

STUURGROEP

Multidisciplinaire
Richtlijnontwikkeling

GGZ



 **Trimbos**
instituut

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

Versie 1.0

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ
Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van
volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (2008)
Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht (art. no.: AF0806)

Inhoudsopgave

1. Algemene inleiding	1
1.1 Aanleiding voor de richtlijn.....	1
1.2 Richtlijnontwikkeling in de ggz.....	1
1.3 Fasen in het zorgproces voor personen met een -persoonlijkheidsstoor.....	1
1.4 Taken en disciplines in het zorgproces.....	2
1.5 Doelstelling.....	2
1.6 Toepassing van richtlijnen.....	3
1.7 Vertegenwoordigers van patiënten en familieleden.....	3
1.8 Richtlijngebruikers.....	4
1.9 Definities.....	4
1.10 Uitgangsvragen.....	4
1.11 Samenstelling werkgroep.....	6
1.12 Werkwijze werkgroep.....	6
1.13 Wetenschappelijke onderbouwing.....	7
1.14 Format.....	8
1.15 Kosteneffectiviteit.....	8
1.16 Implementatie.....	9
1.17 Juridische betekenis van richtlijnen.....	9
1.18 Herziening.....	9
2. Specifieke inleiding	10
2.1 Definitie.....	10
2.2 Beschrijving van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen.....	11
2.2.1 Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen.....	11
2.2.2 Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen.....	12
2.2.3 Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen.....	15
2.2.4 Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven.....	17
2.3 Epidemiologie van persoonlijkheidsstoornissen.....	17
2.3.1 Incidentie.....	17
2.3.2 Prevalentie.....	17
2.4 Etiologie van persoonlijkheidsstoornissen.....	18
2.5 Het beloop van persoonlijkheidsstoornissen.....	18
2.6 Leeswijzer voor de richtlijn.....	20
3. Patiënten- en familieperspectief bij behandeling	21
3.1 Diagnostiek.....	21
Patiëntenperspectief.....	21
Perspectief familie, partners en directe anderen.....	22
3.2 Indicatiestelling en behandeladvies.....	23
Patiëntenperspectief.....	23
Perspectief familie, partners en directe anderen.....	24
3.3 Behandeling.....	25
Patiëntenperspectief.....	25
Perspectief familie, partners en directe anderen.....	28
3.4 Interventies voor de directe omgeving.....	31
Schuldgevoel.....	31
Begrip.....	31
Psycho-educatie.....	32
Kinderen van ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis.....	32
Partners.....	32
4 Diagnostiek en indicatiestelling	34
4.1 Keuze en verantwoording van de literatuur.....	34
4.2 Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.....	35
4.3 Dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidspathologie.....	39
4.4 De rol van categoriale DSM-IV-classificatie bij de indicatiestelling.....	41
4.5 Indicatie voor behandeling.....	43
4.6 Eerste-stap-behandelingen.....	44
4.7 Verfijnde indicatiestelling tijdens de diagnostische en behandelfase.....	45
4.8 De rol van de hulpvraag van de patiënt bij de indicatiestelling.....	46

Inhoudsopgave

5. Psychotherapeutische interventies	48
5.1 Keuze en verantwoording van de literatuur	48
5.2 Ambulante individuele psychotherapie	49
5.2.1 Voor het brede spectrum	49
5.2.2 Bij de borderlinepersoonlijksheidsstoornis	52
5.3 Ambulante groepspsychotherapie	56
5.3.1 Voor het brede spectrum	57
5.3.2 Bij de borderline persoonlijkheidsstoornis	58
5.3.3 Bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	59
5.4 Dagklinische psychotherapie voor het brede spectrum	60
5.5 Klinische psychotherapie voor het brede spectrum	63
5.6 Dosering en wijze van toepassing van psychotherapie	65
5.7 Beslisbomen psychotherapeutische behandeling	68
5.7.1 Algemene opmerkingen	68
5.7.2 Beslisboom lichte persoonlijkheidspathologie	69
5.7.3 Beslisboom matige persoonlijkheidspathologie	71
5.7.4 Beslisboom ernstige persoonlijkheidspathologie	73
6. Psychosociale interventies	76
6.1 Verpleegkundige zorg	76
6.1.1 Keuze en verantwoording van de literatuur	76
6.1.2 Verpleegkundige diagnostiek	77
6.1.3 Indiciestelling van verpleegkundige zorg	78
6.1.4 Verpleegkundige interventies	80
6.1.5 Verpleegkundige attitude en kennis	83
6.2 Vaktherapieën	85
6.2.1 Keuze en verantwoording van de literatuur	86
6.2.2 Vaktherapie - algemeen	86
6.2.3 Beeldende therapie	88
6.2.4 Dramatherapie	90
6.2.5 Muziektherapie	91
6.2.6 Psychomotorische therapie	92
6.3 Maatschappelijk werk	95
6.3.1 Interventies	95
6.3.2 Diagnostiek	96
6.4 Crisisinterventie	97
7. Farmacotherapeutische interventies	99
7.1 Keuze en verantwoording van de literatuur	99
7.2 Farmacotherapie borderlinepersoonlijksheidsstoornis	100
7.2.1 Antipsychotica	100
7.2.2 Antidepressiva	104
7.2.3 Stemmingsstabilisatoren	107
7.2.4 Anxiolytica	111
7.2.5 Overige farmacologische interventies	111
7.2.6 Polyfarmacie	113
7.3 Farmacotherapie schizotypische persoonlijkheidsstoornis	114
7.4 Farmacotherapie overige persoonlijkheidsstoornissen	115
7.5 Behandelalgoritmen farmacotherapie persoonlijkheidsstoornissen	115
Cognitief-perceptuele symptomen	116
Impulsieve gedragingen	117
Affectieve disregulatie	118
Tabel 15 Farmacotherapeutische interventies: een overzicht	119
8. Comorbiditeit	121
8.1 Keuze en verantwoording van de literatuur	121
8.2 Depressie en persoonlijkheidsstoornissen	122
8.2.1 Farmacotherapie	122
8.2.2 Electroconvulsietherapie	124
8.2.3 Psychotherapeutische behandeling	125
8.2.4 Combinatietherapie: psycho- en farmacotherapie	126

Inhoudsopgave

8. Comorbiditeit	
8.3 Bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	127
8.3.1 Behandeling bipolaire stoornis bij AS-II comorbiditeit	127
8.3.2 Behandeling met stemmingsstabilisatoren en psycho-educatie	128
8.4 Angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	128
8.4.1 Posttraumatische stressstoornis	129
8.4.2 Obsessieve compulsieve stoornis	130
8.4.3 Sociale fobie	131
8.4.4 Paniekstoornis	132
8.5 Verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	133
8.5.1 Behandeling van verslaving bij AS-II comorbiditeit	133
8.5.2 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving	135
8.5.3 Geïntegreerde behandeling bij verslaving met AS-II comorbiditeit	136
8.5.4 Cognitieve gedragstherapie bij verslaving met AS-II comorbiditeit	137
8.5.5 Behandeling van anti-sociale persoonlijkheidsstoornis en verslavin	137
8.6 Eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen	138
8.6.1 Behandeling van eetstoornis bij AS-II comorbiditeit	138
8.6.2 Psychotherapie	139
8.7 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)	140
8.8 Somatoforme stoornissen	141
9. Kosteneffectiviteit	143
Keuze en verantwoording van de literatuur	143
10. Organisatie van zorg	147
Keuze en verantwoording van de literatuur	147
10.1 Keuze en verantwoorde van de literatuur	147
10.2 Echelonnering	147
10.3 Zorggebruik	148
10.4 De eerste lijn	149
De rol van de huisarts	150
De rol van de eerstelijnspsycholoog	151
De rol van het algemeen maatschappelijk werk	154
10.5 Tweedelijns- en derdelijns-ggz	155
Tweedelijns- en derdelijns-ggz	155
Zorgprogrammering	155
10.6 Behandelaanbod in derdelijnsvoorzieningen	158
Behandelaanbod in derdelijnsvoorzieningen	158
Referenties	159
Bijlagen	205
Notities	208
Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht	208
Disclaimer	209

1. Algemene inleiding

1.1 Aanleiding voor de richtlijn

Richtlijntekst:

In de periode juni 2002 tot maart 2003 heeft een prerichtlijnwerkgroep, in opdracht van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, zich beziggehouden met de vragen of het mogelijk zou zijn een richtlijn voor de behandeling en de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen te ontwikkelen, en of dit kon gelden voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen. Op basis van een eerste globaal literatuuronderzoek bleek dat er voldoende bewijs voorhanden is om een aantal uitgangsvragen met betrekking tot interventies bij persoonlijkheidsstoornissen te beantwoorden. Hoewel een substantieel deel van de gevonden onderzoeken betrekking heeft op interventies bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, is er toch ook veel wetenschappelijk bewijs aangetroffen dat betrekking heeft op het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Op grond van deze bevindingen heeft de prerichtlijnwerkgroep geadviseerd aan de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ een richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen, ofwel het brede spectrum, te ontwikkelen.

Bij de ontwikkeling van richtlijnen is het zinnig gebleken helder te maken of er bij de werkgroepleden sprake is van belangen die interacteren. Bij de start van het traject van de ontwikkeling van deze richtlijn hebben alle werkgroepleden een brief ondertekend waarin ze hebben aangegeven dat er geen sprake is van interacterende belangen.

1.2 Richtlijnontwikkeling in de ggz

Richtlijntekst:

Tal van beroepsverenigingen en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ontwikkelen richtlijnen, vaak als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid. Na een landelijke werkconferentie werd begin 1999 de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ geïnstalleerd. Aan deze Landelijke Stuurgroep nemen deel vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, het Nederlands Instituut van Psychologen en de Federatie Verpleegkunde in de ggz. De Landelijke Stuurgroep wordt geleid door een onafhankelijke voorzitter. Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Trimbos-instituut verlenen ondersteuning. Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is de Stuurgroep in 1999 de verschillende activiteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling op elkaar gaan afstemmen. Vele beroepsbeoefenaars ontplooiën activiteiten op dit gebied: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen en verpleegkundigen in de ggz, maar ook apothekers, maatschappelijk werkers, vaktherapeuten en sociaalpedagogisch hulpverleners ontplooiën activiteiten op dit gebied. Brede afstemming van deze activiteiten is nodig met het oog op de toekomst. Op dit moment is de situatie nog weinig problematisch: het aantal richtlijnen in de ggz is nog bescheiden en de richtlijnen van de eerste generatie, standaarden en protocollen, hebben meestal betrekking op slechts één of enkele aspecten van de hulpverlening - ze zijn monodisciplinair en monofasisch. Door het in toenemende mate denken in termen van zorgtrajecten, waarbij de patiënt en de 'ziektecarrière' centraal staan in de beschrijving van het zorgproces, is echter behoefte aan geïntegreerde richtlijnen ontstaan. Deze geïntegreerde en multidisciplinaire richtlijnen kunnen de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen opeenvolgende fasen in het zorgproces beschrijven.

Voorop staat echter dat het ontwikkelen van richtlijnen geen doel op zich is, maar vooral de kwaliteit van zorg moet dienen. De patiënt moet er beter van worden en de hulpverlener moet er daadwerkelijk steun aan kunnen ontleen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling een bureaucratisch keurslijf van regelgeving te ontwerpen dat in iedere spreekkamer een blok aan het been is en waarin ook patiënten zich niet herkennen. Om ontsporingen te voorkomen, zo stelt de Landelijke Stuurgroep voor, zal dit uitgangspunt geregeld met evaluatieonderzoek getoetst worden.

1.3 Fasen in het zorgproces voor personen met een -persoonlijkheidsstoor

Richtlijntekst:

De Landelijke Stuurgroep onderscheidt ruwweg de volgende min of meer chronologische fasen in het zorgproces:

- preventie (het voortraject) diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing
- vervolgdagnostiek, opstellen behandelplan, afspraken tussen patiënt en hulpverlener
- behandeling, verpleging, verzorging, begeleiding (met onderscheid naar eventuele subfasen, inclusief evaluatie en bijstellen indicatie)
- afsluiting en nazorg, of terug naar een eerdere fase

1.4 Taken en disciplines in het zorgproces

Richtlijntekst:

Een monodisciplinaire richtlijn, bijvoorbeeld een huisartsenstandaard (NHG-standaard), voldoet uitstekend als de taken van de betreffende beroepsgroep goed af te bakenen zijn en niet direct samenhangen met die van andere beroepsgroepen. Als men echter meerdere of alle elementen van een zorgproces in samenhang wil uitvoeren, zoals in de ggz geregeld aan de orde is, volstaat een monodisciplinaire richtlijn niet. Dan moeten monodisciplinaire visies op het zorgproces worden samengesmeed tot een multidisciplinaire richtlijn of moederrichtlijn die toewerkt naar samenhang, afstemming en uniformiteit van begrippen. In de multidisciplinaire richtlijnen moeten naar de mening van de Landelijke Stuurgroep in ieder geval de volgende kerndisciplines participeren rond de volgende thema's:

- algemene diagnostiek: psychiaters, huisartsen, psychotherapeuten, psychologen
- biologische interventies: psychiaters, (huis)artsen, apothekers
- psychologische interventies: psychiaters, psychotherapeuten, psychologen
- vaktherapeutische interventies: vaktherapeuten
- praktische en sociaal-maatschappelijke interventies: maatschappelijk werkers, ggz-verpleegkundigen, sociaalpedagogisch hulpverleners
- zorgcoördinatie en afstemming: alle beroepsgroepen

1.5 Doelstelling

Richtlijntekst:

Een richtlijn is - in het algemeen - een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering en dient dan ook als zodanig gebruikt te worden. Een richtlijn berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten, gericht op het uitdrukkelijk omschrijven van goed handelen. Het toepassingsgebied van deze richtlijn bestaat uit de ondersteuning van diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Aard, ernst en duur van een persoonlijkheidsstoornis kunnen sterk verschillen.

Indien de aanbevelingen uit deze richtlijn in de concrete situatie niet aansluiten bij de wensen of behoeften van de patiënt, dan moet het in principe mogelijk zijn beredeneerd af te wijken van de richtlijn, tenzij de wensen of behoeften van de patiënt naar de mening van de behandelaar hem/haar kunnen schaden dan wel geen nut hebben.

Deze richtlijn moet gezien worden als een 'moederrichtlijn': een multidisciplinair basisdocument. Op basis hiervan zal een vertaling kunnen plaatsvinden naar monodisciplinaire richtlijnen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Het document biedt eventueel ook aanknopingspunten voor transmurale afspraken of lokale protocollen, wat de implementatie van de aanbevelingen zal bevorderen.

In de richtlijn worden niet (of onvolledig) behandeld:

- Patiënten die behandeld worden in een justitiële setting. De aard van de persoonlijkheidspathologie en de behandeling ervan is dermate anders, dat een afzonderlijke en uitgebreide beschrijving voor deze doelgroep is aangewezen. Vooralsnog ziet de werkgroep geen reden om aan te nemen dat de conclusies in de richtlijn, althans wat betreft de persoonlijkheidsstoornissen waarop de conclusies het meest van toepassing zijn (zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis), niet zouden gelden voor forensische patiënten.
- Patiënten jonger dan achttien jaar. Ondanks het feit dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis voor het achttiende levensjaar al wel gesteld kan worden, is er weinig bekend over de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij deze jongere groep. De voorliggende richtlijn kan voor deze doelgroep weliswaar gebruikt worden, maar er is geen wetenschappelijk bewijs dat de conclusies in deze richtlijn ook gelden voor jeugdigen. De werkgroep beveelt daarom beroepsbeoefenaren in dezen enige terughoudendheid aan bij de toepassing van deze richtlijn bij jeugdigen.

De richtlijn bevat aanbevelingen die op een transparante manier gebaseerd zijn op bewijs in combinatie met ervaring en opinie. De aanbevelingen zijn zo veel mogelijk geldig voor het grootste deel van de in de aanbeveling besproken patiëntengroep en zijn geldig voor zo veel mogelijk zorgverleners en situaties. Uiteraard blijven beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener in overleg met de individuele zorgvrager, toegespitst op die unieke situatie. De richtlijn is daarbij bedoeld als een hulpmiddel.

Een richtlijn kan wetenschappelijk nog zo goed onderbouwd zijn, maar als de aanbevelingen niet aansluiten bij de wensen en behoeften van patiënten, dan wordt de richtlijn in de praktijk onbruikbaar. Patiënten zullen hun voorkeuren dan niet in de richtlijn herkennen en de aanbevelingen hoogstwaarschijnlijk naast zich neerleggen. Het is belangrijk dat er in de richtlijn aandacht is voor bijwerkingen van medicijnen, hoge kosten, ongemak of risico's die behandelingen met zich mee kunnen brengen. De Gezondheidsraad heeft gesteld dat richtlijnen 'behalve wetenschappelijk solide, ook een weerspiegeling moeten zijn van preferenties van patiënten'. Bij de totstandkoming van deze richtlijn hebben patiënten en familieleden vanuit verschillende patiëntenverenigingen een bijdrage geleverd.

1.6 Toepassing van richtlijnen

Richtlijntekst:

Richtlijnen en indicatiestelling Een hulpverlener die te maken krijgt met de hulpvraag van een patiënt, moet samen met de patiënt vaststellen wat passende hulp is. Dit gebeurt in de eerste lijn en in de tweede lijn (voorkeur). De aanbevelingen uit de richtlijn kunnen bij dit proces van indicatiestelling richtinggevend zijn.

Richtlijnen en zorgprogramma's

Zorgprogramma's zijn gedefinieerd als een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Bij het opstellen van een zorgprogramma kunnen de richtlijnen worden gebruikt om de verschillende behandelmodules en de stappen in het zorgprogramma zo veel mogelijk evidence-based te doen zijn.

1.7 Vertegenwoordigers van patiënten en familieleden

Richtlijntekst:

Apart aandachtspunt is de inbreng van de vertegenwoordigers van de patiënten en familieleden bij het opstellen van deze richtlijn. Een geïntegreerde ggz-richtlijn is uitdrukkelijk óók een beslissingsondersteunend instrument voor de patiënt en zijn familie. Patiënten- en familievertegenwoordigers van Stichting Borderline en Stichting Labyrint~In Perspectief en de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging waren bij het opstellen van deze richtlijn betrokken. De richtlijnadviseurs van het Trimbos-instituut hebben in samenwerking met de commissie patiëntenparticipatie en de voorzitter van de richtlijnwerkgroep aan de patiënten- en familievertegenwoordigers waar nodig begeleiding en ondersteuning gegeven. In overleg met de vertegenwoordigers van de betrokken patiënten- en familieorganisaties is er in deze richtlijn voor gekozen hun uitgangspunten in een apart hoofdstuk patiënten- en familieperspectief te beschrijven, met vermelding van de aanbevelingen die ten behoeve van (de bejegening aan en behandeling van) patiënten en familieleden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis ontwikkeld zijn. Tijdens het tot stand komen van deze richtlijn is gebleken dat er onvoldoende wetenschappelijke literatuur beschikbaar was over de ervaringen van patiënten met betrekking tot diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Daarom is er niet of nauwelijks niveau

A/B-bewijs gevonden over deze onderwerpen specifiek voor patiënten en familieleden. Om dit te ondervangen is in opdracht van de samenwerkende patiënten- en familieorganisaties een grootschalig beschrijvend onderzoek uitgevoerd, onder leiding van de toenmalig voorzitter van de werkgroep: prof.dr. R.W. Trijsburg. Dit onderzoek naar de tevredenheid van patiënten met de hulpverlening aan mensen met een persoonlijkheidsstoornis werd uitgevoerd onder 641 mensen met een persoonlijkheidsstoornis (614). De resultaten van dit onderzoek komen zowel ingevoegd in de tekst, als in de overige overwegingen en aanbevelingen aan de orde.

1.8 Richtlijngebruikers

Richtlijntekst:

Deze richtlijn is geschreven voor de ondersteuning van iedereen die bij de professionele zorg voor volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis betrokken is en heeft zowel betrekking op professionele hulpverleners in de verschillende echelons als op patiënten en familieleden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Op basis van deze richtlijn kunnen door de hierboven genoemde experts voor de verschillende groepen professionals consensusdocumenten worden opgesteld.

De Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ benadrukt dat de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen geschiedt vanuit een inhoudelijke invalshoek ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

1.9 Definities

Richtlijntekst:

Daar waar de werkgroep in deze richtlijn 'hij' schrijft, wordt in het algemeen ook 'zij' bedoeld. Daar waar de richtlijn 'patiënt' schrijft, erkent de werkgroep dat de term 'cliënt' in de geestelijke gezondheidszorg veel wordt gebruikt. Omwille van de eenheid binnen deze richtlijn en binnen alle ggz-richtlijnen is de term patiënt aangehouden.

1.10 Uitgangsvragen

Richtlijntekst:

Onderstaande uitgangsvragen zijn gebaseerd op de knelpunten in de zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen die door de prerichtlijnwerkgroep en de Landelijke Stuurgroep in eerste instantie waren gesignaleerd. De voorzitter van de richtlijnwerkgroep heeft samen met de adviseurs van het Trimbos-instituut op basis van relevantie, beantwoordbaarheid en prioriteit een selectie uit deze knelpunten gemaakt. Deze selectie is vervolgens voorgelegd aan en goedgekeurd door de richtlijnwerkgroep.

In de richtlijn worden de volgende uitgangsvragen behandeld:

Patiënten- en familieperspectief

- Welke diagnostische instrumenten zijn er om vast te stellen dat iemand een persoonlijkheidsstoornis heeft?
- Welke (klinische) overwegingen spelen bij comorbiditeit een doorslaggevende rol om te focussen op As-I- dan wel op As-II-problematiek?
- In welke mate dient de aard van de hulpvraag bij de indicatiestelling een rol te spelen?
- Welke methodieken zijn bekend om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te motiveren voor behandeling (compliance)?
- Welke interventies zijn aan te bevelen ter ondersteuning van het sociaal en maatschappelijk functioneren van patiënten op verschillende levensgebieden (zoals privé, sociaal functioneren en werk)?

Diagnostiek en indicatiestelling

- Met welke instrumenten, gebaseerd op de DSM-IV kunnen betrouwbare en valide categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen worden verricht?
- Welke waarde hebben dimensionale modellen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat is de rol van de DSM-IV-classificatie bij indicatiestelling?
- Wanneer en bij welke patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een behandeling geïndiceerd?
- Welke behandeling heeft de voorkeur als eerste stap bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke andere overwegingen gelden bij de indicatiestelling tijdens de diagnostische en behandelfase?
- In welke mate dient de aard van de hulpvraag bij de indicatiestelling een rol te spelen?

Psychotherapeutische interventies

- Welke psychologische en/of sociale behandelinterventies en -methoden zijn effectief bij de te onderscheiden vormen van persoonlijkheidsstoornissen ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?
- Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van de verschillende behandelingen?

Verpleegkundige zorg

- Welke verpleegkundige diagnoses zijn geassocieerd met persoonlijkheidsstoornissen?
- Welke diagnostische instrumenten en criteria zijn er om deze verpleegkundige diagnoses vast te stellen?
- Welke kenmerken van de patiënt en zijn omgeving zijn relevant voor het indiceren van verpleegkundige zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het indiceren van verpleegkundige zorg?
- Welke (sociaal)psychiatrisch verpleegkundige interventies zijn effectief bij de zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en zijn aan te bevelen ter ondersteuning van het sociaal en maatschappelijk functioneren van patiënten op verschillende levensgebieden (privé, sociaal, werk, etc.)?
- Welke factoren bevorderen de effectiviteit van (sociaal)psychiatrisch verpleegkundig handelen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen?

Vaktherapieën

- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beeldende therapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dramatherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis muziektherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis psychomotore therapie (PMT) aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?

Farmacotherapeutische interventies

- In welke mate is het gebruik van psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en overige middelen) effectief bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke behandelrichtlijnen kunnen hieruit worden afgeleid?

Comorbiditeit

- Welke klinische overwegingen en welk type klachten spelen bij comorbiditeit een doorslaggevende rol om te focussen op As-I-, As-II- of As-III-problematiek?
- Welke effectieve interventies/behandelmethoden zijn bekend voor de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een diagnose op As-I (comorbiditeit)?

Kosteneffectiviteit

- Welke economische evaluaties over interventies bij persoonlijkheidsstoornissen zijn er in de literatuur bekend?
- En wat is de kwaliteit van deze onderzoeken op basis van de richtlijnen voor doelmatigheidsonderzoek?

Organisatie van zorg

- Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat zijn de aandachtspunten voor de implementatie van deze richtlijn?

1.11 Samenstelling werkgroep

Richtlijntekst:

De werkgroep (zie de Bijlage voor namen werkgroepleden) die deze richtlijn heeft ontwikkeld, was multidisciplinair samengesteld: naast psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen in de ggz namen ook patiënten, familieleden, maatschappelijk werkers, psychomotorisch therapeuten en vaktherapeuten deel. De werkgroep was onderverdeeld in drie subgroepen:

- diagnostiek
- behandeling
- comorbiditeit

Hoewel afzonderlijke tekstgedeelten door individuele werkgroepleden of -subwerkgroepen zijn voorbereid, is dit document geschreven uit naam van de hele werkgroep.

Bij het samenstellen van de werkgroep is zo veel mogelijk rekening gehouden met de geografische spreiding van de werkgroepleden en met een evenredige vertegenwoordiging van de verschillende verenigingen, 'scholen' en academische achtergronden. De werkgroepleden handelden onafhankelijk en waren gemandateerd door hun vereniging. De werkgroepleden hadden geen relevante binding met farmaceutische industrieën, producten of diensten, noch met enige andere relevante 'derde partij'.

1.12 Werkwijze werkgroep

Richtlijntekst:

De werkgroep werkte gedurende 36 maanden (12 werkgroepvergaderingen) aan de totstandkoming van deze richtlijn. De werkgroepleden zochten op systematische wijze literatuur en beoordeelden de inhoud en de betrouwbaarheid van de resultaten. Vervolgens schreven de werkgroepleden per subgroep een paragraaf of hoofdstuk voor de conceptrichtlijn, waarin de beoordeelde literatuur werd verwerkt. Tijdens vergaderingen lichtten zij hun eigen teksten toe, dachten mee en discussieerden over andere hoofdstukken. De patiënten- en familievertegenwoordigers participeerden in alle drie de subgroepen en vormden daarnaast hun eigen subgroep. Dat gold ook voor de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen. Aan sommige subgroepen werden externe auteurs toegevoegd met deskundigheid vanuit een speciaal vakgebied, in overleg en met instemming van de gehele werkgroep. Er werd een redactiecommissie gevormd die de teksten op inhoud en tekstuele kwaliteit beoordeelde en bijstelde. De werkgroep is echter als geheel 'drager van de gehele richtlijn', zonder hoofdelijke verantwoordelijkheid of aansprakelijkheid. De uiteindelijke teksten vormen samen de conceptrichtlijn. Deze heeft van half juli 2007 tot eind september 2007 op de website www.ggzrichtlijnen.nl gestaan om beroepsverenigingen en professionals in de gelegenheid te stellen commentaar te leveren. De commentaren zijn door de werkgroep beoordeeld en waar van toepassing in de richtlijn verwerkt. De patiënten- en familievertegenwoordigers hebben een onderzoek ingesteld onder patiënten ter versterking van hun bijdrage aan de richtlijntekst. Onder 641 patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (afkomstig uit vijftig afdelingen of vestigingen van vijftig ggz-instellingen) zijn vragenlijsten afgenomen. De

uitkomsten werden beschreven in een rapport, getiteld: 'Onderzoek naar het patiëntenoordeel over de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van de Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen' (⁶¹⁴) en zijn verwerkt in de richtlijntekst. Het [patiënten- en familieperspectief](#) is beschreven in een apart hoofdstuk.

1.13 Wetenschappelijke onderbouwing

Richtlijntekst:

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties. Er werd gezocht naar tussen 1990 en 2007 gepubliceerde artikelen in PsycINFO-, Medline-, Cochrane-, Embase- en Cinahldatabases. Daarnaast werden artikelen uit referentielijsten van opgevraagde literatuur gehaald. Alle wetenschappelijke conclusies in de richtlijn zijn geformuleerd op basis van literatuur, tot en met literatuur uit 2006. In de overige overwegingen of in de tekst worden soms studies genoemd die gepubliceerd zijn in 2007 of nog in druk zijn. Ook andere (buitenlandse) richtlijnen aangaande persoonlijkheidsstoornissen werden geraadpleegd. Naast het systematische literatuuronderzoek hebben de werkgroepleden handmatig gezocht naar relevante artikelen. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht (zie tabel 1). De beoordeling van de verschillende artikelen is in de verschillende teksten terug te vinden onder het kopje 'Wetenschappelijke onderbouwing'. Het wetenschappelijke bewijs is vervolgens kort samengevat in een conclusie, met daarbij een niveau van bewijs (zie tabel 1 en 2). Om te komen tot een aanbeveling zijn er naast het wetenschappelijk bewijs nog andere aspecten van belang, zoals patiëntenvoorkeuren, kosten, beschikbaarheid (in verschillende echelons) of organisatorische aspecten. Deze aspecten worden vermeld onder het kopje 'Overige overwegingen'. Dit zijn overwegingen die geformuleerd worden door werkgroepleden of externe deskundigen, dus niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De aanbevelingen zijn het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen. Het volgen van deze procedure verhoogde de transparantie van de richtlijn. Het biedt ruimte voor een efficiënte discussie tijdens de werkgroepvergaderingen en vergroot bovendien de helderheid voor de gebruiker van de richtlijn.

Tabel 1: Indeling van de methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken

	Interventie	Diagnostische accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor confounding en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohortonderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

**Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.*

Tabel 2: Niveau van bewijs van de conclusie

	Conclusie gebaseerd op
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Bron: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Handleiding voor werkgroepleden, november 2006.

1.14 Format

Richtlijntekst:

Bovenbeschreven literatuurbedoordelingen worden uitgewerkt volgens een vaststaand format.

Wetenschappelijke conclusies en overige overwegingen vormen samen de aanbevelingen. Deze vormen de kern van de richtlijn en zijn in een kader geplaatst.

Titel

De teksten in de paragrafen sluiten zo veel mogelijk aan op concrete, in de dagelijkse praktijk ervaren problemen. Deze worden omgezet in algemene uitgangsvragen, die de titels van de paragrafen kunnen vormen. De uitgangsvragen worden vervolgens uitgewerkt tot een of meerdere zoekvragen aan de hand waarvan literatuur wordt gezocht.

Wetenschappelijke onderbouwing

Elke paragraaf begint met een verantwoording van de wijze waarop de wetenschappelijke literatuur is gezocht en beoordeeld ter beantwoording van de uitgangsvraag. Dan volgt een samenvatting en kritische bespreking van de bevindingen. De bespreking van de literatuur mondt per paragraaf uit in een conclusie.

Conclusie op grond van literatuur

Op basis van de wetenschappelijke onderbouwing wordt de conclusie geformuleerd. Deze conclusie wordt weergegeven samen met de literatuurreferenties waarop deze gebaseerd is, in principe inclusief het niveau van bewijs (zie tabel 1 en 2). De conclusie mag geen elementen bevatten die niet in de tekst zijn onderbouwd. De lezer moet in één oogopslag kunnen zien hoe hard het bewijs is waarop de uitspraak is gebaseerd.

Overige overwegingen

Het zijn niet alleen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek op basis waarvan de werkgroep tot een aanbeveling komt. Er zijn ook allerlei andere overwegingen die een rol spelen, zoals veiligheid, patiëntenperspectief, gebruikersgemak, kosten en kosteneffectiviteit, organisatie van zorg, beschikbaarheid van voorzieningen, en morele en juridische aspecten. Deze overige overwegingen worden zo expliciet mogelijk vermeld in de tekst. De kracht van een dergelijke tekst is dat deze motiveert waarom een aanbeveling van belang is, terwijl de aanbeveling zelf aangeeft wat en hoe iets gedaan moet worden.

Aanbevelingen

Op grond van de conclusies en de overige overwegingen komt de werkgroep tot een of meerdere aanbevelingen. De aanbevelingen dienen praktisch, relevant en bruikbaar te zijn in de dagelijkse praktijk. De formulering moet helder en eenduidig zijn en de aanbeveling mag geen elementen bevatten die niet in de wetenschappelijke conclusie of in de overige overwegingen zijn besproken.

1.15 Kosteneffectiviteit

Richtlijntekst:

Door de toenemende aandacht voor kosten in de (geestelijke) gezondheidszorg neemt het belang van richtlijnen die doelmatig handelen bevorderen toe. Kosteneffectiviteit gaat pas een rol spelen wanneer er sprake is van interventies die niet (of weinig) verschillen in termen van werkzaamheid of klinische effectiviteit, terwijl wél verschillen in kosten worden verwacht of geconstateerd. De beoogde 'klinische' effecten van het medisch handelen blijven echter het belangrijkste criterium voor kwaliteit. Kosteneffectiviteitsgegevens zijn erop gericht om naast effectiviteit ook doelmatigheid te bevorderen. Vanuit dit perspectief moet de waarde van kosteneffectiviteitsanalyses worden beoordeeld. De activiteiten van de subwerkgroep 'kosteneffectiviteit' bij de richtlijnontwikkeling zijn bedoeld ter ondersteuning van de leden van de werkgroep. Het gaat daarbij in het bijzonder om het aandragen van materiaal over kosten en effecten van verschillende (opeenvolgende) mogelijkheden tot behandeling. Verschillende bronnen kunnen hierbij worden geraadpleegd: literatuur, andere richtlijnen, informatie over praktijkkennis, zorgregistraties, registraties van kosten en instellingen en extramurale praktijken. Vanuit deze invalshoek was binnen de richtlijnwerkgroep overleg over onderwerpen die in aanmerking zouden kunnen komen voor een [kosteneffectiviteitanalyse](#).

1.16 Implementatie

Conclusies:

De Landelijke Stuurgroep heeft een implementatiecommissie geformeerd. Deze commissie zal op basis van haar rapportage een aantal strategieën inzetten om een voorspoedige implementatie van deze richtlijn te ondersteunen. De richtlijn wordt geheel of gedeeltelijk verspreid onder de leden van de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen. Daarnaast wordt een samenvatting van de richtlijn gepubliceerd in relevante tijdschriften.

Over het gebruik van de richtlijn in de praktijk geeft de werkgroep in [organisatie van de zorg](#) een aantal aanbevelingen. Hierbij wordt rekening gehouden met de taakverdeling van hulpverleners binnen de verschillende echelons.

1.17 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijntekst:

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op evidence gebaseerde aanbevelingen, waaraan zorgverleners kunnen voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. De aanbevelingen in een richtlijn zijn gericht op het verlenen van optimale zorg zoals die voor de meerderheid van de patiënten van toepassing zou kunnen zijn. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van een richtlijn. Dit dient dan beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

1.18 Herziening

Richtlijntekst:

Uiterlijk in 2012 bepaalt de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ of deze richtlijn nog actueel is. Tot die tijd zijn ook de aan de ontwikkeling van deze richtlijn deelnemende verenigingen verantwoordelijk voor het melden van fouten in de richtlijn. Ook voor het melden van ontwikkelingen in wetenschap of zorgpraktijk die bijstelling of herziening van de richtlijn noodzakelijk maken, zijn de verenigingen via de individuele zorgverleners verantwoordelijk. Zo nodig wordt door de Landelijke Stuurgroep een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

Noot

De inleiding is opgesteld aan de hand van het instrument Appraisal of Guidelines & Evaluation (AGREE). Dit instrument is in Europees verband opgesteld om de kwaliteit van de richtlijnen te kunnen beoordelen. Door de aspecten van AGREE te verwerken in de inleiding van de richtlijn, wordt duidelijk aan welke kwaliteitseisen is voldaan.

2. Specifieke inleiding

Richtlijntekst:

Dit hoofdstuk geeft informatie over de definitie, prevalentie, etiologie en het beloop van persoonlijkheidsstoornissen. Het beschrijft de huidige stand van zaken en bevat géén aanbevelingen of adviezen van de werkgroep die deze richtlijn heeft opgesteld. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (¹⁴), de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (³⁶⁶) en het Handboek Psychiatrische Epidemiologie (³¹⁶).

2.1 Definitie

Richtlijntekst:

De DSM-IV-criteria waaraan voldaan moet worden om tot de diagnose persoonlijkheidsstoornis te komen zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 3: DSM-IV-criteria persoonlijkheidsstoornis

<p>A Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:</p> <ul style="list-style-type: none">• cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)• affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)• functioneren in het contact met anderen• beheersing van de impulsen.
<p>B Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.</p>
<p>C Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.</p>
<p>D Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.</p>
<p>E Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.</p>
<p>F Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bv. drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bv. schedeltrauma).</p>

In de DSM-IV worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, verdeeld over drie clusters. Daarnaast wordt een restcategorie onderscheiden, de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO).

De drie clusters onderscheiden zich op de volgende manier:

- In cluster A vallen de stoornissen die zich uiten in vreemd en excentriek gedrag.
- In cluster B vallen de stoornissen die zich uiten in overdreven, emotioneel of onconventioneel gedrag.
- In cluster C vallen de stoornissen die zich uiten in gespannen of angstig gedrag.

2.2 Beschrijving van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen

2.2.1 Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Patiënten met een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis worden vaak getypeerd als vreemd of excentriek. Er is dikwijls sprake van cognitief-perceptuele vervormingen, psychotische symptomen of ongewone overtuigingen en gedragingen. Tot dit cluster behoren de drie onderstaande persoonlijkheidsstoornissen.

2.2.1.1 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Het essentiële kenmerk van een paranoïde persoonlijkheidsstoornis is een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen, waardoor de motieven van anderen als kwaadwillig worden geïnterpreteerd. De DSM-IV-criteria zijn beschreven in de tabel.

Tabel 4: DSM-IV-criteria paranoïde persoonlijkheidsstoornis

<p>A Een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vier (of meer) van de volgende kenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none">• vermoedt, zonder gegronde redenen, dat anderen hem of haar uitbuiten, schade berokkenen of bedriegen• wordt geheel gepreoccupeerd door ongerechtvaardigde twijfels aan de trouw of betrouwbaarheid van vrienden of collega's• neemt anderen met tegenzin in vertrouwen, op grond van de ongerechtvaardigde vrees dat de informatie op een kwaadaardige manier tegen hem/haar gebruikt zal worden• zoekt achter onschuldige opmerkingen of gebeurtenissen verborgen -vernederingen en bedreigingen• is halsstarrig rancuneus, dat wil zeggen vergeeft geen beledigingen, -aangedaan onrecht of kleineringen• bespeurt kritiek, voor anderen niet duidelijk herkenbaar, op zijn of haar karakter of reputatie en reageert snel met woede of tegenaanval• is terugkerend achterdochtig, zonder rechtvaardiging, betreffende de trouw van de echtgenoot of partner <p>B Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een andere psychotische stoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.</p>
--

2.2.1.2 Schizoïde persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

De schizoïde persoonlijkheidsstoornis wordt doorgaans gekenmerkt door een gebrek aan interesse in sociale contacten, wat resulteert in verregaande afstandelijkheid in relaties met familie en vrienden. Mensen met deze persoonlijkheidsstoornis hebben de neiging hun leven alleen te leiden. Verder is sprake van een emotionele kilte bij deze mensen.

In de tabel worden de DSM-IV-criteria voor deze stoornis weergegeven.

Tab 5I: DSM-IV-criteria schizoïde persoonlijkheidsstoornis

<p>A Een diepgaand patroon van afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vier (of meer) van de volgende kenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none">• heeft noch behoefte aan, noch plezier in hechte relaties, inclusief het tot een gezin of

familie behoren

- kiest vrijwel altijd activiteiten die alleen gedaan moeten worden
- heeft weinig of geen belangstelling voor seksuele ervaringen met een ander
- beleeft weinig of geen genoegen aan activiteiten
- heeft geen intieme vrienden of vertrouwelingen buiten eerstegraads familieleden
- lijkt onverschillig voor lof of kritiek van anderen
- het affect is emotioneel kil, afstandelijk of afgevlakt

B Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, een andere psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis, en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.

2.2.1.3 Schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Deze persoonlijkheidsstoornis uit zich voornamelijk in een patroon van sociale en intermenselijke beperkingen, samengaan met een gevoel van ongemak in intieme relaties, waardoor er een verminderd vermogen bestaat tot het aangaan van intieme relaties. De tabel geeft een overzicht van de DSM-IV-criteria.

Tabel 6: DSM-IV-criteria schizotypische persoonlijkheidsstoornis

A Een diepgaand patroon van sociale en intermenselijke beperkingen gekenmerkt door een acuut gevoel van ongemak bij en een verminderd vermogen tot het aangaan van intieme relaties, en ook door cognitieve en perceptuele vervormingen en eigenaardigheden in het gedrag, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

- betrekkingsideeën (met uitzondering van betrekkingswanen)
- eigenaardige overtuigingen of magische denkbeelden, die het gedrag beïnvloeden en die niet in overeenstemming zijn met de eigen subculturele normen (bv. bijgelovigheid, geloof in helderziendheid, telepatie of 'zesde zintuig'; bij kinderen en adolescenten bizarre fantasieën of preoccupaties)
- ongewone perceptuele waarnemingen, met inbegrip van lichamelijke illusies
- merkwaardige gedachten en spraak (bv. vaag, wijdloepig, metaforisch, met een overmaat aan details, of stereotiep)
- achterdocht of paranoïde ideeën
- inadequaate of ingeperkte affect
- zonderling, excentriek of vreemd gedrag of uiterlijk
- heeft geen intieme vrienden of vertrouwelingen buiten eerstegraads familieleden
- buitensporige sociale angst die niet afneemt in een vertrouwde omgeving en die eerder de neiging heeft samen te gaan met paranoïde angst dan met een negatief oordeel over zichzelf

B Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken, een andere psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

2.2.2 Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Patiënten met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis worden vaak getypeerd als impulsief en/of dramatisch. Meestal is sprake van impulsieve gedragingen en instabiliteit op het gebied van emoties, identiteit en interpersoonlijke relaties. Tot dit cluster behoren de vier volgende persoonlijkheidsstoornissen.

2.2.2.1 Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Deze persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door antisociaal gedrag en impulsiviteit. Er is vaak sprake van een gebrek aan inlevingsvermogen waardoor de betrokkene, zeker in combinatie met impulsiviteit, vaak in conflictsituaties terechtkomt. De betrokkene liegt vaak en toont niet of nauwelijks berouw of schuldgevoel. De DSM-IV-criteria voor deze stoornis zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 7: DSM-IV-criteria antisociale persoonlijkheidsstoornis

<p>A Een diepgaand patroon van gebrek aan achtung voor en schending van de rechten van anderen, vanaf het vijftiende jaar aanwezig en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende kenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none">• niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden voor arrestatie kunnen zijn• oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwendelen ten behoeve van eigen voordeel of plezier• impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen'• prikkelbaarheid en agressiviteit, zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging• roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen• constante onverantwoordelijkheid, zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen• ontbreken van spijtgevoelens, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben <p>B De leeftijd is ten minste achttien jaar.</p> <p>C Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend vóór het vijftiende jaar.</p> <p>D Het antisociale gedrag komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes.</p>
--

2.2.2.2 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een combinatie van emotionele instabiliteit, impulsieve gedragingen en interpersoonlijke problemen en identiteitsproblemen. De DSM-IV-criteria staan in de tabel.

Tabel 8: DSM-IV-criteria borderlinepersoonlijkheidsstoornis

<p>Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none">• krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. Het suïcidale of automutilerende gedrag, aangegeven in het vijfde criterium, wordt hier niet toe gerekend• een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren• identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel• impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bv. geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien). Het suïcidale of automutilerende gedrag, aangegeven in het vijfde criterium, wordt hier niet toe gerekend• recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie• affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bv. periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen)
--

- chronisch gevoel van leegte
- inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bv. frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen)
- voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

2.2.2.3 Theatrale persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Bij de theatrale persoonlijkheidsstoornis is er sprake van overdreven emotionele expressie en zoeken naar aandacht. Als betrokkenen naar hun oordeel te weinig aandacht krijgen kunnen ze onzeker, kwaad of depressief worden. Het naar aandacht zoeken gaat vaak gepaard met ongepast flirtgedrag en het maken van seksuele avances. De emotionele uitingen zijn vaak overdreven en sterker dan in de betreffende situatie wordt verwacht. De DSM-IV-criteria voor de diagnose theatrale persoonlijkheidsstoornis zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 9: DSM-IV-criteria theatrale persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

- voelt zich niet op zijn gemak in situaties waarin hij niet in het centrum van de belangstelling staat
- de interactie met anderen wordt vaak gekenmerkt door ongepast seksueel verleidelijk of uitdagend gedrag
- toont snel wisselende en oppervlakkige emotionele uitingen
- maakt voortdurend gebruik van het eigen uiterlijk om de aandacht op zichzelf te vestigen
- heeft een manier van spreken die uitermate impressionistisch is en waarbij details ontbreken
- toont zelfdramatiserende, theatrale en overdreven uitingen van emoties
- is suggestibel, dat wil zeggen gemakkelijk beïnvloedbaar door anderen of de omstandigheden
- beschouwt relaties als meer intiem dan deze in werkelijkheid zijn

2.2.2.4 Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Kenmerken van deze persoonlijkheidsstoornis zijn een overdreven gevoel van eigenwaarde en de sterke behoefte om door anderen bewonderd te worden. Verder kan de betrokkene zich moeilijk inleven in anderen. De DSM-IV-criteria zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 10 : DSM-IV-criteria narcistische persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van grootheidsgedrag (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

- heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid (bv. overdrijft eigen prestaties en talenten, verwacht als superieur erkend te worden zonder de erbij horende prestaties)
- is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde
- gelooft dat hij 'heel speciaal' en uniek is en alleen begrepen kan worden door, of hoort om te gaan met, andere heel speciale mensen (of instellingen) met een hoge status

- verlangt buitensporige bewondering
- heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben, dat wil zeggen onredelijke verwachting van een uitzonderlijk welwillende behandeling of een automatisch meegaan met zijn verwachtingen
- exploiteert anderen, dat wil zeggen maakt misbruik van anderen om zijn eigen doeleinden te bereiken
- heeft gebrek aan empathie: is niet bereid de gevoelens en behoeften van anderen te erkennen of zich ermee te vereenzelvigen
- is vaak afgunstig of meent dat anderen op hem afgunstig zijn
- is arrogant of toont hooghartig gedrag of hooghartige houdingen

2.2.3 Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

De belangrijkste kenmerken van patiënten met een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis zijn angst en kwetsbaarheid. Deze komen bij de drie persoonlijkheidsstoornissen die tot dit cluster behoren op een verschillende manier tot uiting. Tot dit cluster behoren de drie volgende persoonlijkheidsstoornissen.

2.2.3.1 Ontwikkende persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Deze patiënten gaan, hoewel ze er wel degelijk behoefte aan hebben, sociale contacten uit de weg uit angst voor afwijzing. Hierdoor maken ze een erg verlegen en geremde indruk en zijn zij bang 'er niet bij te horen'. Verder kunnen ze zich schamen voor innerlijke en/of uiterlijke tekortkomingen, die in hun beleving sterk uitvergroot zijn. De DSM-IV-criteria voor deze stoornis zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 11: DSM-IV-criteria ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van geremdheid in gezelschap, gevoel van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vier (of meer) van de volgende kenmerken:

- vermijdt beroepsmatige activiteiten die belangrijke intermenselijke contacten met zich meebrengen vanwege de vrees voor kritiek, afkeuring of afwijzing
- heeft onwil om bij mensen betrokken te raken, tenzij er zekerheid bestaat dat men hem aardig vindt
- toont gereserveerdheid binnen intieme relaties uit vrees vernederd of uitgelachen te worden
- is gepreoccupeerd met de gedachte in sociale situaties bekritiseerd of afgewezen te worden
- is in nieuwe intermenselijke situaties geremd vanwege het gevoel tekort te schieten
- ziet zichzelf als sociaal onbeholpen en voor anderen onaantrekkelijk of minderwaardig
- is uitzonderlijk onwillig persoonlijke risico's te nemen of betrokken te raken bij nieuwe activiteiten omdat deze hem in verlegenheid zouden kunnen brengen

2.2.3.2 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Patiënten met deze persoonlijkheidsstoornis zien zichzelf vaak als hulpeloos en hebben een laag gevoel van eigenwaarde. Ze vertonen een overmatige afhankelijkheid van anderen en zien ingrijpen van deze anderen dan ook vaak als de oplossing van hun probleem. Ze doen ook enorm hun best om het anderen naar hun zin te maken. De DSM-IV-criteria waar patiënten voor de diagnose van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis aan moeten voldoen zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 12: DSM-IV-criteria afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaande en buitensporige behoefte verzorgd te worden, wat leidt tot onderworpen en vastklampend gedrag, en de angst in de steek gelaten te worden, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

- kan moeilijk alledaagse beslissingen nemen zonder overdreven veel advies en geruststelling door anderen
- heeft anderen nodig die de verantwoordelijkheid overnemen voor de meeste belangrijke gebieden van zijn leven
- vindt het moeilijk een verschil van mening tegen anderen te uiten uit vrees steun of goedkeuring te verliezen. De realistische vrees voor straf wordt hier niet toe gerekend
- heeft moeilijkheden ergens alleen aan te beginnen of dingen alleen te doen (eerder als gevolg van een gebrek aan zelfvertrouwen in eigen oordeel of mogelijkheden dan uit gebrek aan motivatie of energie)
- gaat tot het uiterste om verzorging en steun van anderen te krijgen, kan zelfs aanbieden vrijwillig dingen te doen die onplezierig zijn
- voelt zich onbehaaglijk of hulpeloos wanneer hij alleen is, vanwege de overmatige vrees niet in staat te zijn voor zichzelf te zorgen
- zoekt hardnekkig naar een andere relatie als een bron van verzorging en steun als een intieme relatie tot een einde komt
- is op een onrealistische wijze gepreoccupeerd met de vrees aan zichzelf te worden overgelaten

2.2.3.3 Obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Patiënten met deze stoornis, ook wel dwangmatige persoonlijkheidsstoornis genoemd, zijn zeer perfectionistisch en ordelijk ingesteld. Handelingen en opvattingen worden vaak als volledig goed of volledig fout gezien. Ze zijn doorgaans weinig flexibel en niet geneigd tot zelfkritiek. De DSM-IV-criteria voor deze persoonlijkheidsstoornis zijn weergegeven in de tabel.

