisch DGT-programma van 14 weken bij het reduceren van borderlinesymptomen bij suïcidale jongvolwassen vrouwen.

## Uitvallers

Van de patiënten doorliep 67% het gehele behandelprogramma. Bohus e.a. (2004) en Kröger e.a. (2006) vonden hogere retentiepercentages (respectievelijk 78 en 88%) voor DGT in een residentiële setting. De tijdspanne waarin patiënten in het CPJ

TABEL 3 Resultaten op de 'Borderline Personality Disorder Severity Index' bij behandeling met kortdurende klinische dialectische gedragstherapie

Meting N = 39	Voor	Na	Verskil voor-na	
	Gem. (SD)	Gem. (SD)	F(1,33)	p
Automutilatie*	1,74 (1,50)	1,51 (1,39)	1,68	0,2
Suïcide	2,34 (1,72)	2,76 (1,86)	3,04	0,09
Verlating	3,45 (2,07)	2,68 (1,89)	7,41	0,01
Relaties	2,76 (1,49)	1,99 (1,33)	10,3	< 0,003
Zelfbeeld	4,60 (1,69)	3,96 (2,27)	4,15	0,05
Impulsiviteit	2,17 (1,22)	1,77 (1,23)	9,20	0,005
Stemmingswisselingen**	7,61 (2,06)	7,24 (1,88)	2,25	0,14
Leegte	6,90 (2,20)	6,10 (2,47)	6,13	0,02
Woede	3,28 (2,03)	2,81 (1,76)	4,93	0,03
Dissociatie/paranoïde ideatie	3,24 (2,03)	2,90 (1,69)	3,65	0,07
Totaal	35,81 (8,88)	30,45 (9,61)	15,40	< 0,001

\*Wegens de scheve verdeling van de data werd deze analyse uitgevoerd met Log10 van variabele.

\*\*De aanname van homogene varianties werd geschonden voor de posttestscore van Stemmingswisselingen ( $F(5,33) = 2,75$ ;  $p = 0,04$ ). Eén afwijkende score werd als uitbijter beschouwd en de analyse werd herhaald met  $n = 38$ .

TABEL 4 Resultaten op de 'Sheffield 36 Short Form' bij behandeling met kortdurende klinische dialectische gedragstherapie

Meting (n = 30)	Pre	Post	Verskil pre-post	
	Gem. (SD)	Gem. (SD)	F(1,25)	p
Sociaal functioneren	6,90 (1,86)	6,20 (1,88)	2,82	0,10
Beperkingen in functioneren t.g.v. emotionele klachten	5,60 (0,72)	5,20 (1,16)	2,36	0,14
Vitaliteit	21,63 (4,41)	20,50 (5,37)	1,94	0,18
Geestelijke gezondheid	21,81 (4,45)	20,71 (5,41)	0,90	0,35
Algemene gezondheidsbeleving	14,30 (4,36)	13,57 (4,92)	1,44	0,24

niet begeleid werden, was echter aanzienlijk groter (geen staf aanwezig na 19.30 uur, geen telefonische consultatie, weekenden naar huis). Patiënten waren dus meer op elkaar en op zichzelf aangewezen.

Bij patiënten die in behandeling gaan vanwege hun ernstige emotionele ontregeling, is te verwachten dat het verblijf in het CPJ een toename van spanning en conflicten met zich meebrengt. Daar staat tegenover dat patiënten een significante verbetering rapporteerden op het vlak van relationeel functioneren. Misschien had DGT aanbieden in een setting als afdeling Oost een specifieke meerwaarde voor patiënten voor het leren omgaan met elkaar, maar dit gold niet voor alle patiënten. We stelden vast dat vooral jonge patiënten het programma vroegtijdig verlieten.

#### *Suïcidaliteit en automutilatie*

Op het vlak van (para)suïcidaal gedrag vonden we geen statistisch overtuigend effect. De frequentie van automutilatie tijdens de behandeling nam wel in alle groepen af. Deze trend lag in de lijn van voorgaande studies (Bohus e.a. 2000; 2004). De scores op de subschaal 'Suicide' (plannen/pogingen) wezen echter op een negatief behandel-effect. Bij drie patiënten observeerden we dat het aantal suïcidepogingen tijdens de opname toenam. Bij de overige 23 patiënten die het programma voltooiden, nam het aantal pogingen af of bleef constant. Er was dus geen systematische toename van het aantal pogingen. De lichte toename op de scores van de subschaal 'Suicide' wees eerder op een toename van plannen en dreigingen.

