

Een ROM-studie van de *Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders* in vier behandelcentra

J. Hutsebaut, K.C.M. Kindt, L.J.H. van Dam, N. Bachrach

- Achtergrond** De *Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders* (GIT-PD) wordt breed toegepast in Nederland en België in de zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Tot op heden bestond er geen evidentie voor de mogelijke werkzaamheid van dit behandelkader.
- Methode** Een observationele cohortstudie in vier instellingen op basis van routine outcome monitoring (ROM)-data gekeken naar verbeteringen op gebied van symptoomlast (BSI/OQ-45) en persoonlijkheidsfunctioneren (SIPP-SF) bij 470 patiënten.
- Resultaten** In elk van de instellingen werden zowel voor symptoomlast als persoonlijkheidsfunctioneren significante verbeteringen geobserveerd. De effectgroottes voor een verbetering van algemene symptoomlast varieerden ($d = 0,55$ tot $d = 1,05$).
- Conclusie** De behandelresultaten voor GIT-PD liggen in de lijn van behandelresultaten die ook voor specialistische behandelvormen voor persoonlijkheidsstoornissen worden gezien in vergelijkbare praktijkstudies. Mogelijke verschillen tussen de instellingen zouden te maken kunnen hebben met de intensiteit, structuur en coherentie van het betreffende GIT-PD-programma.

De *Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders* (GIT-PD) biedt een behandelkader waarmee de reguliere zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis verbeterd kan worden.¹ GIT-PD werd ontwikkeld vanuit het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (PS) in samenwerking met meer dan 30 lidinstellingen en met cliënten en naasten van de triade van het Kenniscentrum PS (een samenwerkingsverband van (ex-)cliënten, naasten en behandelaars).² Het behandelkader ontleent de gemeenschappelijke kenmerken aan de bewezen effectieve behandelinterventies voor persoonlijkheidsstoornissen, zoals schematherapie, dialectische gedragstherapie of *mentalization-based treatment*. GIT-PD giet die in een geheel van principes voor goede zorg op het niveau van de organisatie, het behandelproces, het team en de behandelaars.¹

Het verschil met de bestaande psychotherapeutische behandelinterventies is dat GIT-PD niet in de plaats komt van de reguliere zorg, maar die principes gebruikt om de reguliere zorg te verbeteren.³ Daardoor kunnen behandelaars gebruik blijven maken van hun eigen ken-

nis en achtergrond, terwijl ze toch geholpen worden om hun zorg beter af te stemmen op de kwetsbaarheden van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

GIT-PD is daarbij niet gebaseerd op een specifieke theorie of methode, maar is pragmatisch en gebaseerd op principes. Het maakt gebruik van de empirische evidentie voor de 'common factors', de gemeenschappelijk werkzame factoren, in psychotherapie, zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie, de focus op emoties, het herstellen van breuken, de focus op consensus over doelen en taken, de aandacht voor empathie en positieve steun en het belang van een echt en authentiek contact.⁴⁻¹⁰ De voortdurende aandacht voor deze common factors vormt daarbij de basis van de GIT-PD-benadering, ongeacht de specifieke invulling van het programma.

In een eerdere bijdrage voor het *Tijdschrift voor Psychiatrie* kaartten we de beperkte directe evidentie voor GIT-PD aan.² Hoewel er veel indirecte evidentie bestaat voor de gemeenschappelijke factoren en enige directe evidentie voor vergelijkbare generalistische behandelingen, zijn er tot op heden geen directe effec-

AUTEURS

Joost Hutsebaut, klinisch psycholoog, de Viersprong, Bergen op Zoom, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht, bijzonder hoogleraar 'Preventie en vroege interventie van persoonlijkheidspathologie', Tilburg University, Tilburg.

Karlijn Kindt, klinisch psycholoog, Altrecht Persoonlijkheidsstoornissen, Zeist.