Tabel 13: DSM-IV-criteria obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme, beheersing van psychische en intermenselijke processen, ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vier (of meer) van de volgende kenmerken:

- is gepreoccupeerd met details, regels, lijsten, ordening, organisatie of schema's, wat zo ver gaat dat het eigenlijke doel uit het oog verloren wordt
- toont een perfectionisme dat het afmaken van een taak bemoeilijkt (bv. onvermogen iets af te maken omdat het niet aan de eigen overtrokken eisen voldoet)
- is overmatig toegewijd aan werk en productiviteit met uitsluiting van ontspannende bezigheden en vriendschappen (niet te verklaren door een duidelijke economische noodzaak)
- is overdreven gewetensvol, scrupuleus en star betreffende zaken van moraliteit, ethiek of normen (niet te verklaren vanuit culturele of godsdienstige achtergrond)
- is niet in staat versleten of waardelose voorwerpen weg te gooien, zelfs als ze geen gevoelswaarde hebben
- is er afkerig van taken te delegeren of om met anderen samen te werken, tenzij dezen zich geheel onderwerpen aan zijn manier van werken
- heeft zich een stijl van gierigheid eigen gemaakt ten aanzien van zichzelf en anderen; geld wordt gezien als iets dat opgepot moet worden voor toekomstige catastrofes
- toont starheid en koppigheid

2.2.4 Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven

Richtlijntekst:

Deze categorie dient voor stoornissen in het persoonlijk functioneren die niet voldoen aan de criteria van een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Een voorbeeld is de aanwezigheid van kenmerken van meer dan één specifieke persoonlijkheidsstoornis, terwijl niet voldaan wordt aan alle criteria van een van deze stoornissen afzonderlijk ('gemengde persoonlijkheidsstoornis'), terwijl ze met elkaar toch in significante mate lijden veroorzaken of beperkingen in een of meer belangrijke gebieden van functioneren (bv. sociaal of beroepsmatig). Deze categorie kan tevens gebruikt worden als het oordeel is dat een specifieke persoonlijkheidsstoornis van toepassing is die niet in deze classificatie is opgenomen. Tot de voorbeelden horen de depressieve persoonlijkheidsstoornis en de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Voor beide persoonlijkheidsstoornissen zijn onderzoekscriteria voorgesteld in de DSM-IV.

2.3 Epidemiologie van persoonlijkheidsstoornissen

2.3.1 Incidentie

Richtlijntekst:

Vooraf vanwege de moeilijkheid om het moment waarop een persoonlijkheidsstoornis voor het eerst optreedt exact te bepalen, is het theoretisch vrijwel onmogelijk de incidentie van dit soort psychische stoornissen te bepalen. In deze richtlijn zal hierover derhalve dan ook geen uitspraak gedaan worden.

2.3.2 Prevalentie

Richtlijntekst:

Bij 13,5% van de algemene bevolking, 60,4% van de psychiatrische patiënten en bij 56,5% van de behandelde verslaafden kan minimaal één persoonlijkheidsstoornis worden gediagnosticeerd. Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen komen in de algemene populatie het meeste voor, op de voet gevolgd door cluster-B-stoornissen. Cluster-A-stoornissen zijn duidelijk het minst prevalent. Een recente studie laat zien dat een van de meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven is ⁽⁶³²⁾. Veel mensen hebben meer dan één persoonlijkheidsstoornis. In veel gevallen gaat het om het gelijktijdig voorkomen van meerdere stoornissen binnen een en hetzelfde cluster, maar ook stoornissen uit verschillende clusters komen regelmatig samen voor. In de tabel wordt per stoornis de prevalentie in de algemene populatie aangegeven.

Tabel 14: Samenvatting van prevalenties zoals gerapporteerd in een aantal gepubliceerde onderzoeken ⁽³¹⁶⁾

Persoonlijkheidsstoornis	% normale populatie (mediaan*)
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	0,4-1,8 (1,7)
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0,4-0,9 (0,7)
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0-3 (0,7)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0,2-3 (2,2)
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	1,1-1,7 (1,7)
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	1,3-3 (1,7)
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0-3,9 (0)
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	1,1-5,2 (1,3)
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	0,4-1,7 (1,5)
Obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis	1,7-2,6 (2,2)

* mediaan = de waarde waar 50% van de meetuitkomsten boven, en 50% van de meetuitkomsten onder ligt.

2.4 Etiologie van persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Omgevingsinvloeden zijn continu in interactie met een zich ontvouwende genetische blauwdruk (Reekum & Schmeets, in druk). De wisselwerking tussen omgeving en genetische opmaak leidt via de expressie van de genen uiteindelijk tot een stabiel, individueel fenotype. Persoonlijkheid kan opgevat worden als een relatief stabiel patroon van persoonlijkheidskenmerken of fenotypen, waarvan een unieke combinatie van deze trekken de kleur van de persoonlijkheid bepalen. De moderne wetenschap is er toenemend van doordrongen dat nature en nurture beide nodig zijn voor de structurele ontwikkeling van het brein, en dus ook voor gedrag en persoonlijkheid. Alhoewel onze kennis over de invloed van de omgeving op genen en vice versa toeneemt, heeft het onderzoek op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen de laatste decennia last gehad van de dichotomie in ons denken met betrekking tot de rol van genen versus omgevingsfactoren op het ontstaan van psychopathologie. Lag vóór de jaren negentig van de vorige eeuw de nadruk vrijwel exclusief op het belang van omgevingsfactoren voor de ontstaanswijze van persoonlijkheidsstoornissen, de laatste tien jaar werd een te eenzijdige nadruk gelegd op de genetische basis van de verschillende persoonlijkheidstypen en werd vaak verzuimd de invloed van het genoom op het gedrag als bidirectioneel ⁽²⁴⁵⁾ te zien. Steeds duidelijker wordt dat nature en nurture niet elkaar uitsluitende categorieën zijn, maar dat nature tot expressie komt door de invloed van nurture. En dat anderzijds de ervaring haar invloed kan uitoefenen door de enorme veelzijdigheid van de genencomplexen. We weten inmiddels dat er bij de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen, en zeker ook van de persoonlijkheidsstoornissen, meerdere genen, maar ook meerdere omgevingsinvloeden betrokken zijn. Psychiatrische aandoeningen zijn polygenetisch en multifactorieel en vormen in de meeste gevallen een extreme variant binnen een continuüm. Bovendien zijn de genetische effecten op gedrag probabilistisch en niet deterministisch ⁽⁵¹³⁾. Er is dus niet één gen voor depressie of één gen voor schizofrenie. Het blijven zoeken naar kandidaat-genen, zonder de gen-omgevingsinteracties hierbij mee te nemen, lijkt dan ook een doodlopende weg ^(428 429). Rutter ⁽⁵³⁷⁾ formuleert dat als volgt: 'Genetic influences, as they apply to individual differences in the liability to show particular behaviors, are strong and pervasive, but rarely determinative.' En datzelfde geldt voor de impact van omgevingsfactoren. Ook psychosociale stressfactoren, zoals bijvoorbeeld allerlei vormen van vroege traumatisering, oefenen hun effect uit op de hersenen, door tussenkomst van genen. Gen-omgevingsonderzoeken zowel van antisociaal gedrag ⁽⁴⁴⁸⁾ als van depressies ⁽³³⁰⁾ laten zien dat de impact van louter de genen of louter de omgeving bescheiden is, maar dat de invloed van G×E-interacties groot kan zijn op het ontstaan van psychopathologie.

Een voorbeeld: in een adoptieonderzoek bleken kinderen van ouders met drugsproblemen of met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, wanneer geplaatst bij de adoptieouders, meer vijandigheid en antisociaal gedrag te vertonen dan adoptiekinderen van biologische ouders zonder deze problemen ⁽²³¹⁾. Op hun beurt vertonen adoptieouders ten opzichte van kinderen met antisociaal gedrag veel negatiever opvoedingsgedrag. Dit onderzoek laat zien dat een bepaalde genetische dispositie een complementaire reactie kan oproepen bij de omgeving van dat kind. Een ander voorbeeld: in het Scandinavische adoptieonderzoek van Bohman ⁽⁷⁶⁾ werden drie groepen onderscheiden. Kinderen bij wie sprake was van geen genetisch risico en ook geen psychosociale stress, hadden een kans van 3% op het ontwikkelen van crimineel gedrag. Als er sprake was van één risicofactor steeg deze kans naar 6-12%, terwijl de kans dat kinderen met zowel een genetisch risico (gekenmerkt door crimineel gedrag en alcoholisme bij een of beide biologische ouders) als een omgevingsrisico (ernstige opvoedingsproblemen) op volwassen leeftijd crimineel gedrag gaan vertonen 40% bedroeg!

Ervan uitgaande dat de omgeving in staat is genen uit en aan te zetten, 'to turn genes on and off' (Pray, 2004), dringt de vraag zich op welke omgeving beschermend werkt bij genetisch kwetsbare individuen en welke omgevingsfactoren het risico op de ontwikkeling van psychopathologie juist groter maken. Uit dieronderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de moederlijke/ouderlijke zorg een belangrijke beschermende invloed kan uitoefenen en zelfs in staat is de genetische predispositie om te keren. We verwijzen naar onderzoek van de groepen van Meaney ^(428 429) en van Suomi ⁽⁶⁰²⁾. Moffitt ⁽⁴⁴⁸⁾ zegt hierover het volgende: 'de aanname dat de genfunctie een uitkomstvariabele is, en dus niet een vaststaand gegeven, betekent een paradigmawijziging in de manier waarop we als gedragswetenschappers tegen genen aankijken. Deze wijziging van paradigma biedt tegelijkertijd een mogelijkheid voor toekomstig onderzoek naar gen-omgevingsinteracties'.

2.5 Het beloop van persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Tot voor kort was vrijwel iedere professional in de gezondheidszorg die te maken kreeg met persoonlijkheidsstoornissen ervan overtuigd dat het om stabiele en persistente condities ging, in ieder geval

vanaf de adolescentie tot ver in de volwassenheid. Dit denken heeft een lange geschiedenis, maar wordt recentelijk vooral in de hand gewerkt door classificatiesystemen zoals de DSM-IV ⁽¹⁴⁾, die persoonlijkheidsstoornissen definiëren als duurzame patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen die stabiel en van lange duur zijn en waarvan het begin kan worden teruggevoerd naar op zijn minst de adolescentie of de vroege volwassenheid. Op basis van deze definities van persoonlijkheidsstoornissen, maar ook op basis van klinische ervaringen, heeft in de loop der tijd bij velen een ongebreideld klinisch pessimisme ten aanzien van de prognose bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen postgevat. Aan de instandhouding van dit pessimisme werken twee perceptuele gedachten mee. Ten eerste is de breed verspreide waarneming dat de meeste persoonlijkheidsstoornissen hardnekkig en onbehandelbaar zijn, het resultaat van een vertekende perceptie bij de clinicus: de tendens om de chroniciteit van condities te overschatten als gevolg van selectieve omgang met ernstige patiënten die frequent terugvallen ⁽¹³⁴⁾. In de tweede plaats is er waarschijnlijk sprake van twee gerelateerde self-fulfilling prophecies. Uit een in 1988 gepubliceerd onderzoek blijkt dat psychiaters afkeurende en afwijzende attitudes hadden jegens mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ⁽³⁸⁴⁾. Voor zover deze negatieve attitudes nog bestaan, is het niet ondenkbaar dat deze leiden tot klinisch pessimisme, waardoor de patiënt een adequate behandeling wordt onthouden en waardoor uiteindelijk de ongunstige prognose werkelijkheid wordt (self-fulfilling prophecy 1). Doordat de behandelaar zijn pessimistische grondhouding overdraagt op de patiënt, zal deze geen pogingen ondernemen om te veranderen, waardoor eveneens de ongunstige prognose werkelijkheid wordt (self-fulfilling prophecy 2). Ten slotte geldt dat in het verleden is geobserveerd dat sommige hulpverleners een persoonlijkheidsdiagnose pas overwegen als een patiënt onvoldoende therapietrouw toont, zich verzet tegen verandering of als een behandeling stagneert ⁽⁵²⁴⁾. Met de diagnose persoonlijkheidsstoornis komt de verantwoordelijkheid voor het falen van de behandeling dan - vaak ten onrechte - uitsluitend bij de patiënt te liggen. Deze mechanismen houden ideeën omtrent de onveranderbaarheid van persoonlijkheidspathologie in stand.

Het klinisch pessimisme vierde zijn hoogtijdagen in de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw, om pas in de jaren negentig enigszins af te nemen. Mede onder invloed van een gestaag groeiend aantal predictieonderzoeken bij As-I-stoornissen, psychotherapieonderzoeken en natuurlijkbelooponderzoeken is de laatste jaren duidelijk sprake van een kentering in het onveranderbaarheidsdenken. De bevindingen uit diverse longitudinale onderzoeken naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen leiden tot de conclusie dat er sprake is van een zekere mate van natuurlijk herstel ⁽⁵³⁰⁾. Zo rapporteren bijvoorbeeld Cohen e.a. ⁽¹³⁵⁾ weliswaar betrekkelijk grote individuele (rangorde)stabiliteit van persoonlijkheidsstoornissymptomen gedurende de adolescentie en volwassenheid, maar ook een duidelijke en lineair verlopende afname van persoonlijkheidspathologie tussen 9- en 27-jarige leeftijd. De geobserveerde afname met het verstrijken van de leeftijd geldt voor cluster-A-, cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen ⁽³¹³⁾. Deze bevindingen sluiten naadloos aan bij de longitudinale onderzoeken naar normale persoonlijkheidstrekken die over dezelfde leeftijdperiode een afname rapporteren van trekken als impulsiviteit, sensatiebehoefte en afhankelijkheid ⁽³⁸⁷⁾. Op basis van een meta-analyse werd geconcludeerd dat bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis sprake is van geleidelijk herstel, ook zonder behandeling. Per jaar verloor ongeveer 4% de diagnose; na tien jaar was ongeveer de helft hersteld ⁽⁴⁹⁶⁾. Ook deze bevinding sluit naadloos aan bij de longitudinale onderzoeken naar normale persoonlijkheidstrekken: met het ouder worden nemen emotionele stabiliteit en consciëntieusheid toe ⁽⁵²⁷⁾. Het natuurlijk beloop van persoonlijkheidsstoornissen wordt dus gekenmerkt door een zekere mate van natuurlijk herstel. Dit natuurlijk herstel lijkt aanmerkelijk te kunnen worden versneld door behandeling. In een meta-analyse vonden Perry e.a. ⁽⁴⁹⁷⁾ bij een therapie van twintig zittingen 25% herstel, bij negentig zittingen 50% herstel, en bij tweehonderd zittingen zelfs 75% herstel. In tijd uitgezet liggen deze percentages ongeveer zeven tot acht keer zo hoog in vergelijking tot het natuurlijk herstel bij mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ⁽⁴⁹⁶⁾.

Een kritische kanttekening bij de behandelonderzoeken is dat deze zich voornamelijk toespitsen op de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, de ontwijkende, afhankelijke en de Niet Anderszins Omschreven persoonlijkheidsstoornis en in mindere mate ook op de paranoïde, obsessieve compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In de onderzoeken behoorden patiënten met een schizoïde, antisociale, narcistische of theatrale persoonlijkheidsstoornis tot de uitzonderingen, zodat de gunstige uitkomsten niet representatief zijn voor die groepen. Het is dus mogelijk dat persoonlijkheidsverandering op latere leeftijd niet voor iedereen geldt. Tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat dat lange tijd ook gold voor persoonlijkheidsstoornissen die later wél behandelbaar bleken, zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De enige juiste implicatie is daarom dat de zoektocht naar effectieve en doelmatige behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen nog niet voorbij is. In dit kader stemmen de eerste resultaten van dialectische gedragstherapie bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis tot optimisme ⁽⁴²²⁾.

2.6 Leeswijzer voor de richtlijn

Richtlijntekst:

In de nu volgende hoofdstukken worden, aan de hand van uitgangsvragen en op grond van de daarbij gezochte evidence, het professionele inzicht, en de ervaringsdeskundigheid van patiënten, aanbevelingen geformuleerd. De richtlijn bestaat grofweg uit zes delen:

- [Patiënten- en familieperspectief](#): het hoofdstuk over het patiënten- en familieperspectief is geschreven door de patiënten- en familievertegenwoordigers die participeerden in de werkgroep. In dit hoofdstuk komt [diagnostiek](#), [behandeling](#) en [bejegening](#) aan de orde.
- [Diagnostiek en indicatiestelling](#): in het hoofdstuk over diagnostiek en indicatiestelling ligt de nadruk op de diagnostiek van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen.
- [Behandeling](#): de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen komt aan bod in een reeks van hoofdstukken over achtereenvolgens [psychotherapie](#), [overige psychosociale interventies](#) en [farmacotherapie](#).
- [Comorbiditeit](#): persoonlijkheidsstoornissen komen veelvuldig voor naast andere psychiatrische aandoeningen. Voorbeelden zijn: angst- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen zoals bulimia nervosa of anorexia nervosa, en alcohol- of drugsverslaving. In het hoofdstuk worden de meest voorkomende vormen van [comorbiditeit](#) behandeld, in het bijzonder de vraag in hoeverre de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen een negatieve impact heeft op de behandeling van As-I-stoornissen en de vraag naar de klinische implicaties van comorbiditeit
- [Kosteneffectiviteit van behandeling](#): in het hoofdstuk komt de kosteneffectiviteit van behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis aan bod.
- [Organisatie van zorg](#): de organisatie van zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen is complex. Het hoofdstuk beschrijft de verschillende taken, verantwoordelijkheden en uitdagingen waarvoor de respectieve echelons in de gezondheidszorg zich gesteld zien.

3. Patiënten- en familieperspectief bij behandeling

Richtlijntekst:

Een geïntegreerde GGZ-richtlijn is uitdrukkelijk óók een beslissingsondersteunend instrument voor de patiënt en zijn familie. Patiënten- en familievertegenwoordigers van Stichting Borderline en Labyrint~In Perspectief en de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging waren bij het opstellen van deze richtlijn betrokken. De richtlijnadviseurs van het Trimbos-instituut hebben in samenwerking met de commissie patiëntenparticipatie en de voorzitter van de richtlijnwerkgroep aan de patiëntenvertegenwoordigers waar nodig begeleiding en ondersteuning gegeven.

In overleg met de vertegenwoordigers van de betrokken patiënten- en familieorganisaties is in deze richtlijn gekozen voor een apart hoofdstuk met daarin het perspectief van patiënten, partners, familie en directe anderen. In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan ten behoeve van de bejegening aan en behandeling van patiënten. Ook wordt aandacht besteed aan de bejegening van en hulpaanbod aan partners, familieleden en directe anderen.

Tijdens het tot stand komen van deze richtlijn is gebleken dat er onvoldoende wetenschappelijke literatuur beschikbaar was om uitspraken te doen over de ervaringen van patiënten met betrekking tot diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Daarom is er niet of nauwelijks niveau A/B bewijs gevonden over deze onderwerpen specifiek voor patiënten en familieleden. Om dit te ondervangen is in opdracht van de samenwerkende patiënten- en familieorganisaties een grootschalig beschrijvend onderzoek uitgevoerd, onder leiding van de toenmalig voorzitter van de werkgroep, prof.dr. R.W. Trijsburg. Dit onderzoek werd uitgevoerd onder 641 mensen met persoonlijkheidsstoornissen over de tevredenheid van patiënten met de hulpverlening ([614](#)). De resultaten van dit onderzoek komen zowel ingevoegd in de tekst, als in de overige overwegingen en aanbevelingen aan de orde.

3.1 Diagnostiek

Richtlijntekst:

Patiëntenperspectief

Diagnostisch onderzoek

Uit het onderzoek van Trijsburg et al. ([614](#)) blijkt dat veel patiënten een diagnostisch onderzoek (psychologisch onderzoek/SCID afname) willen. Een aantal van de patiënten wordt echter geen diagnostisch onderzoek aangeboden. De motivatie van patiënten voor een diagnostisch onderzoek is o.a. om duidelijkheid over en inzicht in de problematiek te verkrijgen of voor een behandelingsindicatie.

Ongeveer de helft van de patiënten heeft aanmerkingen op de adequaatheid en de belasting van het diagnostisch onderzoek. Ook zijn er aanmerkingen op de bejegening tijdens het onderzoek en de informatie die over het onderzoek verstrekt wordt. De aanmerkingen hebben betrekking op de duur van het onderzoek, de ervaren zwaarte ervan, de houding van de onderzoeker en de terugkoppeling van de resultaten.

De mening van patiënten over de uitleg en informatie over de diagnose is redelijk positief maar toch is een minderheid van de patiënten ontevreden. Kritiekpunten zijn o.a. geen of onduidelijke uitleg over de diagnose en/of de invloed op het leven. Geen of onvoldoende deskundigheid betreffende de diagnose. Te weinig tijd voor bespreking en/ of eigen inbreng.

In de praktijk worden niet altijd diagnostische instrumenten gebruikt. Diagnostiek louter en alleen aan de hand van de DSM-IV criteria blijkt onvoldoende en kan snel tot een foute diagnose leiden. Tijdens de diagnostiek is het van belang betrouwbare en valide diagnostische instrumenten in te zetten. De voorkeur van patiënten gaat uit naar een combinatie van diagnostisch instrumenten (bij voorkeur interviews) en persoonlijke gesprekken. Patiënten hebben de ervaring dat een hulpverlener die de patiënt goed kent een betere diagnose kan stellen. Dit is een argument om niet te snel een diagnose te stellen. Gebruik van specifieke vragenlijsten en testen is zinvol, mits het patiënten niet verhindert ook het eigen verhaal te vertellen ([220](#)).

Diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis

Patiënten ervaren de negatieve vooroordelen van hulpverleners t.a.v. hun diagnose als meer belastend dan de diagnose zelf. Patiënten hebben het gevoel dat mensen met een andere diagnose, zoals schizofrenie, serieuzer genomen en met meer sympathie en betrokkenheid benaderd worden door hulpverleners (465). Zes procent van de ondervraagden in het onderzoek van Trijsburg et al. (614) geeft aan last te hebben van stigmatisering en 'hokjesdenken' van hulpverleners tijdens de diagnostiekfase.

Perspectief familie, partners en directe anderen

Diagnostiek

Familieleden wensen dat het goed gaat met hun naaste. Misschien zijn er niet veel contacten meer, toch blijft de zorg voor de toekomst van deze naaste bestaan.

De indruk kan gewekt worden dat familieleden en partners geen behoefte hebben aan ondersteuning in de omgang met hun naaste, omdat ze niet zo snel om hulp of steun voor zichzelf vragen (Parnassia, afd. Preventie 2005). Het tegendeel is waar; familie, partners en/of directe anderen vinden het van essentieel belang om bij het begin van de diagnose/ behandeling gerespecteerd en serieus genomen te worden door de hulpverleners (Zie ook Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patiënten 1992).

Uit het onderzoek van Trijsburg et al (614) blijken respondenten tot 39 jaar de betrokkenheid van hun naasten bij de diagnosestelling en informatie hierover (enigszins) belangrijk te vinden.

Betrokkenheid

Familieleden en partners geven aan dat ze bij het stellen van de diagnose betrokken willen worden. Het is gebleken, dat het bij het stellen van de diagnose belangrijk is dat er gekeken wordt naar het totaalplaatje van de patiënt om zo de hele problematiek in kaart te brengen. Ook als er nog geen definitieve diagnose gesteld kan worden, bijvoorbeeld omdat er een acute symptoomstoornis aanwezig is, is het zeer raadzaam om bij familieleden en anderen na te gaan wat de persoonlijke kenmerken van hun naaste waren voordat de symptoomstoornis aanwezig was (Conceptprogramma PS 2002).

Daarnaast is het voor familieleden in deze fase van belang, dat zij informatie krijgen over de aard van hulpverlening en wat de gevolgen kunnen zijn voor zowel henzelf als voor de patiënt. Bovendien moet er in deze fase aandacht zijn voor de rol die familieleden en partners spelen en de steun die zij hun naaste kunnen bieden.

Vroegsignalering

Ondanks dat ouders soms al in een vroeg stadium aangeven bij hun kind aanwijzingen te zien voor het ontstaan van latere problemen zijn er pas gerichte interventies mogelijk vanaf achttien jaar. "Verschijnselen die het gevolg zijn van persoonlijkheidsstoornissen kunnen in het tijdsbestek van enkele dagen sterk wisselen en zijn al in de kindertijd terug te vinden" (398).

Aanbevelingen: Patiëntenperspectief

Diagnostisch onderzoek

Aanbevolen wordt om patiënten die een diagnostisch onderzoek willen ondergaan, deze mogelijkheid aan te bieden. Hierbij is het van belang dat patiënten zowel voor als tijdens het onderzoek voldoende duidelijke informatie over de procedure en de inhoud van het onderzoek ontvangen. De voorkeur van patiënten gaat hierbij uit naar een combinatie van diagnostisch instrumenten (bij voorkeur interviews) en persoonlijke gesprekken. Na het onderzoek hebben patiënten recht op duidelijke schriftelijke informatie alsook een mondelinge toelichting over de diagnose en de mogelijke invloed hiervan op hun leven.

Diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis

Hulpverleners wordt aangeraden bedacht te zijn op (bewuste of onbewuste) vooroordelen ten aanzien van de

diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Het is belangrijk patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis niet negatiever te benaderen dan patiënten met een andere diagnose.

Perspectief familie, partners en directe anderen

Diagnostiek

Aanbevolen wordt de familie en directe anderen vanaf het begin van de diagnose/behandeling serieus te nemen en hun opvattingen en meningen te respecteren. Voor familie en directe anderen is deze houding van de hulpverlener van essentieel belang.

Betrokkenheid

Bij het stellen van een diagnose is het van belang het complete beeld, inclusief omgevingsfactoren, van de individuele patiënt in kaart te brengen. Familieleden en directe anderen willen en kunnen een bijdrage leveren aan de diagnosestelling. Hulpverleners doen er dan ook goed aan om in voorkomende gevallen gebruik te maken van de informatie van familie en directe anderen.

Vroegsignalering

Aanbevolen wordt om ouders die kinderen met problemen hebben serieus te nemen en hen een adequate begeleiding aan te bieden.

3.2 Indicatiestelling en behandeladvies

Richtlijntekst:

Patiëntenperspectief

Indicatiestelling en behandeladvies

Uit onderzoek van Trijsburg et al. (614) is naar voren gekomen dat een klein aantal van de patiënten die tevoren informatie kreeg over de behandelingsmogelijkheden en/of het te verwachten resultaat, ontevreden is. Die ontevredenheid richt zich met name op het gebrek aan verschaft informatie en overleg met de patiënt en/of onvoldoende deskundigheid van de verwijzer of behandelaar.

Onderhandeling over behandelplan

De beleidsnotities van GGZ-instellingen gaan uit van vraagsturing en een patiëntgerichte zorgverlening. Zij volgen daarmee onder andere de Wet geneeskundige behandelings-overeenkomst (WGBO) die uitgaat van een gelijkwaardige relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Eerst nadat de indicatiestelling en de opname heeft plaatsgevonden, volgt de onderhandeling over het behandelplan. Het ziekenhuis en de patiënt gaan samen een overeenkomst aan en overleggen over de behandeling. Nadat de patiënt voldoende is geïnformeerd door de hulpverlener geeft de patiënt toestemming voor (delen van) de voorgestelde behandeling. Dit is het informed consentprincipe. In de praktijk komt het echter voor dat er geen sprake is van een gelijkwaardige relatie. De voorwaarden worden eenzijdig vastgesteld. Dergelijke voorwaarden staan op gespannen voet met de zorgplicht van de instelling en met de eis van een verantwoorde zorg. De zorg moet worden afgestemd op de zorg die de patiënt nodig heeft. Bovendien ondermijnen voorwaarden vooraf en de mogelijke sanctie van een gedwongen ontslag het beginsel van het informed consent. De hulpverlener kan de behandelovereenkomst niet opzeggen zonder toestemming van de patiënt. De patiënt kan zijn gegeven toestemming altijd intrekken zonder dat dit ertoe leidt dat de hulpverlener de hulp zonder meer beëindigt (Memorie van toelichting WGBO, 516).

Onvermogen om hulp te vragen

Ook patiënten die niet goed voor zichzelf op kunnen komen en/of die hun gevoelens moeilijk kunnen

verwoorden hebben recht op een goede behandeling. Hulpverleners realiseren zich niet altijd dat de lijdensdruk van patiënten door bijvoorbeeld onzekerheid, onvoldoende sociale vaardigheden of onvermogen hun problemen onder woorden te brengen, net zo hoog kan zijn als die van patiënten die precies weten welke hulp ze nodig hebben en waar ze die hulp kunnen krijgen. Ook bij patiënten die niet opvallen, zich (ogenschijnlijk) goed staande houden in de maatschappij en rustig en beheerst kunnen vertellen hoe zij zich voelen, moeten hulpverleners zich realiseren dat schijn kan bedriegen. Iemand vraagt niet voor niets om hulp. Het mag niet zo zijn dat alleen de sociaalvaardige of de extreem lastige patiënten de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Perspectief familie, partners en directe anderen

Crisissituatie

Tijdens crisissituaties hebben nog al wat patiënten en familieleden de ervaring dat ze niet serieus worden genomen. De hulpverlening erkent en herkent niet altijd dat de problemen ernstig zijn. Tijdens zo'n crisis doen patiënten (met name die met een borderline persoonlijkheidsstoornis, gezien het hoge suïciderisico), nogal eens "indringend beroep op hun omgeving" ([432](#)). Huisartsen zijn vaak niet ingesteld op deze problematiek. Bij GGZ- instellingen wordt nogal eens een (te) hoge drempel gehanteerd en ook opnames in psychiatrische ziekenhuizen verlopen niet altijd volgens het boekje. "Als de hulpverlener vindt dat de situatie niet aan het gevaarscriterium voldoet en de patiënt wil niet opgenomen worden, blijven de familie, partners en directe anderen vaak met lege handen achter. Ze weten zich geen raad. Juist dan is het belangrijk om extra steun voor familieleden te mobiliseren" (Borgesius 1994).

Patiënten en familieleden vinden het belangrijk, dat er een crisisinterventieplan/signaleringsplan (24 uren) wordt opgesteld, waarin ook de huisarts betrokken wordt.

Schuldgevoel

Hulpverleners kunnen familie en direct betrokkenen helpen door zich te realiseren dat ouders vaak de schuld krijgen van de persoonlijkheidsstoornis van hun kind. Ouders hebben behoefte om over deze kwellende schuldvragen en hun eigen ervaringen met hun naasten te praten. Zij willen niet alleen antwoorden geven op vragen die door de hulpverlener gesteld worden ([432](#)).

Aanbevelingen: Patiëntenperspectief

Indicatiestelling en behandeladvies

In het kader van het uitbrengen van een behandeladvies is het -raadzaam te overleggen met de patiënt en hem of haar voldoende te informeren over de behandelingsmogelijkheden en het te -verwachten resultaat.

Onderhandeling over behandelplan

Ingevolge de WGBO is het belangrijk patiënten met een -persoonlijkheidsstoornis goede hulp aan te bieden zonder vooraf -gestelde voorwaarden.

Onvermogen om hulp te vragen

Aanbevolen wordt om de behandeling die aan een patiënt aangeboden wordt niet te laten afhangen van de mate waarop de patiënt in staat is om hulp te vragen.

Perspectief familie, partners en directe anderen

Crisissituatie

Het is zeer belangrijk voor familie, partners en directe anderen dat hulpverleners zich realiseren wat een enorme invloed een crisis situatie heeft op zowel patiënt als zijn directe omgeving. Om die reden is het van groot belang dat crisissituaties vanaf de nuldelijn goed ingeschat worden en men de nodige begeleiding ontvangt.

Schuldgevoel

Het is raadzaam om familie, partners en directe anderen in de gelegenheid te stellen om over kwellende schuldvragen en hun eigen ervaringen met hun naaste te spreken, en om hun eigen vragen te stellen.

3.3 Behandeling

Richtlijntekst:

Patiëntenperspectief

Behandeling

Uit het onderzoek van Trijsburg et al. ⁶¹⁴ blijkt dat zeer veel patiënten tevreden zijn over hun behandeling en slechts een klein aantal niet. Kritiek wordt voornamelijk geuit over therapie uitval, structureel ontbreken van professionals en het niet inspelen op individuele behoeften in de groepssetting.

Wat betreft het oordeel over de hulpverlener, zijn zeer veel patiënten tevreden over de deskundigheid van de hulpverlener en de interesse van de hulpverlener in de patiënt en diens mening. Bovendien hebben ze vertrouwen in de hulpverlener en hebben ze het gevoel respectvol bejegend te worden. Een klein aantal echter is niet tevreden over deze punten. Zij vinden bijvoorbeeld dat het niet duidelijk is wat de hulpverlener denkt en wat hij of zij wil.

Een meerderheid van de patiënten heeft iets gemist in de behandeling. Genoemd worden persoonlijke aandacht en/of individuele behandeling, structuur, duidelijkheid, sturing en organisatie van de zorg, intensiteit en/of tijd, bepaalde therapievormen en informatievoorziening rond de behandeling (⁶¹⁴).

Psychotherapie

Binnen een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen is het van belang dat de patiënt toegang heeft tot voor hem geschikte vormen van psychotherapie. Het aanbod dient zowel individuele als groepsbehandelingen te omvatten. In een gespreksbehandeling kan aandacht worden gegeven aan problemen in het hier-en-nu alsook voor verwerking van trauma's uit het verleden. Traumaverwerking dient evenwel alleen plaats te vinden als de patiënt aangeeft eraan toe te zijn (²²⁰).

Meerdere klachten

Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis komt het regelmatig voor dat na de succesvolle behandeling van het ene probleem, een ander probleem de kop opsteekt. Iemand is bijvoorbeeld met succes voor een eetstoornis behandeld, maar heeft daarna een alcoholprobleem gekregen. Nadat dit probleem in een instelling voor verslavingszorg behandeld is, kan iemand weer terugvallen in zijn eetstoornis, of zichzelf bijvoorbeeld gaan beschadigen. Voor al deze problemen heeft de patiënt dikwijls contacten met verschillende hulpverleners. De verschillende hulpverleners blijken in de praktijk, en dan met name in de ambulante setting, vaak niet met elkaar te overleggen. Het risico dat patiënten afhaken wordt hierdoor vergroot.

Volgens Franx (²²⁰) dient een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen een aanbod te hebben voor verslavingsproblemen. De afgelopen jaren heeft een aantal gespecialiseerde instellingen een geïntegreerde aanpak voor deze problematiek ontwikkeld, waarbij één hoofdbehandelaar vast aanspreekpunt is voor de patiënt. Voor patiënten is het belangrijk dat duidelijk is waarom een bepaalde keuze gemaakt wordt voor behandeling en voor de volgorde van behandeling.

Lichamelijke ziekten

Er zijn patiënten die naast een persoonlijkheidsproblematiek ook een moeilijk behandelbare lichamelijke ziekte hebben. Deze patiënten ervaren gebrek aan kennis over de lichamelijke ziekte bij de hulpverlener die hen behandelt voor de persoonlijkheidsstoornis, en een gebrek aan kennis over de persoonlijkheidsstoornis bij de somatische arts. Somatische artsen weten zich bijvoorbeeld geen raad met een type 1-diabeet met een borderline persoonlijkheidsstoornis, en behandelaars van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis

weten te weinig van diabetes om adequate hulp te kunnen leveren. Patiënten met een moeilijk behandelbare chronische ziekte ervaren dat zij vaak zelf de regisseur van hun behandeling zijn.

Zelfbeschadiging en suïcidepogingen

Patiënten benadrukken dat zelfbeschadiging en suïcidepogingen niet gezien moeten worden als manipulatief gedrag of als een poging om op een negatieve manier de aandacht trekken, maar als uiting van ondraaglijke psychische pijn, waaraan zij op dat moment geen andere uitdrukking weten te geven. Zij hebben behoefte aan een luisterend oor en echte interesse voor de pijn die zij van binnen voelen. Het betekent veel voor hen als de hulpverlener laat zien dat hij/zij de intentie heeft om te helpen. Met andere woorden, patiënten vragen niet altijd om een oplossing, maar hebben vaak vooral behoefte aan iemand die er voor hen is, naar hen luistert, en met hen meedenkt ⁽⁴⁶⁵⁾.

Hulpverleners die zich meer verdiepen in de persoon die zich beschadigt en in de achterliggende redenen hiervan, benaderen de patiënt met meer compassie en -dragen daardoor meer bij aan de behandeling dan hulpverleners die vooral straffen en negeren.

Crisispreventie

Voor (ambulante) patiënten bij wie geregeld een crisis dreigt, is het maken/hebben van een crisisplan en/of crisiskaart waardevol. Dit kan voorkomen dat iemand in crisis raakt of, als iemand al in crisis is, voorkomen dat verkeerde hulp geboden wordt ⁽²⁴⁶⁾.

Patiënten moeten eerst leren om hun ondraaglijke gevoelens op een andere manier te uiten voordat zij kunnen gaan werken aan stoppen van dit gedrag (Landelijke Stichting Zelfbeschadiging).

Evaluatie

Een tijdslimiet voor behandeling is van te voren moeilijk vast te stellen. Het is moeilijk te voorspellen wanneer de indicatie zal vervallen. Men kan daarover alleen bepaalde verwachtingen uitspreken. De praktijk zal moeten uitwijzen op welk moment het doel van de opname bereikt is.

Over de inhoud van de behandeling kunnen van te voren in onderling overleg -bepaalde afspraken of doelstellingen geformuleerd worden. Bij een zorgvuldige behandeling behoren verder een regelmatige toetsing en evaluatie. Gedurende de behandeling kunnen de omstandigheden zich wijzigen of kan de patiënt van mening veranderen. ⁽⁵¹⁶⁾.

Inspraak

Patiënten ervaren soms dat de behandelaar hen niet (meer) in staat acht om zelf aan te geven hoe de behandeling eruit moet zien en welk doel de behandeling heeft. Als de patiënt geen eigen keuze (meer) heeft, en de behandelaar niet in overleg wil treden met de patiënt, wordt dit door de patiënt gezien als een gebrek aan respect. In sommige gevallen biedt de behandelaar een óf-óf keuze aan. Óf de patiënt gaat akkoord, óf de patiënt gaat naar huis ⁽³⁵¹⁾.

Lotgenotencontact

Lotgenotencontact en het benutten van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld psycho-educatie, kunnen een belangrijke rol spelen tijdens en/of na de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen ⁽²²⁰⁾. Het is daarom raadzaam dat behandelaars in een vroeg stadium de patiënt wijzen op het bestaan en de functie ervan.

Structuur

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben behoefte aan een vaste structuur en een vaste hulpverlener. Daarom is het van belang personeelwisselingen -(waaronder niet door de patiënt gekozen wisseling van hulpverlener) zoveel mogelijk worden beperkt. Ook is het niet wenselijk de patiënt eindeloos te confronteren met veranderingen op de afdeling of binnen de instelling ⁽²²⁰⁾.

Psycho-educatie

Voorlichting is belangrijk zowel voor de patiënt als voor diens directe omgeving. Een goede hulpverlener zegt niet "zoek het maar op op internet". Internet moet gezien worden als "aanvulling op" en niet als "in plaats van".

Bovendien hebben niet alle patiënten gemakkelijk toegang tot internet. Veel patiënten geven de voorkeur aan mondelinge en schriftelijke uitleg. Dit geldt ook voor patiënten die wel toegang tot internet hebben.

Tevredenheid

Behandelaars kunnen van mening zijn dat een gesprek of een behandeling prima verloopt. De patiënt kan hier echter een geheel andere mening over hebben. Het is daarom belangrijk om regelmatig de tevredenheid van de patiënt met de behandeling en met de behandelingsrelatie te bespreken ⁽³⁵¹⁾.

Als patiënten in staat gesteld worden de geboden zorg te beoordelen en tussentijds te evalueren, dan is de kans groter dat de geboden zorg aansluit op de behoefte van de patiënt.

Conflictsituaties

Tijdens conflictsituaties en wanneer de patiënt de behandelrelatie afbreekt, is het raadzaam dat de hulpverlener moeite doet om de werkrelatie te herstellen ⁽²²⁰⁾. Juist mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak moeite met het hanteren van conflicten en conflictsituaties, en zij kunnen geneigd zijn conflicten te vermijden of te ontvluchten.

Tijd

De ervaring van veel patiënten is dat (ambulante) hulpverleners vaak weinig tijd en een overvolle agenda hebben, waardoor het moeilijk is korte termijn afspraken te plannen. Ook wordt de slechte bereikbaarheid van de hulpverlener, zeker in crisissituaties, als een probleem ervaren. Soms worden patiënten niet teruggebeld (terwijl dat wel is beloofd) of krijgen ze te horen dat hun hulpverlener pas over enkele dagen weer aanwezig is en dat ze het dan nog maar eens moeten proberen. Deze patiënten voelen zich in de steek gelaten. Patiënten verwachten van hulpverleners dat zij de gemaakte afspraken nakomen. Het niet op tijd, helemaal niet of zonder goede reden afzeggen of verzetten van een afspraak wordt gezien als een gebrek aan respect voor patiënten ⁽³⁵¹⁾.

Gevoelens

Patiënten spreken dikwijls met hun hulpverlener over hun gevoelens, zoals bijvoorbeeld angsten, suïcidale gedachten, (drang tot) zelfbeschadiging, alcohol- of drugsmisbruik of een eventuele doodswens. Het is van belang om dat te kunnen doen zonder dat dit automatisch leidt tot sancties, zoals een onvrijwillige opname. Als de patiënt het idee heeft dat deze gevoelens en gedachten onbespreekbaar zijn kunnen de spanningen toenemen en kunnen de gevoelens en gedachten sterker worden. ⁽⁴⁴⁰⁾. De hulpverlener moet alert zijn op het verschil tussen praten over gevoelens en gedachten met het doel de spanning te doen afnemen en suïcidale gedachten die direct levensgevaar opleveren.

Praktische ondersteuning

Het is belangrijk iemand met een persoonlijkheidsstoornis niet alleen te behandelen voor het omgaan met sociale en psychische problemen, maar ook praktische ondersteuning te bieden. Mensen met bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis kunnen problemen hebben met het omgaan met geld. Praktische ondersteuning op het gebied van financiën, huisvesting, huishouden, administratie kan dan nodig zijn. Hierbij kan het Maatschappelijk Werk of een persoonsgebonden budget (pgb) een waardevolle bijdrage leveren.

Ervaringsdeskundigheid

Bij een aantal GGZ-instellingen krijgen de medewerkers trainingen door ex-patiënten die optreden als ervaringsdeskundigen. Soms is het vanuit de instelling verplicht deze trainingen te volgen. Patiëntenorganisaties en hulpverleners hebben de ervaring dat voorlichting en trainingen door ervaringsdeskundigen bijdraagt aan meer kennis en begrip bij hulpverleners. Dit blijkt onder meer uit de reacties die hulpverleners na een training op evaluatieformulieren geven. Hierdoor verbetert ook de bejegening van de patiënt ^(73 99; <http://www.cooperatieconquest.nl>). Nehls ⁽⁴⁶⁵⁾ pleit voor voortdurende bij- en nascholing, intervisie en/of supervisie van hulpverleners die met mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis werken. Structurele voorlichting en training van hulpverleners zou dan ook een vaste plek moeten krijgen. Hierbij dient ook gebruik gemaakt te worden van ervaringsdeskundigheid en informatie die aanwezig is bij organisaties van patiënten ⁽²²⁰⁾.

Nazorg

Behandelaars verklaren een patiënt soms voor "genezen" terwijl de patiënt dat zelf anders ervaart. De lijdensdruk wordt niet altijd door hulpverleners onderkend, zeker als er geen duidelijke symptomen zijn en/of de patiënt verbaal niet sterk genoeg is om met de hulpverlener in discussie te gaan. De vraag is of 'uitbehandeld zijn' hetzelfde is als 'genezen zijn' of volledig herstel. Een belangrijk criterium voor volledig herstel is een voldoende mate van kwaliteit van leven.

Patiënten vinden het van groot belang dat er goede nazorg is. Goede nazorg houdt in dat de patiënt na zijn of haar behandeling voldoende ondersteuning krijgt bij het toepassen van opgedane vaardigheden in het leven van alledag in de maatschappij. De patiënt en hulpverlener bepalen gezamenlijk wat de patiënt hiervoor nodig heeft. Deze ondersteuning kan zowel op psychisch vlak als op praktisch gebied zijn.

Patiënten kunnen veel baat hebben bij het persoonsgebonden budget (PGB). Omdat niet iedereen van het bestaan afweet en/of weet hoe dat aan te vragen, is het wijzen op de mogelijkheid en het begeleiden in de aanvraag door de hulpverlener belangrijk.

Moeders met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Kinderen van moeders met een borderline persoonlijkheidsstoornis lopen een groot risico om zelf ook een (borderline) persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen. Voor kinderen van een moeder met een borderline persoonlijkheidsstoornis is daarom niet alleen een vroege interventie nodig, maar ook de moeder zelf heeft hulp nodig bij de opvoeding, vooral ook omdat deze moeders vaak een éénundergezin vormen ^(373 544). Systeemtherapie is een waardevolle therapievorm; daarnaast heeft de moeder ook baat bij een individuele aanpak ⁽³⁷⁴⁾.

Bij verschillende GGZ-instellingen zijn inmiddels al ondersteuningsgroepen voor moeders met een borderline persoonlijkheidsstoornis, die hen helpen bij de opvoeding van hun kinderen. In deze preventieve ondersteuningsgroepen is het belangrijk empathisch begrip voor de moeder te hebben.

Naast goede nazorg door een therapeut of GGZ-instelling bieden ook patiëntenverenigingen en lotgenotengroepen een waardevolle aanvulling door de ervaringskennis die zij hebben.

Perspectief familie, partners en directe anderen

Behandeling

De emotionele band tussen familie en patiënt is vaak sterk en wordt sterker naarmate de familie meer voor hun naaste moet zorgen. Dit geldt met name voor gezinnen, waar degene met een persoonlijkheidsstoornis thuis woont. Hulpverleners zouden zich daar bewust van moeten zijn, zeker gelet op de extramuralisering en het toenemende accent op rehabilitatie. Dat betekent, dat familieleden en directe anderen een belangrijkere rol in de zorg voor hun naaste zullen krijgen ⁽³⁶¹⁾. Ook uit het onderzoek van Trijsburg et al. ⁽⁶¹⁴⁾ is gebleken dat ongeveer 80% van de respondenten (tot 39 jaar) het (enigszins) belangrijk vinden dat hun naasten bij de behandeling betrokken worden. Ze zullen meer "partners in de zorg" worden (Borgesius 1994). Hierdoor hebben ze meer middelen en hulp nodig. Naast de protocollen en procedures van de instelling, is er ook behoefte aan algemene voorlichting en informatie over ziektebeelden, betere toegankelijkheid tot de hulpverlening en een goede communicatie en samenwerking ⁽⁴³²⁾. Belangrijk is dat familieleden, partners en directe anderen de contacten hebben met een vast contactpersoon vanuit de instelling.

Informatie

Familie en partners kunnen hulpverleners veel informatie verschaffen over hun -naaste. Deze informatie kan voor de hulpverleners waardevol zijn in de behandeling van de patiënt. Familieleden kunnen waardevolle bronnen van genezing en ondersteuning zijn en het is niet goed om hun helende hulpbronnen te negeren of te verwaarlozen ⁽⁴⁰⁷⁾. Zij zijn het systeem rond de patiënt, waarvan de naaste omgeving een grote rol kan spelen in de behandeling en verzorging van de patiënt (Modelregeling en relatie ggz-instelling naastbetrokkenen 2004).

Systeemtherapie

Systeemtherapie is gericht op herstel van relaties. Voor zowel de patiënt als voor zijn/haar omgeving kan systeemtherapie een belangrijke rol spelen. Systeemtherapie is gericht op verstoorde relaties en scheefgegroeide situaties. In principe is systeemtherapie voor alle persoonlijkheidsstoornissen geschikt. Familieleden, partners en directe anderen hechten groot belang aan duidelijkheid over aanpak en wat van hen verwacht wordt.

Meer onderzoek zou gedaan moeten worden naar behoeftes van naastbetrokkenen bij systeemtherapie teneinde meer specifieke en effectieve behandelingen te kunnen ontwikkelen. Hierdoor wordt de overeenstemming tussen behandeling en de vragen en behoeftes van naastbetrokkenen groter ⁽²⁵¹⁾.

Nazorg

Zoals hierboven al is vermeld is nazorg is heel belangrijk. Niet alleen voor de patiënt maar ook voor familie en partners. Na de behandeling vallen nogal wat -patiënten in een gat. In de praktijk blijkt dat familie en partners, of ze het nu wel of niet willen/kunnen, de eerste aangewezen personen zijn waar patiënten na de behandeling op terugvallen. Patiënten hebben door hun problematiek vaak geen sociaal netwerk en in sommige gevallen zelfs geen eigen huis of inkomsten. Een aantal zaken zouden de overgang van een opnamesituatie naar terugkeer in de maatschappij makkelijker kunnen doen verlopen: lotgenotencontact, en hulp bij het zoeken naar geschikte dagactiviteiten, het opnieuw opbouwen van een sociaal netwerk, het zoeken naar geschikt (vrijwilligers)werk en het zoeken naar (beschermden vormen van) huisvesting. Dit komt ook ten goede aan de familieleden. Zij hoeven zich dan minder zorgen te maken en zich minder verantwoordelijk te voelen voor hun naaste.

Aanbevelingen: Patiëntenperspectief

Behandeling

Aanbevolen wordt om in een groepssetting voldoende ruimte te laten voor de individuele behoeftes van patiënten. Hiertoe is het van belang dat er voldoende professionals op de werkvloer aanwezig zijn.

Psychotherapie

Binnen een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen is het van belang dat de patiënt toegang heeft tot voor hem geschikte vormen van psychotherapie. Aangeraden wordt om traumaverwerking alleen een plek in behandeling te geven nadat de patiënt heeft aan-gegeven eraan toe te zijn.

Meerdere klachten

Aanbevolen wordt om patiënten die naast een persoonlijkheidsstoornis andere psychische problemen ondervinden, een geïntegreerde aanpak van de verschillende problemen aan te bieden. Hierbij is het van belang dat één hoofdbehandelaar wordt aangesteld die voor de patiënt het vaste aanspreekpunt is. Indien dit niet mogelijk is, dan wordt aangeraden dat de verschillende behandelaars van een en dezelfde patiënt voldoende met elkaar overleggen.

Lichamelijke ziekten

Bij comorbiditeit van een persoonlijkheidsstoornis en een somatische ziekte, die beide behandeling behoeven, is het van belang dat de diverse behandelingen actief gecoördineerd worden. Hiertoe is het van belang dat de somatische arts en de behandelaar van de persoonlijkheidsstoornis contact met elkaar opnemen. Ook worden hulpverleners aangeraden zich op de hoogte te stellen van de mogelijke interacties tussen persoonlijkheidsstoornis en lichamelijke ziekte.

Zelfbeschadiging en suïcidepogingen

Voor hulpverleners is het goed te realiseren dat patiënten niet altijd om een oplossing vragen, maar vaak vooral behoefte hebben aan iemand die er voor hen is, naar hen luistert, en met hen meedenkt.

Crisispreventie

Aanbevolen wordt om samen met (ambulante) patiënten bij wie geregeld een crisis dreigt, een crisisplan en/of crisiskaart te maken.

Evaluatie

Aangeraden wordt dat patiënten en hulpverleners regelmatig, in onderling overleg, de behandeling evalueren.

Inpraak

Patiënten hebben inspraak in vorm en doel van de behandeling. De wensen van de patiënt zijn ten alle tijden bespreekbaar.

Lotgenotencontact

Aanbevolen wordt om in een vroeg stadium te wijzen op het bestaan en de functie van lotgenotencontact en het benutten van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld psycho-educatie.

Structuur

Aanbevolen wordt om rondom patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zoveel mogelijk structuur en regelmaat te creëren. In dat kader is het van belang het aantal personele wisselingen en andere veranderingen binnen de instelling en de afdeling zoveel mogelijk te beperken.

Psycho-educatie

In het kader van psycho-educatie verdienen mondelinge en schriftelijke uitleg en voorlichting - waar mogelijk - de voorkeur boven een verwijzing naar het internet.

Tevredenheid

Om de behandeling optimaal af te stemmen op de behoeften van de patiënt is het van belang dat de patiënt en behandelaar regelmatig de mate van tevredenheid over behandeling en behandelingsrelatie bespreken.