Bij het uitblijven van een eenduidig positief effect van de behandeling op (para)suïcidaal gedrag en de relatief hoge mate van uitval hebben wellicht enkele methodologische factoren een rol gespeeld.

Ten eerste lieten de gegevens zien dat de aanwezigheid van (para)suïcidaal gedrag niet als een streng inclusie criterium gehanteerd werd. We stelden vast dat twee van de drie patiënten die tijdens de behandeling een toename van het aantal

pogingen rapporteerden geen enkele suïcidepoging hadden ondernomen in de drie maanden voorafgaande aan de klinische behandeling. Deze constatering zou erop kunnen wijzen dat dit intensieve, klinische, DGT-programma vooral geschikt is voor patiënten met BPS die ernstig suïcidaal gedrag vertonen.

Ten tweede kan de vraag gesteld worden of patiënten en therapeuten op het punt van commitment consequent hebben gehandeld. De afspraak was dat het klinische deel van het programma maar één keer doorlopen kon worden. Toch bleek uit de data dat de mogelijkheid in het programma gesloten was om het meerdere keren te volgen. Dit zou zowel bij patiënten als therapeuten de commitment om 'alles op alles' te zetten verzwakt kunnen hebben.

Een derde aandachtspunt was de uitstroom. Patiënten hadden normaal gezien drie weken de tijd om op hun besluit terug te komen als ze ervoor kozen het behandelcontract te verbreken. Maar bij twee patiënten vond direct na de uitspraak verwijzing naar een andere setting plaats. Daardoor werd terugkeer in het programma onmogelijk gemaakt.

Met het oog op kwaliteitsverbetering en met oog op de trial (die inmiddels gestart is), werden er dan ook drie beslissingen genomen: (1) de aanwezigheid van (para)suïcidaal gedrag werd een inclusie criterium, (2) het is niet langer mogelijk om het programma twee maal te volgen, (3) er werd toegezien op het feit dat alle patiënten drie weken bedenktijd zouden hebben als ze hun behandelcontract wilden verbreken.

Los van deze factoren kunnen andere hypothesen bedacht worden. Samenleven met andere patiënten die suïcidaal gedrag vertonen, zou de kans op imitatiegedrag kunnen vergroten. Verder is het mogelijk dat wanneer chronisch parasuïcidale patiënten met BPS meer controle verwerven, suïcidegedachten en plannen als onderdeel van de 'way of life' (Paris 2004) meer zichtbaar worden. Om deze hypothesen te kunnen toetsen dienen deze genoemde factoren onder controle te worden gebracht en is er meer informatie nodig over de aard en de functie van de gerapporteerde suïcidali-



teit. Helaas bevatten de andere publicaties waarin het behandel-effect van een klinisch DGT-programma werd onderzocht (Bohus e.a. 2000; 2004; Kröger 2006) geen vergelijkbare data over suïcidaliteit.

### Kwaliteit van leven

De resultaten lieten zien dat het programma een positief effect had op nagenoeg alle niet-levensbedreigende uitingen van borderlinesymptomen. Dit uitte zich in een statistisch significante afname van de BPDSI-totaalscore. Deze verbetering was echter niet terug te vinden in de mate waarin deze symptomen in het dagelijks leven als een beperking werden ervaren. De scores van de SF-36 namen niet significant af.

Hierbij zijn twee kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste werd de SF-36, in tegenstelling tot de BPDSI, tot nu toe niet gevalideerd voor een populatie van patiënten met de diagnose BPS. Ten tweede vraagt dit instrument patiënten te beschrijven hoe hun gezondheidsklachten een beperking waren in normale (sociale) bezigheden, op het werk of tijdens dagelijkse activiteiten in de voorbije vier maanden. Het is aannemelijk dat het voor een patiënt moeilijk is om dit in te schatten wanneer deze zich zonder werk op het einde van een klinische behandeling bevindt.

### Beperkingen

Onze studie heeft een aantal belangrijke beperkingen. Ten eerste werd er geen controle-groep gebruikt. Dus de afname in manifestaties van BPS kan toe te schrijven zijn aan stabilisatie van de crisistoestand in een residentiële setting, het medicatiebeleid, of andere factoren die we niet hebben gecontroleerd. Ten tweede wisten de interviewers wat de hypothese van het onderzoek was en was het niet mogelijk om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid na te gaan. Ten derde waren de data beperkt tot een vergelijking van symptomen in de periode voor en in de periode tijdens de behandeling. We konden dus niet onderzoeken of

het programma ook na de opnameperiode effect heeft gehad. Ten slotte, omdat de populatie toevallig geheel uit vrouwen bestond, kunnen we de vraag of sekse van invloed is op de effecten van het klinisch programma niet beantwoorden.