Loek Van Dam, klinisch psycholoog en manager behandelzaken, NPI specialist in persoonlijkheidsproblematiek, Amsterdam

Nathan Bachrach, klinisch psycholoog en programmaleider persoonlijkheidsstoornissen, GGZ Oost-Brabant, afd. Persoonlijkheidsstoornissen, Helmond en Medische en Klinische Psychologie, Tilburg University, Tilburg.

Correspondentie

Prof.dr. Joost Hutsebaut (Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-7-2023.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(8):466-472

tiviteitsstudies voor GIT-PD-interventies voorhanden. Een complicerende factor daarbij ligt precies in de flexibiliteit van GIT-PD. Juist doordat GIT-PD geen vastomlijnd behandelprogramma voorschrijft, is het niet zo makkelijk om de werkzaamheid van GIT-PD te onderzoeken. Tegelijk blijkt in de klinische praktijk dat diverse concrete GIT-PD-programma's een min of meer gelijkwaardige duur en intensiteit hebben. Bovendien zijn ze alle modulair opgebouwd, bevatten ze een belangrijk element van psycho-educatie en hebben ze deels groepsonderdelen en deels individueel afgestemde programmaonderdelen.

De huidige studie heeft twee doelen. Enerzijds willen we de mogelijke werkzaamheid van GIT-PD in de praktijk documenteren aan de hand van routine outcome monitoring (ROM)-data. Daarbij willen we focussen op twee uitkomsten die vaak worden gebruikt in onderzoek bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en die ook in de meeste instellingen deel uitmaken van ROM: verminderen van symptoomstress en verbeteren van persoonlijkheidsfunctioneren. Voor beide uitkomsten verwachtten we significante verbeteringen voor elk GIT-PD-programma.

Anderzijds willen we deze gegevens interpreteren in het licht van de verschillen tussen de diverse programma's en instellingen om op die manier meer zicht te krijgen op de mogelijke voorwaarden waaronder GIT-PD-programma's meer of minder werkzaam zijn.

METHODE

Interventie

GIT-PD is een generieke interventie voor persoonlijkheidsstoornissen gebaseerd op de gemeenschappelijke kenmerken van bestaande bewezen effectieve behandelingen. De focus in GIT-PD ligt op de gemeenschappelijke factoren, in het bijzonder een betrokken en authentieke basishouding en een focus op samenwerking, moti-

vatie, de therapeutische relatie en het bevorderen van de zelfreflectie en uiten van emoties. Elk van de betrokken programma's is modulair opgebouwd, gestructureerd in fasen en omvat een combinatie van individuele en groepsonderdelen. Een gedetailleerde beschrijving van de vier GIT-PD-programma's is opgenomen in [supplement 1 \(online te vinden\)](#).

Deelnemers en procedure

De resultaten in deze studie baseerden we op reguliere ROM-data van GIT-PD-afdelingen van vier instellingen: Altrecht, de Viersprong, GGZ Oost-Brabant en het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI). Bij alle instellingen wordt sinds 2018 op diverse locaties met het GIT-PD-model gewerkt. De ROM-vragenlijsten worden digitaal aangeboden aan het begin en einde van de behandeling. We maakten in deze studie gebruik van retrospectieve data uit de patiëntendossiers. De redenen waarom cliënten geen vragenlijsten hadden ingevuld, waren niet te achterhalen.

- Bij Altrecht werden alle cliënten geïncludeerd die in januari 2018 t/m april 2021 in behandeling waren gekomen en de behandeling volledig doorlopen hadden. Deze groep bestond uit 467 cliënten. Van hen hadden 83 de voor- en nameting over symptoomstress ingevuld, en 38 de voor- en nameting over persoonlijkheidsfunctioneren.
- Bij de Viersprong werden alle cliënten geïncludeerd die vanaf november 2018 gestart waren en het hoofdtraject van de behandeling hadden afgerond voor juni 2022, in totaal 153 cliënten. Van hen hadden 86 de voor- en nameting over symptoomstress ingevuld, en 93 de voor- en nameting over persoonlijkheidsfunctioneren.
- Bij GGZ Oost-Brabant werden alle cliënten meegenomen die een GIT-PD-behandeltraject hadden doorlopen in de periode januari 2018 tot juni 2022, in totaal 321 cliënten. Van hen hadden 108 de voor- en nameting over symptoomstress ingevuld en 94 de voor- en

nameting over persoonlijkheidsfunctioneren.