Conflictsituaties

Aanbevolen wordt dat hulpverleners het initiatief nemen om de werkrelatie te herstellen indien de patiënt tijdens een conflictsituatie de behandeling afbreekt.

Tijd

In het kader van een positieve werkrelatie is het raadzaam voor hulpverleners om hun bereikbaarheid voor hun patiënten goed te regelen, bijvoorbeeld telefonisch en/of per e-mail. Hierbij is het van belang gemaakte afspraak te allen tijde na te komen.

Gevoelens

Aanbevolen wordt om de bespreking van onderwerpen als suïcidaliteit, zelfbeschadiging en middelenmisbruik niet uit de weg te gaan en zo min mogelijk te sanctioneren met bijvoorbeeld een onvrijwillige opname.

Praktische ondersteuning

Aanbevolen wordt om patiënten waar nodig praktische ondersteuning aan te bieden op het gebied van huisvesting, huishouden, financiën en administratie.

Ervaringsdeskundigheid

Hulpverleners die met mensen met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis werken doen er goed aan voortdurende bij- en nascholing, intervisie en/of supervisie te volgen. Voorlichting en training door ervaringsdeskundigen kan hierbij een belangrijke rol vervullen.

Nazorg

Het is van belang om patiënten in aansluiting op hun behandeling voldoende ondersteuning op mentaal en praktisch gebied te bieden, om zodoende een volledig herstel te bevorderen. Aanbevolen wordt het type nazorg in overleg met de patiënt te bepalen. In dit kader is het raadzaam patiënten te informeren over patiëntenverenigingen, lotgenotencontactgroepen en de mogelijkheid een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen.

Moeders met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Aanbevolen wordt om moeders met een borderline persoonlijkheidsstoornis hulp aan te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van een preventieve ondersteuningsgroep.

Perspectief familie, partners en directe anderen

Behandeling

Aanbevolen wordt familieleden, partners en directe anderen voldoende informatie te verschaffen, zowel schriftelijk als mondeling, omtrent prognose en maatschappelijke consequenties voor patiënten en directe anderen. Hierbij is het belangrijk dat familieleden, partners en directe anderen contact hebben met een vaste contactpersoon.

Informatie

Aanbevolen wordt tijdens de behandeling - indien gewenst en zoveel als mogelijk - gebruik te maken van de informatie van familieleden, partners en directe anderen.

Systeemtherapie

Een interessante optie is om familieleden, partners en directe anderen door middel van systeemtherapeutische benaderingen te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Aanbevolen wordt om familieleden, partners en directe anderen duidelijk te informeren over wat van hen verwacht wordt.

Nazorg

Ook voor de gemoedsrust van familieleden, partners en directe -anderen is het van belang dat de patiënt door middel van toereikende nazorg wordt geholpen bij de resocialisatie.

3.4 Interventies voor de directe omgeving

Richtlijntekst:

Schuldgevoel

Familieleden, partners en directe anderen reageren ieder op hun eigen manier op hun naaste met een persoonlijkheidsstoornis. Gebleken is dat er vooral op relationeel gebied problemen kunnen ontstaan tussen de patiënt en haar/zijn omgeving. Familieleden, partners en directe anderen die geconfronteerd worden met de problematiek van hun naaste, weten hier dikwijls geen raad mee maar raken verward en maken zich grote zorgen (hoe nu verder en als wij er niet meer zijn). Daarnaast kunnen emoties worden ervaren zoals boosheid, wrok, verwijt, teleurstelling, schuldgevoel en verdriet over weggeslagen verwachtingen, zowel voor hun naaste als voor henzelf. Men is niet verantwoordelijk voor de ziekte van hun naaste, maar wel verantwoordelijk voor de reactie op hun naaste. "Als gezinnen en patiënten zo blijven functioneren, zullen zieke patronen binnen deze relaties in stand gehouden worden, versterkt worden en wordt verandering tegengehouden" (⁴⁰⁷).

Begrip

Waar familie, partners en directe anderen in eerste instantie behoefte aan hebben is dat ze "gehoord worden", dat er begrip voor hen is, dat ze praktische adviezen krijgen, dat ze weten waar hun rechten als naastbetrokkenen liggen, dat ze leren omgaan met hun naaste en dat ze weten waar ze terecht kunnen voor eigen hulp. Als deze hulp reeds in een vroeg stadium aangeboden wordt, kan overbelasting van familieleden, partners en directe anderen voorkomen (Parnassia, preventie 2005).

Psycho-educatie

De meeste mensen hebben baat bij psycho-educatie, afgestemd op informatie over de specifieke stoornis en een ondersteunend systeem waar ze van elkaar kunnen leren (²⁵¹). De cursus "Leren omgaan met Borderline" is succesvol. Hierin leert men, in lotgenotenverband, moeilijke situaties als gevolg van borderline beter te hanteren. Een neveneffect van deze cursus is, dat het symptomatische gedrag van de patiënt kan afnemen.

Lotgenotencontacten gaan veelal uit van de familieorganisatie Labyrint-in-Perspectief, maar worden nu ook georganiseerd vanuit GGZ instellingen.

Inmiddels zijn er in verschillende GGZ-instellingen Familievertrouwenspersonen, Familie-spreekuren en Familieraden aangesteld, die hun vruchten al hebben afgeworpen.

Kinderen van ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Kinderen van ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis lopen meer risico om ook een borderline stoornis te ontwikkelen. Om die reden zouden deze kinderen zo vroeg mogelijk gevolgd moeten worden. Iedere ouder met een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft haar of zijn eigen symptomen die het functioneren beïnvloedt (⁴⁰⁷). De volwassen kinderen van ouders met een persoonlijkheidsstoornis kunnen ook hun specifieke problemen hebben, bijvoorbeeld in het geven of ontvangen van liefde, intimiteit, afsluiten van emoties, identiteit, schaamte of schuldgevoel.

Partners

Zorg voor een zieke partner, vaak in combinatie met zorg voor kinderen, vergt erg veel. Naast gevoelens als angst, verdriet, woede en uitputting, kan de partner makkelijk meegezogen worden in het ziekteproces van zijn/haar partner. Een partner kan dus behoefte hebben aan ondersteuning vanuit de hulpverlener. De praktijk wijst echter uit dat niet elke hulpverlener de partner betreft bij de behandeling.

Aanbevelingen:

Schuldgevoel

Het is belangrijk dat hulpverleners aandacht hebben voor reacties van familieleden, partners en directe anderen op de ziekte van hun naaste. Aanbevolen wordt om hen zo nodig adequate begeleiding aan te bieden.

Begrip

Aanbevolen wordt om familieleden, partners en directe anderen met begrip te bejegenen en naar hen te luisteren. Hierbij kan het raadzaam zijn om familieleden, partners en directe anderen te informeren over hun rechten, hulp voor henzelf en de beste manier van omgang met de patiënt.

Psycho-educatie

Aanbevolen wordt om familieleden, partners en directe anderen, indien gewenst, de cursus "Leren omgaan met Borderline" aan te bieden.

Kinderen van ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Aanbevolen wordt om kinderen en volwassenen met een ouder met borderline persoonlijkheidsstoornis te volgen in hun ontwikkeling en aandacht te geven vanuit de hulpverlening.

Partners

Aanbevolen wordt om partners van patiënten bij de behandeling te betrekken en hen een luisterend oor te bieden.

Titel: Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkeidstoornissen (1.0)

4 Diagnostiek en indicatiestelling

Richtlijntekst:

De werkgroep heeft ervoor gekozen om de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-IV (14) als uitgangspunt te nemen voor de opbouw van deze richtlijn. De DSM-IV omvat een algemene definiëring van een persoonlijkheidsstoornis en een typering van specifieke persoonlijkheidsstoornissen (onderverdeeld in drie clusters) inclusief de persoonlijkheidsstoornis NAO (zie voor een overzicht [Specifieke inleiding](#)). In dit hoofdstuk wordt allereerst besproken hoe men in de klinische praktijk tot een betrouwbare diagnose en tot classificatie van een persoonlijkheidsstoornis kan komen.

Klinische diagnostiek omvat alle strategieën en activiteiten om tot een conclusie te komen omtrent de aard en ernst van de problematiek. Dit proces van diagnostiek verwijst naar de werkwijze waarmee stapsgewijs uiteenlopende vormen van informatie worden verzameld en geïntegreerd (676). Het doel van diagnostiek is indicatiestelling en zorgtoewijzing. Het begrip 'classificatie' verwijst daarentegen naar het indelen van deze unieke individuele klinische beelden in de rubrieken van een classificatiesysteem, zoals de huidige DSM-IV. Gekeken wordt of het individu voldoet aan strikt omschreven diagnostische criteria. Hierin is het individu veel minder herkenbaar en de informatie wordt gereduceerd tot datgene wat passend is voor het indelen in categorieën. Classificatie heeft tot doel te kunnen beschikken over een gemeenschappelijk referentiekader ten behoeve van de klinische behandelpraktijk, wetenschappelijk onderzoek en administratieve taken.

De werkgroep heeft ervoor gekozen zowel een paragraaf aan categoriale DSM-IV-classificatie te wijden als aan veelgebruikte andere (veelal dimensionale) diagnostische modellen en bijbehorende instrumenten. Dit omdat het laatste in opkomst is in zowel de klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek. De wetenschappelijke onderbouwing van de categoriale DSM-IV-classificatie behandelt de empirische ondersteuning voor het gebruik van achtereenvolgens het klinische oordeel, semi-gestructureerde interviews en zelfrapportage-instrumenten (classificatie). Vervolgens komen aanvullende, dimensionale methoden van diagnostiek aan bod (dimensionale diagnostiek). Vervolgens worden achtereen behandeld: de rol van de classificatie en haar beperkingen met betrekking tot de indicatiestelling, het proces van indicatiestelling, indicatie voor behandeling (en contra-indicaties), eerste-stap-behandelingen, verfijnde indicatiestelling en de rol van de hulpvraag bij de indicatiestelling.

Overigens is het van belang om te constateren dat er vanuit het specialisme klinische psychologie een uitgebreide klinische en empirische traditie bestaat inzake psychodiagnostische instrumenten in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen. Denk hierbij aan de WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) in al zijn versies, de MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) en diverse projectieve technieken, zoals de Rorschach. Met dit soort diagnostische technieken kunnen patiënten bij wie een DSM-IV-persoonlijkheidsstoornis is vastgesteld, verder worden onderzocht ten behoeve van indicatiestelling en zorgtoewijzing. Voor een gedetailleerd overzicht van dergelijke instrumenten, dat buiten bestek van deze richtlijn valt, wordt verwezen naar de COTAN (Commissie Test Aangelegenheden Nederland, NIP) en de wetenschappelijke literatuur hieromtrent.

Uitgangsvragen

- Met welke instrumenten, gebaseerd op de DSM-IV kunnen betrouwbare en valide categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen worden verricht?
- Welke waarde hebben dimensionale modellen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen?
- Wat is de rol van de DSM-IV-classificatie bij indicatiestelling?
- Wanneer en bij welke patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een behandeling geïndiceerd?
- Welke behandeling heeft de voorkeur als eerste stap bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke andere overwegingen gelden bij de indicatiestelling tijdens de diagnostische en behandel fase?
- In welke mate dient de aard van de hulpvraag bij de indicatiestelling een rol te spelen?

4.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Richtlijntekst:

De literatuur ten behoeve van dit hoofdstuk is niet systematisch door middel van zoekmachines gezocht. Voor het gebied van diagnostiek en assessment geldt dat de beschikbare, internationale literatuur zeer omvangrijk is, terwijl slechts een klein deel relevant werd geacht voor deze richtlijn. Voor het gebied van

indicatiestelling geldt dat systematische literatuursearches weinig tot geen relevante studies hebben opgeleverd.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen na raadpleging van wetenschappelijk literatuuronderzoek en van experts. [Zie voor namen van de deelnemers aan de expertbijeenkomst onder 'Externe deskundigen' in organisatiestructuur (zie [bijlage 1](#))] uit de klinische en onderzoekspraktijk. Voor de wetenschappelijke onderbouwing is na het opstellen van een gerichte lijst van Nederlandse instrumenten voor diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen, gezocht naar Nederlandstalig betrouwbaarheidsonderzoek, handleidingen zijn geraadpleegd en, waar nodig, is navraag gedaan bij de auteurs. Wanneer er geen Nederlandstalig betrouwbaarheidsonderzoek beschikbaar was, zijn de meest recente Engelstalige gegevens hierover geselecteerd. Vaak is ook, bij gebrek aan recente studies, gebruikgemaakt van onderzoek dat zich baseerde op de DSM-III, DSM-III-R of DSM-IV.

Betrouwbaarheid is een eerste voorwaarde voor goede meetinstrumenten. Een aantal betrouwbaarheidsmaten wordt gebruikt. In het onderzoek naar meetinstrumenten voor persoonlijkheidsstoornisdiagnostiek zijn verschillende typen betrouwbaarheidsmaten van belang, afhankelijk van het type instrument dat gebruikt wordt om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen. Voor semi-gestructureerde interviews geldt als belangrijkste betrouwbaarheids criterium de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van semi-gestructureerde interviews voor persoonlijkheidsstoornissen wordt doorgaans bepaald met Cohens (ongewogen of gewogen) kappa (¹³¹ ¹³¹) of met de Intraclass Correlatie Coëfficiënt (ICC; ⁵⁶³), beide maten voor de overeenstemming tussen twee of meer beoordelaars die een groep patiënten diagnosticeren. Een schaal of module met een kappa of ICC gelijk aan of groter dan 0,75 wijst op een zeer hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, terwijl kappawaarden tussen 0,40 en 0,75 een redelijke tot goede betrouwbaarheid aangeven (²¹⁰ , p. 218). Waarden onder 0,40 kunnen duiden op een gebrekkige overeenstemming, maar ook op methodologische beperkingen van de betreffende studie (zie bv. ²⁰²).

Voor zelfrapportage-instrumenten op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen gelden andere betrouwbaarheidsmaten. De voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen belangrijkste maat is de test-hertestbetrouwbaarheid. Deze meet de stabiliteit van de gediagnosticeerde (kenmerken van de) persoonlijkheidsstoornis over een zeker tijdsverloop. Over het algemeen geldt een betrouwbaarheid van $r=0,60$ en hoger als voldoende.

Naast betrouwbaarheid spelen validiteit en haalbaarheid een minstens zo belangrijke rol. Ook deze aspecten komen aan bod.

Wat betreft de paragrafen over indicatiestelling is de uiteindelijke literatuurkeuze tot stand gekomen via de sneeuwbalmethode, uitgaande van enkele recente publicaties op dit terrein.

4.2 Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

Aanbevelingen:

De werkgroep raadt klinici af om het diagnosticeren of classificeren van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen primair te verrichten op basis van een enkelvoudig klinisch interview. Semi-gestructureerde interviews vormen een interessante optie waarbij betrekkelijk snel tot een redelijk betrouwbare diagnostische classificatie kan worden gekomen. Om deze correct af te nemen moeten diagnostici een hiervoor geëigende training hebben gevolgd. Zelfrapportage-instrumenten kan men toepassen als screener, waarbij men zich vergewist van de psychometrische kwaliteiten van deze instrumenten. Informatie van relevante informanten geldt als belangrijke bron om de diagnose mee te staven. Voor een optimale betrouwbaarheid en validiteit zijn meerdere bronnen van informatie en het volgen van de psychische toestand van de patiënt over de tijd onontbeerlijk.

De werkgroep benadrukt dat de DSM-IV-classificatie een noodzakelijke en waardevolle stap vormt naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, maar dat deze in veel gevallen gevolgd dient te worden door meer verfijnde diagnostiek om recht te doen aan de klinische heterogeniteit binnen categorieën en onderliggende ziekteprocessen. Bij structurele diagnostiek dient men extra aandacht te besteden aan de betrouwbaarheid en validiteit van de te hanteren meetmethode door middel van specifieke scholing en training.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Classificatie van persoonlijkheidsstoornissen kan plaatsvinden door middel van: (1) het klinisch oordeel, (2) semi-gestructureerde interviews en (3) zelfrapportagelijsten. Deze drie methoden worden hieronder achtereenvolgens besproken.

(1) Het klinisch oordeel

De betrouwbaarheid van klinische diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen zonder gebruik van semi-gestructureerde interviews is vooral onderzocht door het klinisch oordeel van twee of meer beoordelaars over dezelfde casus met elkaar te vergelijken (684). Op basis van twee gedateerde, kleine studies kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de betrouwbaarheid van classificatie op basis van klinische beoordelingen van case vignetten (278) en enkelvoudige klinische interviews (433).

(2) Semi-gestructureerde diagnostische interviews

Het doel van semi-gestructureerde diagnostische interviews is het bereiken van een grotere betrouwbaarheid en validiteit van de diagnostische classificatie. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is een belangrijk aspect waarop de waarde van deze semi-gestructureerde interviews beoordeeld dient te worden. Er zijn drie in het Nederlands vertaalde semi-gestructureerde interviews voor alle DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen beschikbaar. Bovendien zijn er nog enkele semi-gestructureerde interviews beschikbaar die een van de specifieke DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen betreffen:

a. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; 208). De Nederlandse vertaling is van Weertman e.a. (650). Het instrument bestaat uit modules voor alle elf persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de vragen zijn gegroepeerd naar stoornis. Daarnaast is een appendix toegevoegd voor classificatie van de depressieve en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Voorafgaand aan het interview kan de SCID-II-Persoonlijkheidsvragenlijst als screener afgenomen worden. Het interview zelf begint met acht open vragen die informatie verschaffen over het gebruikelijke gedrag, interpersoonlijke relaties en het zelfreflectieve vermogen van de persoon. De afname per persoonlijkheidsstoornis start met een open vraag, waarna om toelichting gevraagd wordt. Per stoornis worden op deze manier de criteria doorlopen, die men op een 3-puntsschaal scoort (1=criterium is afwezig of onjuist; 2=criterium is twijfelachtig; 3=criterium is aanwezig of juist). De SCID-II kan ook worden afgenomen bij informanten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is redelijk tot goed ($r = 0,65-1,00$; 23) en de test-hertestbetrouwbaarheid bij een kort tijdsinterval bleek ook redelijk tot goed ($r = 0,63$; 650).

b. *International Personality Disorder Examination* (IPDE; 673). De Nederlandse vertaling is van Duijsens e.a. (177). Het interview is geordend naar zes thema's: werk, zelf, interpersoonlijke relaties, affecten, realiteitstoetsing en impulscontrole. Alle criteria voor de persoonlijkheidsstoornissen komen in deze rubrieken aan de orde. De IPDE staat ook toe om het interview per persoonlijkheidsstoornis af te nemen. Ieder criterium krijgt een score op een 3-puntsschaal (0=gedrag/trek niet aanwezig of normaal; 1=gedrag/trek overdreven of geaccentueerd aanwezig; 2=gedrag/trek op criteriumniveau of pathologisch). Voor het scoren van een criterium moet de gemeten trek ten minste vijf jaar aanwezig zijn. Het interview voorziet in een tweede scoringskolom voor antwoorden van informanten. Naast een score voor de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen levert het instrument ook dimensionale scores op. Voorafgaand aan het interview kan de IPDE Screenings Vragenlijst worden afgenomen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de internationale versie is redelijk tot goed ($r = 0,51-0,82$, mediaan 0,73; 405). Over de betrouwbaarheid van de Nederlandse versie zijn geen gegevens gepubliceerd.

c. *Structured Interview for DSM Personality Disorders* (SIDP-IV; 502). De SIDP-IV is gebaseerd op diens voorlopers (SIDP voor DSM-III en SIDP-R voor DSM-III-R), die over goede psychometrische kenmerken bleken te beschikken. De Nederlandse vertaling van de SIDP-IV is van De Jong e.a. (317). De SIDP-IV omvat tien secties, betrekking hebbend op verschillende levensgebieden (activiteiten en belangstelling, werk, relaties, sociale contacten, emoties, observaties, zelfpercepties, kijk op anderen, stress en boosheid en sociale conformiteit). De interviewvragen zijn geordend op basis van de secties en niet op basis van de persoonlijkheidsstoornissen. Wél staat bij elke vraag het betreffende DSM-IV-criterium dat gemeten wordt. De SIDP-IV kan ook afgenomen worden bij informanten. Het interview hanteert de 'vijf jaar regel' als operationalisering van het criterium D van de algemene diagnostische criteria. Alle vragen worden gescoord op een 4-puntsschaal (0=niet aanwezig; 1=bijna aanwezig; 2=aanwezig; 3=sterk aanwezig). Daarmee levert elke diagnose die met de SIDP-IV gesteld wordt, twee scores op: een dichotome om te bepalen of aan de diagnose is voldaan of niet, en een dimensionale voor de ernst van de diagnose. De Nederlandse vertaling van de SIDP-IV heeft een redelijk tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($r = 0,65-1,00$, mediaan 0,90; ICC 0,88-0,99, mediaan 0,97; 147).

d. *Hare's Psychopathie Checklist-Revised* (PCL-R) is een instrument voor de mate en ernst van psychopathie. Het gaat hierbij om een specifieke, ernstige subgroep binnen de categorie antisociale persoonlijkheidsstoornis. De PCL-R werd ontwikkeld door Hare en is in 2003 voor het laatst herzien (264). Het instrument is vertaald door Vertommen e.a. (639). De PCL-R bestaat uit twintig items, ondergebracht in een van de volgende twee dimensies: (1) egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruikmaken van anderen, en (2) chronisch impulsief en antisociaal gedrag. De tweede factor correleert sterk positief met de antisociale

persoonlijkheidsstoornis. Voor scoring van het instrument dient men informatie te verzamelen met het semi-gestructureerde interview en over informatie te beschikken uit het dossier van de betrokkene. De items worden gescoord op een 3-puntsschaal (0=item afwezig; 1=item geldt tot op zekere hoogte; 2=item is duidelijk aanwezig). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de PCL-R is goed: Hildebrand e.a. (279) vermelden een ICC van 0,88 voor de totaalscore en 0,76 en 0,83 voor de twee subschalen. In de meest recente handleiding voor de PCL-R stelt Hare voor om een afkapwaarde van 30 of meer te hanteren om een individu te classificeren als psychopaat. In Europa wordt ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek veelal een afkapwaarde van 26 gehanteerd (639). Bij gebruik van deze grensscore van 26 was de diagnostische overeenstemming tussen drie beoordelaars ook voldoende ($\kappa=0,72$). Van belang is te vermelden dat onderzoek naar de validiteit en bruikbaarheid van de PCL-R voor vrouwelijke populaties een negatief resultaat laat zien (643).

e. *Diagnostic Interview for Borderline patients* (DIB). Dit interview is oorspronkelijk ontwikkeld door Gunderson e.a. (255) en in het Nederlands vertaald door Derksen (161). Zanarini reviseerde de DIB om de diagnose scherper af te grenzen met andere persoonlijkheidsstoornissen (680). In het interview worden vier gebieden uitgevraagd: affect, cognities, impulsief gedrag en interpersoonlijke relaties. Voor bijna alle gebieden geldt dat de ICC's hoger zijn dan 0,75. De ICC's van de vier overige gebieden zijn redelijk tot goed (range ICC=0,55-0,74). De gereviseerde versie (DIB-R) is nog niet in het Nederlands vertaald.

f. *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI). De BPDSI (24) is een beoordelingschaal waarmee men de ernst van de manifestaties van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan vaststellen. In het semi-gestructureerde interview worden vragen gesteld over de frequentie en aard van de manifestaties gedurende een welomschreven periode. De totaalscore geeft een dimensionale score van de ernst van de borderlinepathologie in een bepaald tijdsbestek. ICC's voor de vragen varieerden tussen 0,29 en 0,99, duidend op een gebrekkige tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid op het niveau van de afzonderlijke vragen. De mediaan van 0,74 geeft een in het algemeen bevredigende betrouwbaarheid voor de vragen aan. De criteriumscores hadden goede ICC's (0,68-0,97, mediaan = 0,85) en de totaalscore kende een uitstekende ICC (0,93).

(3) Zelfrapportagelijsten

Het doel van zelfrapportagelijsten is doorgaans om te screenen voor de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen en niet zozeer om de juiste classificatie mee te bepalen c.q. diagnoses te stellen. In het Nederlands taalgebied zijn drie lijsten beschikbaar:

a. *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+). Dit instrument, vertaald door Akkerhuis e.a. (10), kent twee versies: één die de persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-IV meet (PDQ-R), en één die ook de experimentele persoonlijkheidsstoornissen in kaart brengt (PDQ-4+). De PDQ-4+ bestaat uit 99 items, waarbij de patiënt wordt gevraagd of een stelling op hem/haar van toepassing is ('juist/onjuist'). Uit onderzoek (482) is gebleken dat de PDQ-R een hoge sensitiviteit heeft, maar een lage specificiteit. Dingemans & Sno (165) concluderen op grond van de criteriumvaliditeit dat men beter de PDQ-R kan gebruiken dan de PDQ-4+.

b. *Assessment of Personality Diagnostic Questionnaire DSM-IV versie* (ADP-IV). De ADP-IV is in het Nederlands vertaald door Schotte & De Doncker (552). Het instrument kent 94 items die de DSM-IV-criteria voor de twaalf persoonlijkheidsstoornissen representeren (553). Elk item wordt op twee vlakken beoordeeld: een trait-score en een distress-score. De trait-score meet de aanwezigheid van het criterium aan de hand van een 7-puntsschaal. De distress-score gaat na of de eigenschap degene of anderen last heeft berokkend en geeft dat aan op een 3-puntsschaal. Met deze twee beoordelingen worden zowel dimensionale schalen verkregen, als een categoriale diagnostische evaluatie. De test-hertestbetrouwbaarheid voor een categoriale As-II zowel als voor de dimensionale diagnose was bevredigend (553).

c. *Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid* (VKP). De VKP is gebaseerd op de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-III-R en de ICD-10 (178). De Nederlandse versie is van Duijsens e.a. (179). De 174 items van de VKP zijn afgeleid van de IPDE-criteria voor de dertien persoonlijkheidsstoornissen en de negen door de ICD-10 geïdentificeerde persoonlijkheidsstoornissen. Alle vragen zijn positief geformuleerd en volgen dezelfde thema's als de IPDE. De antwoordalternatieven zijn: 1=waar, 2=onwaar en 3=vraagteken wanneer de uitspraak niet van toepassing is. De vragen zijn rond tien thema's gegroepeerd. De VKP voorziet zowel in categoriale als dimensionale scoring. De test-hertestbetrouwbaarheid blijkt matig wat betreft de overeenstemming tussen diagnoses; er werd een kappa van 0,40 gevonden. De test-hertestcorrelatie was $r=0,62$ en varieerde tussen 0,41 (theatrale PS) en 0,86 (antisociale PS).

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat classificatie van de specifieke DSM-persoonlijkheidsstoornissen op basis van een enkelvoudig klinisch interview slechts matig betrouwbaar is. B Mellsop e.a., 1982 ⁴³³ D Zimmerman, 1994 ⁶⁸⁴
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de semi-gestructureerde interviews SCID-II, IPDE en SIDP-IV een redelijke tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. C Arntz e.a., 1992 ²³ ; Loranger e.a., 1994 ⁴⁰⁵ ; Damen e.a., 2004 ¹⁴⁷
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat zelfrapportagelijsten een redelijke test-hertestbetrouwbaarheid hebben, maar in overdiagnostiek resulteren ten opzichte van semi-gestructureerde interviews. C Schotte & De Doncker 2000 ⁵⁵³ ; Duijsens e.a. 1995b ¹⁷⁹
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de semi-gestructureerde interviews PCL-R, DIB en BPDSI beschikken over een redelijke tot goede betrouwbaarheid en ze lijken daarmee goede instrumenten voor (aanvullende) diagnostiek van specifieke persoonlijkheidsstoornissen. C Arntz e.a., 1992 ²³ ; Loranger e.a., 1994 ⁴⁰⁵ ; Damen e.a., 2004 ¹⁴⁷

Overige overwegingen:

Uit bovenstaande wetenschappelijke onderbouwing blijkt dat de semi-gestructureerde interviews uit betrouwbaarheids oogpunt te verkiezen zijn boven een enkelvoudig klinisch interview. Hierbij dient echter te worden aangetekend dat de betrouwbaarheid en validiteit van semi-gestructureerde interviews niet altijd optimaal en soms nog onvoldoende onderzocht is.

Enkele zelfrapportage-instrumenten beschikken over een redelijke betrouwbaarheid. De validiteit van zelfrapportage-instrumenten is echter problematisch omdat zelfrapportage-instrumenten ertoe neigen meer (dan semi-gestructureerde interviews) persoonlijkheidsstoornissen te classificeren. Dat kan overdiagnostiek tot gevolg hebben (⁶⁸⁴). De overdiagnostiek van zelfrapportage-instrumenten in vergelijking met semi-gestructureerde interviews bleek uit diverse studies (o.a. ¹⁷⁶). De overdiagnostiek van de ADP-IV was daarentegen gering (⁵⁵⁴).

Een ander probleem met zelfrapportage-instrumenten is dat deze gevoelig zijn voor het toestandsbeeld, gereflecteerd in As-I-symptomen (⁶⁸⁴). Het is bovendien niet aannemelijk dat patiënten altijd over voldoende zelfreflectie en realiteitstoetsing beschikken om een zelfrapportagelijst valide in te vullen (⁴⁸²). De werkgroep beveelt diagnostici aan om zich op zijn minst op de hoogte te stellen van de psychometrische kwaliteiten van zelfrapportage-instrumenten en scores op zelfrapportage-instrumenten met voorzichtigheid te interpreteren, zelfs als deze instrumenten aan minimumeisen van betrouwbaarheid voldoen.

Verheul e.a. (⁶³⁵) stellen een verkorte screening voor als mogelijkheid tot grotere efficiëntie van diagnostiek. De werkgroep is van mening dat zelfrapportage-instrumenten wél bruikbaar kunnen zijn als screener, wat de haalbaarheid van adequate persoonlijkheidsdiagnostiek ten goede zou kunnen komen. Aan de hand van de screener kan worden bepaald welke persoonlijkheidsstoornissen men in het interview en met andere methoden moet uitvragen. De clinicus moet zich echter bewust zijn van de sensitiviteit en specificiteit van het instrument binnen een bepaalde onderzoekspopulatie of doelgroep. De meeste zelfrapportage-instrumenten beschikken over een hoge sensitiviteit maar een beperkte specificiteit. Een hoge sensitiviteit betekent dat een instrument in staat is een hoog percentage van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, juist te selecteren. Specificiteit duidt op het vermogen van een instrument om mensen die niet aan een persoonlijkheidsstoornis lijden ook als zodanig te identificeren. De specificiteit van zelfrapportage-instrumenten voor persoonlijkheidsstoornissen is meestal te laag, zodat bij patiënten die geen persoonlijkheidsstoornis hebben, ten onrechte een persoonlijkheidsstoornis wordt gediagnosticeerd (¹⁷⁶). De SCID-II-persoonlijkheidsvragenlijst fungeert als een screener voorafgaand aan het SCID-II-interview. De VKP kan als screener voor de IPDE worden gebruikt.

Het verkrijgen van informatie van informanten kan gezien worden als een vorm van convergente validiteit. De

overeenstemming tussen de informatie van patiënt en informanten blijkt overigens in de regel laag tot matig (658). Desondanks kan het van belang zijn om informanten als aanvullende bron te gebruiken, omdat zij aanvullende informatie kunnen verschaffen over die zaken die een patiënt loochent, bijvoorbeeld omdat hij zich niet voldoende bewust is van zijn eigen handelen, over onvoldoende ziekte-inzicht beschikt of bewust een onjuiste voorstelling van zaken schetst. De keuze van informanten is niet eenvoudig en aan ethische grenzen gebonden. Aan selectie van de betreffende informant moet derhalve zorgvuldig aandacht besteed worden. Al met al is de werkgroep van mening dat een classificatie of diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen, als onderdeel van het diagnostische proces, een zorgvuldige strategie vereist. De diagnose laat zich in geen geval betrouwbaar stellen op basis van een (kortdurend) enkelvoudig klinisch interview. De werkgroep is van mening dat in veel gevallen een semi-gestructureerd interview kan bijdragen aan de betrouwbaarheid van de diagnose, maar het gebruik ervan garandeert niets. Soms zal een goede diagnose pas gesteld kunnen worden na aanvullende informatie van een informant en soms zal het nodig zijn om de patiënt te volgen over de tijd. Geen enkele strategie kan op dit moment als gouden standaard worden aangewezen. De werkgroep benadrukt dat training voor het adequaat kunnen afnemen van semi-gestructureerde interviews noodzakelijk is om de diagnostische classificatie verder te standaardiseren. Alle uitgevers van de semi-gestructureerde interviews maken deze noodzaak in hun handleiding expliciet (639 684). Het is van belang aan te tekenen dat de DSM-IV-classificatie weliswaar een noodzakelijke en waardevolle stap vormt naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Echter, voor een meer verfijnde indicatiestelling heeft de clinicus doorgaans meer informatie nodig, zoals individuele trekprofielen, verschillen in kwaliteit van afweer en vermogen tot mentaliseren, een beeld van het interpersoonlijke en sociale functioneren. In dit kader kunnen interpersoonlijke, dimensionale en structurele modellen worden gebruikt, teneinde rijke hypothesen over het inter- en intraindividuele functioneren te genereren, gegeven een bepaalde DSM-classificatie. De interpersoonlijke, dimensionale en structureel diagnostische modellen zijn dan ook complementair aan de DSM-systematiek. Louter descriptieve diagnostische classificatie leidt slechts tot het indelen van verschillende typen patiënten in een en dezelfde diagnostische categorie, en gaat dan ook geheel voorbij aan de heterogeniteit van patiënten binnen een en dezelfde categorie. Bij een en dezelfde stoornis kan immers sprake zijn van verschillende onderliggende structurele processen en dimensies, hetgeen grote implicaties kan hebben voor de indicatiestelling en uitvoering van de behandeling. Veel klinici wijzen op het belang van structurele diagnostiek van persoonlijkheidspathologie, ofwel de diagnostiek van innerlijke objectrelaties, van gehechtheidsrepresentaties en van het vermogen tot integreren, reflecteren en mentaliseren. Voorbeelden van instrumenten voor structurele diagnostiek op basis van een specifiek interview zijn het Structurele Interview (336) en het Ontwikkelingsprofiel (4 5). In het Structurele Interview van Kernberg wordt op basis van realiteitstoetsing, afweermechanismen en identiteitsintegratie een categoriale Neurotische, Borderline of Psychotische persoonlijkheidsorganisatie vastgesteld. In het Ontwikkelingsprofiel van Abraham worden adaptieve en disadaptieve gedragspatronen naast elkaar in kaart gebracht en worden tien ontwikkelingsniveaus onderscheiden die hiërarchisch geordend zijn van zeer primitief disadaptief naar adaptief en rijp. Een structurele diagnostiek genereert hypothesen over de individuele draagkracht en onderliggende kwetsbaarheid. Bij de structurele diagnostiek wordt, in tegenstelling tot bij de diagnostiek vanuit de descriptieve modellen, niet uitsluitend afgegaan op zelfrapportage, waarvan de kwaliteit sterk afhangt van de mate waarin de patiënt in staat is tot introspectie en mentale representatie van affectoestanden. Een probleem hierbij is dat de verschillende methoden voor structurele diagnostiek specialistische expertise vereisen en nog slechts in beperkte mate gevalideerd zijn voor standaard toepassing in de klinische praktijk. In het beschikbare onderzoek is echter de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid redelijk tot goed van het Structureel Interview volgens Kernberg (336) (22 107 159 358) en van het Ontwikkelingsprofiel volgens Abraham (4 5) (586 619 620).

4.3 Dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidspathologie

Richtlijntekst:

Ondanks de grote waarde van de categoriale indeling van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV wijzen steeds meer klinici en wetenschappelijk onderzoekers op de beperkingen van deze vorm van diagnostische classificatie. Het alles-of-nietsprincipe van de DSM-IV-benadering miskent volgens hen de complexiteit van graduele variaties in persoonlijkheidstrekken. Dit betekent dat de As-II-systematiek in de DSM-IV uitsluit dat patiënten in een bepaalde mate door een bepaalde persoonlijkheidsproblematiek worden getypeerd. De geforceerde indeling in categorieën kan in de diagnostische praktijk leiden tot overlap en onoverzichtelijkheid.

Dat persoonlijkheidspathologie beter dimensionaal geconceptualiseerd kan worden krijgt steeds meer empirische ondersteuning (629 658). Hoewel dimensionale modellen meer recht doen aan de variabiliteit en complexiteit van persoonlijkheidstrekken en -kenmerken, zal de dimensionale informatie uiteindelijk vaak

worden gedichotomiseerd ten behoeve van klinische besluitvorming.

Veel psychologische meetinstrumenten die zijn ontwikkeld buiten de DSM-systematiek, kunnen indirect ondersteuning bieden bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen en indicatiestelling voor behandeling. Het probleem bij de dimensionale benaderingen is dat deze nog weinig onderzocht zijn als aanvulling op of als alternatief voor de DSM-systematiek. Met het oog op de te verwachten wending richting dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen worden hieronder enkele instrumenten en benaderingen kort beschreven, waar mogelijk met wetenschappelijke onderbouwing.

Aanbevelingen:

De werkgroep raadt gebruikers af om dimensionale diagnostische instrumenten als alternatief voor semi-gestructureerde interviews te gebruiken voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-IV. Wel kunnen dergelijke meetinstrumenten informatie genereren die richtinggevend is voor de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie ten behoeve van indicatiestelling voor behandeling.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Hieronder komen vijf alternatieve dimensionale modellen aan de orde:

a. *Vijffactoren Model (VFM)*. Het VFM (Big Five) is de meest toonaangevende vertegenwoordiger van de dimensionale benadering die het algemeen functioneren van de persoonlijkheid in kaart brengt ⁽⁶³⁰⁾. Het model is oorspronkelijk ontwikkeld op basis van factoranalytische onderzoeken met beschrijvingen van persoonlijkheidseigenschappen, waaruit vijf factoren of domeinen naar voren kwamen: (1) extraversie - introversie; (2) vriendelijkheid - antagonisme; (3) consciëntieusheid - impulsiviteit; (4) emotionele instabiliteit (neuroticisme) - stabiliteit; (5) onconventionaliteit (openheid) - traditionaliteit (rigiditeit). De NEO-PI-R is een zelfrapportage lijst gebaseerd op het vijffactorenmodel ⁽²⁸³⁾.

b. *Dimensionale reorganisaties van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen*. Clark & Livesley ⁽¹¹⁹⁾ hebben, na grondige analyse achttien fundamentele dimensies van de persoonlijkheid beschreven die geabstraheerd kunnen worden naar vier dimensies van een 'hogere orde': emotionele ontregeling, dissociaal gedrag, inhibitie en compulsiviteit. Een meetinstrument dat de dimensionaliteit van de persoonlijkheid volgens het achttienfactorenmodel meet, is de Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire (DAPP-BQ). In Nederlands onderzoek werd overeenstemming in 'hogere' en 'lagere' orde factorstructuur tussen de Nederlandstalige en Canadese DAPP-BQ-versie gevonden. De vier 'hogere' orde factoren hingen positief samen met de Canadese versie, maar die samenhang was er in mindere mate voor de 'lagere' orde factoren ⁽³²⁴⁾. De vier 'hogere' orde factoren bleken positief samen te hangen met de vijf factoren van het vijffactorenmodel.

c. *Zevenfactorenmodel*. Het zevenfactorenmodel van Cloninger ⁽¹²⁴⁾ gaat uit van vier temperamentdimensies (novelty seeking, harm avoidance, reward dependence, persistence), en drie karakterdimensies (self-directedness, cooperativeness, self-transcendence). De temperamentdimensies verwijzen naar aangeboren disposities om op een bepaalde manier op prikkels te reageren en zouden zijn gerelateerd aan verschillende monoamine-neuromodulatoren, terwijl de karakterdimensies worden opgevat als individuele verschillen die zich ontwikkelen via een niet-lineaire interactie van temperament, gezinsomgeving en levenservaringen ⁽⁶⁰⁴⁾. De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis gaat in het algemeen samen met lagere niveaus op de karakterdimensies, terwijl de temperamentdimensies vooral zouden bepalen van welk type persoonlijkheidsstoornis er sprake is ⁽¹²⁴⁾. De zeven factoren kunnen worden gemeten met behulp van de Temperament and Character Inventory (TCI), die in het Nederlands vertaald en gevalideerd is door Duijsens & Spinhoven ⁽¹⁷⁵⁾.

d. *Interpersoonlijke Circumplex-modellen*. Een andere dimensionale benadering is die van de interpersoonlijke persoonlijkheidsproblematiek. Deze bouwt voort op het uitgangspunt van de DSM-IV dat persoonlijkheidsstoornissen evenzeer aan de hand van contraproductieve interpersoonlijke gedragingen kunnen worden gedefinieerd. Het inzicht dat persoonlijkheidsstoornissen nooit los staan van de sociale context waarin zij zich manifesteren, wint duidelijk terrein ^(293 339). In het Nederlands vertaalde instrumenten die hiervoor gebruikt worden zijn de Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; ⁶⁸³), de Nederlandse Interpersoonlijke Adjectieven Schaal (NIAS; ⁵⁴⁵), de Interpersonal Checklist Revised (ICL-R; ³¹⁸) en de Impact of Message Inventory (IMI-C; ^{258 259 260}).

e. *Dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie*. Een interessante ontwikkeling binnen de Nederlandse persoonlijkheidsdiagnostiek is de dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie van Eurelings-Bontekoe & Snellen ⁽¹⁸⁸⁾. Met deze methode worden de gemeten persoonlijkheidsdimensies in hun onderlinge samenhang

(context) geïnterpreteerd volgens door de auteurs opgestelde klinische regels en theoretisch referentiekader, in tegenstelling tot de gebruikelijke nomothetische interpretatie van elke met een test gemeten persoonlijkheidsdimensie afzonderlijk. De persoonlijkheidsdimensies worden gemeten met de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) en de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). Het voordeel van het systeem is dat het mogelijkheden biedt tot integratie van afzonderlijke testresultaten. De validiteit van deze methode is vooralsnog in beperkte mate onderzocht ([187](#) [344](#)). Op de methode is echter de nodige kritiek verschenen ([162](#) [571](#); reacties: [189](#) [574](#)).

Overige overwegingen:

Uit bovenstaande literatuur over dimensionale persoonlijkheidsdiagnostiek komt naar voren dat dimensionale benaderingen van toegevoegde waarde kunnen zijn in het proces van persoonlijkheidsstoornisdiagnostiek. Geen van deze meetinstrumenten is echter verankerd in de DSM-systematiek. Ze kunnen daarom wel hypothesegenererend maar niet hypothesetoetsend worden gebruikt voor het classificeren van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen.

4.4 De rol van categoriale DSM-IV-classificatie bij de indicatiestelling

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat zorgvuldige diagnostiek op basis van classificatie van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen een waardevolle en in zekere zin ook noodzakelijke stap is naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Het biedt de beste garantie voor een optimale communicatie tussen hulpverleners en stimuleert ook de toepassing van wetenschappelijke evidentie en behandelrichtlijnen.

De werkgroep is van mening dat men terughoudend moet zijn met het verbinden van algemene, maar voorlopig empirisch niet getoetste, uitgangspunten voor behandeling op basis van de DSM-IV. Zo dient men bedacht te zijn op de beperkte 'dekking' van het classificatiesysteem of, met andere woorden, dat de afwezigheid van een dergelijke diagnose niet betekent dat er geen behandeling kan worden geïndiceerd. En ook adviseert de werkgroep terughoudend te zijn met het verbinden van algemene conclusies aan de clusterindeling (zoals dat cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen niet toegankelijk zouden zijn voor psychotherapeutische beïnvloeding).

Verder biedt de classificatie alléén zelden voldoende houvast bij de indicatiestelling. Naast de classificatie kan informatie over (onder andere) de ernst van de aandoening, psychiatrische comorbiditeit, de aanwezigheid van psychologische vaardigheden en contextuele factoren, behulpzaam zijn bij het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De tweede as van de DSM-IV is wereldwijd de meest gebruikte classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Het is de basis voor een groot deel van de klinische en wetenschappelijke literatuur over het onderwerp en de toepassing ervan is verplicht in de Nederlandse klinische praktijk. Velen geven er de voorkeur aan, boven (dimensionale) alternatieven, vanwege de bekendheid onder klinici en de daaruit vloeiende communicatieve waarde. Toch is er ook veel kritiek te horen op de huidige categoriale classificatie in de DSM-IV. De klinische bruikbaarheid van het systeem zou beperkt worden door onder andere de volgende problemen:

- de excessieve comorbiditeit als gevolg van overlappende categorieën
- de complexiteit en daardoor onbetrouwbare diagnoses wanneer het zonder gestandaardiseerde instrumenten wordt toegepast
- onvoldoende dekking van het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen
- de introductie van arbitraire afkapwaarden ([629](#)).

De werkgroep onderschrijft (deels) de beperkingen van de DSM-IV. Toch is zij van mening dat zorgvuldige diagnostiek met behulp van classificatie van persoonlijkheidsstoornissen met DSM-IV een waardevolle en in zekere zin ook noodzakelijke stap is naar de behandeling van deze aandoeningen. De toepassing van de DSM-IV biedt de beste garantie voor een optimale communicatie tussen hulpverleners en stimuleert ook de

toepassing van wetenschappelijke evidentie en behandelrichtlijnen die hierop zijn gebaseerd.

Een belangrijk probleem dat meer toelichting vereist, is het feit dat de DSM-IV onvoldoende dekking lijkt te bieden van het brede spectrum van persoonlijkheidsproblemen. Westen & Arkowitz-Westen ⁽⁶⁵⁶⁾ rapporteerden bijvoorbeeld dat de meerderheid (60,6%) van patiënten die bij 238 psychiaters en psychologen in behandeling waren voor hun persoonlijkheidsproblemen, niet in aanmerking kwamen voor een formele diagnose met behulp van een DSM-IV-classificatie. Deze bevinding kan deels worden verklaard op basis van onderdiagnostiek door hulpverleners die geen semi-gestructureerde interviews gebruiken, maar deze gegevens wijzen ook sterk in de richting van de beperkte dekking van persoonlijkheidsproblemen door de DSM-IV ⁽⁶²⁹⁾.

Een ander probleem van de DSM-IV vormt het grote percentage persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO) classificaties. Mensen komen in aanmerking voor de classificatie persoonlijkheidsstoornis NAO als zij kenmerken van verschillende specifieke stoornissen hebben die wel voldoen aan de algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, maar waarbij niet voldaan is aan de specifieke diagnostische criteria van een van de tien formele diagnoses ⁽¹⁶⁾. Voor deze restcategorie komen ook in aanmerking mensen die een persoonlijkheidsstoornis hebben die niet is opgenomen als formele classificatie in de DSM-IV, zoals de depressieve, passief-agressieve en zelfondermijnende persoonlijkheidsstoornis. In een grote studie bij 1760 patiënten die zich hadden aangemeld voor behandeling van hun persoonlijkheidsproblemen, bleek de persoonlijkheidsstoornis NAO de op één na meest prevalentie persoonlijkheidsstoornis (21,6%), na de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (28,1%) en gevolgd door de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (20,9%) en de obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis (20,7%). Het behoeft geen betoog dat de indicatiestelling op basis van een persoonlijkheidsstoornis NAO, door de klinische heterogeniteit inherent aan deze categorie, een lastige aangelegenheid is.

Maar ook bij patiënten die wel voldoen aan de diagnostische criteria van een specifieke persoonlijkheidsstoornis op de As-II van de DSM-IV is de indicatiestelling vaak een ingewikkelde aangelegenheid. Zelfs bij de stoornis waar inmiddels het meeste (behandel)onderzoek naar is gedaan, de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, biedt deze diagnose alleen onvoldoende aanknopingspunten voor de selectie van een specifiek behandelprogramma. De beschikbare behandelprogramma's verschillen immers niet alleen in termen van het theoretische referentiekader, maar lopen ook in belangrijke mate uiteen voor wat betreft de setting, duur en intensiteit. Naast de classificatie kan informatie over de ernst van de aandoening, de psychiatrische comorbiditeit, de mate waarin bepaalde psychologische vaardigheden (zoals het mentaliserend vermogen, het vermogen tot het aangaan van een therapeutische relatie en de kwaliteit van de afweer) zijn ontwikkeld, en contextuele factoren (o.a. sociale steunsysteem), behulpzaam zijn bij de selectie van het meest effectieve en efficiënte behandelprogramma.

Conclusies:

Niveau <u>3</u>	De DSM-IV voorziet slechts in een beperkte 'dekking' van patiënten met persoonlijkheidsproblemen; veel mensen die daarvoor wel hulp nodig hebben, komen niet in aanmerking voor een formele diagnose op As-II. C Westen & Arkowitz-Westen, 1998 ⁶⁵⁶
-----------------	---

Overige overwegingen:

De classificatie alleen biedt zelden voldoende houvast bij de indicatiestelling; naast de classificatie kan informatie over (onder andere) de ernst van de aandoening, psychiatrische comorbiditeit, de aanwezigheid van psychologische vaardigheden en contextuele factoren (o.a. sociale steunsysteem), behulpzaam zijn bij de selectie van het meest effectieve en efficiënte behandelprogramma.

In de klinische praktijk wordt dikwijls de clusterindeling van persoonlijkheidsstoornissen gehanteerd als een grove indicatie voor specifieke behandelprogramma's. Zo worden cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen (ontwijkende, afhankelijke en obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis) vaak aangemerkt als aandoeningen die door middel van psychotherapie toegankelijk zijn. Deze mogelijkheid wordt bij cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen (paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) vaak betwijfeld. Cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen nemen wat dat betreft een middenpositie in. De mogelijkheden voor psychotherapeutische beïnvloeding zouden bij deze aandoeningen grotendeels afhankelijk zijn van andere patiëntkenmerken, zoals ernst en genoemde psychologische vaardigheden. De werkgroep is van mening dat, door de afwezigheid van empirische evidentie voor genoemde veronderstellingen, men met dit soort 'kennis' voorzichtig moet omspringen. Zo is er genoeg casuïstisch materiaal voorhanden op basis waarvan patiënten met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis wel degelijk blijken te profiteren van psychotherapeutische behandeling.

4.5 Indicatie voor behandeling

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat hulpverleners terughoudend dienen om te gaan met het gebruik van 'contra-indicaties' voor de (psychotherapeutische) behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, juist nu we een trend zien in de richting van de ontwikkeling van behandelprogramma's voor welke geen of slechts weinig van deze contra-indicaties nog gelden.

Aanzienlijke kans op spontaan herstel kan een reden zijn om vooralsnog geen behandeling van de persoonlijkheidsstoornis(sen) in te stellen.

Behandeling van de geclassificeerde persoonlijkheidsstoornis(sen) is pas geïndiceerd wanneer een constellatie van maladaptieve persoonlijkheidstrekken aanhoudend het sociaal en/of beroepsmatig functioneren ondermijnt of aanhoudend bijdraagt aan het ontstaan en/of de instandhouding van symptoompathologie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Indicatiestelling omvat diagnostische overwegingen en beslissingsprocedures die de keuze van de meest aangewezen behandeling ondersteunen. Indicatiestelling nadat persoonlijkheidsproblematiek in termen van de DSM-IV is geëvalueerd, noodzaakt allereerst tot een antwoord op de vraag of de persoonlijkheidsproblematiek ernstig genoeg is om behandeling te rechtvaardigen. Is dat het geval, dan dient in tweede instantie nagegaan te worden of de patiënt over voldoende mogelijkheden beschikt om van behandeling te kunnen profiteren ⁽⁶²⁹⁾.

