

(Dag)klinische psychotherapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis; systematische review en meta-analyse

Z. Loderus, M. Zoet, F. Chakhssi

Achtergrond	Klinische en dagklinische psychotherapie zijn behandelingen voor mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Het ontbreekt aan een systematisch overzicht van de effectiviteit van deze behandelingen.
Doel	Het in kaart brengen van de effecten van (dag)klinische psychotherapie bij BPS (geregistreerd bij PROSPERO onder nummer CRD42020158557).
Methode	PsycINFO en PubMed, en eerdere meta-analyses, werden doorzocht naar ongecontroleerde en gecontroleerde behandelstudies voor volwassenen met een BPS met (dag)klinische psychotherapie.
Resultaten	Na screening werden 37 studies geïncludeerd met 5936 patiënten met een BPS. Ongecontroleerde effectgroottes lieten een significant matig effect zien van (dag)klinische psychotherapie op de primaire uitkomsten (Hedges' $g = 0,77$; 95%-BI: 0,67-0,87) en kwaliteit van leven ($g = 0,84$; 95%-BI: 0,54-1,13), van het begin tot het einde van de behandeling. De gecontroleerde studies lieten een significant klein effect zien van (dag)klinische psychotherapie op de primaire uitkomsten ten opzichte van ambulante psychotherapie ($g = 0,27$; 95%-BI: 0,15-0,39), en op kwaliteit van leven ($g = 0,42$; 95%-BI: 0,13-0,72) ten opzichte van controlecondities, aan het einde van de behandeling.
Conclusie	(Dag)klinische psychotherapieën hebben een significant positief effect op klachten en kwaliteit van leven voor mensen met een BPS. Vervolgonderzoek naar herstel op langere termijn is nodig om de effectiviteit van (dag)klinische psychotherapie te kunnen vaststellen.

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gekenmerkt door identiteitsproblematiek, impulsiviteit, problemen met emotieregulatie en instabiele interpersoonlijke relaties (American Psychiatric Association 2013). BPS heeft een hoge prevalentie in psychiatrische populaties (15-40%) en gaat gepaard met een verhoogde kans op suïcide, verhoogde aanwezigheid van comorbide stoornissen, verlaagde kwaliteit van leven en een verhoogde zorgconsumptie (Black e.a. 2004; Lieb e.a. 2004; Zanarini e.a. 2004).

Tot enkele decennia geleden werd aangenomen dat mensen met BPS niet kunnen profiteren van psychotherapeutische behandeling. Vandaag de dag zijn er verschillende psychotherapeutische behandelingen speciaal ontwikkeld voor BPS zoals *transference-focused therapy*, schematherapie, *mentalization-based treatment* en dialectische gedragstherapie; diverse meta-analyses lieten zien dat deze effectief zijn voor het verminderen van BPS (Stoffers e.a. 2012; Cristea e.a. 2017; Oud e.a. 2018; Chakhssi e.a. 2021). Psychotherapie wordt nu gezien als de eerstekeusbehandeling voor mensen met BPS waarbij men onderscheid kan maken tussen ambulante en (dag)klinische psychotherapie.

Ambulante psychotherapie voor BPS wordt meestal gegeven in een of meerdere (groeps)sessies per week. Dagklinische psychotherapie is een groepsgerichte behandeling van meerdere dagdelen per week en klinische psychotherapie is een groepsgerichte behandeling van meerdere dagen per week waarbij de patiënt in een kliniek verblijft. (Dag)klinische psychotherapie wordt vaak ondersteund door sociotherapie, systeemtherapie, vaktherapie (zoals beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie), en/of specifieke trainingen (bijv. in sociale vaardigheden). In de zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) wordt (dag)klinische behandeling ook aanbevolen indien eerdere ambulante behandeling voor BPS onvoldoende effectief is geweest. Daarbij wordt specifiek een duur aanbevolen van 12-18 maanden voor dagklinische psychotherapie en van 9-12 maanden voor klinische psychotherapie. In de eerdergenoemde meta-analyses kwam vooral de effectiviteit van ambulante psychotherapie naar voren. Het ontbreekt echter in de wetenschappelijke literatuur aan een overzicht over de werkzaamheid van (dag)klinische psychotherapie voor BPS.

AUTEURS

Zillah Loderus, psycholoog, onderzoeker, GGNet Scelta, Apeldoorn.

Monique Zoet, gezondheidszorgpsycholoog, onderzoeker, GGNet Ouderen, Apeldoorn.

Farid Chakhssi, gezondheidszorgpsycholoog, Dimence, Deventer.