- Bij het NPI hadden in de periode augustus 2018 t/m december 2021 461 cliënten de behandeling afgerond. Van hen hadden 119 de voor- en nameting over symptoomstress ingevuld, en 88 de voor- en nameting over persoonlijkheidsfunctioneren.

Vragenlijsten

Outcome Questionnaire – 45 (OQ-45): zelfrapporteringsvragenlijst met 45 items voor het meten van symptoomstress, verdeeld over 4 subschalen (symptomatische distress, angst en somatische distress, interpersoonlijke relaties en sociale rol).^{11,12} Respondenten maken gebruik van een 5-puntsschaal, variërend van nooit (0) tot bijna altijd (4). In onze studie maakten we gebruik van de totaalscore die in eerder onderzoek een hoge interne consistentie liet zien ($\alpha = 0,91$).¹² De OQ-25 is een variant van de OQ-45 waarbij alleen de subschalen ‘symptomatische distress’ en ‘angst en somatische distress’ gebruikt worden.

Brief Symptom Inventory (BSI): zelfrapporteringsvragenlijst met 53 items voor het meten van symptoomstress, verdeeld over 9 symptoomdimensies (bijv. angst, depressie, somatisatie, interpersoonlijke gevoeligheid enz.).^{13,14} Respondenten maken gebruik van een 5-puntsschaal om de mate van ongemak die ze hebben ervaren als gevolg van psychische symptomen aan te geven (0 = helemaal niet; 4 = extreem). In deze studie maakten we gebruik van de totaalscore, die een indicatie geeft van de ervaren symptoomlast de afgelopen week.

Severity Indices of Personality Problems – Short Form (SIPP-SF): zelfrapporteringsvragenlijst met 60 items, verdeeld over 5 schalen (identiteitsintegratie, relationele capaciteiten, sociale concordantie, zelfcontrole en verantwoordelijkheid) waarmee de kerncomponenten van persoonlijkheidsfunctioneren worden gemeten.¹⁵ Cliënten wordt gevraagd terug te denken aan de afgelopen drie maanden en aan te geven in welke mate de beweringen van toepassing waren. De antwoordcategorieën variëren van 1 tot en met 4 (helemaal niet akkoord tot helemaal akkoord). Hogere scores wijzen op adaptiever functioneren. De SIPP-SF liet in eerdere studies voldoende tot sterke interne consistentie zien in steekproeven van persoonlijkheidsstoornissen met α variërend van 0,62 tot 0,89.¹⁵

Statistische analyse

Eerst brachten we met beschrijvende analyse leeftijd, geslacht, DSM-classificaties van de cliënten en duur van de behandeling in kaart. Met gepaarde t-testen keken we of er een significant verschil bestond tussen de start- en de eindmeting voor zowel symptoomstress als voor persoonlijkheidsfunctioneren. Vervolgens berekenden we de effectgrootte met Cohens d. Bij een positieve waarde wijst de index op een gunstig effect van de interventie, bij een negatieve waarde is het effect averechts. Een Cohens d-waarde van 0,20-0,49 wijst op een klein effect, een waarde van 0,5-0,79 op een middelgroot effect en een waarde van 0,80-1,29 op een groot effect. Metingen en analyses werden per instelling uitgevoerd.

RESULTATEN

Beschrijvende data

Bij de cliënten van Altrecht varieerde de leeftijd van 21 tot 64 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 36,8 (SD: 10,0) jaar. Ongeveer twee derde van de cliënten was vrouw (64,5%). De meest voorkomende diagnose was een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (40,3%), gevolgd door een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (20,5%), vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (15,6%) en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (6,0%). Andere diagnoses kwamen als hoofddiagnose nauwelijks voor.