De meeste contra-indicaties die in de klinische praktijk worden gebruikt voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn op basis van klinische ervaring ontstaan en missen een empirische grondslag. Er zijn geen behandelstudies die laten zien dat bepaalde subpopulaties niet kunnen profiteren van behandeling.

Conclusies:

Niveau 4	De meeste contra-indicaties die in de klinische praktijk worden gebruikt voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn op basis van klinische ervaring ontstaan en missen een empirische grondslag. Er zijn geen behandelstudies die laten zien dat bepaalde subpopulaties niet kunnen profiteren van behandeling.
	D De Werkgroep

Overige overwegingen:

Recentelijk zien we een trend richting de ontwikkeling van behandelprogramma's voor welke geen of slechts weinig van de eerder genoemde contra-indicaties nog gelden.

De werkgroep is van mening dat een aanzienlijke kans op spontaan herstel de belangrijkste reden is om (nog) geen behandeling in te stellen. Bedacht moet worden dat iedereen in meer of mindere mate adaptieve persoonlijkheidstrekken heeft; vaak markeren deze kenmerken iemands uniciteit. De werkgroep is van mening dat behandeling pas is geïndiceerd wanneer deze trekken resulteren in aanmerkelijk lijden bij het individu of zijn omgeving, bijvoorbeeld doordat deze persoonlijkheidstrekken het sociaal en/of beroepsmatig functioneren ondermijnen of bijdragen aan het ontstaan en/of de instandhouding van symptoompathologie.

In de klinische praktijk worden tal van andere redenen genoemd om geen behandeling in te stellen.

Voorbeelden zijn een acuut psychiatrisch toestandbeeld, onvoldoende motivatie, een geschiedenis van psychosen, verslaving, agressie, taalproblemen, suïcidegevaar of een andere vorm van crisis, psychopathie, zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid en onvoldoende reflectieve vermogens. Voor zover de werkgroep bekend zijn deze zogenaamde contra-indicaties op basis van klinische ervaring ontstaan en missen ze een empirische grondslag. Zelfs voor het idee dat psychopathie een contra-indicatie vormt voor psychotherapeutische beïnvloeding is de empirische onderbouwing dermate mager, dat het beter als een hypothese kan worden beschouwd ^(365 670). Het is goed te realiseren dat contra-indicaties vaak zijn ontstaan met als doel het

indicatiegebied van een bepaald behandelprogramma duidelijk af te bakenen. Dat betekent dus dat het geen algemene of absolute contra-indicaties voor behandeling zijn.

4.6 Eerste-stap-behandelingen

Aanbevelingen:

De behandeling van eerste keuze is psychotherapie. Farmacologische en andere psychosociale interventies kunnen daarbij een ondersteunende rol vervullen. Als een eerder gekozen (psychotherapeutische) behandeling niet blijkt te werken, dient men specialistische diagnostiek te (laten) verrichten naar de vraag welke alternatieve beïnvloedingsmogelijkheden resteren.

De werkgroep beveelt aan om de voortgang van behandelingen, in het bijzonder bij langdurige behandeltrajecten, te monitoren opdat eventuele therapeutische stagnaties tijdig worden gesignaleerd en zo nodig tot herziening van de indicatiestelling kan worden besloten.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Van alle in deze richtlijn besproken behandelinterventies krijgt psychotherapie verreweg de meeste empirische steun ([380](#) [497](#)). De bewezen werkzaamheid betreft een brede range van persoonlijkheidsstoornissen en een brede range van behandeldoelen. Farmacotherapie is ook effectief gebleken, maar met name bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis ([63](#)) en de effecten zijn meer specifiek. Voor andere psychosociale interventies, zoals verpleegkundige interventies en vaktherapieën, geldt dat de mate van het wetenschappelijk bewijs beduidend minder sterk is. Voor de brede range van persoonlijkheidsstoornissen geldt psychotherapie daarom als eerste-stap-behandeling, eventueel ondersteund met andere behandelvormen. Medicatie kan bijvoorbeeld worden ingezet om comorbide As-I-stoornissen of persoonlijkheidssymptomen die interfereren met de psychotherapie te verminderen. Vaktherapie kan worden ingezet om het psychotherapeutisch proces, bijvoorbeeld in een dagklinische of klinische setting, te versterken. Systeemtherapie is geïndiceerd om ook het sociaal netwerk bij de behandeling te betrekken en zo de kans op terugval te reduceren en de kans op sociale rehabilitatie te vergroten.

Conclusies:

Niveau 1	Psychotherapie als behandelinterventie voor de brede range van persoonlijkheidsstoornissen geniet verreweg de meeste empirische steun. De bewezen werkzaamheid betreft een brede range van behandeldoelen. A1 Leichsenring & Leibing, 2003 380 ; Perry e.a., 1999 497 Zie ook Psychotherapeutische interventies van deze richtlijn
Niveau 1	Farmacotherapie is ook effectief gebleken, maar met name bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de effecten zijn meer specifiek. A1 Binks, 2006 63 Zie ook Farmacotherapeutische interventies van deze richtlijn
Niveau 4	Voor andere psychosociale interventies, zoals verpleegkundige interventies en vaktherapieën, geldt dat de mate van het wetenschappelijk bewijs beduidend minder sterk is. Zie onder andere Psychosociale interventies van deze richtlijn

Overige overwegingen:

Psychotherapie kan worden geleverd in vele soorten en maten. Vooral de dosering in termen van de setting en duur is een belangrijke variabele. In het hoofdstuk over [psychotherapie](#) worden hiertoe richtlijnen geïntroduceerd op basis van een combinatie van het 'matched and stepped care'-principe. Zo is bij licht ernstige persoonlijkheidspathologie een ambulante individuele psychotherapie of eventueel een groepspsychotherapie de behandeling van eerste keuze, en bij matig ernstige persoonlijkheidspathologie is een ambulante individuele psychotherapie, eventueel in combinatie met een groepstherapie, de behandeling

van eerste keuze. De werkgroep beveelt aan om de voortgang van behandelingen, in het bijzonder bij langdurige behandeltrajecten, te monitoren opdat eventuele therapeutische stagnaties tijdig worden gesignaleerd en zo nodig tot herziening van de indicatiestelling kan worden besloten. Als een initiële dosering niet afdoende blijkt te zijn, kan men overwegen de patiënt te verwijzen naar een meer intensieve setting (bijvoorbeeld van ambulante naar dagklinische of klinische psychotherapie) of de duur van de ambulante behandeling te verlengen.

De werkgroep is van mening dat een specialistisch diagnostisch onderzoek dient plaats te vinden als een eerder gekozen psychotherapeutische behandeling niet blijkt te werken. In zo'n specialistisch diagnostisch onderzoek dient onderzocht te worden welke alternatieve beïnvloedingsmogelijkheden resteren.

4.7 Verfijnde indicatiestelling tijdens de diagnostische en behandelfase

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan om de voortgang van behandelingen, in het bijzonder bij langdurige behandeltrajecten, te monitoren opdat eventuele therapeutische stagnaties tijdig worden gesignaleerd en zo nodig tot herziening van de indicatiestelling of het behandelingsplan kan worden besloten.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er bestaan aanwijzingen dat de mate waarin een behandelaar zich in de behandelcontacten directief opstelt, het best omgekeerd evenredig kan zijn met het 'weerstandsniveau' van de patiënt (57). Dit zou kunnen betekenen dat patiënten met een hoog weerstandsniveau (in termen van autonomiebehoefte, oftewel verzet tegen de beïnvloeding door anderen) bij voorkeur non-directief of zelfs paradoxaal (het voorschrijven van weerstandsgedrag) benaderd dienen te worden om de gewenste therapeutische verandering tot stand te brengen. Patiënten met een laag weerstandsniveau zouden daarentegen therapeutisch het best directief en congruent benaderd kunnen worden.

Wat betreft functionele handicaps (namelijk de ernst van de moeilijkheden waarmee de patiënt zich manifesteert en het aantal levensgebieden waarop de patiënt moeilijkheden ondervindt), copingstijlen en sociale steun zijn er op basis van empirisch onderzoek tot nu toe vier vuistregels te definiëren (56):

1. De kans op therapeutische verbetering is groter naarmate de patiënt op meer sociale steun kan terugvallen en naarmate zij of hij minder functionele handicaps heeft.
2. Patiënten met veel en/of ernstige functionele handicaps en weinig sociale steun profiteren het meest van (ondersteunende) psychofarmaca.
3. Binnen de subgroep van patiënten met veel en/of ernstige functionele handicaps is er een positief verband tussen de duur van de behandeling en het te verwachten behandelrendement.
4. De therapeutische verandering is het grootst wanneer de focus van de behandeling wordt afgestemd op de copingstijl van de patiënt. Introspectieve en zelfkritische patiënten kunnen het best inzichtgevend en interpersoonlijk benaderd worden, impulsieve, extraverte en externaliserende patiënten daarentegen kunnen het best klachtgericht en taakgericht worden benaderd.

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de mate waarin een behandelaar zich in de behandelcontacten directief opstelt, het best omgekeerd evenredig kan zijn met het weerstandsniveau van de patiënt. C Beutler e.a., 2002 ⁵⁶ ⁵⁷
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de aard en de ernst van functionele handicaps (namelijk de ernst van de problemen en het aantal levensgebieden waarop de patiënt moeilijkheden ondervindt) relevant zijn voor de kans op therapeutische verbetering, de wenselijkheid van (ondersteunende) psychofarmaca en de optimale duur van de behandeling. C Beutler e.a., 2002 ⁵⁶ ⁵⁷
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat introspectieve en zelfkritische patiënten het best inzichtgevend en interpersoonlijk benaderd kunnen worden, terwijl impulsieve, extraverte en externaliserende patiënten daarentegen het best klachtgericht en taakgericht benaderd kunnen worden.

C Beutler e.a., 2002⁵⁶ ⁵⁷**Overige overwegingen:**

Vanuit het specialisme klinische psychologie is er een uitgebreid arsenaal aan psychodiagnostische instrumenten voorhanden dat behulpzaam kan zijn bij de verfijnde indicatiestelling. Het valt echter buiten bestek van dit hoofdstuk om al deze instrumenten te bespreken. De verfijnde indicatiestelling beperkt zich hier niet tot de diagnostische fase die aan behandeling vooraf gaat. Lopende een behandeling moet de clinicus tussentijds vaak tot herziening van de behandelingsdoelen en strategieën besluiten op grond van therapeutische stagnaties (impasses), zeker bij patiënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. In de Verenigde Staten experimenteerden diverse onderzoeksgroepen (³⁶³) met het zogeheten monitoren van therapeutische verandering. Patiënten vulden daarbij voorafgaand en/of na elk behandelcontact een of meer beoordelingsschalen in, zodat het behandelverloop systematisch kon worden gevolgd. Voor het Nederlands taalgebied zijn inmiddels enkele van deze beoordelingsschalen beschikbaar gekomen: de Outcome Questionnaire (⁵⁵ ³¹⁹) en de combinatie Outcome Rating Scale-Session Rating Scale (ORS-SRS). Door middel van grafische feedback over het behandelverloop aan patiënt en/of behandelaar(s) kan eventueel tot bijstelling van de behandeling worden besloten.

Voor optimale tussentijdse bijstellingen van het behandel aanbod op grond van onvoldoende therapeutische progressie bij patiënten met DSM-persoonlijkheidsstoornissen, is ook het systematisch registreren van de kwaliteit van de werkaliantie, alsmede van de tegenoverdrachtsreacties bij de behandelaar van groot belang. Internationaal is evidentie dat de werkaliantie (²⁹⁵), de herkenning van en de omgang met tegenoverdrachtsreacties door de behandelaar (²³³) sterk bepalend zijn voor het welslagen van psychologische en psychiatrische behandelingen. Dat geldt vooral bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Voor het meten van de kwaliteit van de werkaliantie is in het Nederlandse taalgebied een gevalideerde versie van de Working Alliance Inventory (WAI; ²⁹⁶) beschikbaar (⁶⁴⁰). Voor het meten van 'objectieve' (intersubjectieve) tegenoverdrachtsreacties bij de behandelaar kan de Nederlandse versie van de Impact Message Inventory circumplexversie (IMI-C;³³⁹) worden gebruikt (²⁵⁸ ²⁵⁹ ²⁶⁰).

4.8 De rol van de hulpvraag van de patiënt bij de indicatiestelling

Aanbevelingen:

De initiële hulpvraag van patiënten verwijst zelden naar persoonlijkheidsproblemen, ook al zijn deze wel degelijk aanwezig. De hulp-verlener dient te proberen de eventuele relatie tussen klachten en persoonlijkheid bespreekbaar te maken. Dit vereist een hoog niveau van professionaliteit, waaronder inzicht in (tegen)overdrachtsreacties en afweermechanismen, maar ook algemene communicatieve vaardigheid en taalcreativiteit. Deze vaardigheden zijn leerbaar. De hulpverlener dient bij indicatiestelling en zorgtoewijzing patiëntvoorkeuren mee te wegen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Na de diagnostische fase wordt de indicatie gesteld en deze wordt besproken met de patiënt. Het is van belang de patiënt expliciet bij de uiteindelijke verwijzing of indicatie te betrekken, omdat anders het risico bestaat dat de patiënt het advies niet of slechts deels opvolgt. Uit onderzoek is gebleken dat er verschillende patiëntvoorkeuren bestaan. Sommige voorkeuren zijn zo essentieel voor de patiënt dat de hulpverlener er goed aan doet om deze te identificeren en er terdege rekening mee te houden (zie bijvoorbeeld: ⁷⁰ ⁶²¹ ⁶²² ⁶²³).

Conclusies:

Niveau ³	<p>Er zijn aanwijzingen dat bepaalde voorkeuren van de patiënt zo doorslaggevend zijn voor het slagen van een behandeling, dat de hulpverlener er goed aan doet om deze tijdig te identificeren en er terdege rekening mee te houden bij de uiteindelijke indicatiestelling en zorgtoewijzing.</p> <p>C Bleyen e.a., 1999⁷⁰ D Veeninga & Hafkenscheid, 2002, 2004a, 2004b⁶²¹ ⁶²² ⁶²³</p>
---------------------	--

Overige overwegingen:

Patiënten kloppen zelden bij de hulpverlening aan met klachten die rechtstreeks hun persoonlijkheid betreffen. Meestal willen zij geholpen worden in verband met klachten als somberheid, angst, slaapproblemen of relatieproblemen. In veel gevallen is het instellen van een klachtgerichte behandeling, conform de hulpvraag van de patiënt, dan geïndiceerd. Indien de hulpverlener echter de indruk heeft gekregen dat het ontstaan en/of de instandhouding van de klachten in belangrijke mate kan worden verklaard op basis van de persoonlijkheidsproblematiek, dan dient hij te proberen deze relatie tussen klachten en persoonlijkheid bespreekbaar te maken. Als patiënten hiervoor openstaan, kan de persoonlijkheidsdiagnostiek worden verdiept, de hulpvraag eventueel worden bijgesteld en een behandeling gericht op de persoonlijkheidsproblematiek worden geadviseerd. Als patiënten hiervoor niet openstaan, dan kan de hulpverlener toch een behandeling gericht op de persoonlijkheid voorstellen, maar dan bijvoorbeeld onder de noemer van een behandeling voor het veranderen van lastige gedachten en/of gevoelens.

Patiënten bij wie een of meer persoonlijkheidsstoornissen zijn geïndiceerd, hebben er recht op van de classificatie(s) op de hoogte te worden gebracht. Ze hebben er ook recht op te weten op basis van welke kenmerken de classificatie(s) tot stand is (zijn) gekomen. Het is echter niet altijd eenvoudig om met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen te praten over hun persoonlijkheidspathologie. Dit geldt met name voor patiënten bij wie een sterke krenkbaarheid onderdeel uitmaakt van hun stoornis. Het bespreken van de geïndiceerde persoonlijkheidsstoornis(sen) vereist een hoog niveau van professionaliteit, waaronder inzicht in (tegen)overdrachtsreacties en afweermechanismen, maar ook algemene communicatieve vaardigheid en taalcreativiteit. Veel hulpverleners vinden dit lastig, maar het is wel te leren.

5. Psychotherapeutische interventies

Richtlijntekst:

Het wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van psychotherapeutische interventies bij persoonlijkheidsstoornissen komt uit onderzoek naar de effectiviteit van ambulante individuele psychotherapie, ambulante groepspsychotherapie en (dag)klinische psychotherapie.

De in dit hoofdstuk besproken onderzoeken laten grote verschillen zien voor wat betreft de aard van de onderzochte effecten en het aantal effectmaten. Omwille van de overzichtelijkheid is er in deze richtlijn voor gekozen om bij de beschrijving van de diverse onderzoeken geen volledige opsomming van maten waarop wel en maten waarop geen effecten konden worden aangetoond te geven. In de wetenschappelijke onderbouwing en de conclusies hebben we ervoor gekozen om te differentiëren naar de volgende behandeldoelen:

- reductie van symptomen, zoals het verminderen van angstsymptomen, depressieve klachten, verslavingsproblemen of een combinatie van deze
- reductie van persoonlijkheidspathologie, zoals het verminderen van maladaptieve gedragspatronen (bv. suïcidaliteit, zelfbeschadigend gedrag en criminele gedragingen) of maladaptieve persoonlijkheidstrekken (bv. impulsiviteit en emotionele stabiliteit)
- verbetering van het beroepsmatig, sociaal en relationeel functioneren

Veel onderzoek is verricht naar psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen, ofwel het brede spectrum. Dit onderzoek is gericht op alle drie de persoonlijkheidsstoornissenclusters. Er is ook veel specifiek onderzoek verricht naar psychotherapie bij de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (OPS) en bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Er is voor gekozen om de bevindingen op basis van deze onderzoeken alleen afzonderlijk te noemen wanneer ze tot aanvullende conclusies en aanbevelingen leiden.

Uitgangsvragen

- Welke psychologische en/of sociale behandelinterventies en -methoden zijn effectief bij de te onderscheiden vormen van persoonlijkheidsstoornissen ten aanzien van de verschillende behandeldoelen?
- Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van de verschillende behandelingen?

5.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Richtlijntekst:

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen van dit hoofdstuk werd literatuur gezocht in PsycINFO, Medline en Embase. De zoektermen hierbij waren 'personality disorder', 'personality pathology' en 'axis II'. Deze termen zijn gecombineerd met de zoektermen 'trial', 'therapy', 'treatment', 'efficacy' en 'effectiveness'. Ter afbakening van de zoekopdracht zijn de volgende beperkingen gebruikt: leeftijd (achttien jaar of ouder), taalgebied (Nederlands, Engels en Duits) en periode van publicatie (vanaf 1978 tot 2006). Forensisch onderzoek is uitgesloten, evenals onderzoek naar medicamenteuze behandeling (drug therapy/pharmacotherapy). Deze zoekstrategie leverde 106 artikelen op in PsycINFO en 149 artikelen in Medline. Embase voegde hieraan geen nieuwe artikelen toe. Uit de referentielijsten van de gebruikte artikelen werden aanvullende bronnen geselecteerd. Vervolgens zijn de abstracts van de geselecteerde artikelen gescreend op relevantie aan de hand van de volgende criteria.

- Behandeling: Is minimaal een van de onderzochte behandelingen duidelijk omschreven? Dat wil zeggen in haar geheel beschreven in een handleiding of een of meer componenten ervan helder gedefinieerd in het artikel.
- Homogeniteit: Binnen een behandelconditie moet de setting voor alle patiënten dezelfde zijn; de duur mag weliswaar variëren, maar dient wel omschreven te zijn.

- **Behandeldoel:** Is minimaal een van de onderzochte behandelingen (gedeeltelijk) gericht op de persoonlijkheidspathologie?
- **Effectmeting:** Is er sprake van zowel een baselinemeting als een vervolgmeting? De vervolgmeting mag ook tijdens het behandeltraject plaatsvinden, maar moet minimaal drie maanden na baseline liggen.
- **Populatie:** Heeft minimaal 50% van de onderzochte populatie een persoonlijkheidsstoornis volgens de criteria van de DSM-III, DSM-III-R of DSM-IV? De persoonlijkheidsstoornissen mogen door middel van een semi-gestructureerd interview, klinisch oordeel of met behulp van vragenlijsten zijn vastgesteld.

Uiteindelijk resulteerden 95 artikelen, waarvan vier reviews en twee meta-analyses. Deze reviews en meta-analyses betreffen het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Van de overige 89 artikelen zijn er 33 die het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen bestuderen en 37 die zich in het bijzonder richten op de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In 2006 zijn nog drie relevante artikelen over de borderlinepersoonlijkheidsstoornis toegevoegd ([235](#) [383](#) [392](#)). Verder zijn er vijf onderzoeken over overige cluster-B-persoonlijkheidsproblematiek en veertien over cluster-C-persoonlijkheidsproblematiek. De bevindingen in deze onderzoeken sluiten vrijwel naadloos aan op de conclusies uit het onderzoek naar psychotherapeutische interventies bij het brede spectrum.

5.2 Ambulante individuele psychotherapie

Richtlijntekst:

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in subhoofdstukken en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de subhoofdstuk- en/of paragraaftitel.

5.2.1 Voor het brede spectrum

Aanbevelingen:

Ambulante individuele psychotherapieën zijn bewezen effectieve -behandelingen voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

De geldingskracht van deze conclusie is voornamelijk het sterkst voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, de afhankelijke en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven. Andere persoonlijkheidsstoornissen doen zich in de klinische praktijk en het onderzoek minder vaak voor, maar dat wil niet zeggen dat deze stoornissen niet zouden kunnen profiteren van psychotherapeutische behandeling.

De werkgroep is van mening dat het voor de werkzaamheid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een begrijpelijk, coherent en eenduidig therapiemodel en dit consistent toepast. Er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene therapiemodel superieur is aan het andere.

De werkgroep adviseert verder om, afhankelijk van de behandelfase en de capaciteiten van de patiënt (zoals frustratie- en angsttolerantie, impulscontrole en het vermogen tot realiteitstoetsing en psychologisch denken), meer nadruk te leggen op supportieve elementen (in de eerste fase en/of indien beperkte capaciteiten) dan wel inzichtgevende elementen (in latere fasen en/of indien geen beperkingen) in de behandeling.

De werkgroep is van mening dat motiverende interviewtechnieken en diagnostische interventies op therapeutische basis van grote waarde kunnen zijn in het traject voorafgaande aan de behandeling, in het bijzonder bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die niet van meet af aan vanuit zichzelf gemotiveerd zijn om een proces van -verandering aan te gaan.

Ten slotte is de werkgroep van mening dat systeemtheoretische -benaderingen van waarde kunnen zijn in aanvulling op (maar niet ter vervanging van) behandeling van de individuele patiënt.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de literatuur is gezocht naar bewijs voor de effectiviteit van ambulante individuele psychotherapie in

vergelijking met controlecondities, zoals geen behandeling, wachtlijstcontrole, behandeling-zoals-gewoonlijk (treatment as usual) of begeleidende trajecten. Daarnaast is gezocht naar vergelijkingen tussen verschillende ambulante individuele psychotherapieën.

Er zijn twee systematische reviews die effectgroottes over verschillende onderzoeken heen hebben berekend ([380](#) [497](#)). De meta-analyse van Leichsenring & Leibing([380](#)) betreft tweeëntwintig onderzoeken, waarvan elf met een gerandomiseerde opzet (zeven gecontroleerde RCT's en vier vergelijkende RCT's). De overige elf onderzoeken zijn naturalistisch van aard (cohortonderzoeken), waarbij er slechts bij één sprake is van een controlegroep. In de meta-analyse van Perry e.a. ([497](#)), die vier jaar voor die van Leichsenring & Leibing werd gepubliceerd, gaat het om een deelverzameling van dertien van deze zelfde tweeëntwintig onderzoeken, aangevuld met twee andere onderzoeken. Wij beperken ons hier grotendeels tot een beschrijving van de resultaten van de meta-analyse uit 2003.

In twaalf van de tweeëntwintig onderzoeken werd de effectiviteit van een behandeling bij een specifieke persoonlijkheidsstoornis onderzocht (acht borderlinepersoonlijkheidsstoornis; drie ontwijkende persoonlijkheidsstoornis; één antisociale persoonlijkheidsstoornis). In de resterende tien onderzoeken werd een bredere range van persoonlijkheidsstoornissen geïnccludeerd, vooral cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen. De effectgroottes kunnen worden gekwalificeerd als groot tot zeer groot. De overall effectgrootte in termen van Cohens d van psychodynamisch georiënteerde behandelingen was 1,46 (zeer groot effect) en die van psychotherapieën op basis van cognitief-gedragstherapeutische (CGT) principes 1,00 (groot). Deze effecten betroffen zowel afname van symptomen en persoonlijkheidspathologie, als verbetering van het sociale en beroepsmatige functioneren. In twee gecontroleerde RCT's naar de werkzaamheid van psychodynamische psychotherapie bleek de actieve behandeling significant effectiever dan de controleconditie (gemiddeld verschil 1,32) en in drie gecontroleerde RCT's naar de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie was dit verschil gemiddeld 0,81.

Herstel van de persoonlijkheidsstoornis als uitkomstmaat werd slechts in vier onderzoeken onderzocht. In drie psychodynamische onderzoeken werd een gemiddeld herstelpercentage van 59% (range 30-72%) gevonden. In één cognitief-gedragstherapeutisch onderzoek werd een herstelpercentage van 47% gevonden.

De conclusie van de meta-analyse was dat zowel psychodynamisch georiënteerde psychotherapieën als psychotherapeutische interventies op basis van CGT-principes effectieve behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn. De geobserveerde verschillen tussen beide typen behandelingen kunnen niet worden toegeschreven aan het theoretische referentiekader, aangezien de gemiddelde duur van behandeling in de psychodynamische onderzoeken ruim twee keer zo lang was (37,2 weken; range 1,4-102) als in de CGT-onderzoeken (16,4 weken; range 1-52).

Dit sluit aan bij de resultaten van een recent onderzoek waarin geen verschillen werden gevonden tussen de effectiviteit van cognitieve dan wel psychodynamische therapie bij cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen ([603](#)). Wel werden in drie andere onderzoeken verschillen aangetoond tussen een supportieve variant en een interpretatieve variant van psychodynamische psychotherapie. In twee onderzoeken bleek het drop-outpercentage in de supportieve variant aanmerkelijk lager (6-7%) dan in de interpretatieve of confronterende variant (23-24%) ([510](#) [511](#) [668](#) [669](#)). In een derde onderzoek waren deze percentages respectievelijk 29 en 40% ([270](#)). In geen van de onderzoeken werden (grote) effectverschillen gevonden. Maar omdat er geen intention-to-treatanalyses (ITT-analyses) zijn verricht, kan niet worden uitgesloten dat, als deze drop-outs wel in de analyses zouden zijn betrokken, er wel aanzienlijke verschillen zouden zijn gevonden.

Conclusies:

Niveau <u>1</u>	<p>Het is aangetoond dat individuele ambulante psychotherapieën met verschillende theoretische (bijvoorbeeld cognitief-gedrags-therapeutische of psychodynamische) oriëntaties werkzame interventies zijn voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A1 Leichsenring & Leibing, 2003^{380} A1 Perry e.a., 1999^{497}</p>
Niveau <u>1</u>	<p>Het is voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen aangetoond dat psychotherapeutische interventies op basis van cognitief-gedragstherapeutische principes niet verschillen in termen van effectiviteit van psychodynamisch georiënteerde psychotherapie.</p>

	A1 Leichsenring & Leibing, 2003 ³⁸⁰ A2 Svartberg e.a., 2004 ⁶⁰³
Niveau 1	Het is aangetoond dat supportieve varianten van de psychodynamisch georiënteerde psychotherapie tot minder drop-out leiden dan meer expressieve of confronterende varianten. A2 Piper e.a., 1998, 1999 ^{510 511} A2 Winston e.a., 1991, 1994 ^{668 669}

Overige overwegingen:

Een belangrijke bevinding in de literatuur is, behoudens een enkele uitzondering (bv. ²³⁵), dat het theoretische referentiekader niet bepalend lijkt voor de mate van effectiviteit van een psychotherapeutische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. In een meta-analyse lijkt het psychodynamische referentiekader beter te presteren dan het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader, maar systematische verschillen in behandelduur staan een eenduidige interpretatie van deze verschillen in de weg (³⁸⁰). Dit wordt bevestigd door een ander onderzoek waarin - althans bij cluster-C-patiënten - geen verschillen zijn gevonden tussen beide theoretische kaders (⁶⁰³).

Deze gegevens sluiten aan bij de conclusie van Bateman & Fonagy (³⁸) dat de werkzaamheid van een psychotherapeutische behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen niet wordt bepaald door de specifieke theoretische oriëntatie, als wel door de consistente toepassing van een coherent en vooral ook een voor beide partijen begrijpelijk therapiemodel. Er moet dus wel een eenduidig model worden gekozen, want deze vormt het kader waarbinnen en de taal waarmee met de patiënt wordt gecommuniceerd. Als we deze uitleg volgen, dan is het niet onwaarschijnlijk dat ook interpersoonlijke, experiëntiële en humanistische psychotherapieën - wanneer deze onderzocht zouden zijn - van waarde waren gebleken in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

Het belang van de keuze voor een eenduidig therapiemodel moet overigens niet worden gelijkgeschakeld met het belang van theoretische 'zuiverheid'. Bij 'manualized' behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen is dikwijls sprake van een mengvorm van elementen uit verschillende theoretische oriëntaties, in het bijzonder van cognitief-gedragstherapeutische elementen (zoals cognitieve herstructurering) en van psychodynamische elementen (zoals zorgvuldige aandacht voor de interactie tussen patiënt en therapeut met interpretatie van afweermecanismen en overdrachtsfenomenen).

Een belangrijke bevinding is dat in drie onderzoeken een lager drop-outpercentage is gevonden in supportieve varianten van psychodynamische psychotherapie (waarin meer nadruk wordt gelegd op aanmoedigen, valideren, adviseren en bevestigen) dan in inzichtgevende varianten van psychodynamische psychotherapie (waarin meer nadruk wordt gelegd op interpreteren, confronteren en verhelderen). Het is mogelijk dat dit verschil wordt verklaard door de relatieve contra-indicatie van inzichtgevende technieken bij patiënten die in mindere mate beschikken over frustratie- en angsttolerantie, impulscontrole en het vermogen tot realiteitstoetsing en psychologisch denken (²²²), terwijl inzichtgevende technieken bij patiënten die wel over deze capaciteiten beschikken juist kan leiden tot doorbraken in behandeling en verdieping van het behandelresultaat. In de klinische praktijk is meestal sprake van een combinatie van beide typen interventies, waarbij de nadruk op het ene dan wel het andere type mede wordt bepaald door de fase waarin de behandeling zich bevindt.

Veel onderzoek is verricht naar psychotherapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Dit onderzoek is gericht op alle drie de clusters persoonlijkheidsstoornissen. Dat wil niet zeggen dat de conclusies voor iedere afzonderlijke persoonlijkheidsstoornis even veel geldingskracht hebben. De verschillende persoonlijkheidsstoornissen worden namelijk niet in dezelfde mate gerepresenteerd in de beschreven onderzoeken. De conclusies gelden het meeste voor de borderline-, de afhankelijke en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven; voor de paranoïde, obsessieve compulsieve en schizotypische persoonlijkheidsstoornis is de geldingskracht minder duidelijk. Het minst duidelijk is de geldingskracht voor de schizoïde, antisociale, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Aan de beperkte reikwijdte van het thans beschikbare onderzoek liggen twee factoren ten grondslag. In de eerste plaats het feit dat sommige persoonlijkheidsstoornissen zich minder vaak aandienen in de klinische praktijk (zoals de cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen). Deze aandoeningen hebben een lagere baselineprevalentie (zie ook de [Specifieke inleiding](#)) en mensen met deze aandoeningen lijken zich bovendien minder gemakkelijk bij de hulpverlening aan te melden. In de tweede plaats zijn er voor bepaalde persoonlijkheidsstoornissen nog geen specifieke behandelingen voorhanden die wetenschappelijk zijn getoetst. Dat betekent overigens niet dat die specifieke behandelingen niet zouden bestaan. Zo worden veel patiënten met een narcistische en/of paranoïde persoonlijkheidsstoornis behandeld met transference-focused psychotherapy, en kunnen behandelmodellen zoals schemagerichte therapie en dialectische gedragstherapie

worden toegepast voor de brede range van persoonlijkheidsstoornissen. Het betekent evenmin dat patiënten met cluster-A- en genoemde cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen niet zouden kunnen profiteren van psychotherapeutische behandeling. Momenteel wordt op verschillende plaatsen geëxperimenteerd met de toepassing van dialectische gedragstherapie bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis en met schemagerichte therapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen.

Interessant in dit kader is ook de rol van motivationele factoren. Het onderzoek van Woody e.a. (572) laat zien dat patiënten die naast hun antisociale persoonlijkheidsstoornis ook een depressieve stoornis hebben, wel een gunstige behandelrespons laten zien, terwijl dit in veel mindere mate geldt voor patiënten met alleen een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze bevinding kan duiden op het belang van lijdensdruk als motiverende factor in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Bij sommige persoonlijkheidsstoornissen is persoonlijk lijden inherent aan de pathologie; dit geldt met name voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Bij andere persoonlijkheidsstoornissen is er soms sprake van persoonlijk lijden, maar in andere gevallen is er primair sprake van functionele beperkingen, die door de patiënt worden ontkend dan wel extern geattributioneerd. Om bij die patiënten toch aan de persoonlijkheidspathologie te gaan werken, is het nodig om hen bewust te maken van de relatie tussen persoonlijkheid en functionele beperkingen. Motiverende technieken vormen dan ook een wezenlijk onderdeel van verschillende werkzaam gebleken psychotherapieën voor persoonlijkheidsstoornissen. Dit inzicht is van belang voor de klinische praktijk omdat motivatie voor verandering al te vaak wordt aangemerkt als een voorwaarde zonder welke er geen behandeling mogelijk is, terwijl het motiveren juist een van de behandeldoelen zou moeten zijn. Een vaak toegepast alternatief wordt gevormd door voorbehandelingstrajecten waarin gebruik wordt gemaakt van motiverende interviewtechnieken (441) of diagnostische interventies op therapeutische basis (206 207 265).

Ten slotte dient melding te worden gemaakt van de toenemende inzet van systeemtheoretische interventies, veelal in aanvulling op de behandeling van de individuele patiënt. Voorbeelden van systeemtherapie zijn psycho-educatieve programma's voor gezinsleden, partnerrelatietherapie, gezinstherapie en multisysteemtherapie. Er is echter nog weinig onderzoek naar de werkzaamheid of effectiviteit van deze interventies bij persoonlijkheidsstoornissen, met uitzondering van de gezinsledenmodule van dialectische gedragstherapie (zie paragraaf [dialectische gedragstherapie](#)). Verder zijn de resultaten met betrekking tot de werkzaamheid van multisysteemtherapie bij jeugdigen met gedragsstoornissen veelbelovend, maar deze vallen vanwege de leeftijdsafbakening buiten bestek van deze richtlijn.

5.2.2 Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Voor de ambulante behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn diverse therapievormen ontwikkeld. Het meeste onderzoek is verricht naar de dialectische gedragstherapie (DGT). Andere vormen van behandeling voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn de schemagerichte therapie (SGT), de transference-focused psychotherapie (TFP), de cognitief analytische therapie (CAT) en het interpersoonlijk-psychodynamische therapiemodel (IPM). Ofschoon deze therapieën ook voor de behandeling van andere vormen van persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden ingezet, is het meeste onderzoek verricht naar effectiviteit bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en worden ze daarom hier als zodanig besproken.

Dialectische gedragstherapie

De meest uitgebreid onderzochte behandelvorm voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis is DGT, ontwikkeld door Linehan. Deze combineert cognitieve en gedragsgerichte technieken met een filosofische en theoretische visie op de borderlinepersoonlijkheidsproblematiek. Centraal in de theorie staat een dialectisch perspectief op de ervaringen van de patiënt met borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de therapeutische interventies. De fundamentele dialectiek is die tussen acceptatie van patiënten zoals ze zijn, binnen het kader van behandeling gericht op verandering. De focus van de behandeling ligt bij emotieregulatie.

Schemagerichte therapie

Young ontwikkelde de schemagerichte therapie (SGT) als een uitbreiding van het cognitieve model van Beck. In deze behandeling wordt met de patiënt een therapeutische relatie opgebouwd door te focussen op cognitieve schema's en op het ontwikkelen van de werkrelatie. Met behulp van specifieke interventies zoals 'limited reparenting' en experiëntiële technieken die gericht zijn op pijnlijke ervaringen in de kindertijd, leert de patiënt negatieve gevoelens als wanhoop en verlating te verdragen en te accepteren. Met behulp van cognitieve en gedragsmatige technieken leert de patiënt zijn huidige disfunctionele gedachtepatronen en

gedrag te veranderen. In therapie speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Andere ambulante therapievormen

Verscheidende andere vormen van ambulante therapie zijn ontwikkeld voor de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Becks cognitieve therapie (CT) voor persoonlijkheidsstoornissen is een variant afgeleid van de standaard cognitieve therapie zoals die toegepast wordt bij vele As-I-stoornissen. Deze behandeling gaat ervan uit dat de persoonlijkheid bepaald wordt door idiosyncratische cognitief-affectieve en motivationele schema's. Schema's die waarschijnlijk functioneel waren in de kindertijd worden disfunctioneel in de volwassen leeftijd, maar blijven in stand door het mechanisme van negatieve bekrachtiging. Voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn de assumpties van hyperwaakzaamheid, dichotoom denken en een laag zelfbeeld de belangrijkste focus voor psychotherapie. In therapie speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Transference-focused psychotherapie (TFP) is ontwikkeld door Kernberg, die zich baseerde op de egopsychologie, de object-relatietheorie en de hechtingstheorie.

Volgens TFP worden denken, voelen en doen gestuurd door basale representaties van het zelf en belangrijke anderen. Het kernprobleem van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie wordt verondersteld te zijn gelegen in slecht gedefinieerde en gefragmenteerde zelf- en objectrepresentaties, resulterend in identiteitsdiffusie. TFP richt zich op de dominante thema's die in het hier en nu van de overdrachtsrelatie naar voren komen (¹²⁰).

Cognitief analytische therapie (CAT), ontwikkeld door Ryle, integreert noties uit de cognitieve psychologie en therapie, de object-relatietheorie en de zelfpsychologie. CAT focust op de 'reciproke rolprocedure', die het kind in de vroege verzorger-kindrelatie ontwikkelt. Als kinderen geconfronteerd worden met inconsistentie of overweldigende traumatische ervaringen, wordt het vermogen tot zelfreflectie aangetast. Het eerste doel van CAT is dan ook het vermogen van de patiënt tot zelfreflectie en zelfcontrole vergroten. In therapie speelt het actief benutten van de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Het interpersoonlijk-psychodynamische model (IPM), ontwikkeld door Stevenson en Meares, is een uitwerking van het conversational model van Hobson, met invloeden van Kohut en Winnicott. Het gaat ervan uit dat bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis de ontwikkeling van het zelf belemmerd is door allerlei externe gebeurtenissen. In dit model biedt psychotherapie een mogelijkheid om de gestagneerde ontwikkeling op gang te brengen en natuurlijke rijpingsprocessen zijn werk te laten doen.

Aanbevelingen:

Dialectische gedragstherapie

Dialectische gedragstherapie is geïndiceerd bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder ten behoeve van de eerste fase van behandeling, waarin het bestrijden van levensbedreigende en anderszins zelfbeschadigende symptomen vooropstaat. Op basis van de beschikbare evidentie is het thans onduidelijk in hoeverre dialectische gedragstherapie, althans in de meest bestudeerde twaalf- of zesmaandenvariant, ook voldoende effectief is als behandeling van andere borderlineproblemen, zoals de interpersoonlijke instabiliteit, chronische gevoelens van leegte en identiteitsproblematiek. Vaak zal hiertoe fase twee en fase drie van dialectische gedragstherapie, of een andere passende psychotherapeutische behandeling langere tijd dienen te worden voortgezet.

De werkgroep is van mening dat de gezinsledenmodule van dialectische gedragstherapie van waarde kan zijn als toevoeging aan, maar niet als vervanging van de behandeling van de individuele patiënt, waar zij ook niet voor bedoeld is.

Schemagericht therapie

Schemagerichte therapie is een van de mogelijke behandelingen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Voor volledige remissie van de pathologie is in veel gevallen een lange behandelduur vereist.

Andere ambulante therapievormen

De werkgroep is van mening dat, gegeven de actuele stand van de wetenschap, de effectiviteit van dialectische gedragstherapie en schemagerichte therapie het meest duidelijk zijn aangetoond. Andere behandelvormen zoals cognitieve therapie, transference-focused psychotherapie, cognitief analytische therapie en behandeling volgens het interpersoonlijk-psychodynamische model zijn veelbelovend en dienen nader op hun effectiviteit te worden onderzocht. Zij hoeven op dit moment zeker niet te worden afgeraden of uitgesloten.

Wetenschappelijke onderbouwing: Dialectische gedragstherapie

Het behandelingsdraaiboek is in een aantal talen (waaronder het Nederlands) vertaald en vormt de basis voor een groot aantal wetenschappelijke evaluaties. De meest onderzochte vorm van DGT is twaalf maanden ambulante therapie en bestaat uit groepsvaardigheidstraining en individuele therapie en de mogelijkheid tot telefonische consultatie van de therapeut, plus continue training en begeleiding van de therapeuten en trainers in het consultatieteam. Deze variant is onderzocht in vijf onafhankelijke RCT's ([82](#) [389](#) [390](#) [392](#) [395](#) [396](#) [633](#)) in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Nederland. Een zesmaandenvariant is onderzocht in een kleine RCT met tweemaal tien patiënten ([348](#)). In de RCT's werd DGT meestal vergeleken met behandeling-zoals-gewoonlijk (psychotherapie en/of sociaalpsychiatrische begeleiding). De drop-outpercentages varieerden rond de 20%. Een groter effect van DGT dan de controleconditie is consequent aangetoond met betrekking tot suïcidaal gedrag, zelfbeschadiging, aantal opnamedagen tijdens behandeling en, waar onderzocht, depressie, boosheid, eenzaamheid, sociale aanpassing, globaal functioneren (Global Assessment of Functioning, GAF) en middelenmisbruik. In één cohortonderzoek ([426](#)) werd een effect gevonden van de driewekenvariant van DGT op de depressie en hopeloosheid van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die in crisis aangemeld werden. Een nieuwe ontwikkeling betreft de behandeling van familieleden van borderlinepatiënten met behulp van DGT-gezinsledentraining. Deze training beoogt zowel het succes van de behandeling van de individuele patiënt te versterken door de gezinsleden te leren hoe ze het nieuwe gedrag van de patiënt kunnen bekrachtigen, als het gezinsklimaat voor alle leden te verbeteren. Er is op dit moment een ongecontroleerde studie naar de effectiviteit van een twaalf weken durend, protocolair programma bij vierenvestig gezinsleden ([286](#)). De resultaten laten een reductie zien in de mate van rouw en ziektebelasting en een toename van controle over de situatie bij gezinsleden.

Schemagericht therapie

De onderzochte vormen van SGT hadden een behandelduur tot maximaal 36 maanden ([235](#) [471](#)). In een single case design met zes patiënten konden Nordahl & Nysaeter ([471](#)) vaststellen dat alle patiënten na behandeling verbetering vertoonden die boven spontaan herstel uitging. Deze verbetering werd door vijf van de zes patiënten vastgehouden na een jaar follow-up. In een RCT waarin drie jaar twee keer in de week SGT werd vergeleken met transference-focused psychotherapie (TFP; zie verderop) in dezelfde dosering, constateerden Giesen-Bloo e.a. ([235](#)) statistisch en klinisch significante verbetering voor beide behandelvormen op alle maten (algemene psychopathologie, persoonlijkheidsconcepten, kwaliteit van leven). SGT bleek bovendien superieur in termen van een lager drop-outrisico, significant meer genezing en klinische verbetering, grotere verbetering in algemene psychopathologie, persoonlijkheidsconcepten en kwaliteit van leven.

Andere ambulante therapievormen

Een twaalfmaandenvariant van CT werd onderzocht in een niet-vergelijkend cohortonderzoek ([96](#)). Bij follow-up na achttien maanden werd een vermindering van suïcidale ideatie, hopeloosheid en van het aantal criteria voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis gemeten. Slechts 16% van de oorspronkelijke groep patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis voldeed nog aan de criteria voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Clarkin e.a. ([120](#)) onderzochten in een niet-vergelijkend cohortonderzoek het effect van twaalf maanden TFP. De patiënten die de behandeling afmaakten, toonden een verminderd medisch risico, een verbetering van de lichamelijke conditie en vermindering van de gezondheidszorgconsumptie. Maar zoals hierboven reeds gemeld vonden Giesen-Bloo e.a. ([235](#)) dat TFP minder grote effecten oplevert dan SGT.

In een niet-vergelijkend cohortonderzoek onderzochten Ryle & Golykina ([539](#)) het effect van 28 zittingen CAT bij een groep van 27 patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Zij constateerden een vermindering van klachtenniveau, depressie en interpersoonlijke problemen. Van degenen die de behandeling afmaakten, voldeed 52% niet meer aan de criteria voor een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

In een niet-vergelijkend cohortonderzoek naar de effectiviteit van het IPM constateerden Stevenson & Meares ([594](#)) na twaalf maanden behandeling een vermindering op een groot aantal onderdelen van de cornellindex: gewelddadig gedrag, druggebruik, zorgconsumptie, zelfbeschadiging, werkverzuim, klinische opnames en opnameduur. Van de geïnccludeerde patiënten voldeed 30% niet meer aan de criteria voor een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Vijf jaar later onderzochten Stevenson e.a. ([597](#)) dezelfde groep opnieuw. De ingezette verandering had doorgezet: 40% van de onderzoeksgroep voldeed op dat moment niet meer aan de borderlinecriteria en alle verbeteringen na één jaar bleken behouden bij een follow-up van vijf jaar. In een vergelijkend cohortonderzoek voldeed 30% van de patiëntengroep aan het einde van de behandeling niet

meer aan de criteria, terwijl behandeling-als-gewoonlijk geen verbetering liet zien ([430](#)).

Conclusies:

Dialectische gedragstherapie

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat dialectische gedragstherapie een werkzame behandeling is voor de reductie van crisisopnames en symptomen (met name suïcidaliteit, zelfbeschadigend en ander risicovol gedrag) en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Verheul e.a., 2003⁶³³ ; Van den Bosch e.a., 2005⁸² A2 Koons e.a., 2000³⁴⁸ ; Linehan e.a., 1991, 1993, 1994, 1999, 2006^{390 389 396 395 392} B Koons e.a., 2001³⁴⁸ C McQuillan e.a., 2005⁴²⁶</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat de gezinsledenmodule van dialectische gedragstherapie leidt tot een reductie van ziektelast en een toename van controle over de situatie bij gezinsleden.</p> <p>C Hoffman e.a., 2005²⁸⁶</p>

Schemagericht therapie

Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat schemagerichte therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Giesen-Bloo e.a., 2006²³⁵ C Nordahl & Nysaeter, 2005⁴⁷¹</p>
--------------------------	--

Andere ambulante therapievormen

Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat cognitieve therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>C Brown e.a., 2004⁹⁶</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat transference-focused psychotherapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>B Giesen-Bloo e.a., 2006²³⁵ C Clarkin e.a., 2001¹²⁰</p>
Niveau 2	<p>Het is aannemelijk dat schemagerichte therapie effectiever is dan transference-focused psychotherapie voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Giesen-Bloo e.a., 2006²³⁵</p>
Niveau 3	<p>Er zijn aanwijzingen dat cognitief analytische therapie een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>C Ryle & Golyunkina, 2000⁵³⁹</p>

Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat behandeling volgens het interpersoonlijk-psychodynamische model werkzaam is voor de reductie van zorgconsumptie, symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>B Meares e.a., 1999⁴³⁰ ; Stevenson e.a., 2005⁵⁹⁷ C Stevenson & Meares, 1992⁵⁹⁴</p>
-----------------	--

Overige overwegingen:Dialectische gedragstherapie

Twee onderzoeken betroffen (deels) patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslavingsproblematiek (^{82 395 633}) en lieten vergelijkbare effecten zien. Deze resultaten wijzen erop dat DGT ook toepasbaar is bij patiënten met deze vorm van psychiatrische comorbiditeit (zie ook hoofdstuk Comorbiditeit).

Op basis van de beschikbare onderzoeken is twijfel gerezen over het vermogen van DGT om symptomen van depressie en hopeloosheid te bestrijden, en coping en levensgeluk te versterken (^{547 633}). Hierbij dient te worden aangetekend dat deze twijfel is gebaseerd op onderzoeken naar de effectiviteit bij een populatie met zeer ernstige borderlinesymptomatologie, van de twaalf- of zesmaandenvariant. Deze behandelduur is veelal voldoende voor een effectieve bestrijding van levensbedreigende en anderszins zelfbeschadigende symptomen (fase I van DGT). Voor de behandeling van andere borderlineproblemen, zoals de interpersoonlijke instabiliteit, chronische gevoelens van leegte en identiteitsdiffusie, moet fase I van de DGT-behandeling na twaalf maanden in veel gevallen worden gevolgd door fase II en III van DGT, dan wel worden gevolgd door een andere passende vorm van psychotherapeutische behandeling.

Schemagericht therapie

In het onderzoek naar SGT van Giesen-Bloo e.a. (²³⁵) bleek een sterke, bijna -lineaire relatie te bestaan tussen het remissiepercentage en de behandelduur (tot maximaal 36 maanden). Deze gegevens duiden erop dat herstel van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis in veel gevallen een lange behandelduur vereist.

Andere ambulante therapievormen

De wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van CT, TFP, CAT en IPM bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis staat nog in de kinderschoenen. Het is in dit stadium niet mogelijk te beoordelen hoe de effectiviteit van deze behandelvormen zich verhoudt tot die van DGT en SGT. De enige vergelijkende studie betreft de vergelijking tussen SGT en TFP; hier kwam SGT in een aantal opzichten beter uit de bus (²³⁵). Hierbij dient wel te worden aangetekend dat er ook vraagtekens bij aspecten van deze studie zijn geplaatst (⁶⁷⁵) en dat replicatie van de bevindingen gewenst is alvorens een duidelijke voorkeur in een richtlijn te kunnen legitimeren. Verder dient te worden aangetekend dat uit een eerste publicatie over een vergelijkende RCT naar de werkzaamheid van TFP, DGT en een supportieve variant van psychodynamische psychotherapie TFP als superieur uit de bus kwam in termen van verbeteringen op narratieve coherentie en reflectieve functie (³⁸³). Deze bevinding is consistent met een relativerende attitude ten opzichte van de superioriteit van enig specifiek therapiemodel.

De werkgroep is van mening dat, gegeven de actuele stand van de wetenschap, een voorzichtige voorkeur voor DGT en SGT weliswaar verdedigbaar is, maar dat deze andere behandelvormen ook veelbelovend zijn en zeker niet hoeven te worden uitgesloten, en dat wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit ervan gewenst is.