 M. Hysaj verzorgde de dataverzameling.

### LITERATUUR

- Aaronson NK, Muller MM, Cohen PDA, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, e.a.. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in Community and Chronic Disease Populations. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1055-68.
- Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, van den Bosch LMC, de Bie AJHT. Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *J Pers Disord* 2003; 17: 45-59.
- Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan MM. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder - a prospective study. *Beh Res Ther* 2000; 38: 875-87.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unkel C. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Beh Res Ther* 2004; 42: 487-99.
- Bosch van den W, Meijer S, Backer H. *Handboek dialectische gedragstherapie*. De klinische praktijk. Amsterdam: Harcourt; 2007.
- Bosch LMC van den. Dialectische gedragstherapie. In: Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, Luyten P. *Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom; 2012. p. 63-79.
- Emmelkamp PMG, Kamphuis JH. *Personality disorders*. Londen: Psychology Press; 2007.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)*. Washington: American Psychiatric Press; 1996.

- Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, e.a. Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Fam Process* 2005; 44: 217-25.
- Ingenhoven T, van Reekum A, van Luyn B, Luyten P. Handboek borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, e.a. Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Beh Res Ther* 2006; 44: 1211-7.
- Linehan MM. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, e.a. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 757-66.
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, e.a. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 1365-74.
- McMain SF. What have we learned from a Canadian trial of DBT: recent findings and implications for practice. In *ISITDBT: Annual Meeting, proceedings of the 33rd annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy*. San Francisco; 2010.
- Meijer S, Bosch W van den. *Vademecum dialectische therapie: blijven zoeken naar balans*. Amsterdam: Pearson; 2011.
- Paris J. Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard Rev Psychiat* 2004; 12: 42-48.
- Soeteman DI, Verheul R, Delimon J, Meerman AMMA, van den Eijnden E, Rossum BV, e.a. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 396-403.
- Yen S, Johnson J, Costello E, Simpson EB. A 5-Day dialectical behavior therapy partial hospital program for women with borderline personality disorder: predictors of outcome from a 3-month follow-up study. *J Psychiatr Pract* 2009; 15: 173-82.

## AUTEURS

WIES VAN DEN BOSCH, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Rivierduinen, Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Oegstgeest, Psychiatrisch Ziekenhuis Pro Persona, Regionaal Psychiatrisch Centrum de Braamberg, Arnhem, Dialexis Advies, Deventer.

ROLAND SINNAEVE, psycholoog en onderzoeker, Rivierduinen, Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Oegstgeest en Medisch Centrum St.-Jozef, Bilzen, België

MAURITS NIJS, psychiater en directeur behandelzaken, Rivierduinen, Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma, Oegstgeest.

Correspondentieadres: dr. Wies van den Bosch, Alexander Hegiusstraat 15, 7412 XN Deventer.

E-mail: wiesvdbosch@concepts.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-8-2012.

## SUMMARY

Short-term dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder – L.M.C. van den Bosch, R. Sinnaeve, M. Nijs –

**BACKGROUND** Outpatient dialectical behaviour therapy (DBT) reduces severe suicidal and self-injurious behaviour in patients with borderline personality disorder. The Jelgersma center for personality disorders has developed an intensive inpatient DBT programme that lasts for 14 weeks and is designed to achieve a faster reduction in these borderline symptoms.

**AIM** To examine the effect of the Jelgersma programme by means of a pilot study in order to prepare a randomised clinical trial in which a short intensive course of DBT will be compared with standard outpatient DBT.

**METHOD** We compared the starting data and the final data for 39 female patients with borderline problems (DBT). We participated in 3½-month-long inpatient DBT programme. The collected data referred to (para)suicidal behaviour, drop-out, severity of borderline problems and the quality of life.

**RESULTS** The severity of borderline problems, particularly in the field of interpersonal problems, was significantly reduced. There was no significant reduction in (para) suicidal behaviours. The drop-out percentage was higher than in comparable studies.

**CONCLUSION** Short-term inpatient DBT had a positive effect on borderline problems. (Para)suicidal behaviour, however, was not reduced significantly. The randomised trial that began in 2012 should reveal whether the use of short-term inpatient DBT can lead to a faster decline of suicidal and self-injurious behaviour than does standard outpatient DBT.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)3, 165-175]

**KEY WORDS** borderline personality disorder, dialectical behaviour therapy, DBT, inpatient psychotherapy, suicidal and self-injurious behaviour