Correspondentie

Z. Loderus (z.loderus@ggnet.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-11-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(3):145-151

Een belangrijke uitkomst van psychotherapie voor mensen met BPS is de kwaliteit van leven. Een lage kwaliteit van leven bij mensen met BPS is van significante invloed op de uitkomsten na therapie. Zelfs bij symptomatische remissie kan een lage kwaliteit van leven het herstel verhinderen en deze vergroot de kans op terugval (Zanarini e.a. 2010a; Keuroghlian e.a. 2013). Het verbeteren van kwaliteit van leven is een belangrijk doel van psychotherapie. Het effect van ambulante psychotherapie op kwaliteit van leven suggereert dat aanvullende interventies naast psychotherapie nodig zijn om kwaliteit van te leven te verbeteren (Chakhssi e.a. 2021). Het effect van een intensievere (dag)klinische behandeling op kwaliteit van leven is nog niet systematisch in kaart gebracht.

Met de huidige studie willen wij, in een systematisch overzicht, het huidige onderzoek naar de effectiviteit van (dag)klinische psychotherapie voor BPS in kaart brengen, evenals de effectiviteit op kwaliteit van leven. Tevens draagt deze studie bij aan de beperkte kennis over (dag)klinische psychotherapiebehandelingen die steeds schaarser worden in Nederland. Ook voor klinici die overwegen om patiënten met BPS een indicatie te geven voor (dag)klinisch psychotherapie biedt dit overzicht een empirische onderbouwing voor hun keuze.

METHODE

Het studieprotocol werd voor aanvang geregistreerd in PROSPERO (onder nummer CRD42020158557).

Zoekstrategie

We doorzochten PsycINFO en PubMed naar studies over (dag)klinische psychotherapie bij volwassenen met een BPS. De laatste zoekopdracht voerden we uit op 11 maart 2021. De referentielijsten van eerdere reviews en meta-analyses over psychotherapie bij BPS (Stoffers e.a. 2012; Cristea e.a. 2017; Oud e.a. 2018; Chakhssi e.a. 2021) werden nagelopen om studies die in aanmerking kwamen te includeren.

De PubMed-zoekstring was: ('Borderline Personality Disorder'[Mesh] OR 'Borderline Personality Disorder'[All

Fields]) AND ('Psychotherapy'[MESH] OR therapy[tiab] OR treatment[tiab]) AND (inpatient[tiab] OR residential[tiab] OR day hospital[tiab]).

En de PsycINFO-zoekstring: (DE 'Borderline Personality Disorder' OR 'borderline personality') AND (DE 'Psychotherapy' OR TI therapy OR AB Therapy OR TI treatment OR AB treatment) AND (TI residential* OR AB residential* OR TI inpatient* OR AB inpatient* OR TI 'day hospital*' OR AB 'day hospital*' OR TI hospital* OR AB hospital*).

Studieselectie

Inclusiecriteria waren: a. volwassenen met de diagnose BPS ($\geq 50\%$ van de onderzochte steekproef); b. klinische en/of dagklinische psychotherapie; c. met psychotherapie als primaire interventie; d. waarvan de scores op de primaire uitkomst beschikbaar waren om effectgrootte te berekenen.

Klinische psychotherapie werd in deze studie gedefinieerd als een therapeutisch programma waar patiënten ten minste 3 dagen per week intern verbleven in een setting waar zij groeps- en/of individuele psychotherapie volgden met eventueel aanvullende therapieën zoals vaktherapie. Dagklinische psychotherapie werd gedefinieerd als een therapeutisch programma waarbij patiënten meer dan 4 uur per dag, voor minimaal 1 dag per week, deelnamen aan groep en/of individuele psychotherapie met eventueel aanvullende therapieën zoals vaktherapie. Indien een behandeling voldeed aan de genoemde kenmerken gedurende een bepaalde periode, bijv. een step-downbehandeling (zie bijv. Sinnaeve e.a. 2018), een combinatie van (dag)klinische en ambulante therapie, dan werd deze ook geïncludeerd als een (dag)klinische behandeling.

Twee auteurs (ZL en MZ) selecteerden onafhankelijk van elkaar, in drie fasen, de titels, samenvattingen en volledige artikelen. De uiteindelijke selectie was gebaseerd op consensus, en bij onduidelijkheid werd de keuze voor inclusie voorgelegd aan de derde auteur (FC).

Data-extractie

Data-extractie werd onafhankelijk van elkaar uitgevoerd door twee auteurs (ZL en MZ). Primaire uitkomsten

waren de veranderingen op primaire uitkomstmaten – zoals gedefinieerd in de oorspronkelijke studie – van voor tot na behandeling. Indien geen primaire uitkomstmaat was gespecificeerd, werden de gegevens verzameld op een uitkomstmaat voor BPS-symptomen. Secundair werden de scores verzameld op uitkomstmaten voor BPS-symptomen en kwaliteit van leven voor en na de behandeling (zie o.a. Chakhssi e.a. 2021).