5.3 Ambulante groepspsychotherapie

Richtlijntekst:

Ambulante psychotherapie kan ook in een groepsformaat worden aangeboden. We spreken dan van groepspsychotherapie. Ook bij de groepstherapie zijn specifieke vormen van therapie ontwikkeld voor zowel de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis als de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De onderzoeken die daar betrekking op hebben zullen apart besproken worden.

5.3.1 Voor het brede spectrum

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie een optie is voor mensen met persoonlijkheidsproblemen en lichte persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat hierbij voornamelijk om de behandeling van interpersoonlijke problemen of problemen die zich in een interpersoonlijke context manifesteren, zoals intimiteitproblemen, gevoeligheid voor autoriteit en afhankelijkheid.

De werkgroep adviseert om langdurige psychodynamische groepspsychotherapie niet als monotherapie aan te bieden aan patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, en in die gevallen waarin deze vorm van behandeling toch geïndiceerd wordt geacht, deze te combineren met individuele behandeling.

De werkgroep is van mening dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie een veelbelovende vervolgbehandeling is na een (dag)klinische psychotherapie bij mensen met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er zijn momenteel drie onderzoeken bekend naar de effectiviteit van groepspsychotherapie bij het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen. Twee cohortonderzoeken betreffen groepspsychotherapeutische behandeling als monotherapie. In een onderzoek naar de effectiviteit van een psychodynamische groepspsychotherapie (n=25) bij verschillende cluster-A-, cluster-B- of cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen ([449](#) [450](#)) wordt een herstelpercentage van 72% gerapporteerd en effectgroottes in termen van Cohens d op verschillende persoonlijkheidsmaten tussen 1,1 en 2,5 na een gemiddelde behandelduur van ruim twee jaar. Een ander onderzoek betreft eveneens gemiddeld twee jaar psychodynamische groepspsychotherapie, maar vond plaats bij 49 patiënten, waarvan de meerderheid net niet de diagnostische afkapwaarde voor een persoonlijkheidsstoornis haalt. De gerapporteerde effectgroottes liggen tussen 0,6 (symptoomernst) en 1,4 (algemeen functioneren). Verder is er gekeken naar de additionele effectiviteit van groepspsychotherapie met een gemiddelde duur van 24 maanden na een dagklinische fase van vier tot zes maanden, bij 161 personen met verschillende cluster-A-, cluster-B- of cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen en 26 mensen zonder formele As-II-diagnose ([661](#)). Bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen wordt vooral extra winst geboekt in termen van verdere verbeteringen in het algemene functioneren, terwijl de extra winst in termen van verdergaande symptoomreductie en verbetering van de interpersoonlijke relaties beperkt is. Dit in tegenstelling tot de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen, bij welke de extra winst aanmerkelijk is, ook voor de laatste twee behandeldoelen.

Conclusies:

<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie in een ambulante context een werkzame behandeling is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>C Monsen e.a., 1995a, 1995b 449 450 C Budman e.a., 1996 100</p>
<p>Niveau 3</p>	<p>Er zijn aanwijzingen dat langdurige psychodynamische groepspsychotherapie in een ambulante context een effectieve vervolgbehandeling na (dag)klinische psychotherapie is voor mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>C Wilberg e.a., 2003 661</p>

Overige overwegingen:

In de Nederlandse klinische praktijk worden groepspsychotherapeutische behandelingen vaak toegepast, in

het bijzonder bij mensen met persoonlijkheidsproblemen en lichte persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat voornamelijk om interpersoonlijke problemen of problemen die zich in een interpersoonlijke context manifesteren, zoals intimiteitproblemen, gevoeligheid voor autoriteit en afhankelijkheid. De besproken onderzoeken naar de effectiviteit van groepstherapie betreffen deels het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen.

Bij mensen met ernstige persoonlijkheidspathologie kan ambulante groepspsychotherapie veel angst en verwarring oproepen. Dit geldt zeker voor psychodynamisch georiënteerde varianten met een nadruk op inzichtgevende of confronterende elementen. Bij dergelijke patiënten die in mindere mate beschikken over capaciteiten als frustratie- en angsttolerantie, impulscontrole en het vermogen tot realiteitstoetsing en psychologisch denken, bestaat dan een reële kans op drop-out door een te hoog oplopend angstniveau. Bij deze mensen is een juiste balans tussen supportieve en inzichtgevende elementen van essentieel belang, en kan overwogen worden om de groepspsychotherapie in het kader van een veilig (dag)klinisch milieu aan te bieden en/of in combinatie met een individuele behandeling waarin motivationele aspecten en de mogelijke obstakels in de groepspsychotherapie kunnen worden besproken. Deze overwegingen gelden in mindere mate wanneer de groepspsychotherapie wordt ingezet in het kader van een vervolgbehandeling na een (dag)klinische psychotherapie. In dat geval is de patiënt reeds gewend geraakt aan de methodiek en aan de medepatiënten en is de kans op drop-out beperkt. Verder wordt in Nederland momenteel op verschillende plaatsen geëxperimenteerd met schemagerichte groepstherapie; een interessante optie die het verdient verder ontwikkeld en wetenschappelijk onderzocht te worden.

5.3.2 Bij de borderline persoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Door Munroe-Blum & Marziali ⁽⁴⁵⁶⁾ is een geprotocolleerde, tijdgelimiteerde, interpersoonlijke groepsbehandeling van dertig zittingen ontwikkeld. Deze groepsbehandeling richt zich op een centraal kenmerk van borderlinepersoonlijkheidsstoornis, te weten een conflictueus, onstabiel en slecht gestructureerd zelfstelsel, dat bovenmatig afhankelijk is van hier-en-nu-interacties voor zelfdefinitie. Wellicht meer bekendheid, zeker in Nederland, geniet de Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), ontwikkeld door Blum e.a. ⁽⁷²⁾. De Nederlandse bewerking van STEPPS heet Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Problematiek (VERS). STEPPS combineert psycho-educatie, cognitief-gedragsmatige technieken en vaardigheidstraining in een groepstraining met een systemische component. Aangezien STEPPS ervan uitgaat dat het kerntekort van de patiënt met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis gelegen is in het onvermogen om intense emoties te reguleren, richt de vaardigheidstraining zich op emotionele en gedragscontrolevaardigheden. Het onderzochte STEPPS-programma omvat twintig wekelijkse groepsbijeenkomsten en daarnaast systeembijeenkomsten.

Aanbevelingen:

Groepsvaardigheidstrainingen kunnen een kostenefficiënte optie voor de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis vormen. Voor wat betreft de toepassing als monotherapie beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren, in het bijzonder bij patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie. In veel gevallen volstaat de groepsbehandeling niet en dient deze te worden gecombineerd met een individueel behandelcontact, en waar nodig een farmacotherapiecontact en systeemgesprekken.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In een RCT naar de effectiviteit van de interpersoonlijke groepsbehandeling van Munroe-Blum & Marziali ⁽⁴⁵⁶⁾ werden na 12 en 24 maanden follow-up bij 79 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis geen effectverschillen gevonden tussen de groepsbehandeling en individuele psychodynamische psychotherapie. De gehele groep liet na behandeling significante verbetering zien op alle belangrijke uitkomstmaten. In dit onderzoek van Munroe-Blum & Marziali ⁽⁴⁵⁶⁾ bleek er geen verschil in effectiviteit te kunnen worden geconstateerd tussen deze tijdgelimiteerde groepspsychotherapie en een open-einde individuele psychotherapie.

De effectiviteit van STEPPS werd onderzocht door Blum e.a. ⁽⁷²⁾ in een niet-vergelijkend cohortonderzoek bij 52 patiënten. Een vermindering van het negatieve affect, negatief gedrag en van borderlinepathologie werd vastgesteld.

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat tijdgelimiteerde groepsvaardigheidstrainingen, zoals de Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), werkzame behandelingen zijn voor het verminderen van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Munroe-Blum & Marziali, 1995 ⁴⁵⁶ C Blum e.a., 2002 ⁷²
--------------------------	--

Overige overwegingen:

In het onderzoek van Munroe-Blum & Marziali (⁴⁵⁶) bleek er weliswaar geen verschil in effectiviteit te kunnen worden geconstateerd tussen tijdgelimiteerde groepspsychotherapie en open-einde individuele psychotherapie, maar er waren aanzienlijke verschillen in kosten: de open-einde individuele behandeling was aanmerkelijk duurder dan de groepsbehandeling. Het is vooralsnog onduidelijk of deze bevindingen evenzeer gelden voor patiënten met ernstige borderlinepathologie als voor patiënten met lichtere borderlinepathologie. Gegeven deze onzekerheid, en ook in het kader van het advies om langdurige psychodynamische groepspsychotherapie niet als monotherapie aan te bieden aan patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren.

De VERS-training wordt in Nederland vaak aangeboden als module binnen een uitgebreider behandelplan. Naast de training hebben patiënten dikwijls een individueel behandelcontact, en waar nodig een farmacotherapiecontact en systeemgesprekken. In geval van deze combinatie verdient het de voorkeur beide elementen zorgvuldig op elkaar af te stemmen.

5.3.3 Bij de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis**Richtlijntekst:**

Ambulante groepsgedragstherapie bij de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis is gericht op het verminderen van angst bij en vermindering van sociale contacten en het vergroten van interpersoonlijke vaardigheden bij patiënten met een ontwikkende persoonlijkheidsstoornis. De behandelingen zijn relatief kortdurend, variërend van 14 wekelijkse sessies van 90 minuten tot 32 uur groepsgedragstherapie verspreid over 4 dagen. Deze groepsgedragstherapieën zijn alle speciaal ontwikkeld voor de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis en bestaan hoofdzakelijk uit vaardigheidstraining en graduele exposure.

Aanbevelingen:

Groepsgedragstherapie kan een kostenefficiënte optie voor de behandeling van de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis vormen. Wat betreft de toepassing als monotherapie beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren, in het bijzonder bij patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In vier onderzoeken is de effectiviteit van (componenten van) groepsgedragstherapie bij de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis onderzocht (^{11 523 600 601}). In deze onderzoeken verbeterden patiënten op klachtniveau, wat onder meer bleek uit vermindering van sociale angst en vermindering. Ook werden er verbeteringen gevonden op maten die persoonlijkheidskenmerken meten, zoals het gevoel van eigenwaarde (^{11 523}) en vermindering van achterdocht (⁶⁰⁰). In drie van de vier onderzoeken is gekeken naar de toegevoegde waarde van specifieke onderdelen van de behandeling. Zo blijkt het oefenen in 'real-lifesituaties' de effectiviteit van vaardigheidstraining niet te vergroten, maar wel te leiden tot hogere drop-out (⁶⁰⁰). Ook de toevoeging van cognitieve technieken bij vaardigheidstraining blijkt geen meerwaarde te hebben (⁶⁰¹). Er zijn aanwijzingen dat de toevoeging van een focus op het vergroten van intimiteit in sociale relaties dat wel heeft (¹¹).

Conclusies:

Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat kortdurende groepsgedragstherapie een werkzame interventie is voor het reduceren van symptomen en persoonlijkheidspathologie bij patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. A2 Alden, 1989 ¹¹ C Renneberg e.a., 1990 ⁵²³ ; Stravynski e.a., 1994 ⁶⁰⁰
-----------------	---

Overige overwegingen:

De werkgroep is van mening dat groepsgedragstherapie en gestructureerde vaardigheidstraining vermoedelijk efficiënte vormen van behandeling zijn voor mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder indien een meer symptoomgerichte aanpak is geïndiceerd. Ook hier is het echter vooralsnog onduidelijk of de positieve onderzoeksgegevens evenzeer gelden voor patiënten met een ernstige vorm van ontwijkende persoonlijkheidsstoornis als voor patiënten met een lichte ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Gegeven deze onzekerheid, en ook in het kader van het advies om langdurige psychodynamische groepspsychotherapie niet als monotherapie aan te bieden aan patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, beveelt de werkgroep aan om de voortgang en eventuele 'negatieve bijwerkingen' zorgvuldig te monitoren.

5.4 Dagklinische psychotherapie voor het brede spectrum

Richtlijntekst:

Onder 'dagklinische psychotherapie' wordt verstaan behandelprogramma's die zijn opgebouwd uit meerdere componenten, minimaal twee dagen per week omvatten en plaatsvinden tijdens kantooruren (of eventueel 's avonds), maar waarbij de patiënt 's nachts elders verblijft. De dagklinische psychotherapie zoals ontwikkeld door Bateman & Fonagy (³⁷), Mentalization Based Treatment (MBT), wordt ook onder het brede spectrum besproken; het onderzoek naar de werkzaamheid van MBT betreft een zeer ernstige populatie waarin vrijwel alle patiënten - naast een borderlinepersoonlijkheidsstoornis - meerdere As-II-diagnoses hebben. MBT is gebaseerd op de hechtingstheorie en omvat elementen van zowel cognitieve als psychodynamische behandelvormen. De focus van de behandeling is het vergroten van het vermogen van patiënten om te mentaliseren, dat wil zeggen het innerlijk representeren van gedrag in termen van mentale toestanden. Onder optimale omstandigheden ontwikkelt een kind dit vermogen door in een veilige hechtingsrelatie met verzorgingsfiguren zichzelf gerepresenteerd te zien in de gedachten van de ander en vice versa.

Aanbevelingen:

Dagklinische psychotherapie is een bewezen effectieve behandeling voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Deze conclusie geldt, anders dan bij de ambulante individuele psychotherapie, voor het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen, zij het dat het van belang is om de duur en intensiteit van de dagklinische behandeling (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig af te stemmen op de draagkracht van de patiënt. Zo lijken kortdurende en confronterende varianten beter aan te sluiten bij patiënten met cluster-C- en lichte cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, terwijl patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen meer lijken te kunnen profiteren van, en minder kans op drop-out te hebben bij, een langerdurende variant met meer supportieve elementen.

De werkgroep is van mening dat het voor de werkzaamheid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een coherent model met een begrijpelijk theoretisch kader en dit consistent toepast. Er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene theoretische kader in dit opzicht superieur is aan het andere.

Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, beveelt de werkgroep aan de dagklinische fase van de behandeling een (langdurig) ambulant vervolg te geven, bijvoorbeeld in de vorm van een groepspsychotherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de literatuur is gezocht naar bewijs voor de effectiviteit van dagklinische psychotherapie in vergelijking tot controlecondities zoals geen behandeling, wachtlijstcontrole, behandeling-zoals-gewoonlijk of begeleidende trajecten. Daarnaast is gezocht naar vergelijkingen tussen dagklinische psychotherapie en ambulante of klinische psychotherapie.

De effectiviteit van dagklinische psychotherapie in vergelijking tot wachtlijstcontrole is onderzocht in een RCT (512). Daarnaast zijn er vier cohortonderzoeken verricht naar de effectiviteit van dagklinische psychotherapie (329 328 354 663 660). Een ongerandomiseerd vergelijkend onderzoek betreft de vergelijking tussen dagklinische en klinische psychotherapie (115). De bestudeerde behandelingen zijn, met uitzondering van de behandeling zoals beschreven door Krawitz (354), primair geschoeid op psychodynamische leest en zijn voornamelijk georiënteerd op de groep. De behandelduur is relatief kort: gemiddeld vijf maanden (range 4-10), met uitzondering van een langerdurend dagklinisch programma zoals beschreven in het onderzoek van Chiesa e.a. (115).

In de RCT van Piper e.a. (512) wordt de effectiviteit van een vier tot vijf maanden durende dagklinische psychotherapie bij zestig patiënten die de behandeling hadden afgerond, vergeleken met een even grote wachtlijstcontrolegroep. Bij de patiënten werden verschillende cluster-A-, cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven gediagnosticeerd, in het bijzonder de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Het gemiddelde verschil in effectgrootte (Cohens d) met de controleconditie bedroeg 0,71 voor diverse maten voor symptomatologie, persoonlijkheid en sociaal functioneren. Ook in de vier cohortonderzoeken blijken bij verschillende cluster-A-, cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven goede posttherapie resultaten te worden geboekt met dagklinische psychotherapieën van vier tot tien maanden (329 328 354 663 660). Karterud e.a. (329), die 97 patiënten met voornamelijk een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en een schizotypische persoonlijkheidsstoornis na een periode van (psychotische) decompensatie bestudeerden, rapporteerden dat de resultaten goed zijn voor cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen, maar matig voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en zeer matig voor de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In een later multicentrumonderzoek onder 1.244 patiënten met een verscheidenheid van cluster-A-, cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven, zijn goede resultaten gerapporteerd bij zowel cluster-B- als cluster-C-patiënten, maar beduidend minder bij cluster-A-patiënten (328).

De beschikbare onderzoeken rapporteren relatief hoge drop-outcijfers. In het onderzoek van Piper e.a. (512) vallen van de 136 gerandomiseerde patiënten 22 (16,1%) voorafgaande aan de start en 36 (26,5%) na de start van behandeling uit. In vier andere onderzoeken ligt het percentage mensen die vroegtijdig de behandeling verlaten vanwege drop-out, ontslag vanwege schending van de kliniekregels of ontslag tegen medisch advies, gemiddeld iets boven de 20% (115 329 328 663 660). Meer dan gemiddeld betreft het patiënten met een antisociale, schizotypische of borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Van hen beëindigde 30 tot 50% vroegtijdig de behandeling (618 659).

Een ongerandomiseerd vergelijkend onderzoek betreft de vergelijking tussen twee dagklinische psychotherapieën van respectievelijk vier tot vijf maanden en twaalf tot achttien maanden, en een zes tot twaalf maanden durende klinische psychotherapie (115). Vooral de patiënten in het langerdurende dagklinische programma zijn qua type persoonlijkheidspathologie en ernst vergelijkbaar met die in het klinische programma, dat wil zeggen zeer hoge prevalenties van onder andere de paranöide persoonlijkheidsstoornis (resp. 65 en 54%) en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (resp. 94 en 71%). Er werden geen verschillen in effect op symptomatologie en het algemene functioneren gevonden.

De meeste onderzochte behandelprogramma's worden gevolgd door een langdurige ambulante vervolgbehandeling, doorgaans op groepspsychotherapeutische basis. Zo wordt het dagklinische programma van vier tot vijf maanden in twee onderzoeken gevolgd door een langdurige psychodynamische groepspsychotherapie van maximaal 3,5 jaar (662 660) en deze blijkt meerwaarde te hebben in termen van effectiviteit (661). Uit latere publicaties over het langerdurende dagklinische behandelprogramma zoals onderzocht door Chiesa e.a. (115) weten we ook dat de dagklinische fase wordt gevolgd door een achttien maanden durende ambulante groepspsychotherapie, en dat deze additionele effectiviteit oplevert (39). Tijdens de vervolgbehandeling worden de behandelresultaten uit de dagklinische fase verdiept, verduurzaamd en gegeneraliseerd naar de diverse functionele domeinen, zoals werk en relaties.

MBT is vooralsnog alleen onderzocht als een 36 maanden durende variant, met 18 maanden in een dagklinische setting en 18 maanden groepspsychotherapeutische vervolgbehandeling. In een RCT bleek MBT bij ontslag uit de dagklinische fase superieur in vergelijking met behandeling-als-gewoonlijk ten aanzien van depressie, angst, algemeen symptoomniveau, interpersoonlijk functioneren, sociale aanpassing, zelfbeschadigend gedrag, klinische opnames en medicatiegebruik (37). Bij het einde van de groepspsychotherapeutische vervolgbehandeling bleken de effecten aanzienlijk groter te zijn geworden evenals het verschil met de controleconditie (39).

Conclusies:

Niveau <u>1</u>	<p>Het is aangetoond dat psychodynamisch georiënteerde, dagklinische psychotherapie een werkzame interventie is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 1999³⁷ A2 Piper e.a., 1993⁵¹² C Karterud e.a., 1992, 2003^{329 328} ; Krawitz, 1997³⁵⁴ ; Wilberg e.a., 1998b, 1999^{663 660}</p>
Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat de optimale duur van de dagklinische behandeling afhangt van type en ernst van de persoonlijkheidspathologie. Van kortdurende varianten lijken patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen minder te kunnen profiteren dan van de langdurige varianten.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 1999, 2001^{37 39} C Karterud e.a., 1992, 2003^{329 328} ; Vaglum e.a., 1990⁶¹⁸ ; Wilberg e.a., 1998a⁶⁵⁹</p>
Niveau <u>3</u>	<p>Er zijn aanwijzingen dat langerdurende dagklinische en langerdurende klinische psychotherapie niet verschillen in effectiviteit.</p> <p>B Chiesa e.a., 2002¹¹⁵</p>
Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat ambulante groepspsychotherapie een effectieve vervolgbehandeling na (dag)klinische psychotherapie is voor mensen met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 2001³⁹ C Wilberg e.a., 2003⁶⁶¹</p>
Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat dagklinische psychotherapie in de vorm van Mentalization Based Treatment een werkzame interventie is voor het reduceren van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 1999, 2001^{37 39}</p>

Overige overwegingen:

Voor het brede spectrum van persoonlijkheidspathologie geldt dat de eerdere conclusie, namelijk dat het aangetoond is dat dagklinische psychotherapie effectief is, betrekking heeft op een kortdurende variant waarin psychodynamische groepspsychotherapie een kernelement vormt (^{327 479}). Daarnaast bevatten de meeste behandelprogramma's een of meer non-verbale of expressieve groepstherapieën. Ook individuele psychotherapie en cognitief-gedragstherapeutische groepen, en medicatiegroepen of individuele farmacotherapie, kwamen in sommige onderzochte behandelprogramma's voor. De empirische evidentie betreft dus een qua theoretisch kader en duur relatief specifieke vorm van dagklinische psychotherapie. De bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onderzochte MBT heeft een veel langere behandelduur, namelijk achttien maanden. Mogelijk kan dit verschil deels worden verklaard door de aard van de geïndiceerde populatie. Het in Noorwegen onderzochte programma (³²⁷) is vooral toegesneden op patiënten met cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien is men in Noorwegen momenteel aan het experimenteren met een langere dagklinische fase, omdat de beperkte behandelduur van gemiddeld vijf maanden in veel gevallen ontoereikend bleek. In de huidige Nederlandse klinische praktijk bestaan dagklinische psychotherapieën in vele soorten en maten, van kortdurend tot langerdurend, van inzichtgevend tot supportief, en van cognitief-gedragstherapeutisch tot psychodynamisch georiënteerd. Kortdurende programma's met een nadruk op expressieve en confronterende elementen lieten vooral bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen meer drop-out zien dan langerdurende programma's met een grotere nadruk op supportieve elementen en/of gestructureerde vaardigheidstraining. Als de intensiteit van de

dagklinische psychotherapie (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig wordt afgestemd op de draagkracht van de patiënt, kan de drop-out beperkt worden.

5.5 Klinische psychotherapie voor het brede spectrum

Richtlijntekst:

Klinische psychotherapie verwijst hier naar behandelprogramma's die bestaan uit meerdere componenten, die minimaal drie dagen per week omvatten en waarbij de patiënt 's avonds en 's nachts in de kliniek verblijft. Anders dan bij dagklinische psychotherapie wordt de patiënt een vervangend leefmilieu geboden, waardoor hij of zij tijdelijk (meer) afstand kan nemen van een eventueel pathogeen thuismilieu. De meeste onderzoeken betreffen populaties die in hoofdzaak uit patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bestaan, maar vanwege de hoge mate van comorbiditeit op As-II worden deze toch onder het kopje 'brede spectrum' besproken.

Aanbevelingen:

Klinische psychotherapie is een effectieve behandeling voor diverse, ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep is van mening dat klinische psychotherapie pas moet worden geïndiceerd wanneer ambulante en/of dagklinische psychotherapie onvoldoende effectief is gebleken.

De werkgroep beveelt aan de intensiteit van de klinische behandeling (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig af te stemmen op de draagkracht van de patiënt. Zo lijken confronterende varianten beter aan te sluiten bij patiënten met cluster-C- en lichte cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, terwijl patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen meer lijken te kunnen profiteren van, en minder kans op drop-out lijken te hebben bij, een supportieve variant. Verder is de werkgroep van mening dat de duur van klinische psychotherapie waar mogelijk beperkt moet worden tot maximaal zes à negen maanden, waar nodig gevolgd door een dagklinische of ambulante vervolgbehandeling.

De werkgroep is van mening dat het voor de werkzaamheid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een coherent en begrijpelijk theoretisch kader en dit consistent toepast; er is momenteel geen evidentie voorhanden dat het ene theoretische kader superieur is aan het andere.

Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, beveelt de werkgroep aan de klinische fase van de behandeling een (langdurig) ambulant vervolg te geven, bijvoorbeeld in de vorm van een groepspsychotherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de literatuur is gezocht naar bewijs voor de effectiviteit van klinische psychotherapie in vergelijking tot controlecondities zoals geen behandeling, wachtlijstcontrole, behandeling-zoals-gewoonlijk of begeleidende trajecten. Daarnaast is gezocht naar vergelijkingen tussen klinische psychotherapie en ambulante of dagklinische psychotherapie.

In twee ongerandomiseerde vergelijkende onderzoeken wordt de effectiviteit van zes tot twaalf maanden durende klinische psychotherapie vergeleken met behandeling-zoals-gewoonlijk ([114](#) [118](#)) respectievelijk met geen behandeling ([168](#)). Daarnaast zijn er twee cohortonderzoeken verricht naar de effectiviteit van (verschillende duurvarianten van) klinische psychotherapie (Gabbard e.a., 2000²²³). Een ander ongerandomiseerd vergelijkend onderzoek betreft de vergelijking tussen dagklinische en klinische psychotherapie ([115](#)). De bestudeerde klinische psychotherapieën zijn primair geschoeid op psychodynamische leest en hebben zonder uitzondering betrekking op behandelprogramma's waarin elementen als individuele psychodynamische psychotherapie, groepspsychotherapie, andere groepsbijeenkomsten, sociotherapie, non-verbale therapieën en farmacotherapie (op indicatie) zijn ingebed in een milieutherapeutisch kader. Vermeldenswaard is dat verschillende klinisch-psychotherapeutische behandelprogramma's in Nederland behandelmodellen hebben geadopteerd die oorspronkelijk voor de ambulante context zijn ontworpen.

In het onderzoek van Chiesa e.a. ([118](#)) worden twee verschillende duurvarianten van klinische psychotherapie onderzocht, namelijk een puur klinische variant (n=49) met een verwachte verblijfsduur van (maximaal) twaalf maanden zonder vervolgbehandeling en een step-downvariant (n=45) met een verwachte klinische verblijfsduur van zes maanden gevolgd door psychodynamische groepspsychotherapie (twaalf tot achttien

maanden) en outreachende verpleegkundige hulp (zes tot negen maanden). Deze behandelprogramma's worden vergeleken met een standaard psychiatrische behandeling (n=49): farmacotherapie, begeleidende contacten met een gemiddelde frequentie van eens per twee tot vier weken, psychiatrische opname op indicatie. De toewijzing aan de klinische psychotherapie of de standaard psychiatrische behandeling was op basis van geografische criteria. Bij de patiënten in de drie groepen worden vergelijkbare hoge prevalenties van de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (40-57%), de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (67-74%), de obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis (18-33%) en de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (41-56%) aangetroffen. Alle patiënten hadden ten minste één persoonlijkheidsstoornis; 70% had er twee of meer. De patiënten in de klinische groep zijn vaker alleenstaand en hebben een hoger opleidingsniveau dan de patiënten in de controlegroep. De resultaten laten zien dat het step-downprogramma superieur is aan zowel de pure klinische variant als de standaard psychiatrische behandeling, in termen van symptoomreductie en verbeteringen in het sociaal en algemeen functioneren (¹¹⁴ ¹¹⁸).

Het onderzoek van Dolan e.a. (¹⁶⁸) betreft patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie die zijn verwezen voor specialistische klinische psychotherapie. De verbeteringen bij 70 patiënten die de behandeling ondergingen worden twaalf maanden na behandeling vergeleken met de eventuele verbeteringen bij 67 patiënten die de behandeling niet ontvingen omdat de 'financiële autoriteiten' hiertoe geen toestemming gaven. Op de enige uitkomstmaat, de ernst van borderlinesymptomen, vertoont de behandelde groep significant meer verbetering dan de onbehandelde groep. De behandelde groep verbleef gemiddeld zeven maanden in therapie (range 1 tot 52 weken).

Ook in een ander cohortonderzoek blijken bij verschillende persoonlijkheidsstoornissen goede posttherapie resultaten op diverse uitkomstvariabelen met klinische psychotherapie (²²³). In het kwaliteitsonderzoek van de Stichting Klinische Psychotherapie (⁵⁹⁸) ten slotte, is een groot cohort gevolgd van: (1) patiënten met cluster-A- en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen in langerdurende (gemiddeld tien maanden) klinische psychotherapie (n=521); (2) patiënten met cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen in langerdurende (gemiddeld tien maanden) klinische psychotherapie (n=849); en (3) patiënten met cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen in kortdurende (gemiddeld drie tot vier maanden) klinische psychotherapie (n=551). In deze drie groepen zien we tussen start van opname en ontslag uit behandeling bij ongeveer 55 tot 70% symptomatisch herstel en er worden ook verbeteringen in het persoonlijkheidsfunctioneren geconstateerd. Van de patiënten rapporteert 75 tot 90% een verbetering tot een sterke verbetering bij ontslag. De resultaten van dit kwaliteitsonderzoek dienen met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd vanwege een betrekkelijk lage follow-uprespons (circa 60%) en het ontbreken van een zorgvuldige meting van de persoonlijkheidsstoornissen op baseline.

Tucker e.a. (1987) beoordeelden in een cohortonderzoek de effectiviteit van een klinisch programma van zes tot meer dan twaalf maanden, gericht op interpersoonlijk functioneren. Zij interviewden veertig patiënten twaalf en vierentwintig maanden na ontslag, en vonden op beide meetmomenten vermindering van suïcidale ideatie en gedrag en een verbetering van vriendschappen en gezinscontacten.

Dolan e.a. (¹⁶⁸) vergeleken in een niet-gerandomiseerd onderzoek met 80% patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een groep die wel opgenomen was in een therapeutische gemeenschap met een groep die om verschillende redenen niet opgenomen was, een jaar na respectievelijk beëindiging van hun behandeling dan wel hun niet-geëffectueerde verwijzing. De opgenomen groep liet meer vermindering van borderlinekenmerken zien dan de niet-opgenomen groep.

In een niet-vergelijkend cohortonderzoek (⁷⁸) en een vergelijkend ongerandomiseerd onderzoek (⁷⁷) werd de effectiviteit van DGT in een vier maanden durend klinisch programma onderzocht. In dit programma worden drie fasen onderscheiden. De eerste fase van drie weken is gericht op het probleemgedrag dat reden voor opname was. De tweede fase omvat een theoretische training en een vaardigheidstraining voor specifieke borderlinekenmerken, en richt zich op het doen uitdoven van (para)suïcidaal gedrag. De derde fase houdt zich bezig met de planning van ontslag. Na deze vier maanden was het algemene klachtniveau verminderd, evenals de depressieve klachten en angstklachten, en was het algemeen functioneren verbeterd, en dat alles significant meer dan in diezelfde tijdsspanne door behandeling-als-gewoonlijk bewerkstelligd kon worden.

Conclusies:

Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat langerdurende (zes tot twaalf maanden), psychodynamisch georiënteerde, klinische psychotherapie een werkzame interventie is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>B Chiesa e.a., 2004¹¹⁸ ; Dolan e.a., 1997¹⁶⁸ C Gabbard e.a., 1997; Stichting Klinische Psychotherapie, 2001⁵⁹⁸ ; Tucker e.a., 1987</p>
-----------------	---

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat kortdurende (drie tot zes maanden), psychodynamisch georiënteerde, klinische psychotherapie een werkzame interventie is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen. C Stichting Klinische Psychotherapie, 2001 ⁵⁹⁸
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een step-downbenadering waarbij een kortere klinische fase (bijvoorbeeld zes maanden) wordt gevolgd door langerdurende ambulante groepspsychotherapie, effectiever is dan een pure, langerdurende klinische fase (bijvoorbeeld twaalf maanden) zonder ambulante vervolgbehandeling. B Chiesa e.a., 2004; Chiesa & Fonagy, 2000 ¹¹⁴
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat een vier maanden durend klinisch programma (dialectische gedragstherapie) werkzaam is voor de reductie van symptomen en persoonlijkheidspathologie en het verbeteren van het sociaal functioneren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. B Bohus e.a., 2004 ⁷⁷ C Bohus e.a., 2000 ⁷⁸

Overige overwegingen:

Evenals bij dagklinische psychotherapie geldt voor klinische psychotherapie dat de intensiteit van de behandeling (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig dient te worden afgestemd op de draagkracht van de patiënt. Op deze wijze wordt het effect geoptimaliseerd en de kans op drop-out beperkt. De mate van intensiteit bepaalt mede de duur van behandeling. In kortdurende programma's met een nadruk op expressieve en confronterende elementen, kunnen vaak binnen een tijdsbestek van drie tot zes maanden forse verbeteringen worden geboekt. Deze behandelingen zijn met name geschikt voor cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen en lichte cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, terwijl patiënten met cluster-A- en ernstige cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen meer lijken te kunnen profiteren van, en minder kans op drop-out lijken te hebben bij, klinische psychotherapie waarin supportieve elementen meer op de voorgrond staan. Wanneer een nadruk op expressieve en confronterende elementen is gecontra-indiceerd vanwege de kans op drop-out, acting-out of decompensatie, zien we verbeteringen vaak pas na een langere behandelduur optreden. Toch is de werkgroep van mening dat terughoudendheid is geboden bij een te lange opnameduur. Mede om hospitalisatieverschijnselen te voorkomen verdient het de voorkeur om, indien mogelijk, volgens een step-downmodel, opname tot maximaal zes tot negen maanden te beperken en te laten volgen door ambulante of dagklinische vervolgbehandeling.

5.6 Dosering en wijze van toepassing van psychotherapie

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen een psychotherapeutische behandeling met een relatief hoge dosering behoeven. In ernstige gevallen gaat het vaak om trajecten die jaren kunnen duren. Hierbij geldt in het algemeen: hoe meer zittingen of hoe langer de behandelduur, hoe hoger het herstelpercentage. In individuele gevallen kan de optimale dosering echter behoorlijk uiteenlopen. Hierbij zijn de volgende principes richtinggevend: (1) het stepped-careprincipe (zo 'licht' als mogelijk en zo 'intensief' als nodig); (2) het matched-careprincipe (afstemming van dosering op patiëntvariabelen zoals probleemernst, psychologische capaciteiten en sociale rollen); (3) subjectieve/praktische overwegingen (zoals voorkeur voor, respectievelijk beschikbaarheid van behandelafaciliteiten). Vooral het laatste principe verdient terughoudendheid in de praktijk, vanwege het risico van inefficiënt gebruik van behandelafaciliteiten.

Naast een relatief hoge dosering worden effectieve behandelprogramma's gekenmerkt door een hoge mate van structuur en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren zoals motivatie, therapietrouw, het consistent toepassen van een coherent theoretisch kader, de therapeutische alliantie en een actieve houding

van de therapeut.

Om de behandelresultaten te verdiepen, te verduurzamen en te generaliseren naar het functioneren in werk en relaties, beveelt de werkgroep aan de behandelafasering in te richten volgens het step-downprincipe en/of de hoofdbehandeling te laten vervolgen door een (intensieve) nabehandeling gericht op deze doelen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de literatuur is gezocht naar empirische onderzoeken en andere literatuur die relevant zijn voor de optimale dosering van behandeling en de optimale wijze van toepassing ervan. Wat betreft de dosering van behandeling gaat het om keuzes ten aanzien van setting, duur en intensiteit. Bij de wijze van toepassing gaat het om structurele kenmerken van de behandeling, universeel werkzame factoren en attitude/bejegening van de patiënt.

Verskillende onderzoeken hebben gekeken naar de relatie tussen duur of aantal zittingen en de effectiviteit van ambulante psychotherapie. Volgens het model van Perry e.a. ([497](#)) wordt geschat dat 25% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis na gemiddeld 5 maanden behandeling hersteld is, 50% na gemiddeld 16 maanden (of circa 92 zittingen) en 75% na gemiddeld 26 maanden (of circa 216 zittingen). Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vonden Howard e.a. ([300](#)) na 8 zittingen klinisch significante verbetering bij 3% van de patiënten, na 13 zittingen bij 11%, na 26 zittingen bij 38%, na 52 zittingen bij 74% en na 104 zittingen bij 95% van de patiënten. Overigens betekent klinisch significante verbetering volgens de door Howard e.a. gehanteerde definitie nog niet dat er sprake is van herstel volgens de door Perry e.a. gehanteerde definitie; wat mogelijk een verklaring is voor de hogere verbeteringspercentages bij Howard e.a. bij een gelijk aantal zittingen. Verder is in de onderzoeken met een behandelduur langer dan twaalf maanden ([39](#) [72](#) [235](#) [471](#)) te zien dat de belangrijkste veranderingen pas na het eerste jaar van behandeling optreden.

Ook bij klinische psychotherapie zijn aanwijzingen gevonden voor dosis-effectrelaties. In een onderzoek naar de effectiviteit van klinische psychotherapie was de duur van het verblijf vrij sterk gerelateerd aan de mate van verbetering ([168](#)). De gemiddelde verblijfsduur bleek aanmerkelijk langer bij patiënten die klinisch betekenisvolle veranderingen lieten zien (36 weken, standaarddeviatie (SD) 3) in vergelijking tot de patiënten bij wie dergelijke veranderingen niet konden worden aangetoond (21 weken, SD 3). Echter, in een ander onderzoek bleek een step-downbenadering, waarbij een kortere klinische fase (3 tot 6 maanden) wordt gevolgd door langerdurende ambulante groepspsychotherapie, effectiever te zijn dan een pure, langerdurende klinische fase (9 tot 12 maanden) zonder ambulante vervolgbehandeling ([118](#)). Voor deze bevinding zijn twee alternatieve verklaringen mogelijk. Een eerste optie is dat het verschil moet worden toegeschreven aan de mogelijke iatrogene effecten van een langdurige opname, zoals het hospitalisatie-effect ([211](#)). Maar deze verklaring zou strijdig zijn met de hierboven genoemde relatie tussen opnameduur en effectiviteit ([168](#)). Een meer voor de hand liggende verklaring is daarom dat het verschil primair moet worden toegeschreven aan het belang van langdurige vervolgbehandeling in de step-downconditie. Deze verklaring is consistent met twee onderzoeken die additionele effectiviteit rapporteren van langdurige groepspsychotherapie als vervolgbehandeling na dagklinische psychotherapie ([39](#) [661](#)). Dat laat onverlet dat de step-downbenadering in termen van kosteneffectiviteit superieur is aan de puur klinische variant.

In aansluiting op het bovenstaande is een belangrijke bevinding dat langerdurende dagklinische en langerdurende klinische psychotherapie niet verschillen in termen van effectiviteit ([115](#)). Wel bleken de kosten van het klinische programma meer dan twee keer zo hoog als van het dagklinische programma, wat impliceert dat het dagklinische programma superieur is in termen van kosteneffectiviteit.

Een andere, terugkerende bevinding is dat behandeldoelen en dosering gerelateerd zijn. In relatief kortdurende behandelingen zoals STEPPS ([72](#)) en tot op zekere hoogte de kortere varianten van DGT ([78](#) [77](#) [348](#) [426](#)) worden slechts beperkte behandeldoelen, zoals reductie van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag, nagestreefd, terwijl langerdurende en meer intensieve behandelingen zoals MBT en SGT een grotere impact beogen te hebben op de persoonlijkheid, bijvoorbeeld op het mentaliserend vermogen en cognitieve schema's.

In de onderzoeken die na de behandeling van twaalf maanden een follow-up na zes maanden ([82](#)), twaalf maanden ([394](#) [471](#)), achttien maanden ([39](#) [96](#) [539](#)) of zestig maanden ([597](#)) uitvoerden, is een telkens terugkerende bevinding dat het resultaat bij follow-up minstens stabiel is, en vaak nog verdergaande verbetering laat zien. Wat betreft de optimale wijze van toepassing van de psychotherapeutische behandeling geldt dat er weinig empirisch onderzoek is verricht. Op basis van een kritisch literatuuronderzoek komen Bateman & Fonagy ([38](#)) tot de conclusie dat psychotherapeutische behandelingen die effectief zijn bij persoonlijkheidsstoornissen een aantal belangrijke kenmerken gemeenschappelijk hebben, namelijk een relatief hoge dosering, een hoge mate van structuur en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren. De dosering is hierboven reeds besproken. Een hoge mate van structuur kan worden bereikt door duidelijke kaders te stellen en afspraken te maken, te werken met een duidelijke focus of expliciete behandeldoelen en deze periodiek te monitoren, en - indien er sprake is van andere zorgelementen naast de psychotherapeutische behandeling, zoals

systeemtherapie of farmacotherapie - deze in voldoende mate op elkaar af te stemmen. Universeel werkzame factoren waaraan bijzondere aandacht moet worden geschonken zijn onder meer de motivatie voor verandering en behandeling, therapietrouw, het consistent toepassen van een coherent theoretisch kader, de therapeutische alliantie en een actieve houding van de therapeut.

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de mate van effectiviteit van de behandeling, bijvoorbeeld uitgedrukt in termen van herstelpercentages, is gerelateerd aan het aantal zittingen (bij ambulante behandelingen) of de opnameduur (bij klinische behandelingen): hoe meer zittingen of hoe langer de behandelduur, hoe hoger het herstelpercentage. C Bateman & Fonagy, 2001 ³⁹ ; Dolan e.a., 1997 ¹⁶⁸ ; Giesen-Bloo e.a., 2006 ²³⁵ ; Howard e.a., 1986 ³⁰⁰ ; Perry e.a., 1999 ⁴⁹⁷
Niveau 3	Het is aannemelijk dat langerdurende dagklinische psychotherapie en step-down klinische psychotherapie kosteneffectiever zijn dan langerdurende, puur klinische psychotherapie. B Chiesa e.a., 2002 ¹¹⁵
Niveau 4	De werkgroep is van mening dat effectieve behandelprogramma's de volgende elementen met elkaar gemeen hebben: een eenduidig behandelingsmodel, een relatief hoge dosering, een hoge mate van structuur en voldoende aandacht voor universeel werkzame factoren. D Bateman & Fonagy, 2000 ³⁸

Overige overwegingen:

De werkgroep is van mening dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen een psychotherapeutische behandeling met een hoge dosering behoeven. Deze dosering kan, afhankelijk van het type en de ernst van de persoonlijkheidspathologie, behoorlijk oplopen. In ernstige gevallen gaat het om trajecten die meestal jaren duren en grote aantallen ambulante zittingen of een (dag)klinische fase van maanden tot een jaar (of zelfs nog langer) kunnen omvatten. Volgens sommige onderzoeken kan het benodigde aantal zittingen in sommige gevallen oplopen tot in de honderden (²³⁵ ⁴⁹⁷). Hieronder formuleert de werkgroep drie principes die van dienst kunnen zijn bij een optimale dosering van psychotherapie:

- stepped-care
- matched-care
- subjectieve/praktische overwegingen

Volgens het eerste principe, stepped-care, wordt de patiënt zo 'licht' als mogelijk en zo intensief als nodig behandeld. Dit principe kan worden onderbouwd op basis van twee argumenten: vanuit het patiëntenperspectief en vanuit het gezondheidseconomisch perspectief. Allereerst is een goed uitgangspunt om de patiënt zo veel mogelijk te behoeden voor behandelingen die onnodig ingrijpende gevolgen kunnen meebrengen voor zijn leefsituatie en mogelijk zelfs iatrogene schade kunnen aanrichten. Ten tweede geldt dat de kosten van behandeling direct gerelateerd zijn aan de dosering en dus dat een hoge dosering goed moet kunnen worden onderbouwd.

Volgens de werkgroep kan (dag)klinische psychotherapie een effectieve behandeling zijn die meerwaarde heeft boven ambulante behandeling, maar er moeten goede argumenten zijn voor de toepassing ervan. Een valide argument kan zijn dat met (verschillende) ambulante behandeling(en) onvoldoende resultaat is geboekt. Bij toepassing van het stepped-careprincipe dient de clinicus wel rekening te houden met het feit dat in (dag)klinische psychotherapie vaak sneller effect kan worden bereikt dan in ambulante psychotherapie. Deze observatie is in het bijzonder relevant voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Een andere indicatie voor klinische psychotherapie kan zijn de noodzaak van tijdelijke afstand van een pathogeen systeem. De werkgroep raadt aan om in die gevallen waarin een (zeer) langdurige ambulante behandeling wordt overwogen, de patiënt ook te informeren over de mogelijkheden van korterdurende (dag)klinische psychotherapie.

Volgens het tweede principe, matched-care, wordt de dosering vastgesteld op basis van bepaalde relevante

patiëntkenmerken. Volgens een recent onderzoek naar de overstemming tussen behandelaars wat betreft de selectie van behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen (⁴⁰⁹) hangt de optimale setting van de behandeling vooral af van parameters die verwijzen naar de ernst van de problematiek (zoals symptoomernst en aard van de persoonlijkheidspathologie) en sociale rollen (zoals verplichtingen op het gebied van werk en zorg voor kinderen). Lichtere ernst en de aanwezigheid van sociale rollen zouden eerder een ambulante behandeling rechtvaardigen, terwijl bij zwaardere ernst en de afwezigheid van sociale rollen een indicatie voor (dag)klinische psychotherapie meer voor de hand ligt. Verder zou de optimale duur zijn gerelateerd aan ernstparameters en parameters die verwijzen naar psychologische functies (zoals egosterkte, relationele capaciteiten, kwaliteit van de afweer). Lichtere ernst en intacte psychologische functies zouden eerder korte behandeling rechtvaardigen, terwijl bij zwaardere ernst en aangetaste psychologische functies een indicatie voor een langere behandeling meer voor de hand ligt. Het verband tussen duur van behandeling en de kwaliteit van de psychologische functies kan vermoedelijk begrepen worden op basis van de belastbaarheid van de patiënt: bij intacte psychologische functies kan snel gewerkt worden met behulp van confronterende en interpretatieve technieken, terwijl patiënten met aangetaste psychologische functies een meer voorzichtige strategie met een nadruk op supportieve en structurerende technieken behoeven (zie ook Gabbard, 2000²²²). Overigens zijn geen van deze matchinghypothesen empirisch getoetst.

Het derde en laatste principe (subjectieve/praktische overwegingen), heeft betrekking op meer subjectieve overwegingen (zoals de persoonlijke ervaringen of geloof, patiëntvoorkeuren, therapeutvoorkeuren) of praktische overwegingen (zoals beschikbaarheid van behandel faciliteiten, bereikbaarheid, verzekeringsstatus). Hoewel het aannemelijk is dat deze factoren kunnen resulteren in een inefficiënt gebruik van behandel faciliteiten, geldt dat verschillende onderzoeken hebben laten zien dat de selectie van of toewijzing aan behandelingen deels door deze factoren wordt bepaald (^{58 70 115 306}). In de wetenschap dat motivatie voor behandeling een belangrijke predictor is van succes, dient het belang van deze factoren dan ook niet te worden onderschat. Zolang er geen vergelijkend onderzoek is waaruit blijkt dat, al dan niet bij een bepaald deel van de patiëntenpopulatie, de ene behandeling superieur is ten opzichte van de andere, zullen deze subjectieve factoren een prominente rol blijven spelen.

Ten slotte is de werkgroep van mening dat een behandeling - met het oog op arbeidsreïntegratie en sociale rehabilitatie - idealiter niet eerder definitief wordt afgesloten voordat de patiënt een bevredigende dagstructuur (in termen van werk en relaties) heeft gevonden. Dit betekent in de meeste gevallen waarin dit van toepassing is een behandel fasering volgens het step-downprincipe en/of een (intensieve) nabehandeling gericht op deze doelen.

5.7 Beslisbomen psychotherapeutische behandeling

5.7.1 Algemene opmerkingen

Richtlijntekst:

- Van alle in deze richtlijn beschreven behandelinterventies genieten psychotherapeutische behandelingen de hoogste mate van evidentie; persoonlijkheidsstoornissen worden dan ook bij voorkeur psychotherapeutisch behandeld.
- De onderstaande beslisbomen kunnen worden opgevat als een vorm van Best Practice en zijn gebaseerd op de huidige stand van klinische kennis en ervaring, de empirische evidentie zoals samengevat in dit hoofdstuk en op drie principes zoals beschreven in de paragraaf ['dosering en wijze van toepassing van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen'](#).
- De stroomschema's vormen een samenvatting van dit hoofdstuk, maar komen niet in de plaats van de tekst. Het gebruik van de beslisbomen in de praktijk vereist een goed begrip van de gehele tekst van dit hoofdstuk.
- (Her)overweeg bij iedere wijzigingsstap de toevoeging van ondersteunende interventies, zoals farmacotherapie, vaktherapieën, verpleegkundige interventies, systeemtherapie en/of partner-relatietherapie. Deze kunnen in principe los van de stappen in de beslisboom worden toegepast, zij het dat integratie en onderlinge afstemming de voorkeur verdient.
- Bij een ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie wordt uitgegaan van (minimaal) wekelijkse bijeenkomsten.
- Bij (dag)klinische psychotherapie wordt uitgegaan van meerdaagse behandelprogramma's; in de praktijk wordt veelal gewerkt met twee- tot vijfdaagse varianten. Ook hierin zit dus variatie voor wat betreft de dosering.

- De optimale duur van de behandeling kan sterk uiteenlopen. In de navolgende stappenplannen wordt de duur niet nader gespecificeerd. Bij een gedeeltelijke respons is vaak een voortzetting van de ingezette behandeling geïndiceerd. In de stappenplannen wordt daarom alleen gesproken van 'geen verbetering' of 'voldoende resultaat'. In paragraaf 5.6 werden overwegingen aangeboden ten behoeve van het inschatten van de optimale duur.
- Bij twijfel over diagnose, eventuele comorbiditeit of bij therapieresistentie, dat wil zeggen wanneer drie behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat hebben geleid, wordt geadviseerd een specialist (psychiater of psycholoog) te consulteren.
- Bij (dreigend) stagneren van de behandeling dient overwogen te worden om de patiënt te verwijzen naar een in de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen gespecialiseerde behandelsetting.
- In de beslisboom wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matige en ernstige persoonlijkheidspathologie. Deze indeling loopt slechts ten dele synchron met de DSM-IV-clusterindeling en hangt meer af van de mate waarin de psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) en het sociaal-maatschappelijk functioneren intact zijn. Bij lichte persoonlijkheidspathologie kan geen sprake zijn van cluster-A- of cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen; bij matige persoonlijkheidspathologie kan geen sprake zijn van een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis; en bij ernstige persoonlijkheidspathologie kan in principe sprake zijn van alle DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen, alhoewel de kans het grootste is bij met name cluster-A- en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen.
- Voor de drie ernstniveaus van persoonlijkheidspathologie gelden drie afzonderlijke beslisbomen.

5.7.2 Beslisboom lichte persoonlijkheidspathologie

Richtlijntekst:

Van een lichte persoonlijkheidsstoornis kan alleen sprake zijn indien de patiënt een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis heeft of een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven. Let wel: er zijn ook matige en ernstige varianten van dezelfde diagnoses. Bij de lichte variant is er sprake van relatief intacte psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) bij een relatief intact sociaal-maatschappelijk functioneren. Zie figuur voor een grafische weergave van de beslisboom.

Stap 1: Start

- De behandeling van eerste keuze bij lichte persoonlijkheidspathologie is ambulante individuele psychotherapie. Een andere optie is een groepspsychotherapie (sla dan stap 2 over); dit is een kostenefficiënte behandelinterventie.
- Hoewel de voorkeur uitgaat naar ambulante individuele psychotherapie, kunnen er redenen zijn om toch te starten met groepspsychotherapie. In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.