Bij de cliënten van De Viersprong varieerde de leeftijd van 18 tot 63 jaar en de gemiddelde leeftijd was 39,1 (SD: 10,8) jaar. Iets meer dan twee derde (69%) onder hen was vrouw. De andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis was de meest voorkomende hoofddiagnose (40,2%) gevolgd door de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (31%), de vermijdende- (19,6%) en de dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (5,2%). Andere diagnoses waren zelden de primaire diagnose.

Bij GGZ Oost-Brabant was de gemiddelde leeftijd van deze groep 38,0 jaar (SD: 9,8 jaar), met uitersten 22-63 jaar. 59% van de cliënten was vrouw. De hoofddiagnose was in 75% van de gevallen een persoonlijkheidsstoornis: borderline- (29%), ongespecificeerde (19,5%), andere gespecificeerde (10,4) vermijdende (8,5%) en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (3,4%). Het aantal diagnoses was 2-7, met een gemiddelde van 3,45 (SD: 1,07).

Tabel 1. Duur behandeling per instelling

Instelling	Gem. duur behandeling in minuten (SD)	Directe tijd in minuten (SD)	Gem. duur periode behandeling in dagen (SD)
Altrecht	4838 (4047)	2557 (2278)	469 (266)
de Viersprong	7746 (2336)	4118 (1184)	513 (128)
GGZ Oost Brabant	3588 (4080)	2098 (2649)	459 (237)
NPI	3816 (3851)	2073 (2238)	342 (219)

Tabel 2. ROM-start- en eindmetingen voor symptoomstress

Instelling	Meting	M	SD	t	df	p	Cohens d
Altrecht	BSI-s	1,53	0,76	5,0	82	< 0,001	0,55
	BSI-e	1,18	0,81				
de Viersprong	BSI-s	1,74	0,64	8,82	85	< 0,001	1,05
	BSI-e	1,06	0,66				
GGZ Oost Brabant	OQ-45-s	91,3	21,3	4,26	108	< 0,001	0,61
	OQ-45-e	77,5	25,8				
NPI	OQ-25-s	51,2	16,0	8,45	118	< 0,001	0,69
	OQ-25-e	39,7	17,3				

-s = startmeting; -e = eindmeting

Bij NPI was de gemiddelde leeftijd 40,2 (SD: 12,0) jaar en was 68% vrouw. Onder de cliënten die de behandeling hadden afgerond, was de meest voorkomende hoofddiagnose een andere gespecificeerde (36,7%) gevolgd door een borderline- (33,6%), een vermijdende- (15,6%) en een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (6,9%). De gemiddelde duur van de behandeling in minuten, de gemiddelde directe tijd en de periode van de behandeling in aantal dagen zijn opgenomen in tabel 1.

Vermindering van symptoomstress

Voor alle instellingen was het verschil tussen de start- en eindmeting significant, waarbij de effectgrootte varieerde tussen een middelgroot tot groot effect (zie tabel 2). Na het afronden van de GIT-PD-behandeling rapporteerden cliënten dus minder klachten dan voor de behandeling.

Verbeteren van persoonlijkheidsfunctioneren

Vrijwel alle metingen gaven een gewenste verandering in het persoonlijkheidsfunctioneren aan, waarbij de effectgrootte varieerde van klein tot middelgroot. Na de behandeling was er dus een verbetering in zelfcontrole, identiteitsintegratie, op relationeel gebied en in verantwoordelijkheid en sociale concordantie. Alleen bij Altrecht was er geen effect op het domein verantwoordelijkheid, en bij GGZ Oost-Brabant was er geen effect op het domein sociale concordantie (zie tabel 3).

DISCUSSIE

GIT-PD is een behandelkader dat in de praktijk variatie toelaat. In dit artikel beschrijven we de voorlopige resultaten over de werkzaamheid van vier specifieke GIT-PD-programma's op basis van beschikbare ROM-data. In deze discussie bespreken we enkele opvallende zaken.