Andere verzamelde data betroffen: leeftijd, geslacht, instrument voor vaststellen van BPS, type psychotherapie (bijv. DGT), type programma (dagklinisch of klinisch), lengte van de behandeling (in maanden), inhoud van de behandeling en intensiteit (aantal uren per week, aantal dagen per week).

Kwaliteitsbeoordeling

Twee auteurs (ZL en MZ) beoordeelden onafhankelijk van elkaar de kwaliteit van de geïncludeerde studies. Dit gebeurde op basis van vier criteria van het *risk-of-bias*-instrument van de Cochrane Collaboration: a. adequate randomisatieprocedure, b. adequate toewijzing aan behandelvorm, c. blinding van patiënten en personeel en d. verwerking van incomplete data.

De kwaliteit van de ongecontroleerde studies werd beoordeeld op basis van vier criteria van ‘*Risk of bias in nonrandomized studies of interventions*’ (Etzelmüller e.a. 2020): a. loyaliteit van onderzoeker, b. *confounding*, c. selectie of exclusie van proefpersonen en instrumenten en d. selectieve rapportage. Voor elke studie volgde uit deze beoordeling een kwaliteitsscore die varieerde van 0 (lage kwaliteit), 1-2 (matige kwaliteit), tot 3-4 (hoge kwaliteit). Criteria werden beoordeeld als onvoldoende als ze niet werden gerapporteerd in het artikel.

Statistische analyse

We gebruikten Comprehensive Meta Analysis-software om de gepoolde (gecombineerde) schatting van het effect voor de primaire en secundaire uitkomstmaten te berekenen met een *random-effect* benadering. Voor de ongecontroleerde effectgroottes werden effectgroottes (Hedges' *g*) berekend aan de hand van de gemiddelde scores en standaarddeviaties bij de voor- en nameting. Indien de correlaties tussen de voor- en nameting niet werden gerapporteerd in het artikel, hielden we een conservatieve schatting ($r = 0,70$) aan (Rosenthal 1984), en voerden we aanvullende sensitiviteitsanalyses uit voor verschillende correlaties ($r = 0,50$ – $r = 0,90$) tussen de voor- en nameting. Voor de gecontroleerde studies werden effectgroottes (Hedges' *g*) berekend aan de hand van de gemiddelde scores en standaarddeviaties bij de nameting. Heterogeniteit van de uitkomsten werden beoordeeld met de I^2 - en Q -toets. Effectgroottes van 0,20-0,50 kunnen als klein worden gezien, van 0,50-0,80 als matig en $> 0,80$ als groot.

Subgroepanalyses met een *mixed-effects* model werden uitgevoerd voor klinisch versus dagklinisch, actieve vs. passieve controle en (dag)klinische controle- vs. ambulante controlecondities, enkel als de subgroep uit

vijf of meer vergelijkingen bestond. Meta-regressies werden uitgevoerd om de samenhang tussen lengte van de behandeling en methodologische kwaliteit van de studies te onderzoeken op de effectgroottes, met minimaal 10 studies per moderator.

Een mogelijke publicatiebias voor de gecontroleerde studies werd onderzocht door het visueel inspecteren van funnelplots, *trim-and-fill* procedure (die een schatting produceert van de effectgroottes gecorrigeerd voor publicatiebias) en Eggers test.

RESULTATEN

De zoekopdracht in de onlinedatabases en bij overige bronnen leverde 1578 titels op. Na inspectie van de titels en samenvattingen bleven er nog 176 studies over die geheel werden gelezen (zie **figuur 1**). Hiervan voldeden 37 studies (42 vergelijkingen) aan de inclusiecriteria. De geïncludeerde studies betroffen in totaal 5963 patiënten met een BPS. De gemiddelde leeftijd van de participanten was 30,1 jaar (SD: 2,64; uitersten: 24,8-36,4) en het merendeel was vrouw (87,91%). Het vaststellen van de BPS gebeurde in de meeste gevallen (32 van de 42 vergelijkingen) met het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II).

Ongecontroleerde studies

In de 21 geïncludeerde ongecontroleerde studies (24 vergelijkingen) bleek dialectische gedragstherapie (DGT; $n = 12$) de meeste voorkomende vorm van psychotherapie, gevolgd door schematherapie (ST; $n = 3$), mentalization-based therapie (MBT; $n = 2$), psychoanalytische psychotherapie ($n = 2$), combinatie van psychodynamische therapie en DGT ($n = 1$), psychodynamisch georiënteerde traumagerichte therapie ($n = 2$), een combinatie van DGT en cognitieve gedragstherapie (CGT; $n = 1$) en combinatie van psychodynamische *transference-focused* psychotherapie (TFP) en skillstraining ($n = 1$). 21 psychotherapieën werden geboden in een klinische setting en 3 in een dagklinische setting. De gemiddelde duur van psychotherapie was 6,11 maanden (1-25).