Stap 2: Ambulante individuele psychotherapie

- Er is een breed scala van mogelijkheden ten aanzien van theoretisch referentiekader.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een tweede keuze (groepspsychotherapie, combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie of (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 3: Groepspsychotherapie

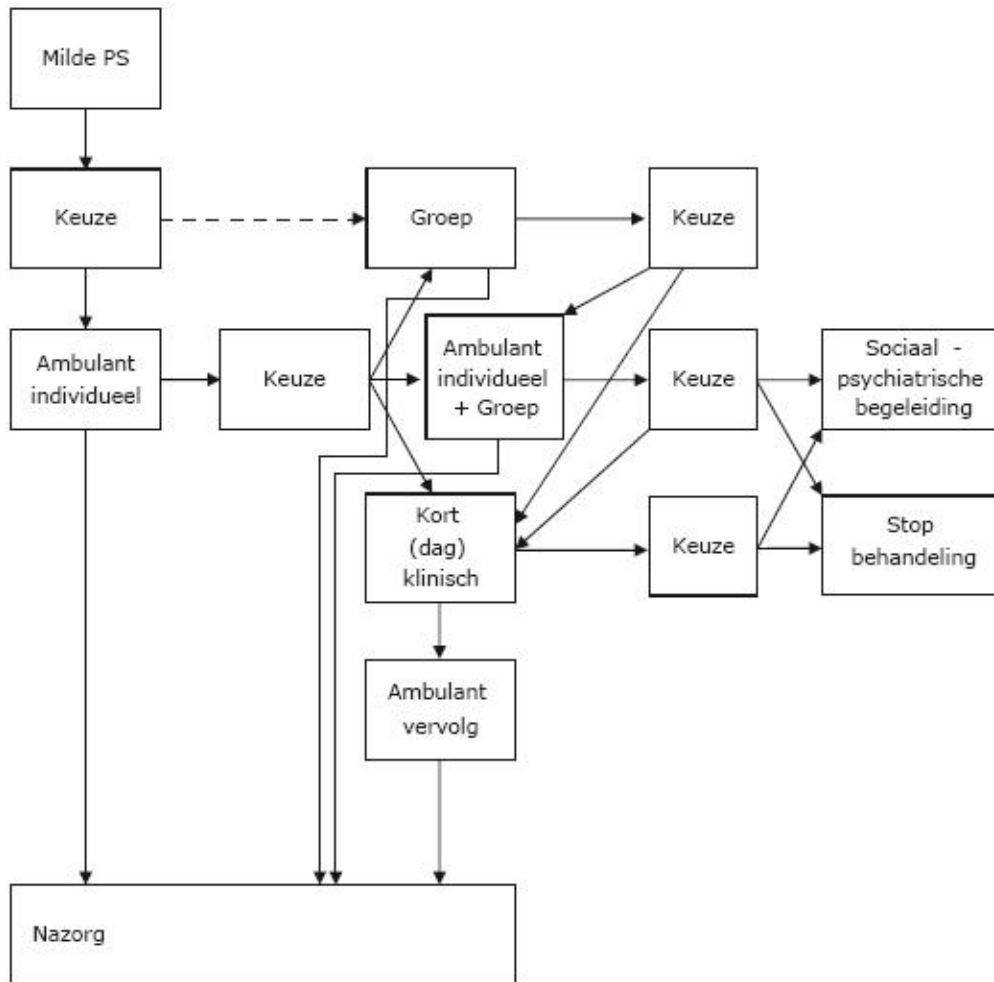
- Effectief gebleken groepspsychotherapeutische behandelingen zijn kortdurende groepsgedragstherapie (alleen aangetoond effectief voor de ontijkende persoonlijkheidsstoornis en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis) en langdurige, psychodynamische groepspsychotherapie (ook voor andere persoonlijkheidsstoornissen).
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie of (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 4: Combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie

- De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is dialectische gedragstherapie (DGT) voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar de werkgroep is van mening dat de combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze ((dag)klinische psychotherapie, sociaalpsychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 5: Kortdurende (dag)klinische psychotherapie

- Effectief gebleken (dag)klinische psychotherapieën zijn kortdurend (drie tot zes maanden) en psychodynamisch georiënteerd. De effectief gebleken langerdurende varianten worden hier gecontra-indiceerd geacht omdat het lichte persoonlijkheidspathologie betreft.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (sociaalpsychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt een ambulante vervolgbehandeling (individuele of groepspsychotherapie) van voldoende lengte (bijvoorbeeld een jaar) en nadien nazorg aan.



5.7.3 Beslisboom matige persoonlijkheidspathologie

Richtlijntekst:

Van matige persoonlijkheidspathologie kan alleen sprake zijn indien de patiënt een cluster-B- of cluster-C-persoonlijkheidsstoornis heeft of een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven. Let wel: er zijn ook lichte en ernstige varianten van (een deel van) deze diagnoses. Bij de matige variant is er sprake van matig aangetaste psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) bij een matig verstoord sociaal-maatschappelijk functioneren. Zie figuur voor een grafische weergave van de beslisboom.

Stap 1: Start

- De behandeling van eerste keuze bij matige persoonlijkheidspathologie is ambulante individuele psychotherapie. In het algemeen verdient bij deze groep een frequentie van één à twee zittingen per week de voorkeur. Een andere startoptie is een combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie. De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is DGT voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar de werkgroep is van mening dat de combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden. De werkgroep is van mening dat alleen groepspsychotherapie een onvoldoende aanbod is voor deze doelgroep.
- Hoewel vanuit een stepped-careperspectief de voorkeur uitgaat naar ambulante individuele psychotherapie met een frequentie van één zitting per week, kunnen er redenen zijn om toch te starten met een hogere zittingfrequentie of een combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie (sla in het laatste geval stap 2 over). In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en het stepped-careperspectief.

Stap 2: Ambulante individuele psychotherapie

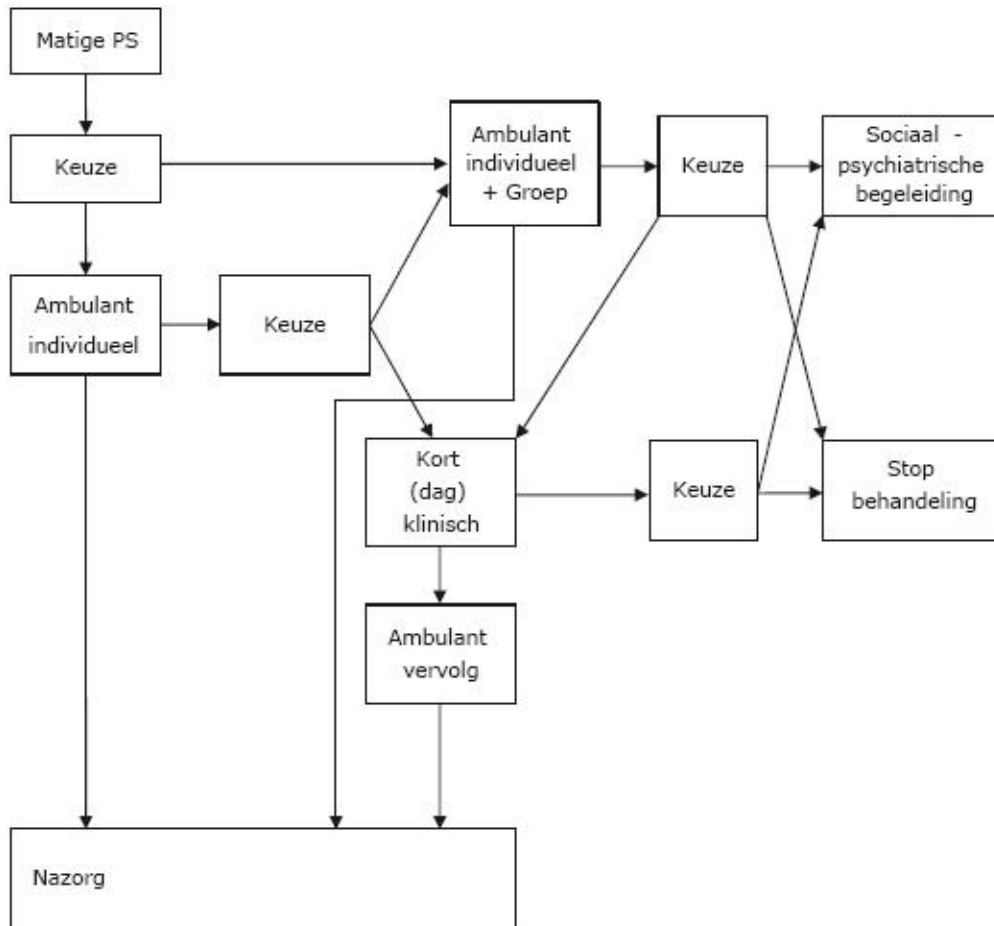
- Er is een breed scala van mogelijkheden ten aanzien van het theoretisch referentiekader, zoals beschreven in deze richtlijn.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een tweede keuze (combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie of (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 3: Combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie

- De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is DGT voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar de werkgroep is van mening dat de combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden. Vanwege de beperkte empirische evidentie voor combinatiebehandelingen, kan men er ook voor kiezen deze stap over te slaan.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze ((dag)klinische psychotherapie, sociaalpsychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandelmogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 4: Kortdurende (dag)klinische psychotherapie

- Effectief gebleken (dag)klinische psychotherapieën zijn kortdurend (drie tot zes maanden) en psychodynamisch georiënteerd. De langerdurende klinische varianten bleken minder effectief dan de hier gepropageerde step-downbenadering (zie de paragraaf '[klinische psychotherapie voor het brede spectrum](#)').
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (sociaalpsychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt een ambulante vervolgbehandeling (individuele of groepspsychotherapie) van voldoende lengte (bijvoorbeeld een jaar) en nadien nazorg aan.



5.7.4 Beslisboom ernstige persoonlijkheidspathologie

Richtlijntekst:

Van ernstige persoonlijkheidspathologie kan in principe sprake zijn bij het totale spectrum van cluster-A-, cluster-B-, cluster-C- of Niet Anderszins Omschreven persoonlijkheidsstoornissen, alhoewel de kans het grootste is bij met name cluster-A- en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. Let wel: er zijn ook lichte en matige varianten van (een deel van) deze diagnoses. Bij de ernstige variant is er sprake van sterk aangetaste psychologische functies (zoals zelfregulatievaardigheden en interpersoonlijke vaardigheden) bij een sterk verstoord sociaal-maatschappelijk functioneren. Zie figuur voor een grafische weergave van de beslisboom.
Stap 1: Start

- De behandeling van eerste keuze bij ernstige persoonlijkheidspathologie is volgens de werkgroep ambulante individuele psychotherapie, al dan niet in combinatie met een groepspsychotherapeutische (vaardigheids)behandeling. Bij deze ernstige groep kunnen er redenen zijn om direct te starten met een (dag)klinische psychotherapeutische behandeling, zoals bijvoorbeeld Mentalization Based Treatment (MBT) voor patiënten met een (zeer) ernstige borderlinepersoonlijkheidsstoornis.
- Hoewel vanuit de voorkeur uitgaat naar ambulante individuele psychotherapie en er weinig directe evidentie is voor de werkzaamheid van combinatiebehandelingen, is de werkgroep van mening dat ambulante individuele psychotherapie met een frequentie van één zitting per week bij deze ernstige groep in veel gevallen tekortschiet. Als daar al voor gekozen wordt dan is een hogere frequentie van zittingen aangewezen (bijvoorbeeld twee zittingen per week).
- Daarentegen zijn niet-individuele behandelingen dikwijls gecontra-indiceerd omdat de angst bij de patiënt in groepsbehandelingen te hoog kan oplopen. In die gevallen kan overwogen worden om de patiënt eerst alleen op individuele basis te behandelen/begeleiden en zodoende toe te werken naar de mogelijkheid van een combinatiebehandeling dan wel (dag)klinische psychotherapie.
- In overleg met patiënt wordt een keuze gemaakt, mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.

Stap 2: Ambulante individuele psychotherapie

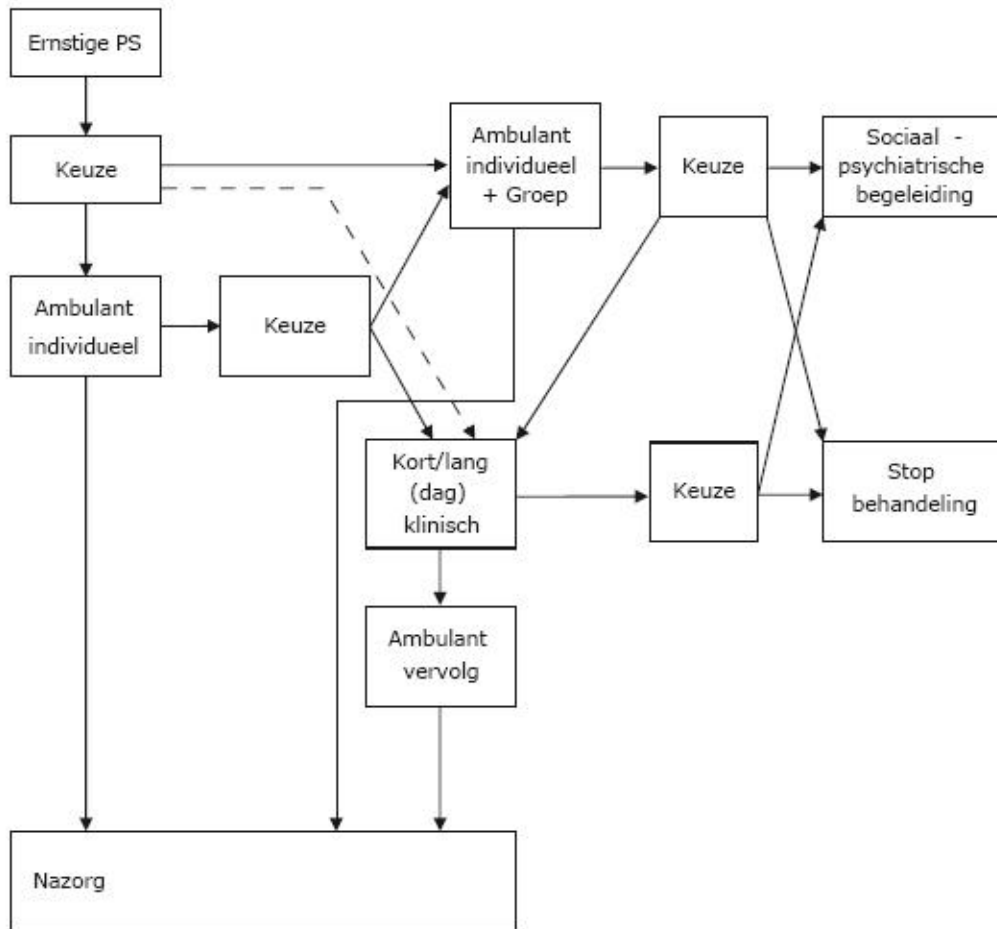
- Effectief gebleken behandelingen zijn verschillende varianten van cognitieve gedragstherapie of psychoanalytische psychotherapie.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een tweede keuze ((dag)klinische psychotherapie, sociaalpsychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 3: Combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie

- De enige effectief gebleken combinatie van ambulante individuele psychotherapie en groepspsychotherapie is DGT voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar de werkgroep is van mening dat deze combinatie voor meer patiënten een waardevol alternatief kan bieden.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (bijvoorbeeld (dag)klinische psychotherapie), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, beschikbare behandel mogelijkheden, wachttijden voor een bepaalde therapie en kosten.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt nazorg aan.

Stap 4: (Dag)klinische psychotherapie

- Effectief gebleken (dag)klinische psychotherapieën zijn psychodynamisch georiënteerd en hebben uiteenlopende behandelduren. Ten aanzien van klinische psychotherapie geldt dat de langerdurende, puur klinische varianten minder effectief zijn gebleken dan de hier gepropageerde step-downbenadering (zie de paragraaf '[Klinische psychotherapie voor het brede spectrum](#)'). Ten aanzien van dagklinische psychotherapie geldt dat de kortdurende, intensieve varianten bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen meer drop-out lieten zien dan langerdurende, meer supportieve varianten zoals MBT. Het lijkt dus vooral van belang om de intensiteit van de (dag)klinische psychotherapie (ofwel de mate waarin de behandeling ontregelt versus stabiliseert) nauwkeurig af te stemmen op de draagkracht van de patiënt.
- Bij geen respons: houd rekening met de algemene opmerkingen onder de paragraaf '[beslisbomen psychotherapeutische behandeling](#)' (namelijk: toevoeging van ondersteunende interventies, consultatie van expert, verwijzing naar specialistische instelling) en maak in overleg met patiënt een volgende keuze (sociaalpsychiatrische begeleiding of stopzetten behandeling), mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt.
- Bij voldoende resultaat: bied de patiënt een ambulante vervolgbehandeling (individuele of groepspsychotherapie) van voldoende lengte (bijvoorbeeld een jaar) en nadien nazorg aan.



6. Psychosociale interventies

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor het uitvoeren van psychosociale interventies die gegeven kunnen worden naast de psychotherapeutische en farmacologische behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze interventies zijn ondersteunend en aanvullend. In dit hoofdstuk beschrijven we achtereenvolgens: verpleegkundige zorg, vaktherapeutische interventies, maatschappelijk werk en crisisinterventie.

6.1 Verpleegkundige zorg

Richtlijntekst:

De verpleegkundige diagnostiek, indicatiestelling en interventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis worden beschreven. Daarna wordt ingegaan op verschillende aspecten van de kennis en attitude die noodzakelijk zijn voor de verpleegkundige zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Uitgangsvragen

- Welke verpleegkundige diagnoses zijn geassocieerd met persoonlijkheidsstoornissen?
- Welke diagnostische instrumenten en criteria zijn er om deze verpleegkundige diagnoses vast te stellen?
- Welke kenmerken van de patiënt en zijn omgeving zijn relevant voor het indiceren van verpleegkundige zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?
- Welke meetinstrumenten zijn bruikbaar bij het indiceren van verpleegkundige zorg?
- Welke (sociaal)psychiatrisch verpleegkundige interventies zijn effectief bij de zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en zijn aan te bevelen ter ondersteuning van het sociaal en maatschappelijk functioneren van patiënten op verschillende levensgebieden (privé, sociaal, werk, etc.)
- Welke factoren bevorderen de effectiviteit van (sociaal)psychiatrisch verpleegkundig handelen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen?

6.1.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Richtlijntekst:

Voor het beantwoorden van de uitgangsvragen ten aanzien van verpleegkundige zorg werd literatuur gezocht in Medline, Cinahl, PsycINFO en Embase. De zoektermen hierbij waren 'personality disorder', alle voorkomende persoonlijkheidsstoornissen en 'cluster A', 'cluster B' en 'cluster C'. Deze termen zijn aan de hand van de verpleegkundige thema's in vier zoekstrategieën gecombineerd met de nu volgende termen.

- *Verpleegkundige diagnostiek en indicatiestelling*: 'nursing diagnosis', 'psychiatric diagnosis', 'assessment' en 'measurement'.
- *Verpleegkundige interventies*: 'nursing intervention', 'psychiatric nursing', 'mental health care' en 'community mental health care'. Vervolgens is verder gezocht met de termen 'automutilation' en 'self-harm'.
- *Sociaalpsychiatrische interventies*: 'community mental health service', 'counseling', 'ambulatory care', 'nursing care', 'long-term care', 'case management', 'social work', 'psychiatric social work', 'day care' en 'supportive therapy'. Deze strategie leverde geen specifieke wetenschappelijk onderbouwde informatie op over het effect van sociaalpsychiatrische zorg. Dit thema is daarom meegenomen bij algemene verpleegkundige interventies.
- *Verpleegkundige attitude en kennis*: 'attitude', 'nursing education', 'nursing knowledge', 'supervision' en 'nurse patient relationship'.

De zoekopdrachten zijn afgebakend met de volgende beperkingen: leeftijd (achttien jaar of ouder) en periode van publicatie (1978 tot 2006). Forensische diagnostiek en zorg zijn uitgesloten. Uit de referentielijsten van de gebruikte artikelen werden aanvullende bronnen geselecteerd. Daarnaast werden vakbladen, handboeken en verpleegkundige internetsites geraadpleegd.

6.1.2 Verpleegkundige diagnostiek

Richtlijntekst:

De North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definieert een verpleegkundige diagnose als een klinisch oordeel over de reacties van een individu, gezin of gemeenschap op actuele of potentiële gezondheidsproblemen (424). De psychiatrische of medische diagnose in deze richtlijn is gebaseerd op het identificeren van een persoonlijkheidsstoornis en de daarbij behorende kenmerken. De verpleegkundige diagnostiek is gericht op de reacties van de patiënt op de gezondheidsproblemen die samenhangen met de persoonlijkheidsstoornis. De verpleegkundige diagnose wordt gebruikt om daarbij passende interventies te plannen en uit te voeren volgens het verpleegplan.

Aanbevelingen:

Het aandacht geven aan de genoemde verpleegkundige diagnoses tijdens het afnemen van de verpleegkundige anamnese is zeker aan te raden.

De werkgroep adviseert om deze verpleegkundige diagnoses als potentieel aanwezig te beschouwen en daarom als aandachtspunt te nemen bij de verpleegkundige anamnese.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de literatuur zijn enkele verpleegkundige diagnoses beschreven en getoetst. Een van de gevonden onderzoeken is een patiëntcontroleonderzoek (bewijskracht B). Twee onderzoeken zijn gebaseerd op niet-vergelijkend onderzoek (C); het betreft hier valideringsonderzoek door middel van literatuurstudie, conceptanalyse en het peilen van de mening van deskundigen en patiënten door middel van de Delphi-methode (De Delphi-methode is een methode om met behulp van het oordeel van deskundigen systematisch, in verschillende rondes consensus te bereiken over bepaalde vraagstukken. Aan de deelnemers worden stellingen voorgelegd. Zij kunnen aangeven in welke mate ze het eens zijn met de stellingen.).

Verder worden verschillende voor de hand liggende verpleegkundige diagnoses genoemd in standaardwerken en artikelen over verpleegkundige diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen. Deze diagnoses zijn door de NANDA gedefinieerd en gevalideerd (424). Ze zijn echter niet specifiek onderzocht bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en zijn voornamelijk gebaseerd op de mening van deskundigen (D). Het gaat om de volgende probleemgebieden:

a. *Verstoorde emotionele regulatie en affectherkenning*. Bland e.a. (68) onderzochten het verband tussen de intensiteit van ervaren emoties en het herkennen van non-verbaal uitgedrukte emoties (gezichtsuitdrukking) van anderen. De patiëntengroep bestond uit 35 opgenomen vrouwelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en een vergelijkbare controlegroep van 35 vrouwen zonder psychiatrische stoornis. De vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis waren significant minder accuraat in het inschatten van de gezichtsuitdrukking van anderen. Dit gold in het bijzonder als zij negatieve emoties ervoeren. De auteurs doen een aantal aanbevelingen voor de verpleegkundige praktijk ten aanzien van psycho-educatie. Meetinstrumenten zijn niet beschreven.

b. *Beschadigde of verzwakte persoonlijke grenzen*. Op grond van conceptanalyse en expertvaliditeit definiëren Hoover & Norris (291) beschadigde of verzwakte persoonlijke grenzen. Het gaat enerzijds om het gebrek aan bewustzijn van zichzelf als onderscheiden van anderen in fysieke, intellectuele, emotionele en spirituele zin, en anderzijds om het onvermogen om grenzen te stellen gedurende menselijke interactie in bovengenoemde zin. De auteurs noemen naast psychiatrische aandoeningen in het algemeen vooral de borderlinepersoonlijkheidsstoornis als samenhangend met deze diagnose. Hoover (1995) geeft criteria voor het vaststellen van beschadigde persoonlijke grenzen en het op grond daarvan formuleren van verpleegkundige doelen of resultaten. Dit meetinstrument is echter niet verder onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid bij de doelgroep.

c. *Verstoord gevoel van eigenwaarde*. De klinische validiteit van deze diagnose is onderzocht bij 56 volwassenen

patiënten en de inhoudelijke validiteit bij 89 experts, bestaande uit psychiatisch verpleegkundigen. Daarbij werd lage eigenwaarde of geringe zelfachting onderscheiden van verdedigend gedrag (473). Een meetinstrument met duidelijke criteria voor subjectieve beleving en objectieve observatiepunten is beschreven, zonder dat de validiteit en betrouwbaarheid daarvan getoetst is.

d. *Schaamte*. Nauw verwant aan geringe zelfachting is schaamte. Crowe (145) heeft via conceptanalyse de rol van schaamte bij de presentatie van symptomen van psychiatrische aandoeningen onderzocht. Schaamte heeft een belangrijke rol bij de sociale cohesie binnen samenlevingen en culturen en is als zodanig functioneel. Bij psychiatrische patiënten komt echter overweldigende schaamte vaak voor en deze kan zowel de diagnostiek als de behandeling negatief beïnvloeden. Vijf uitingen of kenmerken van extreme schaamte worden genoemd voor het anamnesegeprek. Er is geen meetinstrument ontwikkeld.

Verder worden door Bland & Rossen (68) impulsiviteit, zelfdestructief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en suïcidaal gedrag als veelvoorkomende verpleegproblemen bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis aangemerkt. De rol van falende emotieregulatie die interfereert met het cognitief functioneren en het probleemoplossend vermogen wordt daarbij beschreven.

Conclusies:

Niveau 3	Verstoorde emotionele regulatie en affectherkenning kan gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. B Bland e.a., 2004 ⁶⁹
Niveau 3	Beschadigde of verzwakte persoonlijke grenzen kunnen gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. C Hoover & Norris, 1996 ²⁹¹ ; Hoover, 1995 ²⁹⁰
Niveau 3	Een verstoord gevoel van eigenwaarde kan gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. C Norris & Kunes-Connell, 1988 ⁴⁷³
Niveau 3	Schaamte kan gerelateerd zijn aan het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. C Crowe, 2004 ¹⁴⁵
Niveau 4	Impulsiviteit, zelfdestructief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en suïcidaal gedrag kunnen gerelateerd zijn aan het hebben van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. D Bland & Rossen, 2005 ⁶⁸

Overige overwegingen:

In geen van de genoemde artikelen en overige bronnen zijn voldoende onderzochte en gevalideerde diagnostische instrumenten beschreven met behulp waarvan bovengenoemde verpleegkundige diagnoses gesteld kunnen worden.

Voor het gebruik van meetinstrumenten om de verpleegkundige zorgbehoefte in te schatten, wordt verwezen naar de paragraaf over [verpleegkundige indicatiestelling](#). Voor de onder niveau 4 genoemde symptomen waarop de verpleegkundige diagnoses gebaseerd zijn, is in de onderzochte literatuur onvoldoende bewijs te vinden dat zij samenhangen met persoonlijkheidsstoornissen. Er is echter wel reden om aan te nemen dat deze symptomen regelmatig voorkomen bij patiënten met deze stoornissen. Een aantal verpleegkundige diagnoses komt namelijk grotendeels overeen met de diagnostische criteria van de persoonlijkheidspathologie zelf zoals beschreven in de DSM-IV.

6.1.3 Indicatiestelling van verpleegkundige zorg

Richtlijntekst:

De indicatiestelling van verpleegkundige zorg bij patiënten met een psychiatrische stoornis vraagt een

inschatting van een grote diversiteit aan zorgbehoeften. Ernstige persoonlijkheidsproblematiek kan leiden tot zorgbehoeften op diverse levensgebieden. Het indiceren van verpleegkundige zorg richt zich daarom op psychisch en lichamelijk functioneren, intieme relaties en sociale interacties, maatschappelijk functioneren (onderwijs en werk), financiën, huisvesting en veiligheid ^(504 654).

Verpleegkundige zorg kan hierbij breed opgevat worden: het betreft zowel klinisch verpleegkundige zorg, sociaalpsychiatrische begeleiding als maatschappelijke dienstverlening en opvang.

Aanbevelingen:

Het gebruik van de Zorgaanbodsschaal (ZAS) is aan te bevelen bij patiënten in de klinische situatie.

-Aanvullend is de ZVS geschikt om de zorgbehoefte vast te stellen vanuit het -patiëntperspectief.

Het verdient aanbeveling om de Camberwell Assessment of Needs (CAN) te gebruiken als instrument voor het indiceren van verpleegkundige zorg in de intakefase en bij de verpleegkundige anamnese.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In Nederland is voor chronisch psychiatrische patiënten de Zorgaanbodsschaal in combinatie met de Zorgvraagschaal ontwikkeld. Het gaat daarbij om patiënten die langdurig klinische zorg nodig hebben of permanent in een beschermde woonvorm verblijven. De Zorgaanbodsschaal (ZAS) scoort de geboden zorg en bestaat uit zes subschalen. Voorafgaand aan de ontwikkeling zijn zes bestaande meetinstrumenten onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid ⁽⁶⁵⁵⁾. De conclusie was dat deze schalen goede psychometrische kwaliteiten hebben, maar niet geschikt zijn voor de ontwikkeling van patiëntgerichte zorgplannen en het meten van de zorgbehoefte met het daarbij passende aanbod. Vervolgens zijn de bestaande schalen bij de ontwikkeling van de ZAS voor zover mogelijk als referentietest gebruikt ⁽⁶⁵⁵⁾.

De inhoudelijke validiteit betreft de mate waarin tekorten in functioneren op de verschillende levensgebieden en de daaruit voortvloeiende zorggebieden inderdaad worden gemeten. De inhoudelijke validiteit van de ZAS is voldoende en het instrument voldoet aan de voorwaarden voor indicatie van zorg bij overplaatsing ⁽⁶⁵⁴⁾.

Verder is de factorstructuur van de ZAS geanalyseerd bij een populatie van 541 patiënten (255 mannen en 286 vrouwen) ⁽⁶⁵⁵⁾. De ZAS bevat de volgende zes subschalen, die onafhankelijk van elkaar zijn en relevant zijn voor de geboden zorg:

1. Algemene zelfstandigheid
2. Hulp bij zelfverzorging
3. Hulp vanwege lichamelijke handicaps
4. Hanteren van een dreigende crisis
5. Psychiatrisch toezicht
6. Hulp bij samenleven in een groep

De interbeoordelaars- en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn bij 42 respectievelijk 41 patiënten onderzocht en als goed beoordeeld (Fleiss' kappa voor de meeste items tussen 0,5 en 0,7) ⁽⁶⁵⁵⁾.

De Zorgvraagschaal (ZVS) wordt gebruikt vanuit het patiëntperspectief en is als zodanig een uitgangspunt voor het gesprek over de ervaren zorgbehoeften van patiënten en het geboden zorgaanbod door verpleegkundigen. Eventuele verschillen van inzicht kunnen op deze manier structureel aan de orde komen en zo nodig kunnen lacunes in de zorg herkend en opgelost worden ⁽⁶⁵⁵⁾. De ZVS is onderzocht bij 25 patiënten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ZVS is vergelijkbaar met die van de ZAS ⁽⁶⁵⁵⁾.

De Camberwell Assessment of Needs (CAN) is in Engeland ontwikkeld voor het in kaart brengen van de zorgbehoefte en zorgbeleving van de patiënt. Het instrument is vertaald in het Nederlands: de Zorgbehoefte-lijst ⁽¹⁶⁶⁾. In totaal worden er in de Nederlandse versie 24 behoeftegebieden gescreend door behandelaars en onderzoekers. De beoordeling van de CAN kan gebeuren vanuit het perspectief van de patiënt en/of het perspectief van de behandelaar ⁽¹⁶⁶⁾. Zorgbehoefte wordt gedefinieerd als een levensgebied waarbinnen een probleem bestaat en waar behoefte is aan specifieke hulp of opvang. De CAN is ontwikkeld in twee versies: als evaluatie-instrument voor de klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg en als instrument voor het indiceren en plannen van zorg ⁽⁵⁰⁴⁾. De validiteit en betrouwbaarheid zijn getoetst bij 49 patiënten en 60 stafleden vanuit verschillende professies. Validiteit is getoetst bij experts en patiënten en vergeleken met de Global Assessment of Functioning (GAF) en de DSM-IV. Als referentietest zijn deze meetinstrumenten echter te verschillend en daarom zijn de resultaten daarvan gemengd en moeilijk te beoordelen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is hoger dan de test-hertestbetrouwbaarheid. Het laatste is mede afhankelijk van de tijdstippen waarop gemeten wordt omdat zorgbehoeften inmiddels gewijzigd kunnen zijn ⁽⁵⁰⁴⁾. De mate van bewijskracht van de CAN als meetinstrument van zorgbehoeften is volgens categorie B. Er is sprake van gebruik van referentietesten en de beschrijving van de relatief kleine populatie (n=49) is gegeven. Het is aannemelijk dat de CAN een valide en betrouwbaar meetinstrument is om de behoeften van patiënten met een psychiatrische stoornis in te schatten. De CAN is bovendien gemakkelijk af te nemen door

hulpverleners met een verschillende professionele achtergrond.

Conclusies:

Niveau 3	De Zorgaanbodsschaal is geschikt voor het indiceren en plannen van klinische zorg door verpleegkundigen. B Van der Werf, 1995 ⁶⁵⁵
Niveau 4	De Zorgvraagschaal, de patiëntenversie van de Zorgaanbodsschaal, kan worden gebruikt als uitgangspunt voor het gesprek over ervaren zorgbehoefte. D Van der Werf, 1995 ⁶⁵⁵
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de CAN een valide en betrouwbaar meet-instrument is om de zorgbehoefte en zorgbeleving van patiënten met een psychiatrische stoornis in te schatten. De CAN is gemakkelijk af te nemen door hulpverleners met een verschillende professionele achtergrond. B Phelan e.a., 1995 ⁵⁰⁴

Overige overwegingen:

De ZAS is vooral ontwikkeld voor en getoetst bij chronisch zieke patiënten met As-I-diagnoses. Het is echter aannemelijk dat de verschillende subschalen ook relevant zijn voor patiënten met As-II-problematiek in de klinische situatie. Dit geldt zeker voor patiënten met ernstige comorbiditeit. Bovendien biedt de ZVS als aanvullende schaal aanknopingspunten voor het gesprek over de behoefte aan zorg zoals de patiënt die ervaart.

De CAN is geschikt voor de ambulante en klinische situatie en biedt veel aanknopingspunten voor sociaalpsychiatrische behandeling en begeleiding (¹⁶⁶ ⁵⁰⁴). De CAN is niet specifiek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld, maar geeft wel aandacht aan potentiële verpleegproblemen, zoals gevoelens van angst en depressie, de neiging tot zelfbeschadigend gedrag, problemen met intimiteit en sociale relaties.

6.1.4 Verpleegkundige interventies

Richtlijntekst:

Bulechek & McCloskey (¹⁰²) definiëren een verpleegkundige interventie als: elke behandeling die een verpleegkundige op grond van haar deskundige oordeel en klinische kennis uitvoert ten behoeve van een patiënt. Een verpleegkundige interventie kan de directe of indirecte zorg betreffen en een autonoom verpleegkundige handeling, een gedelegeerde medische behandeling of een door andere zorgverleners voorgeschreven behandeling zijn. The American Nurses Association (ANA) hanteert deze definitie en in Nederland wordt deze definitie als het meest bruikbaar beschouwd (⁹⁸).

Verpleegkundige interventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis betreffen in deze richtlijn zowel de klinische als de ambulante situatie. In de klinische situatie geven verpleegkundigen en soms ook sociaalpedagogisch hulpverleners intensieve zorg en begeleiding. Bij klinische psychotherapie hebben zij in de rol van sociotherapeut een specifiek aandeel in de multidisciplinaire behandeling.

In de ambulante situatie betreft het de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige zorg of begeleiding. Deze wordt meestal uitgevoerd door sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV) en Psychiatrische Intensieve Thuiszorgverpleegkundigen (PIT), maar ook wel door verpleegkundig specialisten, nurse practitioners en maatschappelijk werkers.

Het beroepsdeelprofiel neemt de verschillende verpleegkundige beroepsonderscheidingen in de geestelijke gezondheidszorg samen in de beschrijving van de competenties van de ggz-verpleegkundige. De ggz-verpleegkundige biedt zorgvragers in uiteenlopende woon- en leefomgevingen, en met unieke gezondheids- en bestaanssituaties, ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van hun psychiatrische ziekte en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn (⁴⁶⁴).

Verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg vervullen diverse beroepsrollen en functies. Daarom

wordt in deze richtlijn in het algemeen gesproken van ggz-verpleegkundigen. Voor maatschappelijk werkenden, sociaalpedagogisch hulpverleners en andere beroepsgroepen die vergelijkbare zorg geven, zijn de aanbevelingen in dit hoofdstuk uitdrukkelijk ook bedoeld.

Algemene interventies

In de verpleegkundige literatuur wordt het effect van diverse verpleegkundige interventies bij persoonlijkheidsstoornissen beschreven. In deze literatuur wordt vaak niet onderscheiden of het om klinische (accent op verpleegkundige zorg) dan wel ambulante situaties (accent op sociaalpsychiatrisch verpleegkundige zorg) gaat. Veel van de genoemde interventies worden in beide situaties uitgevoerd. De aard en doelstelling van de klinische verpleegkundige zorg is te onderscheiden in crisisinterventie, klinische behandeling (klinische psychotherapie) en langdurige zorg. In de ambulante situatie is een vergelijkbare indeling te maken tussen crisisinterventie (vooral crisisdienst), motivatie voor behandeling (met name psychotherapie) en langdurige sociaalpsychiatrisch verpleegkundige zorg. Deze laatste kan de hoofdbehandeling vormen maar ook voor of na een psychotherapie plaatsvinden, of als nazorg na een opname.

Twee relevante verschillen tussen klinische en ambulante verpleegkundige zorg zijn de locatie van de patiënt en de beroepsverantwoordelijkheid van de ggz-verpleegkundige. Patiënten in de klinische situatie krijgen intensievere zorg en aan hen wordt meer bescherming geboden. Voor ambulante patiënten is geen sprake van een dergelijke intensieve observatie en bescherming. Risicovol gedrag kan minder goed geobserveerd worden en vraagt van de betrokken hulpverleners andere kennis en vaardigheden om dit gedrag tijdig en adequaat in te kunnen schatten.

De ggz-verpleegkundige die ambulante zorg verleent, kan de directe zorg en observatie met weinig anderen delen en draagt daarom een grotere individuele verantwoordelijkheid. Intensieve samenwerking met andere disciplines is daarbij behulpzaam en noodzakelijk, maar vraagt een adequate inschatting door de ggz-verpleegkundige zonder dat directe toetsing door collega's mogelijk is.

Overigens zijn er sterke aanwijzingen dat klinische opname met bijbehorende observatie en controle (zelf)destructief gedrag kan vergroten. Het nemen van afgewogen risico's ter preventie van opname (en de mogelijke negatieve gevolgen daarvan) is dus een belangrijk onderdeel van het werk van ambulante werkende ggz-verpleegkundigen ⁽³⁵⁵⁾. Het ondanks dringende verzoeken van de patiënt niet besluiten tot opname, vraagt om adequate kennis en vaardigheden, omdat dergelijke interventies voornamelijk gebaseerd zijn op best practice. Zie de paragraaf '[crisisinterventie](#)'.

Aanbevelingen:

Algemene interventies

Algemene verpleegkundige zorg of verpleegkundig management kan het beste gegeven worden in een multidisciplinaire context. Daarbij is van belang dat binnen die context gewerkt wordt met een eenduidig theoretisch kader (bijvoorbeeld psychodynamisch of cognitief-gedragstherapeutisch).

Verpleegkundige interventies die gebaseerd zijn op cognitief-gedragstherapeutische principes hebben de voorkeur.

De werkgroep is van mening dat (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundige zorg minimaal moet voldoen aan de volgende voorwaarden om effectief te zijn:

- een juiste indicatiestelling
- een duidelijk behandelplan waarin doelen, middelen en evaluatiemomenten benoemd worden
- duidelijke samenwerkingsafspraken met eventuele andere betrokken disciplines (gz-psycholoog, psychotherapeut of psychiater).

Verpleegkundige interventies bij zelfverwondend gedrag

Aangeraden wordt om zelfverwondend gedrag zorgvuldig binnen het multidisciplinaire team te bespreken en een eenduidig beleid vast te stellen.

Het heeft de voorkeur dat de verpleegkundige het zelfverwondend gedrag in open dialoog met de patiënt bespreekt en daarbij aandacht geeft aan de beleving van de patiënt.

Verder onderzoek naar lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies (ter vermindering van angst, spanning en vervreemding en daarmee mogelijk van het zelfverwondend gedrag) is gewenst.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Algemene interventies

Een literatuurreview inclusief meta-analyse naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij persoonlijkheidsstoornissen werd door Woods & Richards (671) uitgevoerd. In het onderzoek werden 322 publicaties betrokken. Achttien onderzoeken voldeden aan de inclusiecriteria (4 RCT's, 4 gecontroleerde trials, 7 cohortstudies en 3 gevalbeschrijvingen). Het betrof tien klinische patiëntenpopulaties en één dagklinische, zes ambulante patiëntenpopulaties en één onderzoek op een afdeling spoedeisende hulp. In tien onderzoeken was het percentage borderlinepersoonlijkheidsstoornis en/of vrouwen hoog. In drie onderzoeken betrof het zeer intensieve zorg aan uitsluitend mannen; het is niet duidelijk of bij hen vaker sprake was van de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

In vijf onderzoeken is het effect van verpleegkundige interventies zonder multidisciplinaire context onderzocht, bij de overige onderzoeken waren meerdere disciplines betrokken. De uitkomstmaten werden geordend in de volgende categorieën: verandering in sociaal functioneren, verandering in zorgbehoefte, verandering in symptomen en verandering in de status van de persoonlijkheidsstoornis.

Verpleegkundige interventies zonder multidisciplinaire context bleken een gering effect op het sociaal functioneren te hebben en te leiden tot een geringe symptoomreductie.

Verpleegkundige interventies binnen een multidisciplinaire context bleken te leiden tot meer symptoomreductie en een sterker effect te hebben op het sociaal functioneren en de zorgbehoefte.

Interventies die gebaseerd zijn op een psychologische benadering (cognitief-gedragsmatig of psychodynamisch) bleken meer effect te hebben dan verpleegkundig management. Individuele psychotherapie had in deze onderzoeken meer effect dan groepstherapie en cognitieve gedragstherapie. Linehan e.a. (396) hebben in een onderzoek (n=26) naar cognitieve gedragstherapie bij chronisch suïcidale patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis beschreven dat dialectische gedragstherapie (DGT) het interpersoonlijk functioneren van deze patiënten verbetert. Het maakt daarbij geen verschil of de behandelaar psycholoog, verpleegkundige of student psychologie is. Op basis van bovengenoemd onderzoek adviseert DeCoux Hampton (154) verpleegkundigen in DGT te scholen om de verpleegkundige zorg aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis te verbeteren.

Miller e.a. (437) beschreven de ontwikkeling van een verpleegkundige groepsinterventie voor patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis gebaseerd op het theoretische raamwerk van de DGT. Deze interventie geeft verpleegkundigen meer effectieve instrumenten in handen en leidt tot positieve resultaten, die echter niet wetenschappelijk getoetst zijn.

Verpleegkundige interventies bij zelfverwondend gedrag

Uit een literatuuronderzoek naar de betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag blijkt dat er te weinig wetenschappelijke studies zijn gedaan naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij de behandeling van mensen die automutileren (85). Er zijn aanwijzingen dat verpleegkundige interventies op basis van dialectische gedragstherapie (DGT) enig positief effect bij zelfverwondend gedrag hebben. Bij deze therapie krijgen de volgende factoren aandacht: gevoelens van leegte, instabiel affect en impulsiviteit (225). Cremin e.a. (1995) publiceerden een beschrijvend onderzoek naar de effectiviteit van een op basis van psychodynamische principes ontwikkelde verpleegkundige interventie (n=20). De nadruk ligt daarbij op het hanteren van overdracht in het alledaagse contact en het hanteren van een gedeeld theoretisch kader. Er lijkt enig effect te zijn.

Conclusies:

Algemene interventies

Niveau 2	Verpleegkundige interventies hebben een gering effect op het sociaal functioneren en leiden tot een geringe symptoomreductie. Binnen een multidisciplinaire context hebben deze interventies een groter effect. Interventies op cognitief-gedragstherapeutische basis hebben meer effect dan verpleegkundig management. A2 Woods & Richards, 2003 ⁶⁷¹
----------	---

Niveau 2	Dialectische gedragstherapie heeft een positief effect op interpersoonlijk functioneren bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en kan door meerdere disciplines uitgevoerd worden. A2 Linehan e.a., 1994 ³⁹⁶
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het scholen van verpleegkundigen in dialectische gedragstherapie een positief effect kan hebben op verpleegkundige zorg aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C DeCoux Hampton, 1997 ¹⁵⁴
Niveau 4	Een door Miller e.a. ontwikkelde verpleegkundige interventie op basis van principes van de dialectische -gedragstherapie is mogelijk effectief. D Miller e.a., 1994 ⁴³⁷

Verpleegkundige interventies bij zelfverwondend gedrag

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat verpleegkundige interventies op cognitieve en inzichtgevende basis effectief zijn bij de bestrijding van zelfverwondend gedrag. C Cremin, 1995 C Bosman & van Meijel, 2006 ⁸⁵
--------------------------	---

Overige overwegingen:

Algemene interventies

Verpleegkundig management is voorwaardenscheppend voor een goede behandeling en is als zodanig van belang. Als een op zichzelf staande interventie heeft het echter onvoldoende effect.

In Nederland is door ggz-verpleegkundigen ervaring opgedaan met het uitvoeren van DGT en/of de Vaardigheidstraining bij Emotie Regulatie Stoornis (VERS). Deze praktijkervaringen zijn positief omdat verpleegkundigen een theoretisch kader hebben om hun handelen te onderbouwen. De ervaringen passen bij bovengenoemde conclusie. Een aantal ggz-verpleegkundigen voert bovengenoemde behandelingen zelfstandig of als medebehandelaar uit. Zie voor de effectiviteit van deze behandelingen het hoofdstuk '[Psychotherapeutische interventies](#)'. In de literatuur zijn naast bovengenoemde algemene interventies geen effectieve interventies beschreven die specifiek zijn voor de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige zorg (een uitzondering vormen ambulante [crisisinterventies](#)).

In de praktijk wordt sociaalpsychiatrisch verpleegkundige zorg vaak gegeven aan patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Het blijkt vaak noodzakelijk eerst de veelvuldig optredende problemen op diverse levensgebieden op te lossen voordat een intensieve behandeling gestart kan worden. De zorg bestaat daarnaast uit nazorg na opname en langdurige zorg bij patiënten met veel problemen op diverse levensgebieden.

Verpleegkundige interventies bij zelfverwondend gedrag

Bosman & Van Meijel (⁸⁵) benadrukken het belang van een open dialoog tussen patiënt en hulpverlener en een gedeelde visie op zelfverwondend gedrag. Zij pleiten voor het verder onderzoeken van lichaamsgerichte en bewegingsgerichte interventies ter vermindering van angst, spanning en vervreemding en daarmee mogelijk van het zelfverwondend gedrag.

Verpleegkundigen worden vaak direct geconfronteerd met zelfverwondend gedrag en de praktische zorg daarvoor. Het is van belang dat zij voldoende kennis hebben van dit fenomeen en van effectieve interventies. Een gedeelde visie op zelfverwondend gedrag kan niet alleen bestaan tussen verpleegkundige en patiënt, maar moet het gehele multidisciplinaire team betreffen.

6.1.5 Verpleegkundige attitude en kennis

Richtlijntekst:

Een aantal onderzoeken ([68](#) [122](#) [226](#) [478](#)) geeft aan dat de zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen

door verpleegkundigen als zeer stressvol ervaren wordt, vooral als het om borderlinepersoonlijkheidsstoornissen gaat ([68](#) [122](#) [294](#) [589](#)). Het gaat dan vooral om het omgaan met destructief gedrag ([68](#) [122](#) [226](#) [294](#) [478](#) [589](#)), manipulerend gedrag ([87](#) [88](#) [221](#) [226](#)) en acting-outgedrag ([122](#) [411](#)). Voor verpleegkundigen is het opbouwen en in stand houden van een therapeutische relatie met de patiënt een van hun belangrijkste instrumenten. Het is daarom van belang om factoren te identificeren die de kwaliteit van de therapeutische relatie bevorderen.

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat voortdurende scholing, vaardigheidstraining en supervisie aangeboden moet worden aan verpleegkundigen en andere hulpverleners die werken met patiënten met -persoonlijkheidsstoornissen.