Opzet GIT-PD-programma's

Er zijn opmerkelijke gelijkenissen en verschillen in de opzet van elk van deze GIT-PD-programma's. De vier programma's hebben een vergelijkbare fasering en

structuur. Ze kennen alle vier een assessment-/contracteerfase, gevolgd door een behandel fase op maat en eindigen met een booster- of nabehandelingsfase. Elk van de vier programma's is modulair opgebouwd, waarbij doorgaans een deel van het programma voor alle cliënten hetzelfde is en een deel op maat wordt gemaakt. De invulling van deze modules kent gelijkenissen en verschillen tussen de instellingen. Elke instelling richt zich op deels vergelijkbare probleemgebieden, zoals emotieregulatie, zelfbeeld en interpersoonlijke vaardigheden. De modules bij Altrecht en GGZ Oost-Brabant zijn grotendeels gebaseerd op de modules die Bateman en Krawitz eerder beschreven in het *structured clinical management* programma.¹⁶ Het NPI heeft in de middenfase een keuzemodel waarbij men op basis van de hulpvraag kan kiezen voor een meer op het alternatieve DSM-5-model gerichte module dan wel voor *acceptance and commitment therapy* (ACT) of vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS). De modules bij de Viersprong zijn volledig gebaseerd op het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen. Ze vormen een coherent geheel en zijn allemaal op dezelfde manier opgebouwd, terwijl de modules bij de andere instellingen vaak geënt zijn op bestaande programmaonderdelen, zoals een VERS-training, een schematherapiegroep of een *competitive memory training* (COMET)-zelfbeeldprotocol.

Positieve behandelresultaten

Al deze programma's laten positieve behandelresultaten zien. Zowel wat betreft een reductie in symptoomstress als een verbetering in persoonlijkheidsfunctioneren suggereren alle ROM-data positieve resultaten. Voor verbetering in symptoomstress bijvoorbeeld variëren de effectgroottes van $d = 0,55$ tot 1,05. Deze resultaten liggen binnen een range die ook wordt gezien voor specialistische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen. Zo stelden Vogt en Norman in een systematische overzichtsstudie een range van effectgroottes van $d = 0,59$ tot 1,79 vast voor *mentalization-based treatment*.¹⁷ Ook voor schematherapie worden in de literatuur effectgroottes gerapporteerd van 0,65 tot meer dan 2.^{18,19} Een