Gecontroleerde studies

In de 16 geïncludeerde gecontroleerde studies (18 vergelijkingen) werd de effectiviteit van de volgende psychotherapieën onderzocht: DGT ($n = 3$), MBT ($n = 3$), psychoanalytische psychotherapie ($n = 3$), TFP en DGT ($n = 2$), democratische therapeutische gemeenschap (DTG; $n = 2$), niet nader omschreven psychotherapie ($n = 3$), combinatie van MBT en DGT ($n = 1$) en psychodynamische therapie en CGT ($n = 1$). Elf psychotherapieën werden geboden in een klinische setting en zes in een dagklinische setting, bij één vergelijking wisselde de setting van klinisch naar dagklinisch. De gemiddelde duur van psychotherapie was 8,9 maanden (1-25), met 2-3 sessies per week (zie **tabel 1**).

Psychotherapie in de controleconditie bestond uit *treatment-as-usual* ambulant (TAU ambulant, n = 7), TAU klinisch (ondersteunende behandeling n = 1), wachtlijst (n = 2), algemene klinische behandeling (n = 2), niet nader omschreven psychotherapie (n = 1), integratieve psychiatrische behandeling (n = 1), DGT klinisch (n = 1), DGT ambulant (n = 1), MBT klinisch (n = 1) en MBT ambulant (n = 1).

Kwaliteit van de geïncludeerde studies

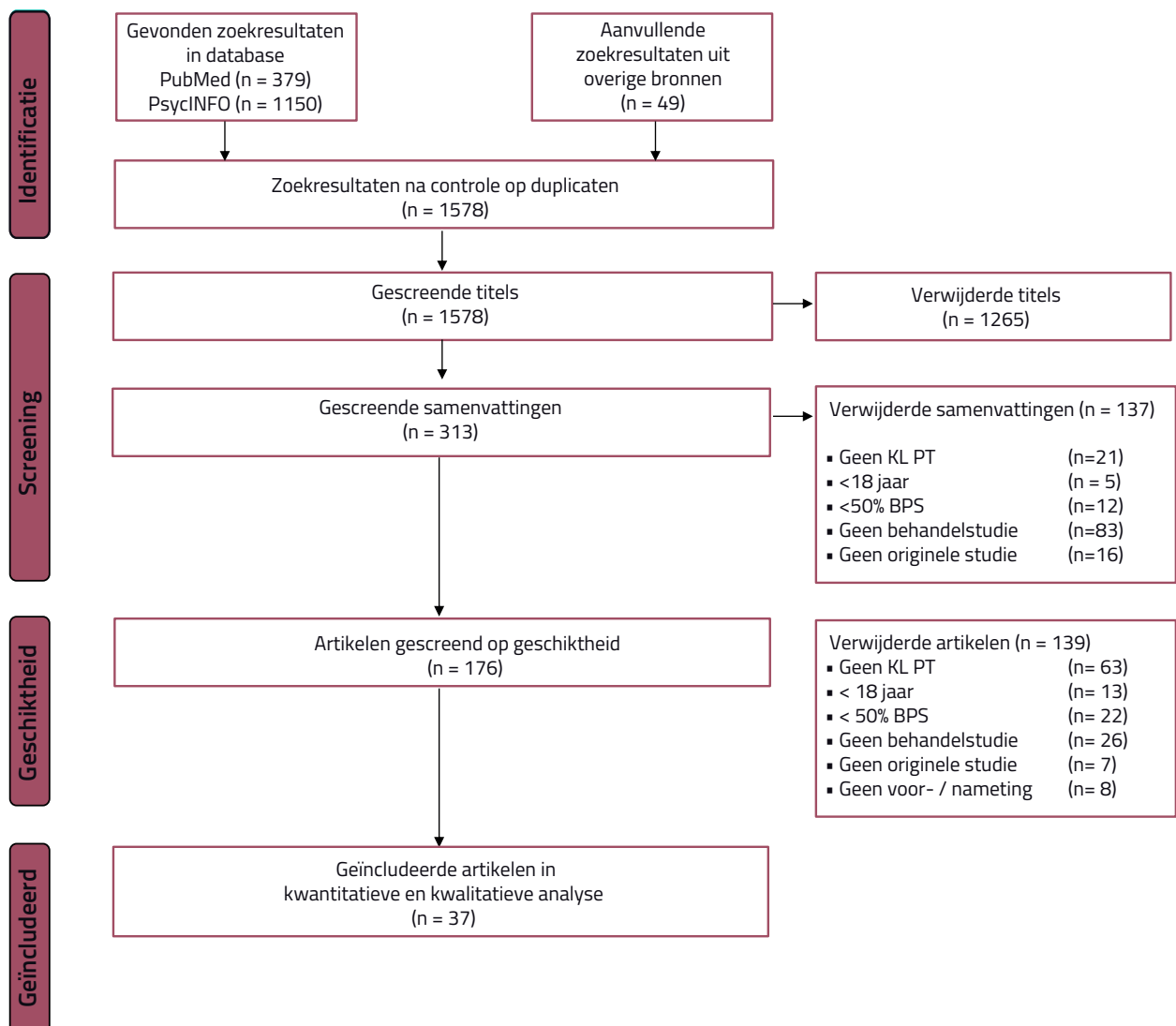
Bij de kwaliteitsbeoordeling van de ongecontroleerde studies werden 10 studies met een matige kwaliteit beoordeeld en 11 studies met een lage kwaliteit. Bij de gecontroleerde studies werden 3 studies met een hoge kwaliteit, 4 studies met een matige kwaliteit en 9 studies met een lage kwaliteit beoordeeld (zie tabel 1).