Voor verpleegkundigen is het opbouwen en in stand houden van een therapeutische relatie met de patiënt een van de belangrijkste instrumenten. Daarom is het van belang de factoren te identificeren die de kwaliteit van de therapeutische relatie bevorderen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de onderzochte literatuur zijn diverse voorwaarden beschreven en soms getoetst. Alle gevonden publicaties betreffen vergelijkend onderzoek of de mening van deskundigen. Het onderzoek betreft kwantitatief onderzoek (met behulp van vragen- en/of scoringslijsten), valideringsonderzoek door middel van literatuuronderzoek en conceptanalyse, alsmede het peilen van meningen van verpleegkundigen en patiënten door middel van (niet-)gestructureerde individuele interviews en groepsinterviews. Het merendeel van de artikelen is gericht op de zorg voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Op basis van deze literatuur lijken vier elementen belangrijk:

- a.
Attitude. Een onderzoek onder 74 verpleegkundigen liet zien dat de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis leidt tot een negatieve houding en perceptie van de verpleegkundigen ten opzichte van de patiënt ([411](#)). Zij uiten meer afwijzing ten opzichte van deze groep patiënten, zien hen als gevaarlijker en zijn minder positief over de kans op verandering dan bij patiënten met een andere diagnose. Het effect is sterker naarmate de verpleegkundige lager opgeleid is. Ander onderzoek ([221](#)) liet zien dat verpleegkundigen (n=17) minder empathisch reageren op patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis dan op andere groepen patiënten (n=164 voor de totale groep patiënten). Zij voelen zich vaker bedreigd door deze patiëntengroep, wat leidt tot ingewikkelde overdrachts- en tegenoverdrachtsverschijnselen. Tevens blijkt dat verpleegkundigen meer negatieve kenmerken toeschrijven aan 'mensen met moeilijk gedrag' (doorgaans mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis) dan artsen (n=117). Dit heeft mogelijk te maken met de aard van hun professionele rol ([226](#)). Zijzelf zijn het instrument in het contact met de patiënt. Artsen daarentegen ervaren meer controlemogelijkheden door middel van het voorschrijven van medicatie of het al dan niet toestaan van privileges.
- b.
Vertrouwen. Langley & Klopper ([372](#)) geven in een kwalitatief onderzoek (twintig patiënten en zes hulpverleners) aan dat 'vertrouwen' een fundamenteel concept is in het opbouwen en handhaven van een therapeutische relatie met patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Duff ([173](#)) is van mening dat bewustzijn van de eigen houding en normen ten opzichte van mensen met persoonlijkheidsstoornissen nodig is om effectieve zorg te kunnen bieden. Bland & Rossen ([68](#)) zeggen tevens dat verpleegkundigen verantwoordelijkheid moeten leren nemen voor hun eigen handelen en ontwikkeling.
- c.
Kennis. Bowers ([87](#) [88](#)) geeft aan in een literatuuroverzicht dat kennis van de betekenis van moeilijk gedrag tot een niet-veroordelende houding bij hulpverleners leidt. Dit zou kunnen leiden tot een effectievere wijze van omgaan met manipulerend gedrag. Volgens Horsfall ([294](#)) en Starr ([589](#)) geldt dit ook ten aanzien van automutilatie en suïcidaal gedrag. Horsfall meent tevens dat inzicht kan leiden tot een meer empathische houding van hulpverleners. Daarnaast lijkt opleiding gerelateerd te zijn aan de mate van negativiteit die verpleegkundigen ervaren ten opzichte van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ([411](#)). Een hoger opleidingsniveau leidt tot minder negatieve reacties.
- d.
Ondersteuning (opleiding en supervisie). Cleary e.a. ([122](#)) laten in hun inventariserende onderzoek zien dat hulpverleners (n=229) goed kunnen aangeven wat zij nodig hebben om adequate zorg aan mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis te kunnen leveren. Naast meer kennis hebben ze behoefte aan vaardigheidstraining, ondersteuning van gespecialiseerde verpleegkundigen en supervisie. Duff ([173](#)) geeft vanuit haar ervaring aan dat ondersteuning (het hebben van een mentor, persoonlijk ontwikkelingsplan, onderwijsprogramma) en supervisie belangrijk zijn voor hulpverleners die werken met mensen met

persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis leidt tot een negatieve houding en perceptie van de verpleegkundigen ten opzichte van de patiënt. Daarnaast is er minder empathie voor de patiënt en worden eerder negatieve kenmerken aan de patiënt toegeschreven. C Markham, 2003 ⁴¹¹ ; Fraser & Gallop, 1993 ²²¹ ; Gallop e.a., 1993 ²²⁶
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat kennis en inzicht over 'moeilijke gedrag', automutilatie en suïcidaal gedrag leidt tot een meer empathische houding van hulpverleners. C Bowers, 2003a, 2003b ^{87 88} ; Horsfall, 1999 ²⁹⁴ ; Starr, 2004 ⁵⁸⁹
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat vaardigheidstraining, gespecialiseerde medewerkers en supervisie een bijdrage kunnen leveren aan adequate zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. C Cleary e.a., 2002 ¹²² D Duff, 2003 ¹⁷³

Overige overwegingen:

Het is aannemelijk dat gebrek aan kennis van de betekenis en achtergronden van wat door verpleegkundigen als moeilijk gedrag van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis beschouwd wordt, leidt tot een negatieve attitude jegens deze groep patiënten. Dit vermindert de kans op het opbouwen en handhaven van een effectieve therapeutische relatie.

Onderzoekers en deskundigen zijn van mening dat scholing, vaardigheidstraining en voortdurende supervisie leidt tot een niet-veroordelende en meer empathische houding en ook tot minder stress en kans op burn-out bij verpleegkundigen.

Het is aannemelijk dat bovenstaande conclusies te generaliseren zijn naar de gehele groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Hoewel de meeste onderzoeken in de klinische setting verricht zijn, is het aannemelijk dat de bovenstaande conclusies ook te generaliseren zijn naar de ambulante groep patiënten.

6.2 Vaktherapieën

Richtlijntekst:

Onder vaktherapieën worden gerekend: beeldende therapie, drama-, muziek-, danstherapie en psychomotorische therapie. In vrijwel alle instellingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn een of meer vaktherapeuten aangesteld. Vaktherapieën hebben een belangrijke ervaringsgerichte, handelingsgerichte en/of scheppende kwaliteit. Ze maken gebruik van diverse materialen, instrumenten en attributen en van diverse werkvormen, bijvoorbeeld met veel of weinig structuur. Emoties, gevoelens, gedachten en gedragspatronen die via vormgeving, spel of beweging naar voren komen, bieden aanknopingspunten voor (zelf)reflectie en communicatie, impuls- en emotieregulatie, het aan de orde stellen van patronen in voelen, denken en handelen, het oefenen met nieuwe rollen en vaardigheden, en gedragsverandering. Vaktherapieën maken vaak deel uit van het behandelingsaanbod voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in verschillende settings, behandelingsmodules en -programma's, vaak in een consistent en gemeenschappelijk gehanteerd kader.

Uitgangsvragen

- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beeldende therapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?

- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dramatherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis muziektherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?
- Is het zinvol om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis psychomotorische therapie (PMT) of dans- en bewegingstherapie aan te bieden? Welke interventies zijn effectief?

6.2.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Richtlijntekst:

Voor literatuur over beeldende therapie, drama- en muziektherapie zijn de databases van Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl, Cochrane Library en ScienceDirect geraadpleegd. Zoektermen waren 'music', 'drama' en 'art', in combinatie met 'personality' en 'therapy', in het Nederlands en in het Engels. Verder werd toegespitst onderzoek gedaan met de zoektermen 'cluster A', 'cluster B', 'cluster C' en de verschillende persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met de eerdergenoemde zoektermen. Daarnaast werd gezocht met de zoektermen 'danstherapie' en 'psychomotorische therapie' (en de combinatie ervan). Ook werden vaktijdschriften, vakgebonden databases, handboeken, producttyperingen en onderzoeksbeschrijvingen gebruikt. Geen van de gevonden referenties betrof een systematische review of een meta-analyse. Wel werden kleinschalige (gecontroleerde) onderzoeken (niveau C) aangetroffen.

Voor literatuur over psychomotorische therapie bij persoonlijkheidsstoornissen zijn Embase, Medline en PsycINFO geraadpleegd. De zoektermen waren 'psychomotor therapy', 'movement therapy', 'body therapy', 'physical fitness programs', 'dance therapy', 'relaxation', 'emotion regulation', 'aggression regulation', 'Personality psychomotor therapy', 'bioenergetic therapy', 'running therapy', 'personality disorders', 'psychiatric patients' (Nederlands en Engels). Daarnaast is er gebruikgemaakt van voor het onderwerp relevante tijdschriften, publicaties en internetsites. De search leverde geen effectonderzoek op. De literatuur is aangevuld met beschrijvende literatuur en een paneldiscussie.

6.2.2 Vaktherapie - algemeen

Aanbevelingen:

Naar de mening van de werkgroep levert vaktherapie een zinvolle bijdrage aan de observatie en behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Meer onderzoek is nodig om de effecten van vaktherapieën systematisch te onderbouwen.

Bij een intensieve behandeling is het raadzaam om verbale en vaktherapeutische behandelingen samen aan te bieden en/of af te wisselen omdat patiënten verschillende manieren van leren hebben en omdat dit andere mogelijkheden binnen de behandeling biedt.

Naar de mening van de werkgroep is het aan te bevelen om vaktherapie in te zetten binnen verschillende psychotherapeutische behandelmethoden, zoals onder meer dialectische gedragstherapie, schemagerichte therapie en mentalization based treatment.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Veel effectief gebleken dagbehandelingprogramma's bevatten vormen van vaktherapie, individueel en/of in groepen ([37](#) [327](#)). Het probleem van de betreffende onderzoeken is dat de bijdrage van de vaktherapie aan het behandelingseffect niet apart is bestudeerd. Vaktherapie wordt vaak aangeboden als onderdeel van een groter pakket van behandelaanbod. Hierdoor is het moeilijk om het effect ervan te isoleren. Bateman & Fonagy ([41](#)) schrijven dat vaktherapie in deeltijdprogramma's beogen een alternatieve manier te bieden om het mentaliseren te bevorderen. Het gebruik van beeldend werk, schrijven en andere op expressie gerichte activiteiten maakt dat het interne op een externe manier tot uiting kan komen, zodat er geverbaliseerd kan worden vanaf een afstand, door een alternatief medium en vanuit een ander perspectief. Ervaringen en gevoelens worden buiten de persoon geplaatst om expliciete mentalisering te faciliteren. Gevoelens worden

daardoor hanteerbaar en worden beter begrepen binnen de - zo benoemen de auteurs de ervaring van patiënten - relatief veilige (minder angst oproepende) vaktherapie. In de klinische praktijk wordt vaak een deel van het programma ingeruimd voor vaktherapieën; dit beleid wordt in veel instellingen gedragen door de gehele behandelstaf.

Conclusies:

Niveau <u>4</u>	De werkgroep is van mening dat vaktherapie haar waarde in de praktijk voldoende heeft aangetoond om een waardevol deel te zijn van behandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. D Wilberg e.a., 1998 ⁶⁶² ; Bateman & Fonagy, 1999 ³⁷ ; Karterud & Urnes, 2004 ³²⁷
-----------------	--

Overige overwegingen:

- Diagnostiek. Vaktherapeuten onderzoeken in een dialoog met de patiënt welke problemen zich voordoen in het praktisch handelen (onder meer planning, concentratie en impulscontrole) en in de expressie van de patiënt in beeldend werk, muziek, beweging of drama. Dit gebeurt vaak niet op geprotocolleerde wijze, maar volgens deskundigen (paneldiscussie creatief therapeuten, 2005) draagt deze werkwijze bij aan de diagnostiek en het stellen van indicaties voor vaktherapie, bij patiënten die erg rationeel of verbaal zijn ingesteld of juist bij patiënten die zich verbaal niet of moeilijk kunnen uiten. De praktijk laat zien dat multidisciplinaire observatieprogramma's vaak een of meer vormen van vaktherapie bevatten. De observaties die hieruit voortkomen, kunnen een bijdrage leveren aan de diagnostiek van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en leveren informatie over indicaties voor vaktherapie. Onderzoek met betrekking tot vaktherapeutische observatie is gewenst.
- Behandeling. In een paneldiscussie onder vaktherapeuten (2005) is geïnventariseerd op welke gebieden creatief therapeuten een bijdrage hebben in de behandeling. Bij cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen wordt vaktherapie gebruikt voor het herstel van het evenwicht (stabiliseren en structureren), contact maken (zelfbeleving, contact met de ander, contact maken met de realiteit), verbetering van het sociaal functioneren (leren vertrouwen, leren verbaliseren) en het vinden van interessegebieden. Bij cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen gaat het om het leren reguleren van emoties en impulsen, om identiteitsversterking en om verbetering van het sociaal functioneren. Bij cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen gaat het om het weer, of op een andere manier contact maken met zichzelf en anderen. Er wordt op verschillende wijzen gewerkt, van orthopedagogisch, supportief, tot meer re-educatief, inzichtgevend en reconstructief (⁵⁶⁹).
- Vaktherapie binnen psychotherapeutische behandelmethoden. Een groot aantal psychotherapeutische behandelmethoden maakt gebruik van experiëntiële behandeltechnieken. Dit sluit goed aan bij het karakter van de verschillende vaktherapieën en in de praktijk is dan ook te zien dat er binnen de vaktherapie een vertaalslag wordt gemaakt van de psychotherapeutische methode naar de vaktherapie. Deskundigen op het gebied van vaktherapie zijn van mening dat vaktherapie geïntegreerd kan worden in, en een goede aanvulling is op bijvoorbeeld de dialectische gedragstherapie, de schemagerichte therapie en mentalization based treatment. Dit standpunt komt naar voren in het panel van creatief therapeuten (2005), in de werkconferentie psychomotorische therapie en dialectische gedragstherapie (¹⁹³) en blijkt ook uit beschrijvende literatuur. Zo is er geschreven over beeldende therapie die wordt geïntegreerd in de dialectische gedragstherapie volgens Linehan (²⁵⁶), en over de dramatherapie (⁶¹¹) en psychomotorische therapie (⁵¹⁸), muziektherapie of beeldende therapie in de schemagerichte therapie van Young (^{257 320}). In de conferentie over psychomotorische therapie is genoemd dat bij patiënten een mate van lichaamsbewustzijn verondersteld wordt die deze patiënten (met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis) vaak niet hebben. Psychomotorische therapie kan helpen dit lichaamsbewustzijn te ontwikkelen. Zelfbeeld, emotieregulatie en het vinden van een andere manier van handelen is onderwerp van expressiegerichte vaktherapie.

Het voorgaande representeert de mening van deskundigen op het gebied van vaktherapie evenals die van verwijzers in andere disciplines waar in de praktijk mee samengewerkt wordt. In de beschrijvende literatuur zijn ook diverse gevalbeschrijvingen beschikbaar. Het effect van deze methoden bij patiënten met een

persoonlijkheidsstoornis is nog niet of nauwelijks wetenschappelijk onderzocht.

6.2.3 Beeldende therapie

Richtlijntekst:

Beeldende therapie heeft als doel om door middel van beeldend werk (zoals schilderen, tekenen, werken met klei, hout of steen) veranderings-, ontwikkelings- en/of acceptatieprocessen op gang te brengen. De beeldend therapeut gebruikt zijn interventies binnen de context van het beeldend werk ⁽³⁶⁷⁾.

Aanbevelingen:

Diagnostiek bij beeldende therapie

De werkgroep is van mening dat beeldend-therapeutische observatie en de Diagnostic Drawing Series waarde kunnen hebben voor de multidisciplinaire diagnostiek, omdat deze een aanwijzing voor een diagnose kunnen geven en indicaties voor (beeldend-)therapeutische behandeling.

Effectiviteit van beeldende therapie

Naar de mening van de werkgroep is voldoende duidelijk geworden dat beeldende (groeps)therapie waardevol is voor behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Diagnostiek bij beeldende therapie

Naast de observaties van de beeldende therapie zoals bedoeld in het stuk over diagnostiek bij 'Vaktherapie - algemeen', gebruiken veel beeldend therapeuten ook de Diagnostic Drawing Series (DDS). De DDS is een diagnostisch instrument dat ontwikkeld is in de jaren tachtig in het Fairfax Hospital in Virginia. Deze test is gebaseerd op de DSM-IV en maakt gebruik van een objectieve structuuranalyse van drie tekeningen ⁽¹³⁰⁾. De DDS geeft een indicatie van een mogelijke diagnose.

Al meer dan twintig jaar heeft men bij patiënten bij wie de diagnose door twee artsen onafhankelijk van elkaar was vastgesteld, de test afgenomen. De tekeningen worden gescoord op structurele kenmerken die helder en door iedere getrainde creatief therapeut gecontroleerd kunnen worden. Na jaren van onderzoek kan men op grond van de tekeningen een aantal stoornissen onderscheiden. Tevens is het profiel beschreven van een controlegroep bij volwassenen.

Mills ⁽⁴⁴²⁾ onderzocht een groep van 32 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-III. Deze werden blind gescoord op veertig

beeldkenmerken en vergeleken met andere diagnosegroepen. Hieruit kwam een profiel naar voren van de tekeningen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis met veelvoorkomende kenmerken. Dit profiel geeft een statistisch significante indicatie. Het betreft hier de volgende kenmerken. In de boomtekening: desintegratie en veel ruimtegebruik (67-99%); in de derde tekening (vraag naar gevoel): insluiting, kleurmenging (niet in de eerste of de tweede) en abstractie.

Het betreft hier een niveau-C-onderzoek. Het onderzoek is grootschalig van opzet en laat weinig ruimte voor subjectieve interpretatie. Het instrument is uitvoerig beschreven in een handboek met handleiding. Er is een duidelijk omschreven controlegroep. Onderzoek naar de mate van overeenkomst in het scoren van de tekeningen tussen verschillende beeldend therapeuten op de gestandaardiseerde scorelijst voor de DDS wijst uit dat deze schaal een hoge interbeoordelaarsovereenstemming kent. Van de items werd 84,2% overeenkomstig gescoord (Cohens kappa 0,567) ⁽²¹²⁾. Andere onderzoeken komen nog hoger uit ⁽⁴⁴⁴⁾.

In Nederland wordt de DDS gebruikt door beeldend therapeuten, zowel bij ggz- instellingen als bij zelfstandig gevestigde beeldend therapeuten.

De DDS biedt de beeldend therapeut en mogelijk ook de andere leden van het multidisciplinaire team behandelindicaties omdat de DDS snel een profiel van de patiënt verstrekt inzake omgang met verschillende appèls (reacties op verschillende mate van structuur, op een vraag naar gevoel en op de taak, de motivatie, de bereidheid dan wel mogelijkheid om te reflecteren, de inhoud van de belevingswereld en de behoefte zich hierover te uiten).

Effectiviteit van beeldende therapie

In het onderzoek van Karterud & Pedersen (³²⁶) werd bij 319 patiënten het effect onderzocht van de componenten van een groepsgericht, kortdurend dagbehandelingsprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen. Van de patiënten had 86% een persoonlijkheidsstoornis, meestal ging het om de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Om het behandelingseffect te evalueren werd onder meer de vraag gesteld: hoeveel profijt heeft u gehad van de volgende groepen gedurende de behandeling? Het profijt van de beeldende-therapiegroep werd significant hoger ($p < 0,001$) gescoord dan dat van alle andere groepen. De beeldende therapie werd het hoogst gescoord door alle patiëntencategorieën (gemiddelde score 5,5). Deze score werd afgezet tegen de uitkomsten op onder andere de Global Assessment of Functioning (GAF) en het Group Style Instrument (GSI). De score van de beeldende-therapiegroep correleerde significant ($p = 0,005$) met het 'overall profijt' van het programma. De multiële regressieanalyse duidde ook op een sterker effect in de beeldende-therapiegroep ($b = 0,17$; $p = 0,008$). Karterud & Pedersen benoemen in de discussie dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis de beeldende therapie erg waardeerden, in het bijzonder vanwege de 'alofsituatie' (²¹¹), die een veilige methode biedt om de belevingswereld te exploreren, uit te drukken en betekenis toe te kennen (te mentaliseren) door middel van zelfobjecten in de vorm van werkstukken.

Karterud & Pedersen (³²⁶) betrekken bovenstaand onderzoek in een ander grootschalig onderzoek naar de optimale compositie van dagbehandelingsprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Zij menen dat beeldende groepstherapie de ontwikkeling van mentaliseren en reflectief functioneren bevordert. Zij concluderen dat het deel beeldende groepstherapie voor drie uur per week (tweemaal anderhalf uur) een kernelement zou moeten zijn van het therapeutische programma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Dit als deel van een advies voor een weekprogramma voor elf uur, verdeeld over drie dagen, dat naast beeldende therapie bestaat uit psychotherapie in een kleine groep (drie uur per week) en psychotherapie in een grote groepssetting (twee uur per week).

Conclusies:

Diagnostiek bij beeldende therapie

Niveau 1	De Diagnostic Drawing Series, afgenomen door een daarin getrainde beeldend therapeut, kan een aanwijzing geven van een diagnose bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Tevens biedt de DDS behandelindicaties voor beeldende therapie. A2 Fowler & Ardon, 2002 ²¹² ; Mills, 1989 ⁴⁴² C Mills e.a., 1993 ⁴⁴⁴
----------	--

Effectiviteit van beeldende therapie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat beeldende (groeps)therapie een bijdrage levert aan de verbetering van het functioneren (sociaal, emotioneel en gedragsmatig) van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Ook blijkt beeldende therapie gewaardeerd te worden door patiënten. C Karterud & Pedersen, 2004 ³²⁶
----------	--

Overige overwegingen:

Diagnostiek bij beeldende therapie

De DDS heeft slechts een gedeeltelijke relevantie voor deze richtlijn omdat deze test nog niet alle te onderscheiden persoonlijkheidsstoornissen kan scoren. Verder onderzoek is nodig om alle persoonlijkheidsstoornissen te kunnen onderscheiden. Zie verder bij '[Vaktherapie - algemeen](#)'.

Effectiviteit van beeldende therapie

In de beschrijvende literatuur, onder meer in zeventien gevalsbeschrijvingen, komt beeldende therapie naar voren als een belangrijk middel ter vergroting van het gevoel van eigenwaarde, de autonomie of het zelfvertrouwen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en als een middel om in contact te komen met patiënten en hun problemen. Daarbij gaat het ook om het vergroten van inzicht en om het veranderen van gedrag, emotieregulatie, impulsregulatie, intermenselijke vaardigheden en intrapsychische integratie. Deze

effecten worden in een groot aantal van de bestudeerde artikelen, onafhankelijk van elkaar, aangehaald. Uit het door Haeyen (257) uitgevoerde onderzoek door middel van vragenlijsten onder 48 patiënten (hoofdzakelijk met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis) bleken de patiënten duidelijke verbeteringen aan te kunnen geven. Het betrof hier effecten op de mate van inzicht in zichzelf en in eigen patronen, met betrekking tot het contact met het eigen gevoel en het opdoen van een corrigerende ervaring.

De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van beeldende therapie. Ander onderzoek naar de effecten dan eerder werd besproken is niet beschikbaar.

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van beeldende therapie binnen het kader van dialectische gedragstherapie. Deskundigen op het gebied van beeldende therapie zijn van mening dat beeldende therapie een goede aanvulling kan zijn op dialectische gedragstherapie. Door het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek kan hierover nog geen aanbeveling worden gedaan.

6.2.4 Dramatherapie

Richtlijntekst:

In dramatherapie wordt het medium drama doelgericht en methodisch ingezet voor het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen.

Aanbevelingen:

Effectiviteit van dramatherapie

Naar de mening van de werkgroep zou (groeps)dramatherapie een te overwegen bijdrage moeten vormen bij behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Diagnostiek bij dramatherapie

Uit een onderzoek van Dent-Brown & Wang (158) blijkt dat de dramatherapeutische Six Part Story Method (6PSM) bijdraagt aan de bepaling van indicatoren voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Zo blijkt het niveau van pessimisme en mislukking in een verhaal van de patiënt de ernst van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis van de schrijver te representeren.

De 6PSM is een projectieve techniek waarbij de patiënt een fictief verhaal maakt volgens gestructureerde instructies van de therapeut. De zes delen van het verhaal zijn:

- hoofdpersoon
- taak voor de hoofdpersoon
- zaken die de hoofdpersoon in de weg staan
- zaken die de hoofdpersoon helpen
- de climax
- wat volgt uit de climax

Zes stellingen werden geselecteerd en in een pessimism/failure scale (PF-scale) omgezet. Drie groepen werden betrokken in dit onderzoek: 11 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, 12 patiënten met een andere diagnose en 24 personen (verpleegkundigen/therapeuten) als groep zonder psychiatrische problematiek. De patiëntdeelnemers werden geïnterviewd met het Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II) en de Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM). De verhaaltapes werden geanalyseerd door een panel. De verhalen uit de drie groepen die werden betrokken in dit onderzoek werden gerandomiseerd en zonder informatie over de herkomst verdeeld onder de raters. Er was sprake van significante verschillen in PF-scores van de groep met de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en die van de andere twee groepen ($t=-4,50$; $df=59$; $p<0,001$). De beïnvloeding van de scores door depressie of gender werd onderzocht en kon uitgesloten worden. De PF-scale heeft een acceptabele test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsovereenstemming onder scoorders die minimaal één dag getraind zijn. Het onderzoek heeft uitgewezen dat bepaalde elementen van de 6PSM valide reflecties zijn van de vertellers persoonlijkheidsstijl.

In een eerder artikel van dezelfde auteur ([157](#)) stelt deze dat het gebruik van de 6PSM wellicht vooral belangrijk is in termen van het produceren van kwalitatieve feedback voor de patiënt, eerder nog dan diagnostische categorisering. Het biedt bovenal een metaforische taal waarmee gecommuniceerd kan worden binnen de dramatherapeutische samenwerking met de patiënt.

Effectiviteit van dramatherapie

Sheppard e.a. ([562](#)) onderzochten de effecten van een psychiatrisch rehabilitatieprogramma, waarvan dramatherapie in groepsverband (twee keer per week 30/45 minuten gedurende vijftien weken) deel uitmaakte, bij tien opgenomen volwassen patiënten (twee met een persoonlijkheidsstoornis en acht met een schizofrene stoornis). De mate waarin patiënten adequaat verbaliseren bleek sterk toe te nemen. Dit onderzoek speelt zich specifiek binnen dramatherapie af en er werd gebruikgemaakt van 'behavioral recording techniques' om veranderingen in de verbale communicatie van patiënten te evalueren gedurende een serie van groepsimprovisatie-dramatherapie sessies. Verbaliseringen werden geteld per sessie, vier keer tijdens de serie bijeenkomsten. De frequenties van verbalisatie tussen de eerste en de laatste sessies werden gemeten en lieten een significante vooruitgang zien in het aantal verbalisaties ($t=3,37$; $df=9$; $p<0,01$). Ook lieten de patiënten een positieve waardering zien in de evaluatievragenlijst. Kanttekening bij dit onderzoek moet zijn dat de doelgroep maar voor een klein deel bestond uit patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Bij gebrek aan ander onderzoek wordt het hier toch vermeld.

Conclusies:

Diagnostiek bij dramatherapie

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de dramatherapeutische Six Part Story Method een bijdrage levert aan de multidisciplinaire diagnostiek en behandelingsindicaties voor dramatherapie levert bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. C Dent-Brown & Wang, 2004 ¹⁵⁸
--------------------------	--

Effectiviteit van dramatherapie

Niveau 3	Er is een aanwijzing dat (groeps)dramatherapie een gunstig effect kan hebben op het zich verbaal adequaat uitdrukken bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. C Sheppard e.a., 1990 ⁵⁶²
--------------------------	---

Overige overwegingen:

Effectiviteit van dramatherapie

Behalve het onderzoek van Sheppard e.a. ([562](#)) werden geen andere onderzoeken gevonden waarin effecten van dramatherapie werden onderzocht.

In de beschrijvende literatuur, waaronder tien gevalsbeschrijvingen, wordt dramatherapie beschreven als een methode die patiënten helpt te leren omgaan met gevoelens en te leren doorbreken van impasses in het sociaal functioneren.

Johnson ([312](#)) ontwikkelde een typologie die specifiek is voor observatie door middel van dramatherapie, met een onderscheid tussen het geremde type, het overbetrokken type, het dwangmatige type en het impulsieve type. Deze typologie komt voort uit het dramatische spel en kan duidelijk aan verschillende persoonlijkheidsstoornissen gekoppeld worden.

De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van dramatherapie.

6.2.5 Muziektherapie

Richtlijntekst:

In groepsvorm wordt muziektherapie aangeboden om contactname te vergroten, sociale vaardigheden te

oefenen en inzicht te verkrijgen in eigen communicatiepatronen. Specifieke gedragspatronen worden in muziektherapie bewust gemaakt en gedragsveranderingen kunnen direct actief vormgegeven en geoefend worden. De groep heeft daarbij een belangrijke functie als klankbord en oefenruimte. Ook heeft muziektherapie een functie in het leren herkennen, inzien, verwerken en leren omgaan met emoties.

Aanbevelingen:

Naar de mening van de werkgroep kan (groeps)muziektherapie een belangrijk element zijn in behandelprogramma's voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de context van muziektherapeutisch onderzoek is er opvallend weinig onderzoek verricht naar de effecten van muziektherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. Er is één vergelijkend onderzoek over borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Schmidt (551) onderzocht de effecten van muziektherapie (twee keer per week, anderhalf uur gedurende twee maanden, in groepen van zes tot acht personen) bij 34 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en 29 patiënten met 'algemene neurotische/psychosomatische problematiek'. Therapietrouw en aspecten van emotionele beleving werden gemeten door middel van wekelijkse vragenlijsten (=0,83). Effectverschillen waren in dit onderzoek niet heel precies te bepalen vanwege onvoldoende onderzoekrespons: slechts 53% vulde meer dan vier lijsten in. De belangrijkste uitkomsten uit deze data zijn dat de therapietrouw van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis lager was dan die van de controlegroep en dat zij zich bij conflictsituaties vaker terugtrekken (p<0,05). De overig resultaten zijn vooral beschrijvend weergegeven. Patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis waren na afloop van het onderzoek tevreden over muziektherapie, hadden een betere zelfwaarneming, voelden zich meer in staat nieuwe contacten aan te gaan en voelden zich rustiger en meer ontspannen.

Conclusies:

Niveau 3	Er is een aanwijzing dat muziektherapie een bijdrage kan leveren aan de verbetering van zelfwaarneming, sociaal functioneren en ontspanning van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. C Schmidt, 2002 ⁵⁵¹
----------	---

Overige overwegingen:

Behalve het onderzoek van Schmidt (551) werden geen andere publicaties gevonden waarin onderzoek naar de effecten van muziektherapie werd gerapporteerd. In de beschrijvende literatuur, waaronder vijf gevalsbeschrijvingen, en in de paneldiscussie van creatief therapeuten (2005) wordt geopperd dat muziektherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld de obsessieve compulsieve en de narcistische persoonlijkheidsstoornis. De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van muziektherapie.

6.2.6 Psychomotorische therapie

Richtlijntekst:

Psychomotorische therapie (PMT) richt zich op psychische klachten en problemen die zich mede uiten in het bewegen en in de lichaamsbeleving. In de PMT wordt gebruikgemaakt van bewegingsactiviteiten en lichaamsgerichte technieken.

Bij de eerste valt te denken aan oefensituaties uit de sport en het bewegingsonderwijs, bij de tweede gaat het om het concentreren op de ervaring en beleving van het eigen lichaam, bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, sensory-awareness en bio-energetica.

Het literatuuronderzoek (zie [inleiding vaktherapie](#)) leverde enkele RCT's en effectonderzoeken op die de evidentie voor PMT onderbouwen. Deze literatuur is aangevuld met beschrijvende artikelen, gevalsbeschrijvingen en modules en productbeschrijvingen van PMT die door de beroepsvereniging zijn ontwikkeld. Op basis van deze literatuur worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Aanbevelingen:

Bewegings- en PMT-programma's gericht op psychische klachten

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan overwogen worden psychomotorische therapie aan te bieden ten behoeve van de verbetering van de fysieke fitheid en het zelfbeeld.

Dans- en bewegingstherapeutische interventies gericht op stemmingsverbetering en gedragsverandering

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan overwogen worden psychomotorische therapie of dans- en bewegingstherapie aan te bieden ten behoeve van de verbetering van de stemming.

Impulsregulatietraining

Bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis met agressie- en impulsdisregulatie kan psychomotorische therapie worden overwogen.

Relaxatiemethoden

De werkgroep is van mening dat relaxatiemethoden gericht op het reguleren van het spanningsniveau en het vergroten van de zelfwaarneming waardevol zijn in de behandeling van patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis

Wetenschappelijke onderbouwing:

Bewegings- en PMT-programma's gericht op psychische klachten

Ten eerste worden hier onderzoeken genoemd die de invloed van bewegen op het psychologisch welbevinden hebben gemeten. In een quasi-experimentele opzet met 37 patiënten, waarvan 33% met een persoonlijkheidsstoornis, toonden Hutchinson e.a. (302) aan dat het verhogen van fysieke fitheid door middel van een gestructureerd oefenprogramma van vijftien tot twintig weken een gunstige uitwerking heeft op de stemming, het psychologisch welbevinden, het zelfconcept en de zelfwaardering en dat het leidt tot vermindering van depressie, angst en stress.

Knapen e.a. (341 342) vonden gunstige effecten van twee therapieprogramma's (een psychomotorisch programma en een op maat gemaakt programma ter verbetering van de conditie) bij 141 psychiatrische patiënten, waaronder patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Uit het tweede onderzoek (342) bleek dat de verbetering van het zelfconcept samenhangt met subjectief ervaren verbeteringen in de conditie.

Een probleem van deze onderzoeken is dat patiënten met verschillende diagnoses werden behandeld.

Dans- en bewegingstherapeutische interventies gericht op stemmingsverbetering en gedragsverandering

De invloed van bewegen op de stemming is door Brooks & Stark (92) onderzocht. Zij toonden een gunstig effect aan van één sessie dans- en bewegingstherapie op angst, depressie en in mindere mate op hostiliteit. Beperkingen van dit onderzoek zijn dat patiënten met verschillende diagnoses werden behandeld, dat de onderzoeksgroep klein was, dat geen effecten op symptomen werden gemeten en dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen dans- en bewegingstherapie als interventies.

Impulsregulatietraining

Op het gebied van impuls- en agressieregulatie, een veelvoorkomende indicatie voor PMT, is het volgende bewijs gevonden. In een overzichtsartikel van Sanderlin (541) wordt een aantal onderzoeken beschreven naar de behandeling van excessieve boosheid en agressiedisregulatie bij populaties met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Hierbij gaat het om gevangenen, jeugdige delinquenten en gehospitaliseerde adolescenten met impulscontroleproblematiek. In vier RCT's werd aangetoond dat agressieregulatietraining, soms gecombineerd met relaxatietraining en socialevaardigheidstraining (twee RCT's) tot een significante verbetering in de agressieregulatie leidt. De combinatie van cognitieve therapie en relaxatietraining zou het meeste effect sorteren.

Een beperking van deze onderzoeken zijn de kleine aantallen patiënten.

In een niet-gerandomiseerd onderzoek van Henquet (273) wordt een gunstig effect gerapporteerd van een psychomotorische interventie bij agressiedisregulatie en impulsproblematiek.

Relaxatiemethoden

Binnen de PMT wordt veelvuldig gewerkt met relaxatiemethoden en ademhalingstraining vanuit verschillende theoretische referentiekaders. Wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van de verschillende relaxatiemethoden in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ontbreekt echter voorsnog.

Conclusies:

Bewegings- en PMT-programma's gericht op psychische klachten

Niveau 3	Er is een aanwijzing voor de toename van de fitheid en een afname van symptomen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bij toepassing van een gestructureerd fysiek oefenprogramma. B Hutchinson e.a., 1999 ³⁰²
Niveau 3	Er is een aanwijzing voor de toename van de fysieke fitheid en de verbetering van het zelfbeeld van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bij toepassing van psychomotorische therapie. C Knapen e.a., 2003a, 2003b ^{341 342}

Dans- en bewegingstherapeutische interventies gericht op stemmingsverbetering en gedragsverandering

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat dans- en bewegingstherapie een gunstig effect hebben op de stemming van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. C Brooks & Stark, 1989 ⁹²
----------	--

Impulsregulatietraining

Niveau 3	Psychomotorische therapie heeft mogelijk een gunstig effect op de agressie- en impulsregulatie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met dergelijke problematiek. C Sanderlin, 2001 ⁵⁴¹ ; Henquet, 2005 ²⁷³
----------	---

Overige overwegingen:

Bewegings- en PMT-programma's gericht op psychische klachten

In de beschrijvende literatuur wordt melding gemaakt van gunstige effecten van psychomotorische therapie. Deze effecten kunnen van belang zijn voor de gehele populatie, maar zijn voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis extra aan te bevelen. De volgende psychologische mechanismen spelen een rol: waargenomen fitheidverbetering (zowel objectief als subjectief), ontwikkelingen in het lichaamsbeeld door de training, het gevoel van controle over het lichaam verbetert, gevoelens van lichamelijk welbevinden, sociale ervaringen (bij groepsaanbod) en versterking van trainingsgedrag, het bereiken van doelen en succeservaringen. De evaluatie van een dergelijk aanbod door patiënten is doorgaans positief. Bovengenoemde effecten hebben een gezondheidswinst op de lange termijn (nog te onderzoeken). Het lijkt de moeite waard in een setting voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen mogelijkheden voor PMT te realiseren.

Dans- en bewegingstherapeutische interventies gericht op stemmingsverbetering en gedragsverandering

In de beschrijvende literatuur, onder meer in beschrijvingen van interventies die gericht zijn op stemmings- en gedragsveranderingen, wordt melding gemaakt van potentiële effecten van PMT-interventies op een groot aantal gebieden. Deze literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van PMT. Effectonderzoek is niet beschikbaar.

Indien PMT deel uitmaakt van de behandeling dienen de nodige voorzieningen beschikbaar te zijn: een bewegingsruimte, materiaal en geschoold personeel. Na investering in dergelijke voorzieningen is PMT kostendekkend aan te bieden binnen een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. In een groot aantal ambulante settings en in de meeste deeltijd- en klinische programma's maakt PMT deel uit van de behandeling.

Impulsregulatietraining

In de beschrijvende literatuur, onder meer in beschrijvingen van interventies die gericht zijn op agressie- en impulsdisregulatie, wordt melding gemaakt van potentiële effecten. De literatuur is vooral opiniërend en representeert de mening van deskundigen op het gebied van PMT. Met name Kuin (357) heeft een psychomotorische module beschreven, met als theoretisch kader cognitieve therapie, gedragstherapie en directieve therapie, voor de behandeling van agressiedisregulatie en impulsproblematiek. Op basis van deze module ontstaan in veel instellingen modules impulsregulatie waarin een PMT-aanbod verwerkt is. Roethof & Van der Meijden-van der Kolk (529) hebben voor patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis met impulscontroleproblematiek een aanbevolen PMT-behandeling geschreven. Vaak is er bij dergelijke patiënten weinig contact met het eigen lichaam door chronische overspanning. Er is voor de patiënt geen spanningsopbouw waarneembaar. Het eigen destructieve handelen wordt als in een waas (ik-vreemd) beleefd. Doelen voor PMT zijn dan: leren onderkennen, controleren en beheersen van impulsen die eerder agressief destructief handelen tot gevolg hadden. Ander onderzoek naar de effecten dan eerder werd besproken is niet beschikbaar.

Relaxatiemethoden

Binnen de PMT en daarbuiten (bv. in het kader van gedragstherapeutische behandelingen) worden verschillende relaxatiemethoden gebruikt, zoals de functionele ontspanning (Krietsch-Mederer, 1988), de progressieve relaxatie volgens Jacobson (308; 53), de autogene training van Schulz (377) en de ademhalingstraining (80 91). Het is niet uitgesloten dat deze methoden van nut kunnen zijn voor het leren controleren van het spanningsniveau en het reguleren van emoties bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis.

6.3 Maatschappelijk werk

Richtlijntekst:

In een tweede- of derdelijns setting participeert maatschappelijk werk in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Dit kan zijn door middel van het geven van psycho-educatie, netwerkondersteuning, praktische ondersteuning en begeleiding, emotionele ondersteuning of veranderingsgerichte begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, trainingen en groepswork. Tijdens klinische opname komt daar nog bij: praatpaal en intermediair. De maatschappelijk werker treedt zonder vaste frequentie op als gesprekspartner en heeft enerzijds de taak van emotionele ondersteuning en anderzijds het regelen van praktische zaken en op te treden als bemiddelaar of belangenbehartiger. De functie van maatschappelijk werker wordt naast participeren in de behandeling vooral gezien als brug naar de dagelijkse leefsituatie. Een eerste taak van het maatschappelijk werk is vaak een sociale screening: opsporen en benoemen van de risicofactoren in de dagelijkse leefsituatie van de patiënt die de psychiatrische stoornis verergeren of bestendigen. Daar waar belemmeringen zijn in de thuissituatie wordt de maatschappelijk werker eropaf gestuurd om de zaak in ogenschouw te nemen en om waar nodig zelf actie te ondernemen, of om andere, niet-geïstitutionaliseerde, professionals in te schakelen: schuldhulpverleners van de sociale dienst, AMW of kredietbank, of gespecialiseerde gezinsverzorging. Het verbeteren van de thuissituatie en het slaan van een brug naar andere instanties die de patiënt ten dienste kunnen zijn, speelt aan het eind van de klinische opname een rol, maar ook tijdens de behandeling al. Soms komt een patiënt binnen vanuit een zeer chaotische en ziekmakende thuissituatie en dan heeft de context al vanaf het begin van de behandeling de volle aandacht.

Maatschappelijk werk is vaak het directe aanspreekpunt voor het netwerk, de partner of het gezin. Enerzijds gaat het erom de familie/naasten te betrekken bij de behandeling ten gunste van de patiënt. Daarnaast gaat het om het bieden van ondersteuning aan familie/naasten, zodat zij zelf ook beter toegerust zijn voor hun rol/taak. Bij afronding van de opnameperiode speelt maatschappelijk werk dikwijls een rol in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk. Soms rekent de regionale tweede- en derdelijns-ggz dit niet direct tot haar taken, dan heeft het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) of de (gespecialiseerde) gezinszorg hierin een rol.

6.3.1 Interventies

Richtlijntekst:

De interventies van maatschappelijk werkers in een tweede of derde lijn zijn deels hetzelfde en deels anders dan de interventies in de eerste lijn van het AMW. Hierbij gaat het niet zozeer om de inhoud van de

interventies, maar vooral om de plaats in het geheel. In de tweede en derde lijn is ten minste een deel van de interventies duidelijk afgebakend en vooraf ingepland. De maatschappelijk werker weet welk programmaonderdeel voor zijn rekening komt en overlegt hierover ook met andere disciplines. Afstemming gebeurt vaak door middel van behandelingsplannen en hulpverleningsprogramma's (zorgprogramma's). Dat maakt dat alle disciplines een duidelijke rol hebben in een geheel.

In de eerste lijn staan de interventies veel meer 'op zichzelf' en wordt er gecombineerd al naar gelang waar in de situatie van de patiënt op dat moment behoefte aan is. Tijdens de intake wordt een globale lijn uitgezet, maar vaak is het ook een kwestie van uitproberen wat goed aanslaat. Op die manier wordt flexibel ingespeeld op zaken die zich tijdens het hulpverleningsproces voordoen in de situatie van de patiënt. In de meeste gevallen zijn er geen andere disciplines die meekijken en meeeoordelen. De maatschappelijk werker is eindverantwoordelijk, hij bepaalt samen met de patiënt de doelen en beoordeelt de resultaten. Door de sterke samenhang met de dagelijkse leefsituatie en de 'fine-tuning' die op elk moment tijdens de hulpverlening plaatsvindt, wordt vooraf niet zo sterk bepaald hoe de hulp gaat verlopen; gaande de rit ontvouwt zich de hulpverleningsaanpak. Deze direct bij de behoefte aansluitende aanpak is de kracht en tevens de zwakte van maatschappelijk werk in de eerste lijn. Zeker gezien de huidige ontwikkelingen waarbij afstemmen en samenwerken met andere disciplines, de zogenoemde 'ketenbenadering', het credo van de overheid is. De ontwikkelingen rondom de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij chronisch psychiatrische patiënten zo veel mogelijk weer onderdeel uitmaken van de samenleving, zullen het belang van een goede samenwerking en afstemming alleen maar versterken.

In de tweede of derde lijn kan van een soortgelijke aanpak sprake zijn: gedurende de opname kunnen er problemen opdoemen waar aanvankelijk geen rekening mee was gehouden, maar die essentieel zijn voor de voortgang van de behandeling. Te denken valt aan bijvoorbeeld veranderende familieomstandigheden of ontstane schulden bij woningbouwvereniging of energieleveranciers (zie ook hoofdstuk [Patiënten- en familieperspectief](#)). En ook hier geldt dat de ene hulpverlener, ongeacht welke discipline, een gemakkelijker ingang heeft bij de patiënt dan de andere. Flexibiliteit, creativiteit en pragmatisme zijn belangrijke aspecten.

6.3.2 Diagnostiek

Richtlijntekst:

In de tweede- en derdelijns-ggz wordt veelal geanalyseerd binnen het diagnostisch kader van de psychiatrie: de DSM-IV. As-IV staat voor psychosociale belastende factoren en As-V staat voor het niveau van functioneren. Ook hier gebruikt de maatschappelijk werker veelal de verschillende leefgebieden om de problematiek op te benoemen. Voor zowel maatschappelijk werkers binnen de eerste lijn als voor maatschappelijk werkers in de tweede- en derdelijns-ggz geldt dat zij een specifieke verbinding leggen tussen het psychische en het sociale functioneren. Het functioneren in de dagelijkse leefsituatie, de contacten met anderen, vormen de aangrijpingspunten om de hulpverlening op te baseren.

Aanbevelingen:

Tijdens de behandeling

Ondersteuning, voorlichting, communicatie en afstemming met familie/naasten moet standaard onderdeel zijn tijdens het verblijf in een klinische setting.

Tijdens het verblijf in een klinische setting moet tevens gewerkt worden aan de randvoorwaarden in de thuissituatie die terugkeer kunnen vergemakkelijken. Denk aan materiële randvoorwaarden als huisvesting, financiën (zo nodig bewindvoering) en immateriële randvoorwaarden als communicatie met buurtgenoten in geval van (verwachte) conflicten, overleg met werk en afstemming met familie. In een deel van de gevallen zal de patiënt hiervoor toestemming moeten geven.

Vertrek uit kliniek/nazorg

Het is van belang om tijdens een nazorgtraject ook aandacht te blijven besteden aan de materiële randvoorwaarden om de terugkeer te bestendigen (huisvesting, financiën). Een goede overdracht aan lokale voorzieningen kan ondersteunend werken bij het bereiken van een (tijdelijk) stabiele situatie.

Tijdens het verblijf in een klinische setting moet tevens gewerkt worden aan de randvoorwaarden in de thuissituatie die terugkeer kunnen vergemakkelijken. Denk aan materiële randvoorwaarden als huisvesting, financiën (zo nodig bewindvoering) en immateriële randvoorwaarden als communicatie met buurtgenoten in geval van (verwachte) conflicten, overleg met werk en afstemming met familie. In een deel van de gevallen zal de patiënt hiervoor toestemming moeten geven.

6.4 Crisisinterventie

Richtlijntekst:

Onder een psychiatrische crisis wordt doorgaans een tijdelijke doch ernstige verstoring van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht verstaan, gepaard gaande met symptomen als hallucinaties, wanen, paniek, sterke somberheid en suïcidaliteit. Ook bij agressief en zelfbeschadigend gedrag wordt meestal van een psychiatrische crisis gesproken. Bij een crisis kan de patiënt in verschillende geledingen van de gezondheidszorg om hulp vragen en crisisinterventie wordt dan ook door veel verschillende professionals geboden, op veel verschillende manieren. In de beschikbare literatuur is deze breedte terug te vinden: de beschreven interventies lopen sterk uiteen. Gezocht is in Medline, Embase, PsycINFO en Cinahl op combinaties van de volgende termen: personality disorder(s) AND crisis intervention (alle databases) OR psychiatric emergency services (Medline) OR emergency health service (Embase) OR emergency services (PsycINFO) OR psychiatric emergencies (Cinahl). Alleen Nederlandstalige en Engelstalige artikelen tussen 1987 en 2005 werden geïncludeerd. Aanvullend werden twee tijdschriften (Crisis, 1987-2005, en Brief Treatment & Crisis Intervention, 2000-2005) handmatig doorzocht. Vanwege het geringe aantal bruikbare resultaten werd aanvullend gezocht in de Cochrane Systematic Reviews database naar gerandomiseerde studies, niet specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen. In derde instantie werd op dezelfde wijze gezocht naar behandelstrategieën bij symptomen (zelfbeschadiging en suïcidepogingen) die veel voorkomen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die in een crisis verkeren.

De selectiecriteria verschilden voor de drie searches, waarbij voor de tweede en derde search strengere criteria golden dan voor de eerste. Gezocht werd naar artikelen die een interventie omschreven gericht op patiënten met een persoonlijkheidsstoornis tussen de 18 en 65 jaar die in een crisissituatie verkeerden. Voor de aanvullende searches gold dat het bewijsniveau zich moest bevinden op niveau A of B.

De resultaten van bovengenoemde search vallen uiteen in enkele hoofdgroepen van interventies: medicatie, intensivering van zorg, individuele begeleiding, groepstraining en een crisisprotocol. Hieronder worden de resultaten kort besproken, waarbij medicatie buiten beschouwing wordt gelaten omdat dit niet binnen het bestek van dit hoofdstuk past.

1. Intensivering van zorg. Goede empirische studies naar het effect van intensievere zorg, met name acute opname, ontbreken. In enkele studies wordt het positieve effect van een kortdurende opname, soms op initiatief van de patiënt, omschreven ([25](#) [89](#) [355](#) [402](#)). Het management van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis op een (acute) klinische afdeling wordt beschreven door Fagin ([194](#) [195](#)). Het wetenschappelijk bewijs bevindt zich op niveau C of D. Positieve, doch niet-significante effecten op afname van zelfbeschadiging werden gevonden in een studie naar snel beschikbare telefonische hulpverlening ([190](#)). Dagklinische opname in geval van acute psychiatrische problemen zou een goed alternatief kunnen zijn voor klinische opname ([418](#)), maar of dit ook geldt voor persoonlijkheidsproblematiek blijkt niet uit deze studie. Assertive Community Treatment (ACT), een totaalpakket aan outreachende interventies gericht op vooral psychotische patiënten, is effectief gebleken in het reduceren van crises en psychiatrische opnamen, maar ook hier is de vraag of dat net zo geldt voor persoonlijkheidsstoornissen.
2. Individuele begeleiding. Positieve effecten van crisispsychotherapie worden gemeld, echter slechts een klein deel van de patiënten had een (milde) persoonlijkheidsstoornis ([492](#)). Supportieve psychotherapie wordt genoemd als alternatief voor crisisgevoelige patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar empirische gegevens ontbreken ([28](#)).
3. Groepsvaardigheidstraining. Een verkorte versie van dialectische gedragstherapie (DGT) was effectief in het verminderen van depressiviteit en hopeloosheid bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis in crisis, in een niet-gecontroleerde studie ([426](#)).
4. Crisisprotocol. In een gerandomiseerde studie naar het effect van een gezamenlijk, voorafgaand aan een crisis, overeengekomen crisisprotocol werden positieve effecten op het aantal gedwongen opnames gevonden ([272](#)). Echter, de studie ging over patiënten met een ernstige As-I-stoornis en data over een (comorbide) persoonlijkheidsstoornis ontbreekt.

Het is aannemelijk dat kortdurende opnames (enkele dagen) met een vooraf overeengekomen doelstelling effectiever zijn dan langdurende opnames ([25](#) [89](#) [355](#) [402](#)). Kortdurende therapie of een groepsvaardigheidstraining heeft mogelijke positief effect op crisisgedrag ([28](#) [426](#) [492](#)).

Aanbevelingen:

Het maken van duidelijke afspraken over crisis en crisisinterventie tussen patiënt en verschillende betrokken hulpverleners, als onderdeel van een meeromvattend behandelplan en een therapeutische kader, is mogelijk effectief in het voorkómen van crisis.

De werkgroep is van mening dat, in geval van crisis met impulsief en suïcidaal gedrag, kortdurende opname met een vooraf overeengekomen doelstelling de voorkeur heeft boven een langdurende opname.

Overige overwegingen:

Opvallend is dat behandelprogramma's met een hoge mate van structuur en een uitgesproken visie op crisis en crisisinterventie effectief zijn in het reduceren van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag ([41](#) [389](#)). Het is echter onmogelijk om uit deze programma's de werkzame elementen met betrekking tot crisisinterventie te destilleren, het lijkt veel meer om een totaalpakket te gaan. Mogelijk is crisispreventie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vooral een kwestie van een goede organisatie van de zorgverlening. Hiermee bedoelen we: een duidelijk behandelplan, afspraken over wat te doen in geval van crisis, afstemming met andere betrokkenen (familie, andere ggz-hulpverleners, huisarts en eventuele andere instanties) en mogelijk ook de preventieve werking van een goede therapeutische relatie. Er is echter tot op heden geen degelijk onderzoek gedaan naar deze factoren.

7. Farmacotherapeutische interventies

Richtlijntekst:

In dit hoofdstuk wordt onderzoek besproken naar de effectiviteit van farmacologische interventies bij DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. Ook een reeds bestaande richtlijn ([15](#)), waarin farmacologische interventies bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis worden beschreven, wordt geëvalueerd in het licht van recentere onderzoeksresultaten. De studies worden geclusterd volgens de indeling van groepen psychofarmaca zoals die over het algemeen gebruikelijk is bij het wetenschappelijk onderzoek naar en de behandeling van de As-I-stoornissen: antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en overige middelen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met adviezen voor de behandelpraktijk (behandelalgoritmen), die eveneens beknopt in de vorm van een tabel worden gepresenteerd.