Tabel 3. ROM-start- en eindmetingen voor persoonlijkheidsfunctioneren

Instelling	Meting	M	SD	t	df	p ^c	Cohens d ^c	
Altrecht	zelfcontrole-s	33,8	8,34	-2,04	37	0,024	0,33	
	zelfcontrole-e	33,9	9,73		37			
	identiteitsintegratie-s	27,8	8,31	-4,79	37	< 0,001	0,78	
	identiteitsintegratie-e	29,7	8,14		37			
	relatieeel-s	29,1	7,71	-2,32	37	0,013	0,38	
	relatieeel-e	30,0	7,91		37			
	verantwoordelijkheid-s	36,8	6,56	-1,10	37	0,14	0,18	
	verantwoordelijkheid-e	37,2	6,55					
	sociale concordantie-s	36,5	7,00	-1,93	37	0,030	0,31	
	sociale concordantie-e	37,2	6,03					
	De Viersprong ^a	zelfcontrole-s	2,62	0,64	-5,97	92	< 0,001	0,68
		zelfcontrole-e	3,01	0,63				
identiteitsintegratie-s		2,08	0,55	-7,30	92	< 0,001	0,81	
identiteitsintegratie-e		2,55	0,77					
relatieeel-s		2,30	0,61	-4,78	92	< 0,001	0,45	
relatieeel-e		2,59	0,63					
verantwoordelijkheid-s		2,95	0,57	-5,14	92	< 0,001	0,40	
verantwoordelijkheid-e		3,16	0,53					
sociale concordantie-s		2,95	0,51	-3,57	92	< 0,001	0,39	
sociale concordantie-e		3,14	0,54					
GGZ Oost Brabant	zelfcontrole-s	29,67	8,19	-3,06	93	0,003	0,50	
	zelfcontrole-e	33,53	8,98					
	identiteitsintegratie-s	26,76	8,25	-2,80	93	0,005	0,45	
	identiteitsintegratie-e	30,54	10,02					
	relatieeel-s	36,57	6,46	-1,84	93	0,007	0,27	
	relatieeel-e	37,42	7,22					
	verantwoordelijkheid-s	28,76	7,01	-2,38	93	0,02	0,34	
	verantwoordelijkheid-e	30,77	7,83					
	sociale concordantie-s	33,69	7,44	-0,85	93	0,39	0,12	
	sociale concordantie-e	36,32	7,66					
NPI ^b	frustratietolerantie-s	2,41	0,56	-6,09	87	< 0,001	0,58	
	frustratietolerantie-e	2,74	0,57					
	gewaardeerd voelen-s	2,66	0,65	-5,80	87	< 0,001	0,46	
	gewaardeerd voelen-e	2,96	0,60					
	stabiel zelfbeeld-s	2,60	0,70	-5,13	87	< 0,001	0,46	
	stabiel zelfbeeld-e	2,92	0,65					
	zelfreflectie-s	2,70	0,79	-4,73	87	< 0,001	0,41	
	zelfreflectie-e	2,99	0,74					
	emotieregulatie-s	2,53	0,77	-6,04	87	< 0,001	0,57	
	emotieregulatie-e	2,95	0,69					
	zelfrespect-s	2,50	0,79	-5,94	87	< 0,001	0,51	
	zelfrespect-e	2,87	0,74					

^a Voor de Viersprong werden de gemiddelde SIPP-resultaten berekend.

^b Voor het NPI werd gebruikgemaakt van een alternatieve versie van de SIPP-SF, waarbij vooral naar het facet 'Identiteitsintegratie' werd gekeken.

-s = startmeting; -e = eindmeting

Van de p-waarden en cohens d zijn de significante waarden vetgedrukt.

kanttekening daarbij is dat de echt hoge effecten doorgaans alleen worden geobserveerd in kleine, in één centrum verrichte gerandomiseerde studies.²

Verschillen in effectgroottes

Er zijn ook verschillen in waargenomen effectgroottes. Deze variëren voor de BSI/OQ-45 (symptoomstress) van $d = 0,55$ tot $d = 1,05$. Dat kan verschillende oorzaken hebben. De verschillen kunnen een weerspiegeling zijn van de vele beperkingen die inherent zijn aan het gebruik van ROM-data voor onderzoeksdoeleinden. Zo is er vaak een beperkt aantal cliënten dat de vragenlijsten op beide tijdstippen heeft ingevuld, waardoor er in de diverse instellingen een selectie ontstaat. Ook de timing van afname kan verschillen door de wijze waarop de ROM-infrastructuur is ingericht, wat eveneens invloed op de waargenomen resultaten kan hebben. Verder is er slechts een beperkt aantal casemixvariabelen bekend. Het is goed mogelijk dat ondanks de schijnbare gelijkenissen in de doelgroep, er toch aanzienlijke verschillen in de behandelde doelgroep bestaan.

Bij de Viersprong en GGZ Oost-Brabant wordt de indicatie voor GIT-PD bijvoorbeeld gebaseerd op gezamenlijke besluitvorming, terwijl in beide andere instellingen cliënten specifiek naar GIT-PD worden verwezen.

Interessant genoeg is dat vaak gebaseerd op variabelen die mogelijk impact kunnen hebben op de veranderbaarheid, bijvoorbeeld een nogal beperkt reflectief vermogen of actuele psychosociale stressoren. Deze selectiebias zou een deel van de gevonden verschillen kunnen verklaren.

Verder wisselt de gemiddelde behandelduur ook. GGZ Oost-Brabant heeft een kortere gemiddelde behandelduur dan de andere programma's, deels samenhangend met een grotere variatie in behandelduur. Overigens zijn de gemiddelde duur en dosering van alle GIT-PD-programma's relatief laag vergeleken met de klassieke specialistische behandelingen.