Meta-analyse

Eerst berekenden we de ongecontroleerde effectgroottes voor (dag)klinische psychotherapie op de primaire en

secundaire uitkomstmaten van voor tot het einde van de behandeling (zie tabel 2). Er was een matig effect in 37 studies (42 vergelijkingen) van voor tot het einde van de behandeling op de primaire uitkomstmaat: $g = 0,77$ (95%-BI: 0,67-0,87; $Z = 14,83$; $p < 0,001$ en heterogeniteit was significant ($I^2 = 91,71$). Voor BPS-symptomen was er een groot effect in 19 studies (21 vergelijkingen): $g = 0,84$ (95%-BI: 0,71-0,97; $Z = 12,57$; $p < 0,001$ en heterogeniteit was significant ($I^2 = 92,70$). Ook voor kwaliteit van leven was er een groot effect in 12 studies (14 vergelijkingen): $g = 0,84$ (95%-BI: 0,54-1,13; $Z = 5,47$; $p < 0,001$ en heterogeniteit was significant ($I^2 = 95,86$). Er was geen significant verschil tussen de effectgroottes van voor tot einde behandeling van de gecontroleerde versus de ongecontroleerde studies op de primaire uitkomstmaat ($g = 0,79$ vs. $g = 0,75$; $p = 0,697$), op BPS-symptomen ($g = 0,96$ vs. $g = 0,79$; $p = 0,218$) en kwaliteit van leven ($g = 0,93$ vs. $g = 0,67$; $p = 0,390$). Sensitiviteitsanalyses uitgevoerd met verschillende correlaties tussen begin- en eindmeting laten een verwaarloosbaar verschil zien in de interpre-

Figuur 1. Beslisboom van selectieprocedure



Tabel 1. Studiekenmerken gecontroleerde studies

Eerste auteur (jaar)	% V	Gem. leeftijd	Psychotherapie (n); controlegroep (n)	Setting (duur in maanden)	BPS-uitkomstmaat	Kwaliteit
Agarwalla (2013)	79,5	29,7	Stoornisspecifieke behandeling (32); TAU ambulante (12)	Klinisch (3)	BPI	0
Bales (2014)	69,0	30,0	MBT (29); OPT gemengd (29)	Dagklinisch (18)	SIPP	0
Bartak (2011a)	71,0	31,3	Niet nader omschreven PT (99); PT ambulante (46)	Dagklinisch (10,4)	-	1
Bartak (2011b)	71,0	31,3	Niet nader omschreven PT (87); PT ambulante (46)	Klinisch (9,1)	-	1
Bateman (1999)	68,0	30,3	PA PT (19); TAU ambulante (19)	Dagklinisch (max 18)	-	1
Bohus (2004)	100,0	29,1	DGT (31); WL (19)	Klinisch (4)	-	2
Chiesa (2004a)	77,6	31,5	PA PT (49); TAU ambulante (49)	Klinisch (12)	-	0
Chiesa (2004b)	77,8	32,4	PA PT (45); TAU ambulante (49)	Stepdown klinisch (6) en ambulante (12-18)	-	0
Dolan (1997)	Onbekend	Onbekend	DTC (70); niet nader omschreven PT (67)	Klinisch (7)	BSI	0
Edel (2016)	100,0	27,1	MBT en DGT (29); DGT (28)	Klinisch (1)	BSL-23	0
Fowler (2018)	62,4	28,5	Multimodale interventies (245); MBT (220)	Klinisch (0,5 tot 2)	-	0
Laurensen (2018)	78,0	34,0	MBT (54); IPB (41)	Dagklinisch (18)	BPDSI-IV	3
Pearce (2017)	78,6	34,0	DTC (35); TAU ambulante (35)	Klinisch (18)	--	3
Petersen (2008)	86,6	27,4	PDT en CGT (38); TAU ambulante (28)	Dagklinisch (5)	--	0
Roepke (2010)	100,0	27,7	DGT (20); WL+TAU ambulante (20)	Klinisch (3)	--	0
Sinnaeve (2018)	95,0	26,0	Step-down DGT (42); DGT ambulante (42)	Klinisch (3)	BPDSI	2
Smits (2019)	84,0	31,4	MBT (70); MBT ambulante (44)	Dagklinisch (18)	PAI-BOR	3
Sollberger (2014)	79,5	29,6	TFP met modules DGT-skillstraining (32); TAU klinisch (12)	Klinisch (3)	--	0