Verbetering mogelijk

De gevonden resultaten laten ook zien dat er ruimte is voor verbetering en de waargenomen verschillen suggereren waar die verbetering in zou kunnen zitten. Zo laat GIT-PD bij de Viersprong iets hogere effectgroottes zien. Daar zouden verschillende oorzaken voor kunnen zijn (naast de eerder genoemde methodologische kwesties). Ten eerste zijn de behandel-dosis en de intensiteit (behandeldosis afgezet tegen duur) bij de Viersprong hoger dan bij de andere instellingen. Dit sluit aan bij de aanbeveling in diverse richtlijnen om in voldoende hoge intensiteit te behandelen.²⁰ Uit een meta-analyse bij depressieve stoornissen bleek dat het behandel-effect toeneemt met $g = 0,45$ wanneer de intensiteit verhoogd wordt van één naar twee sessies per week, terwijl er geen relatie bestaat met het totaal aantal uren behandeling of de totale duur van de behandeling.²¹ Dat een intensievere behandeling tot betere effecten bij persoonlijkheidsstoornissen kan leiden, wordt ook gesug-

gereerd door studies bij schematherapie.^{22,23} Het zou dus kunnen dat behandelresultaten binnen GIT-PD beter worden wanneer er een voldoende dosis behandeling ingezet wordt.

Ten tweede valt op dat de variatie bij het GIT-PD-programma van de Viersprong kleiner is dan bij de andere instellingen. Dit suggereert dat het programma daar meer gestandaardiseerd is, wat mogelijk ook leidt tot betere resultaten.

Ten slotte is het GIT-PD-programma bij de Viersprong wellicht het meest consistent vormgegeven vanuit het AMPD. In de assessmentfase worden de verschillende probleemgebieden gerelateerd aan de vier elementen van de *Niveau van Persoonlijkheidsfunctioneren Schaal*. Diezelfde elementen bieden vervolgens ook de basis voor de vaardigheden die geleerd kunnen worden. Dit draagt ongetwijfeld bij aan de consistentie van het hele programma.

Sterktes en beperkingen

De grootste sterkte van deze studie is dat de gepresenteerde resultaten een afspiegeling vormen van *reallife*-behandelingen. Ze weerspiegelen de werkzaamheid van GIT-PD-behandelingen in de context van verschillende ggz-instellingen. Ze zijn niet verkregen binnen de context van een streng gecontroleerde gerandomiseerde studie, waarin behandelaars werden geselecteerd en specifiek worden opgeleid, en zich bewust zijn van het feit dat ze worden gemonitord. Ook cliënten werden niet geselecteerd, waardoor er een hoge mate van heterogeniteit is in de onderzochte doelgroep, wat eveneens een effect kan hebben op de waargenomen effectgroottes. We denken dat deze resultaten wellicht meer de reële behandelresultaten weerspiegelen dan de resultaten die worden geobserveerd in gerandomiseerde studies. Daarnaast is er natuurlijk een aantal beperkingen die een eenduidige interpretatie van de resultaten ook bemoeilijken. De belangrijkste beperking is dat er geen controlegroep is, waardoor het lastig is om de waargenomen veranderingen causaal toe te schrijven aan de behandeling. Het is waarschijnlijk dat minstens een deel van deze verbeteringen toe te schrijven is aan het feit dat cliënten zich aanmelden in een acute episode van hun aandoening en dat er spontane verbetering optreedt gedurende de tijd.

Een andere beperking is de erg kleine proportie van cliënten die ook de eindmeting heeft ingevuld. Het ontbreken van karakteristieken van de drop-outs maakt dat we niet kunnen analyseren of de onderzochte groep representatief is voor de gehele groep.

Nog een beperking is het ontbreken van follow-up, waardoor het onduidelijk is of deze resultaten standhouden. De meeste studies lijken verdere verbetering na behandeling te suggereren, maar in vervolgonderzoek is aanbevolen om ook follow-updata te verzamelen.