BPI = Borderline-Persönlichkeits-inventar; BPS = borderlinepersoonlijkheidsstoornis; BPDSI-IV = Borderline personality disorder severity index-IV; BSI = Borderline syndrome index; BSL-23 = Borderline symptom list (short); CGT = cognitieve gedragstherapie; DGT = dialectische gedragstherapie; DTC = Democratic therapeutic community approach; IPB = integratieve psychiatrische behandeling; MBT = mentalization-based treatment; OPT = other specialized psychotherapeutic treatments; PAI-BOR = Personality assessment inventory- borderline features scale; PA PT = psychoanalytische psychotherapie; PDT = psychodynamische therapie; PT = psychotherapie; SIPP = Severity Indices of Personality Problems; TFP = transference-focused psychotherapy; TAU = treatment as usual; V = vrouw; WL = wachtlijst.

tatie van de effectgroottes op de primaire uitkomstmaat (van $g = 0,77$ bij $r = 0,050$ tot $g = 0,73$ bij $r = 0,90$).

Bij de gecontroleerde effectgroottes was er sprake van een klein effect aan het einde van de behandeling (zie tabel 2), ten gunste van de (dag)klinische psychotherapie op de primaire uitkomstmaat in 16 studies (18 vergelijkingen): $g = 0,27$ (95%-BI: 0,15-0,39; $Z = 4,47$; $p < 0,001$ en heterogeniteit was niet significant ($I^2 = 29,83$).

In 6 studies rapporteerde men effect op een BPS-uitkomstmaat, en ook hier was sprake van een klein positief effect in vergelijking tot een controleconditie: $g = 0,24$ (95%-BI: 0,01-0,47; $Z = 2,02$; $p = 0,04$) en heterogeniteit was niet significant en matig ($I^2 = 40,76$).

In 8 studies (9 vergelijkingen) rapporteerde men effect op een kwaliteit-van-levenuitkomstmaat, en ook hier was een klein positief effect in vergelijking tot een controleconditie: $g = 0,42$ (95%-BI: 0,13-0,72; $Z = 2,78$; $p = 0,005$ en heterogeniteit was significant en hoog ($I^2 = 82,47$).

Subgroepanalyses

De subgroepanalyses werden uitgevoerd op de primaire uitkomstmaten. Er was geen significant verschil in effect op de uitkomstmaten tussen klinisch vs. dagklinisch, en (dag)klinische controle vs. ambulante controle. De subgroepanalyse voor actieve vs. passieve controle is niet uitgevoerd omdat de passieve controlegroep enkel uit 1 vergelijking bestond.

De metaregressieanalyses lieten zien dat de lengte van behandeling van de ongecontroleerde studies een significante samenhang had met de effectgrootte waarbij langere behandeling samenhang met grotere effectgroottes op de primaire uitkomstmaten ($\beta = 0,03$; SE = 0,01; 95%-BI: 0,02-0,04; $p < 0,001$) en BPS-symptomen ($\beta = 0,04$; SE = 0,01; 95%-BI: 0,02-0,05; $p < 0,001$). Er was geen significante samenhang van de methodologische kwaliteit van de ongecontroleerde studies op de effectgrootte op de primaire uitkomstmaten. Bij de gecontroleerde studies was er geen significant invloed van lengte van de behandeling of methodologische kwaliteit van

Tabel 2. Effectgroottes van (dag)klinische psychotherapie op de primaire en secundaire uitkomstmaten

Type studie	Uitkomst	n	g	95%-BI	Z	I ²
Ongecontroleerde effectgroottes						
	Primaire uitkomstmaat	42	0,77	0,67-0,87	14,83**	91,71**
	BPS-symptomen	21	0,84	0,71-0,97	12,57**	92,70**
	Kwaliteit van leven	14	0,84	0,54-1,13	5,47**	95,86**
Gecontroleerde effectgroottes						
	Primaire uitkomstmaat	18	0,27	0,15-0,39	4,47**	29,83
	BPS-symptomen	6	0,24	0,01-0,47	2,02*	40,76
	Kwaliteit van leven	9	0,42	0,13-0,72	2,78**	82,47**

n = aantal vergelijkingen, BI = betrouwbaarheidsinterval *p < 0,05. ** p < 0,01.

de studies op de effectgroottes op de primaire uitkomstmaten.

Er was geen verschil in effectgroottes tussen (dag)klinische psychotherapie in studies met een lage kwaliteit en studies met een matige/hoge kwaliteit op de primaire uitkomsten (g = 0,36 vs. g = 0,16; p = 0,09), op BPS-symptomen (g = 0,31 vs. g = 0,17; p = 0,59), en kwaliteit van leven (g = 0,59 vs. g = 0,23; p = 0,29).

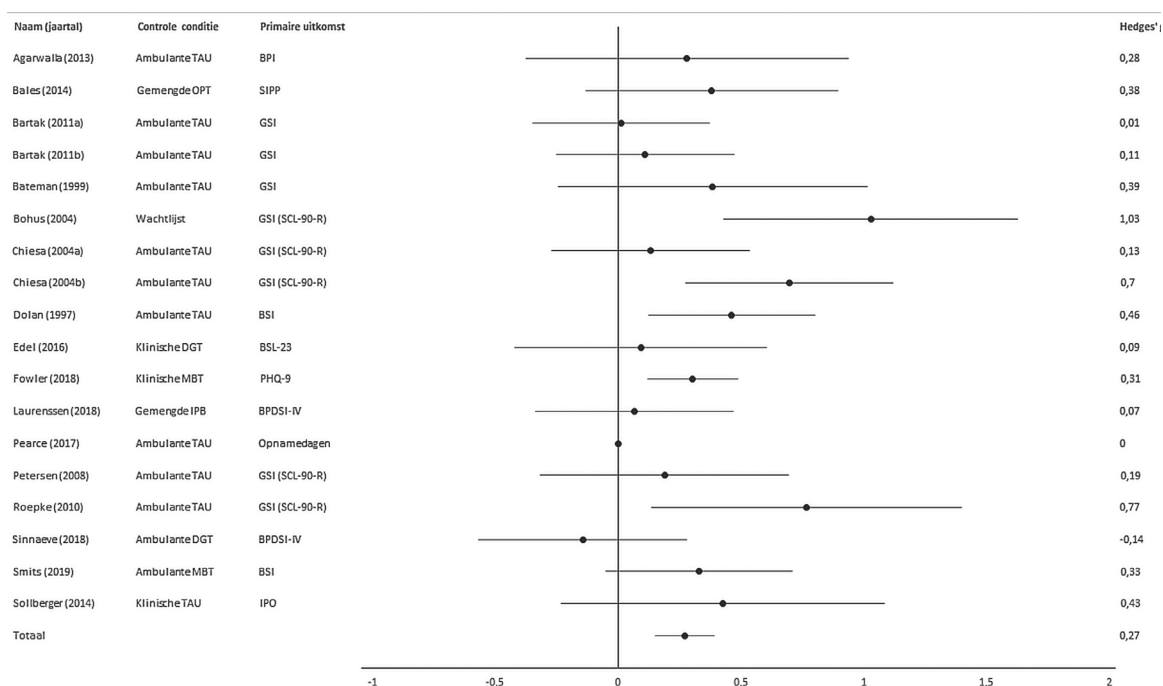
Publicatiebias

Een visuele inspectie van de funnelplot voor de gecontroleerde studies liet een asymmetrische verdeling zien van onderzoeken rondom de effectgrootte voor de primaire uitkomstmaten. Eggers test was echter niet significant, en aanpassing voor een potentiële publicatiebias door de trim-and-fillprocedure resulteerde in een onveranderde effectgrootte.

DISCUSSIE

In dit systematisch overzicht en meta-analyse hebben we de effectiviteit van 37 studies met (dag)klinische psychotherapie in kaart gebracht waarvan 21 ongecontroleerde studies en 16 gecontroleerde studies waren. De resultaten van zowel de gecontroleerde als de ongecontroleerde effectgroottes laten zien dat (dag)klinische psychotherapie significant psychiatrische symptomen kan verminderen en kwaliteit van leven kan verbeteren voor mensen met een BPS. De gevonden effectgroottes voor (dag)klinische psychotherapie zijn in lijn met de effectgroottes die voor ambulante psychotherapie bij mensen met BPS worden gevonden op psychiatrische symptomen en op kwaliteit van leven BPS (Stoffers e.a. 2012; Cristea e.a. 2017; Oud e.a. 2018; Chakhssi e.a. 2021).