Naast deze grotere beperkingen is er nog een aantal andere beperkingen, zoals het gebruik van deels verschillende instrumenten in de deelnemende instel-

lingen, het ontbreken van duidelijke gegevens over comorbiditeit, het ontbreken van andere uitkomstmaten waarmee bijvoorbeeld ook het sociaal-maatschappelijk functioneren of de levenskwaliteit in kaart gebracht kan worden en het ontbreken van meer variabelen waarmee de casemixverschillen kunnen worden geïdentificeerd. Ten slotte speculeren we wel over mogelijke verschillen tussen instellingen, maar toetsten we niet rechtstreeks of die verschillen ook significant zijn.

CONCLUSIE

GIT-PD wordt in Nederland en België in meer dan 30 instellingen uitgevoerd en heeft daarmee een vaste plek in het behandelaanbod voor persoonlijkheidsstoornissen gekregen. Met GIT-PD gaat men uit van het bestaande behandelaanbod en biedt een upgrade op basis van een aantal principes. In dit artikel beschrijven wij de eerste resultaten op basis van de ROM in vier instellingen. Deze resultaten suggereren dat men met GIT-PD vergelijkbare effecten haalt als met andere vormen van psychotherapie in de dagelijkse klinische praktijk. De transparante presentatie van de resultaten en de discussie van de mogelijke oorzaken voor verschillen reflecteren het *opensource* karakter van GIT-PD en de intentie tot kruisbestuiving van GIT-PD. Zo willen wij helpen om het behandelkader van GIT-PD steeds verder te stroomlijnen en te verfijnen, zonder de ziel van vrijheid en creativiteit van GIT-PD te verliezen.

LITERATUUR

- 1 Hutsebaut J, Willemsen E, Bachrach N, e.a. Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: the guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2020; 7: 16.
- 2 Hutsebaut J, Bachrach N, Kindt K, e.a. Hoe bewezen effectief is de guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD)? *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 18-24.
- 3 Hutsebaut J, Videler A, Willemsen E, e.a. Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders: tegenover, naast, op, onder of in plaats van CGT? *Gedragsther* 2022; 55: 2-14.
- 4 Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, e.a. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychother* 2018; 55: 316-40.
- 5 Peluso PR, Freund RR. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychother (Chic)* 2018; 55: 461-72.
- 6 Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Alliance rupture repair: a meta-analysis. *Psychother* 2018; 55: 508-19.
- 7 Tryon GS, Birch SE, Verkuilen J. Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychother (Chic)* 2018; 55: 372-83.
- 8 Elliott R, Bohart AC, Watson JC, e.a. Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychother (Chic)* 2018; 55: 399-410.
- 9 Farber BA, Suzuki JY, Lynch DA. Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychother (Chic)* 2018; 55: 411-23.
- 10 Gelso CJ, Kivlighan DM, Markin RD. The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychother (Chic)* 2018; 55: 434-44.
- 11 Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, e.a. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 1996; 3: 249-58.
- 12 De Jong K, Nugter A, Pollak M, e.a. De Nederlandse versie van de outcome questionnaire: een cross-culturele validatie. *Psychol Gezondh* 2008; 36: 35-45.
- 13 Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1975.
- 14 De Beurs E. *Brief Symptom Inventory 18 (BSI): Handleiding*. Leiden: PITS; 2006.
- 15 Verheul R, Andrea H, Berghout CC, e.a. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. *Psychol Assess* 2008; 20: 23-34.
- 16 Bateman AW, Krawitz R. *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- 17 Vogt KS, Norman, P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychol Psychother* 2019; 92: 441-64.
- 18 Koppers D, Van H, Peen J, e.a. Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychother Res* 2021; 31: 831-42.
- 19 Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40: 317-28.
- 20 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Herziene multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2022.
- 21 Cuijpers P, Berking M, Andersson G, e.a. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 376-85.
- 22 Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, e.a. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 305-22.
- 23 Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, e.a. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 649-58.