Figuur 2. Effectgrootte van de gecontroleerde studies naar (dag)klinische psychotherapie op de primaire uitkomstmaten (Hedges' g)



De bevindingen in onze meta-analyse laten zien dat (dag)klinische psychotherapie een significant, positief, klein, effect heeft op kwaliteit van leven ten opzichte van de controlecondities. Dit suggereert dat (dag)klinische psychotherapie mogelijk een duurzamer effect heeft op kwaliteit van leven dan ambulante psychotherapie. Dit is een belangrijke bevinding omdat een hogere kwaliteit van leven een positieve invloed lijkt te hebben op het herstel en de kans op terugval vermindert (Zanarini e.a. 2010a; Keuroghlian e.a. 2013).

In hoeverre dit verschil effect heeft gehad op terugval op langere termijn na behandeling hebben we niet onderzocht in de huidige meta-analyse vanwege de grote verschillen in wel of geen follow-up, en de lengte en inhoud van follow-up. Er zijn wel aanwijzingen uit eerdere studies bij mensen met verschillende soorten persoonlijkheidsstoornissen dat het psychosociaal functioneren na dagklinische psychotherapie op 3 en 6 jaar na behandeling meer toeneemt dan na ambulante psychotherapie (bijv. Antonsen e.a. 2014).

In dit overzicht komt naar voren dat klinische psychotherapie een effectieve behandeling is voor BPS met een positief, klein, verschil in effect ten opzichte van controlecondities met ambulante psychotherapie. De uitvalpercentages voor klinische psychotherapie ten opzichte van de controlecondities waren vergelijkbaar en deze gaven geen aanleiding om te vermoeden dat (dag)klinische psychotherapie voor BPS leidt tot hogere uitval. Ook in een recent systematisch overzicht en meta-analyse blijkt dat uitval tijdens BPS-behandeling niet beïnvloed wordt door setting, en uitval in (dag)klinische behandeling lager lijkt dan in ambulante behandelingen (Iliakis e.a. 2021).

Beperkingen

Onze studie heeft een aantal beperkingen. Het aantal studies was beperkt, het aantal deelnemers was in enkele studies laag (< 20 per groep) en de kwaliteit van de meeste studies was laag. Er zijn vooral veel ongecontroleerde studies uitgevoerd en van de gecontroleerde studies waren er slechts vijf gerandomiseerd. In een aantal studies was de primaire uitkomstmaat een (algemene) psychopathologische uitkomstmaat maar geen uitkomstmaat met BPS-symptomen. Het is wenselijk om in behandelonderzoek een specifiek uitkomstmaat met BPS-symptomen te hebben (Zanarini e.a. 2010b). Gezien deze beperkingen dient men onze bevindingen met voorzichtigheid te interpreteren en moet men ze zien als voorlopige bevindingen.

CONCLUSIE

Ambulante psychotherapie en (dag)klinische psychotherapie zijn effectieve behandelingen voor mensen met een BPS. Een zorgvuldige afweging, rekening houdend met de aanbevelingen in de zorgstandaard, is aanbevolen bij het indiceren van (dag)klinische psychotherapie. Belangrijk hierbij is om de patiënt goed te

informer en te betrekken in de keuze voor een vorm om de kans op een succesvolle behandeling te laten toenemen (Crawford e.a. 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). Vervolgonderzoek naar herstel op langere termijn is nodig om de effectiviteit van (dag)klinische psychotherapie te kunnen vaststellen.

De volledige literatuurlijst is op te vragen bij de auteurs.

LITERATUUR

- Antonsen BT, Klungsøyr O, Kamps A, e.a. Step-down versus outpatient psychotherapeutic treatment for personality disorders: 6-year follow-up of the ullevål personality project. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 1-12.
- Black DW, Blum N, Pfohl B, e.a. Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord* 2004; 18: 226-39.
- Chakhssi F, Zoet JM, Oostendorp JM, e.a. Effect of psychotherapy for borderline personality disorder on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *J Pers Disord* 2021; 35: 255-69.
- Crawford MJ, Thana L, Farquharson L, e.a. Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 260-5.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, e.a. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 319-28.
- Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, e.a. Effects of internet-based cognitive behavioral therapy in routine care for adults in treatment for depression and anxiety: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2020; 22: e18100.
- Iliakis EA, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders* 2021; 12: 193-206.
- Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1499-506.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, e.a. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453-61.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Akwa GGZ; 2017.
- Oud M, Arntz A, Hermens ML, e.a. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2018; 52: 949-61.
- Rosenthal R. Meta-analytic procedures for social science research. Beverly Hills: Sage Publications; 1984.
- Sinnaeve R, van den Bosch LMC, Hakkaart-van Roijen L, e.a. Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2018; 5: 12.
- Stoffers JM, Vollm BA, Rucker G, e.a. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012: CD005652.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, e.a. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and axis ii comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 28-36.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, e.a. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis ii comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scand* 2010a; 122: 103-9.
- Zanarini MC, Stanley B, Black DW, e.a. Methodological considerations treatment trials for persons personality disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2010b; 22: 75-83.