In dit hoofdstuk blijven farmacologische interventies die zich primair richten op een comorbide psychiatrische stoornis (op As-I) of somatische stoornis (op As-III) bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen grotendeels buiten beschouwing (deze worden besproken in hoofdstuk 8 Comorbiditeit).

Ook blijven in dit hoofdstuk buiten beschouwing de specifieke aspecten van de behandelrelatie met betrekking tot farmacotherapeutische interventies bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, de specifieke aan persoonlijkheidsstoornissen gebonden aspecten met betrekking tot multidisciplinaire samenwerking indien meerdere behandelaren bij de behandeling betrokken zijn en de consequenties met betrekking tot een goede organisatie van zorg (zie hoofdstuk 10).

Uitgangsvragen

In welke mate is het gebruik van psychofarmaca (antipsychotica, antidepressiva, stemmingsstabilisatoren, anxiolytica en overige middelen) effectief bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis? Welke behandelrichtlijnen kunnen hieruit worden afgeleid?

7.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Richtlijntekst:

Er is literatuur gezocht in de databases van Medline, PsycINFO en het Cochrane Central Register of Controlled Trials. Een combinatie van de volgende trefwoorden is gebruikt: 'drug therapy', 'personality disorder*', 'schizoid personality disorder', 'schizotypal personality disorder*', 'paranoid personality disorder*', 'borderline personality disorder*', 'antisocial personality disorder*', 'histrionic personality disorder*', 'narcissistic personality disorder*', 'dependent personality disorder*', 'obsessive compulsive personality disorder*', 'avoidant personality disorder*', 'passive aggressive personality disorder*', 'somasochistic personality disorder*', 'depressive personality disorder*' en 'personality disorder not otherwise specified'. Bovendien werden referenties nagezocht die vermeld staan in gevonden artikelen uit wetenschappelijke tijdschriften en hoofdstukken uit boeken betreffende persoonlijkheidsstoornissen. Gevalsbeschrijvingen, open onderzoek en gerandomiseerd onderzoek (randomized controlled trial, RCT) werden geselecteerd voor nadere beschouwing en analyse. Hoewel in de loop van de laatste decennia veel auteurs zich hebben gewaagd aan een review van de literatuur (al dan niet resulterend in aanbevelingen voor de behandelpraktijk), werd slechts een enkele meta-analyse en/of systematische review gevonden ([63 475](#)).

Voor nadere analyse is gebruikgemaakt van publicaties waarin de diagnose van de persoonlijkheidsstoornissen expliciet geclassificeerd is volgens de DSM-III, DSM-III-R of DSM-IV (gediagnosticeerd door middel van een semi-gestructureerd interview); dit omvat de periode vanaf 1978 tot en met 2006. Onderzoek waarbij de persoonlijkheidsstoornis slechts door middel van een selfreport werd vastgesteld, blijft hier buiten beschouwing.

Uit de gevonden gevalsbeschrijvingen en open onderzoeken werd duidelijk dat soms spectaculaire resultaten zijn beschreven van uiteenlopende psychofarmaca bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, meestal een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Uit nadere bestudering van diezelfde publicaties blijkt echter dat minstens zo vaak een dergelijke ogenschijnlijk succesvolle behandeling vooraf werd gegaan door farmacologische interventies met middelen uit alle hieronder beschreven groepen psychofarmaca waarbij enig succes volledig uitbleef of niet opwoog tegen de bijwerkingen ervan ([540](#)). Bovendien bleek al uit de eerste RCT's dat in onderzoeksgroepen met persoonlijkheidsstoornissen een zeer hoge placeborespons (60-70% klachtenreductie) werd vastgesteld, wat de positieve resultaten uit niet-gerandomiseerd onderzoek verder relatieveert ([305](#)). Waar mogelijk zal daarom vooral verwezen worden naar resultaten uit placebogecontroleerde RCT's.

Verreweg het meeste onderzoek bleek verricht bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zie [Farmacotherapie borderlinepersoonlijkheidsstoornis](#)) en in beperkte mate bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis (zie

[Farmacotherapie schizotypische persoonlijkheidsstoornis](#)). Bij de overige persoonlijkheidsstoornissen blijkt nauwelijks wetenschappelijk onderzoek verricht naar het effect van farmacologische interventies (zie [Farmacotherapie overige persoonlijkheidsstoornissen](#)).

Het onderzoek bij persoonlijkheidsstoornissen richt zich over het algemeen op het effect van farmacologische interventies op uiteenlopende symptomen, niet zozeer op de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis zelf. Om een overzicht te verkrijgen ten behoeve van de behandelpraktijk werden deze symptomen door Soloff ([577](#) [578](#) [579](#)) gegroepeerd in drie omschreven clusters en als zodanig overgenomen in de APA-behandelrichtlijn voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis ([15](#)).

- cognitief-perceptuele symptomen: zoals achterdocht, betrekkingsideeën, paranoïde ideatie, illusoire belevingen, derealisatie, depersonalisatie en (pseudo)hallucinatoire belevingen
- symptomen van impulsieve gedragsontregeling: zoals impulsieve agressie, suïcidaal en zelfverwondend gedrag, promiscuïteit, middelenmisbruik, roekeloos geld uitgeven
- symptomen van affectieve disregulatie: zoals stemmingswisselingen, overgevoeligheid voor afwijzing, buitenproportionele intense boosheid, dysforie, kortdurende depressieve buien, overmatige woede en angstklachten

In dit hoofdstuk is derhalve onderzocht of, en in welke mate de onderzochte psychofarmaca invloed hebben op een of meerdere van deze drie symptoomclusters evenals op het algeheel functioneren.

Zoals uit het overzicht duidelijk zal worden blijkt dat veel psychofarmaca nog niet of in onvoldoende mate zijn onderzocht bij persoonlijkheidsstoornissen zonder bijkomende As-I stoornis. De werkgroep is zich bewust van het feit dat hierdoor vooralsnog een selectief beeld zal ontstaan van de werkzaamheid van de in Nederland gangbare psychofarmaca ten aanzien van dit indicatiegebied. Nader onderzoek hiernaar lijkt in dit opzicht zeer gewenst.

7.2 Farmacotherapie borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Richtlijntekst:

Dit subhoofdstuk is onderverdeeld in paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken klikt u in de linkerkolom op de paragraaftitel.

7.2.1 Antipsychotica

Richtlijntekst:

Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is zowel met klassieke als met atypische antipsychotica gerandomiseerd onderzoek verricht.

Aanbevelingen:

Klassieke antipsychotica

Het gebruik van klassieke antipsychotica in een relatief lage dosering bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt geadviseerd voor de behandeling van cognitief-perceptuele symptomen en angstklachten.

In verband met potentiële bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering indien mogelijk te beperken, uitgebreide voorlichting vooraf en tijdens de behandeling te geven en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren.

Geadviseerd wordt, waar mogelijk, de behandeling met antipsychotica weer tijdig te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht en langdurig gebruik van antipsychotica te beperken tot die patiënten waarbij het middel effectief is gebleken en de klachten anders blijven recidiveren.

Atypische antipsychotica

Atypische antipsychotica zijn bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis in relatief lage dosering (equivalent 2,5

tot 10 mg/dag olanzapine) voor de korte termijn een effectieve behandeling van cognitief-perceptuele symptomen, impulsief en agressief gedrag, dysforie en angst. Zij kunnen het algeheel functioneren verbeteren. In verband met de bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te beperken, uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling te geven, en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren.

Geadviseerd wordt, waar mogelijk, de behandeling met antipsychotica weer tijdig te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht en langdurig gebruik van antipsychotica te beperken tot die patiënten waarbij het middel effectief is gebleken en de klachten anders blijven recidiveren.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Klassieke antipsychotica

Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn de afgelopen decennia dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's verricht met haloperidol, thiothixeen, flupentixol (depot) en trifluoperazine ([139](#) [142](#) [144](#) [241](#) [451](#) [582](#) [580](#)), en dubbelblinde niet-placebogecontroleerde gerandomiseerde onderzoeken met loxapine versus chloorpromazine ([382](#)), thiothixeen versus haloperidol ([557](#)) en flufenazine (depot) in verschillende doseringen ([42](#)). De resultaten van open onderzoeken blijven hier daarom verder buiten beschouwing ([311](#) [359](#) [608](#)).

De verschillende onderzoeken vonden plaats in zowel klinische als ambulante behandelsettings. Geconcludeerd kan worden dat de resultaten van deze onderzoeken erop wijzen dat klassieke antipsychotica effectief zijn met betrekking tot het - op korte termijn - verbeteren van het algeheel functioneren en het verminderen van cognitief-perceptuele symptomen zoals bijkomende schizotypische kenmerken en 'micropsychotische episoden'. Er zijn echter geen aanwijzingen dat klassieke antipsychotica effectief zouden zijn bij voorbijgaande dissociatieve symptomen (derealisatie en depersonalisatie) zoals die bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis in de DSM-IV zijn omschreven.

Bij een deel van de patiënten in diverse onderzoeken werden ook verminderingen waargenomen van andere symptomen, zoals angst, impulsiviteit, agressie en zelfdestructief gedrag. De resultaten zijn in dit opzicht echter tegenstrijdig en onvolledig. Er is dus onvoldoende reden om aan te nemen dat klassieke antipsychotica ook effectief zijn op de symptoomclusters van de impulsieve gedragsontregeling en affectieve disregulatie, met uitzondering van de angstsymptomen.

De uitkomsten van de beschreven RCT's vormen ook geen doorslaggevend bewijs dat klassieke antipsychotica ook effectief zouden zijn op langere termijn (meer dan drie maanden). Wel zijn er aanwijzingen voor het tegendeel ([42](#) [139](#) [142](#)).

Atypische antipsychotica

Van de orale atypische antipsychotica zijn inmiddels olanzapine en aripiprazol in dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's onderzocht op hun effectiviteit ([74](#) [468](#) [575](#) [677](#) [679](#)). De talrijke gevalbeschrijvingen en open onderzoeken naar het effect van atypische antipsychotica blijven daarom buiten beschouwing ([6](#) [47](#) [50](#) [64](#) [112](#) [113](#) [148](#) [203](#) [216](#) [297](#) [338](#) [446](#) [490](#) [487](#) [495](#) [528](#) [556](#) [592](#) [606](#) [607](#) [616](#) [642](#) [688](#)).

Uit de RCT's wordt duidelijk dat tijdens het gebruik van atypische antipsychotica het algeheel functioneren van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan verbeteren ([74](#)). Slechts in één RCT ([468](#)) is het effect van atypische antipsychotica op cognitief-perceptuele symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onderzocht en aannemelijk gemaakt.

In één RCT ([575](#)) wordt een positief effect van atypische antipsychotica beschreven ten aanzien van impulsieve gedragsontregeling, in het bijzonder ten aanzien van agressief gedrag. Een positief effect op suïcidaal en zelfverwondend gedrag werd echter juist niet gevonden.

Met betrekking tot de verschillende vormen van affectieve disregulatie lopen de resultaten van de genoemde onderzoeken uiteen. Het effect op stemmingswisselingen blijkt niet onderzocht. Met betrekking tot het effect op een depressieve stemming lopen de resultaten in de voorhanden zijnde RCT's dermate uiteen, dat geen eenduidige conclusies te trekken zijn ([74](#) [468](#) [575](#) [677](#) [679](#)). Bij dysforie, in de vorm van prikkelbaarheid, vijandigheid of boosheid, wordt door middel van atypische antipsychotica verlichting gevonden ([468](#)).

Bovendien werd in twee (open) onderzoeken met intramusculaire toediening van atypische antipsychotica een snelle reductie van agitatie bewerkstelligd ([148](#) [489](#)).

Ten aanzien van symptomen van angst blijkt in drie van de vier RCT's een gunstig effect van atypische antipsychotica ([74](#) [468](#) [575](#) [677](#)).

Algemene conclusie voor alle (klassieke en atypische) antipsychotica

Het effect van antipsychotica wordt ook beschreven in de twee beschikbare meta-analyses ([63](#) [475](#)). De Cochrane-meta-analyse ([63](#)) van het beperkte aantal onderzoeken van vóór 2002, vond nog onvoldoende aanwijzingen om tot eenduidige conclusies te komen over het effect van antipsychotica bij de

borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De meta-analyse van Nose e.a. ([475](#)), die ook de meer recente onderzoeken tot juni 2006 omvat, vindt op grond van het bestaande materiaal nog onvoldoende evidentie om de effectiviteit van antipsychotica met betrekking tot de cognitief-perceptuele symptomen te onderbouwen. Daarentegen wordt in deze meta-analyse wel duidelijk dat de verschillende antipsychotica een verbetering kunnen bewerkstelligen van het algeheel functioneren.

Samenvattend kan worden gesteld dat de resultaten van meerdere placebogecontroleerde RCT's met klassieke of atypische antipsychotica er gezamenlijk op wijzen dat antipsychotica bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis effectief kunnen zijn bij uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen en bij angst en dat zij op redelijk korte termijn het algeheel functioneren kunnen verbeteren.

Conclusies:

Klassieke antipsychotica

Niveau 1	Het is aangetoond dat klassieke antipsychotica op korte termijn (binnen vier weken) effectief zijn met betrekking tot het verbeteren van het algeheel functioneren van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Goldberg e.a., 1986 ^{241} ; Soloff e.a., 1986b, 1993 ^{582} ^{580}
Niveau 1	Het is aangetoond dat klassieke antipsychotica op korte termijn cognitief-perceptuele symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen doen verminderen. A2 Goldberg e.a., 1986 ^{241} ; Soloff e.a., 1986b, 1993 ^{582} ^{580} B Leone, 1982 ^{382} ; Serban & Siegel, 1984 ^{557} ; Cowdry & Gardner, 1988 ^{144}
Niveau 2	Het is aannemelijk dat antipsychotica effectief kunnen zijn tegen symptomen van angst bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Goldberg e.a., 1986 ^{241}
Niveau 2	Het is aannemelijk dat het gebruik van klassieke antipsychotica op langere termijn niet effectief is. A2 Cornelius e.a., 1993a, 1993b ^{139} ^{142} B Battaglia e.a., 1999 ^{42}

Atypische antipsychotica

Niveau 2	Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica het algeheel functioneren van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen verbeteren. A2 Bogenschutz & George, 2004 ^{74} C Frankenburg & Zanarini, 1993 ^{216} ; Benedetti e.a., 1998 ^{50} Rocca e.a., 2002 ^{528} ; Villeneuve & Lemelin, 2005 ^{642} ; Bellino e.a., 2006 ^{47}
Niveau 2	Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica de cognitief-perceptuele symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen doen verminderen. A2 Nickel e.a., 2006 ^{468} C Frankenburg & Zanarini, 1993 ^{216} ; Benedetti e.a., 1998 ^{50}
Niveau 2	Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica effectief kunnen zijn tegen impulsief en agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar niet tegen suïcidaal of zelfverwondend gedrag. A2 Soler e.a., 2005 ^{575} C Swinton, 2001 ^{606} ; Rocca e.a., 2002 ^{528} ; Adityanjee & Schulz, 2002 ^{6} ;

	Villeneuve & Lemelin, 2005 ⁶⁴² ; Bellino e.a., 2006 ⁴⁷
Niveau 2	Het is aannemelijk dat atypische antipsychotica effectief kunnen zijn tegen agitatie bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Nickel e.a., 2006 ⁴⁶⁸ C Schulz e.a., 1999 ⁵⁵⁶ ; Villeneuve & Lemelin, 2005 ⁶⁴² ; Pascual e.a., 2006 ⁴⁸⁹ ; Damsa e.a., 2007 ¹⁴⁸
Niveau 1	Het is aangetoond dat atypische antipsychotica effectief zijn tegen symptomen van angst bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A2 Zanarini & Frankenburg, 2001 ⁶⁷⁷ ; Soler e.a., 2005 ⁵⁷⁵ ; Nickel e.a., 2006 ⁴⁶⁸ C Villeneuve & Lemelin, 2005 ⁶⁴²

Algemene conclusie voor alle (klassieke en atypische) antipsychotica

Niveau 1	Het is aangetoond dat (klassieke en/of atypische) antipsychotica bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis effectief kunnen zijn bij uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen en bij angst en dat zij op redelijk korte termijn het algeheel functioneren kunnen verbeteren. A2 Bogenschutz & George, 2004 ⁷⁴ ; Goldberg e.a., 1986 ²⁴¹ ; Nickel e.a., 2006 ⁴⁶⁸ ; Soler e.a., 2005 ⁵⁷⁵ ; Soloff e.a., 1986 b, 1993 ^{582 580} ; Zanarini & Frankenburg, 2001 ⁶⁷⁷
----------	---

Overige overwegingen:

Klassieke antipsychotica

Klassieke antipsychotica kunnen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis behulpzaam zijn bij de behandeling van (rand)psychotische verschijnselen en andere cognitief-perceptuele symptomen (met uitzondering van dissociatieve klachten), maar deze gunstige effecten lijken slechts van tijdelijke aard (enkele weken tot enkele maanden).

De beschreven effectiviteit van klassieke antipsychotica lijkt in veel gevallen al met relatief lage dosering te kunnen worden bereikt (equivalent tot 4 mg haloperidol; relatief laag in vergelijking met de doseringen zoals die geadviseerd worden bij de psychotische stoornissen). Mede gezien de potentiële bijwerkingen, zoals bewegingsstoornissen, mentale vervlakking, adipositas en seksuele functiestoornissen, verdient het de voorkeur de duur en de dosering van de behandeling met klassieke antipsychotica zo veel mogelijk te beperken. Tevens wordt geadviseerd vooraf en tijdens de behandeling uitgebreide voorlichting te geven en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Nadat de symptomen onder controle zijn gebracht, dient te worden overwogen de behandeling met antipsychotica te staken.

Atypische antipsychotica

Atypische antipsychotica kunnen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis behulpzaam zijn bij toestandsbeelden met (rand)psychotische verschijnselen en andere cognitief-perceptuele symptomen, en ook bij impulsief en agressief gedrag, dysforie en angst. Het meeste onderzoek is verricht met olanzapine, waarbij een effectieve dosering werd bereikt bij 2,5 tot 10 mg/dag. Bijwerkingen van atypische antipsychotica (bv. bij olanzapine gewichtstoename en verhoogde glucose- en triglyceridenspiegels) vormen een reëel gezondheidsrisico. Mede gezien deze potentiële bijwerkingen dient indien mogelijk slechts tijdelijk een atypisch antipsychoticum te worden voorgeschreven in een relatief lage dosering. Er zijn uit onderzoek nog onvoldoende aanwijzingen dat hogere doseringen noodzakelijk zijn en dat atypische antipsychotica ook voldoende effectief blijven op langere termijn. Tevens wordt geadviseerd vooraf en tijdens de behandeling uitgebreide voorlichting te geven en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Nadat de symptomen onder controle zijn gebracht, dient te worden overwogen de behandeling met atypische antipsychotica te staken.

De effectiviteit van het atypische antipsychoticum clozapine, zoals beschreven in open onderzoeken (^{50 112 216 606}) is nooit door middel van een RCT aangetoond. In verband met het gevaar op agranulocytose, een levensbedreigende bijwerking, dient het gebruik van clozapine voor persoonlijkheidsstoornissen voorsnog te worden ontraden (tenzij er sprake is van een comorbide As-I-stoornis waarvoor dit middel is

geïndiceerd).

7.2.2 Antidepressiva

Richtlijntekst:

Van verschillende antidepressiva is het effect onderzocht op uiteenlopende symptomen van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende depressieve stoornis in engere zin). Onderzoeken die zich primair richten op de farmacologische behandeling van een affectieve As-I-stoornis zijn in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten. De gebruikelijke indeling van antidepressiva in tricyclische antidepressiva, monoamineoxidaseremmers (MAO-remmers), selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en overige moderne antidepressiva wordt gevolgd. Op grond van zowel de farmacologische eigenschappen van de verschillende groepen antidepressiva als op grond van de uiteenlopende effectiviteit van de verschillende groepen antidepressiva bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis lijkt het niet aangewezen de bevindingen van de afzonderlijke groepen te clusteren in een poging te komen tot overstijgende conclusies. Ook in een meta-analyse bleek een dergelijke clustering geen extra gezichtspunten op te leveren (⁴⁷⁵).

Aanbevelingen:

Tricyclische antidepressiva

Het is af te raden om tricyclische antidepressiva voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

MAO-remmers

Aanbevolen wordt zeer terughoudend te zijn in het voorschrijven van MAO-remmers bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder comorbide depressieve stoornis).

Selectieve serotonineheropnameremmers

Indien bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een SSRI wordt overwogen, verdient het aanbeveling seksespecifieke verschillen ten aanzien van de effectiviteit met betrekking tot verschillende symptoomgebieden in overweging te nemen.

Er zijn aanwijzingen dat mannelijke patiënten kunnen profiteren van een SSRI ten aanzien van impulsiviteit en agressief gedrag. Daarentegen zijn er aanwijzingen dat bij vrouwelijke patiënten verbetering van stemmingswisselingen kan worden bewerkstelligd.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Tricyclische antidepressiva

Het is opvallend dat er géén positieve gevalbeschrijvingen of open onderzoeken zijn gepubliceerd naar een effect van de 'klassieke' (tricyclische) antidepressiva bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In één RCT (^{581 582 583}) werd amitriptyline onderzocht bij niet-depressieve patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Er werd geen positief effect gevonden van amitriptyline boven placebo, integendeel. Een tricyclisch antidepressivum bleek bij deze patiënten juist een (paradoxe) toename te kunnen geven van suïcidaal gedrag, paranoïde ideatie en van claimend of vijandig gedrag. Ook in andere placebogecontroleerde RCT's met patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die tevens voldeden aan de criteria van een depressieve stoornis werd geen positief effect van tricyclische antidepressiva (imipramine, desipramine) gevonden (^{386 400 488}). In een Cochrane-meta-analyse zijn deze bevindingen bevestigd (⁶³).

MAO-remmers

Zowel tranylcypromine als fenelzine zijn in dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's onderzocht bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij wie niet primair sprake was van een depressieve episode in engere zin (^{139 142 144 580}). Cognitief-perceptuele symptomen werden in deze onderzoeken geheel buiten beschouwing gelaten. Terwijl op een korte termijn van enkele weken deze MAO-remmers een positief

effect ten opzichte van placebo bleken te kunnen sorteren ten aanzien van angst, prikkelbaarheid, boosheid en depressiviteit (^{144 580}), blijkt op een langere termijn van enkele maanden dit effect niet meer aantoonbaar (^{139 142}), tenzij er tevens sprake is van een comorbide affectieve stoornis met atypische depressieve kenmerken waarvoor de MAO-remmers juist meer geïndiceerd lijken (⁴⁸⁸).

Selectieve serotonineheropnameremmers

Van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) is bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder depressieve episode in engere zin) fluoxetine het meest onderzocht op effectiviteit. De verschillende open onderzoeken (^{127 140 141 413 414 415 416 472}) en RCT's (^{126 412 525 540 564 679}) richtten zich op zowel symptomen van de impulsieve gedragsontregeling als affectieve disregulatie. Cognitief-perceptuele symptomen werden in deze onderzoeken geheel buiten beschouwing gelaten.

Ten aanzien van symptomen van impulsieve gedragsontregeling wordt zowel in de open onderzoeken als in de RCT's een positief effect beschreven van fluoxetine op impulsief en agressief gedrag. Hierbij wordt echter ook een duidelijk sekseverschil zichtbaar: het positieve effect van fluoxetine op impulsiviteit en agressie lijkt vooral gevonden te worden bij de mannelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en niet zozeer bij de vrouwelijke. Een afname van suïcidaal en/of zelfverwendend gedrag wordt beschreven in de open onderzoeken, maar wordt niet geverifieerd door de RCT's, integendeel. Het is vooralsnog niet aannemelijk dat fluoxetine daadwerkelijk een effectieve bijdrage levert aan de behandeling van automutilatie bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Ten aanzien van de symptomen die geclusterd zijn onder de noemer affectieve disregulatie (angst, depressieve stemming, overmatige boosheid) spreken de resultaten uit de verschillende open onderzoeken en RCT's elkaar tegen.

Van de overige SSRI's is er slechts één open onderzoek waarin een positief effect van sertraline wordt beschreven ten aanzien van prikkelbaarheid en agressief gedrag (³³²). In de enige RCT met fluvoxamine (⁵²⁵) wordt bij (vrouwelijke) patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis juist geen positief effect gevonden ten aanzien van impulsiviteit en agressie, maar wel ten aanzien van de stemmingschommelingen (hetgeen in de onderzoeken met fluoxetine niet expliciet is onderzocht).

Overige moderne antidepressiva

De effectiviteit van de overige moderne antidepressiva op de verschillende symptoomgebieden bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is nauwelijks onderzocht. Mianserine bleek in een placebogecontroleerde RCT niet effectief ten aanzien van een vermindering van suïcidaal gedrag (⁴⁵¹). Het op grond van een open onderzoek (⁴¹⁴) beschreven positieve effect van venlafaxine op onder meer zelfverwendend gedrag, is nooit nader vastgesteld op basis van gerandomiseerd onderzoek. Er zijn anderzijds vooralsnog geen doorslaggevende redenen om aan te nemen dat deze middelen minder effect zouden hebben dan de hier eerder beschreven SSRI's fluoxetine en fluvoxamine.

Over het algemeen worden ook de overige moderne antidepressiva redelijk verdragen en is het bijwerkingenprofiel relatief mild. De gevaren bij overdosering zijn bovendien minder uitgesproken dan bij andere groepen psychofarmaca waardoor ze relatief veilig kunnen worden voorgeschreven.

Conclusies:

Tricyclische antidepressiva

Niveau 1	Het is aangetoond dat tricyclische antidepressiva niet effectief zijn als behandeling van affectieve symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Bovendien blijken ze onvoldoende effectief in de behandeling van een depressieve stoornis indien er tevens sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. A1 Binks e.a., 2006 ⁶³ A2 Soloff e.a., 1986a, 1986b ^{581 582} ; Liebowitz e.a., 1988 ³⁸⁶ ; Parsons e.a., 1989 ⁴⁸⁸ B Links e.a., 1990 ⁴⁰⁰
Niveau 2	Het is aannemelijk dat het tricyclische antidepressivum amitriptyline bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een (paradoxe) toename kan geven van suïcidaal gedrag, paranoïde ideatie en

claimend of vijandig gedrag.
A2 Soloff e.a., 1986a, 1986b en 1989 ^{581 582 583}

MAO-remmers

Niveau <u>1</u>	Het is aangetoond dat MAO-remmers op korte termijn (weken) effectief zijn in de behandeling van angst, depressieve stemming, prikkelbaarheid en boosheid bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.
	A2 Soloff e.a., 1993 ⁵⁸⁰ Cornelius e.a., 1993a, 1993b ^{139 142} B Cowdry & Gardner, 1988 ¹⁴⁴

Selectieve serotonineheropnameremmers

Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat SSRI's een vermindering kunnen bewerkstelligen van impulsiviteit, agressie, prikkelbaarheid en vijandigheid, en het algeheel functioneren kan verbeteren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, met name bij mannelijke patiënten.
	A2 Coccaro & Kavoussi, 1997 ¹²⁶
Niveau <u>2</u>	Er zijn vooralsnog onvoldoende aanwijzingen dat SSRI's ook bij vrouwelijke patiënten een dergelijk effect sorteert.
	A2 Coccaro & Kavoussi, 1997 ¹²⁶ A2 Rinne e.a., 2002 ⁵²⁵
Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat SSRI's de stemmingwisselingen kunnen doen verminderen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis
	A2 Rinne e.a., 2002 ⁵²⁵

Overige overwegingen:Tricyclische antidepressiva

In verband met de geringe effectiviteit en kans op paradoxale toename van impulsieve gedragsontregeling, en met de potentiële bijwerkingen (zoals orthostatische hypotensie, hypnosedatie) en de gevaren bij overdosering (hartritimestoornissen), wordt het afgeraden om tricyclische antidepressiva voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (tenzij er sprake is van een therapieresistente depressieve stoornis).

MAO-remmers

Gezien de beperkte effectiviteit op middellange termijn, de letaliteit bij overdosering en de ernst van de potentiële bijwerkingen (vooral bloeddrukproblemen), alsmede de noodzakelijke dieetrestricties, dienen MAO-remmers met grote terughoudendheid bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis te worden voorgeschreven.

Selectieve serotonineheropnameremmers

In de behandelpraktijk blijken SSRI's veelvuldig te worden voorgeschreven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, meer dan op grond van de onderzoeken naar de effectiviteit van SSRI's kan worden gerechtvaardigd. Uitzondering hierop vormt de vermindering van impulsiviteit en agressie bij mannelijke patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Over het algemeen worden de SSRI's ook door patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis redelijk verdragen en is er een relatief licht bijwerkingenprofiel. De gevaren bij overdosering zijn bovendien minder uitgesproken dan bij andere psychofarmaca, daardoor kunnen ze relatief veilig worden voorgeschreven.

7.2.3 Stemningsstabilisatoren

Richtlijntekst:

In navolging van het wetenschappelijk onderzoek naar het effect van stemningsstabilisatoren bij de bipolaire stoornissen zijn de laatste decennia meerdere van deze middelen onderzocht bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis of andere stemmingsstoornis). Achtereenvolgens worden de resultaten van onderzoek besproken dat is uitgevoerd met lithium, carbamazepine, valproïnezuur, lamotrigine en topiramaat. Van al deze middelen zijn inmiddels placebogecontroleerde RCT's voorhanden. Van gabapentine is er slechts een enkele gevalsbeschrijving ⁽⁶⁰⁾ waarvan de resultaten hier verder buiten beschouwing worden gelaten.

Aanbevelingen:

Lithium

Gelet op de onvoldoende aangetoonde effectiviteit, de bijwerkingen, de potentieel gevaarlijke complicaties op langere termijn (nierfalen, hypothyreoïdie) en de -levensbedreigende complicaties bij overdosering, wordt aanbevolen zeer terughoudend te zijn met het voorschrijven van lithium aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis).

Carbamazepine

Gezien de onvoldoende effectiviteit en de potentieel ernstige bijwerkingen wordt afgeraden om carbamazepine voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis).

Valproïnezuur

Valproïnezuur lijkt op basis van zijn effectiviteit en bijwerkingenprofiel een acceptabele keuze voor de behandeling van agitatie en impulsief-agressief gedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In verband met de potentiële bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te bepalen op geleide van de bloedspiegel, hierover uitgebreide voorlichting vooraf en tijdens de behandeling te geven, en het beloop van de klachten en bijwerkingen goed te monitoren.

Lamotrigine

Lamotrigine lijkt op basis van zijn effectiviteit en bijwerkingenprofiel een potentiële keuze voor de behandeling van boosheid en impulsief-agressief gedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In verband met het gevaar van een ernstige, potentieel levensbedreigende bijwerking lijkt terughoudendheid op zijn plaats. Indien het wordt voorgeschreven dient de patiënt zorgvuldig te worden voorgelicht en gecontroleerd. De dosering dient zeer geleidelijk te worden opgebouwd.

Topiramaat

Topiramaat wordt op basis van zijn effectiviteit en bijwerkingenprofiel aanbevolen voor de behandeling van boosheid en impulsief-agressief gedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Gezien de kans op cognitief-perceptuele bijwerkingen dienen hogere doseringen van topiramaat echter te worden vermeden.

Topiramaat kan in tegenstelling tot vele andere psychofarmaca leiden tot gewichtsverlies. Hiermee dient bij het stellen van behandeldoelen rekening te worden gehouden.

Algemene conclusie voor alle stemningsstabilisatoren

Het is aangetoond dat stemningsstabilisatoren (valproïnezuur, lamotrigine, topiramaat) effectief zijn tegen overmatige boosheid en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Bij het voorschrijven van deze middelen dienen de richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen zoals die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie en de bipolaire stoornis.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Lithium

Naast het open onderzoek van La Wall & Wesselius (360) en de onvoltooide placebogecontroleerde RCT van Goldberg (240), waaruit blijkt dat lithium mogelijk effectief zou kunnen zijn bij een dysfore stemming en impulsieve gedragingen, is er slechts één dubbelblinde placebogecontroleerde RCT van beperkte omvang voorhanden (400). Lithium bleek daarin niet effectiever dan placebo met betrekking tot uiteenlopende affectieve symptomen. Wel werd een significante verbetering ten aanzien van angst en suïcidaliteit gerapporteerd, maar deze verbetering bleek slechts terug te voeren op de resultaten van één zelfrapportagelijst. Het aantal patiënten dat met lithium werd behandeld was erg klein en de voorlopige resultaten van dit onderzoek zijn nooit gerepliceerd bij een grotere onderzoeksgroep.

Carbamazepine

Naast gevalsbeschrijvingen (421) en een open onderzoek met oxcarbazepine (46) zijn er twee dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's waarin het effect van carbamazepine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis) is onderzocht (144 152). De onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen. De bevindingen van Cowdry & Gardner (144) dat carbamazepine een verlichting zou kunnen bewerkstelligen ten aanzien van gedragsproblemen (228) en affectieve symptomen werd weerlegd door het (grotere en beter opgezette) onderzoek van De la Fuente & Lotstra (152). Bovendien leverde het onderzoek van Cowdry & Gardner aanwijzingen op dat carbamazepine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een (ernstige) depressieve episode kan induceren (228).

Valproïnezuur

Van de stemmingsstabilisatoren is valproïnezuur onderzocht in open onderzoeken (331 519 591 613 664 665) en enkele RCT's (287 288 289): kunnen niet beschouwd worden als onafhankelijke onderzoeken). De resultaten van deze onderzoeken maken het aannemelijk dat valproïnezuur een verlichting kan geven van agitatie en impulsief-agressief gedrag, en ook een verbetering van de stemming en het algeheel functioneren. In tegenstelling tot de onderzoeken met fluoxetine lijken er vooralsnog geen seksespecifieke verschillen ten aanzien van deze effectiviteit.

Lamotrigine

Naast een gevalsbeschrijving (526) en twee open onderzoeken (509 651) is er één placebogecontroleerde RCT (615) naar het effect van lamotrigine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder depressieve episode in engere zin of een bipolaire stoornis). De RCT vond plaats bij uitsluitend vrouwelijke patiënten. De nog beperkte onderzoeksresultaten geven aanwijzingen dat lamotrigine effectief zou kunnen zijn bij de behandeling van boosheid en impulsief-agressief gedrag. Het effect van lamotrigine op de andere symptoomgebieden is nog niet onderzocht.

Topiramaat

Naast een enkele gevalsbeschrijving (110 167) zijn er drie dubbelblinde placebogecontroleerde RCT's gepubliceerd (403 470 469) betreffende het effect van topiramaat op patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende diagnose van een bipolaire stoornis). Twee onderzoeken betroffen uitsluitend vrouwelijke patiënten (403 470), het derde betrof uitsluitend mannelijke patiënten (469). Bij beide seksen werd een significante afname gevonden van overmatige klachten van het beleven en uiten van boosheid (469 470). Loew e.a. (403) vonden tevens een afname van agressief gedrag en angstklachten, maar niet van depressieve klachten en cognitief-perceptuele symptomen. Deze drie onderzoeken kunnen beschouwd worden als onafhankelijke onderzoeken ook al zijn ze uitgevoerd door dezelfde onderzoeksgroep.

Algemene conclusie voor alle stemmingsstabilisatoren

Van alle stemmingsstabilisatoren blijkt lithium nog onvoldoende onderzocht.

Carbamazepine blijkt weinig effectief bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en het voorschrijven ervan is niet zonder gevaar voor bijwerkingen.

Van valproïnezuur, lamotrigine en topiramaat blijkt daarentegen uit de eerste RCT's dat zij van waarde kunnen zijn in de farmacologische behandeling van impulsief gedrag en affectieve disregulatie, in het bijzonder bij agressief gedrag en overmatige boosheid. Daarnaast lijkt valproïnezuur ook een verbetering van de stemming te kunnen bewerkstelligen, maar dat effect werd van lamotrigine en topiramaat in de hier beschikbare studies niet onderzocht.

Conclusies:

Lithium

Niveau <u>3</u>	<p>Er zijn aanwijzingen dat lithium bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis symptomen van boosheid en suïcidaliteit kan verminderen.</p> <p>B Links e.a., 1990⁴⁰⁰ ; C Goldberg, 1989²⁴⁰ ; D La Wall & Wesselius, 1992³⁶⁰</p>
-----------------	--

Carbamazepine

Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat carbamazepine niet effectief is ten aanzien van impulsief gedrag of affectieve symptomen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p> <p>A2 De la Fuente & Lotstra, 1994¹⁵²</p>
Niveau <u>3</u>	<p>Er zijn aanwijzingen dat carbamazepine bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een ernstige depressieve episode kan induceren.</p> <p>B Gardner & Cowdry, 1986b²²⁸</p>

Valproïnezuur

Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat valproïnezuur verlichting kan geven ten aanzien van agitatie en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, en ook een verbetering van de stemming en het algeheel functioneren.</p> <p>A2 Hollander e.a., 2001, 2003, 2005^{287 288 289}</p>
-----------------	--

Lamotrigine

Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat lamotrigine bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kan bewerkstelligen van boosheid en/of impulsief-agressief gedrag.</p> <p>A2 Tritt e.a., 2005⁵¹⁵ C Pinto & Akiskal, 1998⁵⁰⁹</p>
-----------------	---

Topiramaat

Niveau <u>1</u>	<p>Het is aangetoond dat topiramaat bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kan geven van overmatige boosheid en agressief gedrag, evenals een verbetering van het algeheel functioneren.</p> <p>A2 Nickel e.a., 2004, 2005^{469 470} ; Loew e.a., 2006⁴⁰³</p>
-----------------	---

Algemene conclusie voor alle stemmingsstabilisatoren

Niveau <u>1</u>	<p>Het is aangetoond dat stemmingsstabilisatoren (valproïnezuur, lamotrigine, topiramaat) effectief zijn tegen overmatige boosheid en impulsief-agressief gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.</p>
-----------------	--

A2 Hollander e.a., 2001, 2005^{288 287} ; Tritt e.a., 2005⁶¹⁵ ; Nickel e.a., 2004, 2005^{469 470} ; Loew e.a., 2006⁴⁰³

Overige overwegingen:

Lithium

Een nadeel van lithium is dat het veel bijwerkingen kan hebben, zoals polyurie, gewichtstoename, oedeem, trillen, fysieke inactiviteit en mentale vervlakking. Terughoudendheid bij het voorschrijven van lithium bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis lijkt bovendien op zijn plaats gezien de potentieel gevaarlijke complicaties op langere termijn (nierfalen, hypothyreoïdie) en levensbedreigende complicaties bij overdosering.

De conclusie dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis die impulsief agressief gedrag vertonen, zouden kunnen profiteren van een behandeling met lithium, lijkt op grond van de wetenschappelijke evidentie vooralsnog voorbarig.

Mede vanwege de ernst van de potentiële bijwerkingen dient lithium daarom slechts dan te worden overwogen als andere middelen onvoldoende effect hebben gesorteerd (zoals de stemmingsstabilisatoren valproïnezuur en topiramaat, zie verderop).

Als lithium toch wordt voorgeschreven, dan dienen hierbij de protocollaire doseringswijze en laboratoriumcontrole te worden gevolgd zoals die voor lithium omschreven zijn in de richtlijn van de bipolaire stoornis (⁴⁶³).

Carbamazepine

Gezien het uitblijven van aangetoonde effectiviteit in combinatie met de potentieel ernstige bijwerkingen van carbamazepine (beenmergdepressie en allergie), lijkt er geen rationale om carbamazepine voor te schrijven aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder bijkomende bipolaire stoornis), temeer daar van andere stemmingsstabilisatoren de effectiviteit inmiddels wel is aangetoond (zie verder).

Valproïnezuur

Mede gezien het relatief lichte bijwerkingenprofiel lijkt valproïnezuur een acceptabele optie om bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis impulsieve gedragsontregeling of affectieve disregulatie onder controle te brengen. Aandacht is gewenst voor potentiële interacties met andere geneesmiddelen zoals orale anticonceptiva. De protocollaire doseringswijze en laboratoriumcontrole dienen te worden gevolgd zoals die voor valproïnezuur omschreven zijn in de richtlijn van de bipolaire stoornis (⁴⁶³).

Lamotrigine

Met het oog op een weliswaar zeldzame maar potentieel levensbedreigende bijwerking (syndroom van Stevens-Johnson) dient de dosering zeer geleidelijk te worden opgebouwd. Indien huiduitslag optreedt, dient het middel op korte termijn weer te worden gestaakt. De overige bijwerkingen zijn relatief mild en het middel lijkt ook door patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis goed te worden verdragen. Bij het voorschrijven van lamotrigine aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis dienen de richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen zoals die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie.

Topiramaat

In tegenstelling tot vele andere psychofarmaca kan tijdens het gebruik van topiramaat een gewichtsafname worden verwacht. Het is op grond hiervan wellicht minder geschikt voor patiënten met een (dreigend) ondergewicht. Deze bijwerking kan bij (dreigend) overgewicht echter als een bijkomend voordeel worden beschouwd.

Van topiramaat is bekend dat het in hogere doseringen kan leiden tot cognitief-perceptuele symptomen. In de hier genoemde onderzoeken zijn geen aanwijzingen gevonden dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hiervoor verhoogd gevoelig zouden zijn. Integendeel, topiramaat werd juist goed verdragen.

Bij het voorschrijven van topiramaat aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis dienen de richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen zoals die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie.

Algemene conclusie voor alle stemmingsstabilisatoren

Bij het voorschrijven van valproïnezuur, lamotrigine of topiramaat aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis dienen de richtlijnen ten aanzien van dosering en controles in acht te worden genomen zoals die beschreven staan ten aanzien van de behandeling van epilepsie en/of de bipolaire stoornis.

7.2.4 Anxiolytica

Aanbevelingen:

Benzodiazepinen

Het verdient aanbeveling terughoudend te zijn met het voor langere tijd of in hogere doseringen voorschrijven van benzodiazepinen aan patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, met het oog op het gevaar van bijwerkingen, een toename van gedragsproblemen (paradoxe werking), misbruik en gewenning.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Benzodiazepinen

Naar het effect van benzodiazepinen en aanverwante middelen is bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis nagenoeg geen onderzoek verricht. Hoewel in een gevalsbeschrijving melding gemaakt werd van een positief effect van alprazolam (¹⁹⁹), wordt in een gerandomiseerd onderzoek (¹⁴⁴) juist melding gemaakt van het uitblijven van effectiviteit en bovendien van ernstige gedragsontregeling (overdoseringen, automutilatie en agressief gedrag) van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis tijdens het gebruik van alprazolam (²²⁷). Hierbij dient te worden aangemerkt dat in het onderzoek een hogere dosering alprazolam werd gebruikt dan tegenwoordig wordt geadviseerd. Er zijn dus op basis van deze onderzoeksresultaten onvoldoende gronden om het gebruik van benzodiazepinen in beperkte dosering bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis volledig te ontraden (³⁰⁵).

Conclusies:

Niveau <u>3</u>	Er zijn aanwijzingen dat alprazolam bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan leiden tot ernstige gedragsontregeling in de vorm van suïcidaal, zelfverwondend of agressief gedrag. B Gardner & Cowdry, 1985 ²²⁷ ; Cowdry & Gardner, 1988 ¹⁴⁴
-----------------	--

Overige overwegingen:

Benzodiazepinen

Andere bekende gevaren van het gebruik van benzodiazepinen (misbruik, oversedatie, verminderde reactiesnelheid, tolerantie en ontwenning) zijn niet expliciet bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis onderzocht. Er zijn echter wel aanwijzingen dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis meer moeite hebben om te ontwennen van een benzodiazepinenafhankelijkheid dan andere patiënten (⁶⁴⁴). Op grond van de klinische praktijk kan worden aangenomen dat deze categorie patiënten geen verminderd risico loopt ten aanzien van de overige bijwerkingen, integendeel.

7.2.5 Overige farmacologische interventies

Aanbevelingen:

Opiaatantagonisten

Zolang de effectiviteit van opiaatantagonisten ten aanzien van zelfverwondend gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis niet is aangetoond, dient het gebruik van naltrexon ter preventie van automutilatiegedrag bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis beschouwd te worden als een experimentele behandeling.

Clonidine

Mede gezien de potentiële bijwerkingen van clonidine lijkt grote terughoudendheid bij het voorschrijven voor deze indicatie op zijn plaats.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Opiaatantagonisten

In gevalsbeschrijvingen ([248](#) [425](#)) en enkele open onderzoeken ([535](#) [584](#)) is beschreven hoe opiaatantagonisten, met name naltrexon, het zelfverwondend gedrag en de aandring daartoe bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen doen verminderen en dat de bijkomende analgesie tijdens het automutileren wordt opgeheven. Naar het effect van opiaatantagonisten ten aanzien van zelfverwondend gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis is nog geen placebogecontroleerde RCT gepubliceerd. Overigens wordt naltrexon over het algemeen goed verdragen en heeft het weinig bijwerkingen, noch lastige interacties met andere psychofarmaca.

In één open onderzoek ([79](#)) en één kleine RCT ([506](#)) is tevens onderzocht of opiaatantagonisten in staat zijn de dissociatieve klachten bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis te verminderen. Dit bleek niet het geval.

Clonidine

In een niet-vergelijkend onderzoek is het effect van clonidine onderzocht op de innerlijke spanning en dissociatieve klachten die vooraf kunnen gaan aan het zelfverwondende gedrag van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ([505](#)). De resultaten van dit open onderzoek zijn bemoedigend. Clonidine is voor deze indicatie nog niet door middel van een placebogecontroleerde RCT onderzocht. Mede gezien de potentiële bijwerkingen van clonidine lijkt grote terughoudendheid bij het voorschrijven van dit middel voor deze indicatie vooralsnog op zijn plaats.

Omega-3-vetzuren

In een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT ([678](#)) is aangetoond dat omega-3-vetzuren (in visolie) effectief kunnen zijn tegen klachten van somberheid en agressiviteit bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Het onderzoek is nog niet gerepliceerd.

Van visolie is bekend dat het als voedingssupplement veilig kan worden voorgeschreven en een relatief licht bijwerkingenprofiel heeft.

Conclusies:

Opiaatantagonisten

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat opiaatantagonisten ondersteunend kunnen zijn bij het onder controle houden van zelfverwondend gedrag bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en dat een bij het automutileren voorkomende analgesie wordt opgeheven. C Roth e.a., 1996 ^{535} ; Sonne e.a., 1996 ^{584}
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat opiaatantagonisten geen vermindering bewerkstelligen van dissociatieve klachten. B Philipsen e.a., 2004b ^{506} C Bohus e.a., 1999 ^{79}

Clonidine

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat clonidine het gevoel van innerlijke spanning, drang tot zelfbeschadiging en bijbehorende dissociatieve klachten kan verminderen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C Philipsen e.a., 2004a ⁵⁰⁵
--------------------------	--

Omega-3-vetzuren

Niveau 2	Het is aannemelijk dat omega-3-vetzuren bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een afname kunnen bewerkstelligen van depressieve klachten en overmatige agressie. A2 Zanarini & Frankenburg, 2003 ⁶⁷⁸
--------------------------	---

7.2.6 Polyfarmacie

Aanbevelingen:

Indien er geen comorbide psychiatrische stoornis bestaat die het voorschrijven van meerdere psychofarmaca rechtvaardigt, dient polyfarmacie bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis te worden ontraden.

Indien polyfarmacie onontkoombaar blijkt, dan wordt geadviseerd oog te houden voor de potentiële iatrogene effecten daarvan, de werking en bijwerkingen goed te monitoren en te zoeken naar de laagst mogelijke effectieve doseringen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Uit naturalistisch onderzoek naar het gebruik van psychofarmaca door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ([19](#) [49](#) [542](#)) en in het bijzonder de borderlinepersoonlijkheidsstoornis ([35](#) [235](#) [254](#) [408](#) [480](#) [542](#) [566](#) [681](#)) blijkt dat de meerderheid van deze patiënten in ambulante of klinische behandeling psychofarmaca kreeg voorgeschreven. Voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis gold dat voor alle hier beschreven categorieën medicatie vaak middelen uit verschillende groepen gelijktijdig werden gebruikt. Patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bleken, in vergelijking met andere persoonlijkheidsstoornissen, op jongere leeftijd te zijn gestart met psychofarmaca en vaker onderhoudsmedicatie te gebruiken (Zanarini & Frankenburg, 2001b).

Polyfarmacie, het combineren en gelijktijdig voorschrijven van meerdere psychofarmaca uit verschillende groepen, lijkt vooral bij borderlinepatiënten eerder regel dan uitzondering. In een groot follow-uponderzoek ([219](#)) bleek 37% van de borderlinepatiënten drie of meer verschillende psychofarmaca gelijktijdig te gebruiken, hetgeen gepaard ging met onder andere een ernstig overgewicht. De behandelalgoritmen van Soloff ([578](#) [579](#)), waarop de Amerikaanse richtlijn voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornissen ([15](#)) is gebaseerd, nodigen uit tot het voorschrijven van meerdere psychofarmaca ([268](#)). Er is echter nog nauwelijks empirisch onderzoek voorhanden waarin de effectiviteit van combinaties van de hierboven beschreven middelen is onderzocht. In het onderzoek van Zanarini e.a. ([679](#)) bleek de combinatie van een atypisch antipsychoticum (olanzapine) en een SSRI (fluoxetine) niet effectiever dan de middelen afzonderlijk. Er is momenteel dus onvoldoende wetenschappelijk onderzoek voorhanden om het gelijktijdig gebruik van meerdere psychofarmaca te rechtvaardigen op basis van een elkaar aanvullende effectiviteit.

Conclusies:

Polyfarmacie

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie bestaat op grond waarvan het gelijktijdig gebruik van meerdere psychofarmaca valt te rechtvaardigen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis indien er niet tevens een indicatie voor bestaat in de vorm van een comorbide psychiatrische stoornis.
--------------------------	---

Overige overwegingen:

Polyfarmacie

Het gelijktijdig gebruik van verschillende psychofarmaca kan de bijwerkingen van de afzonderlijke middelen versterken en vergroot de kans op gedragsontregeling zoals dat bij een aantal van de afzonderlijke middelen hierboven is beschreven.

Anderzijds leert de behandelpraktijk dat bij een beperkte subgroep van de patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis ernstige symptomen of gedragsproblemen pas onder controle konden worden gebracht door een combinatie van medicijnen en dat het afbouwen ervan al weer snel leidde tot een recidief van de desbetreffende klachten. Vaak blijkt er dan sprake van comorbide psychiatrische stoornissen waarvoor de afzonderlijke psychofarmaca geïndiceerd lijken. Indien op grond hiervan polyfarmacie onontkoombaar blijkt, wordt geadviseerd oog te houden voor de potentiële iatrogene effecten daarvan, de werking en bijwerkingen goed te monitoren en te zoeken naar de laagst mogelijke effectieve doseringen van de afzonderlijke middelen.

7.3 Farmacotherapie schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Aanbevelingen:

Antipsychotica zijn - in relatief lage doseringen - in de farmacotherapie bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis geïndiceerd voor de behandeling van cognitief-perceptuele symptomen. In verband met de bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te beperken, uitgebreide voorlichting hierover vooraf en tijdens de behandeling te geven en klachtenreductie en bijwerkingen goed te monitoren. Ook wordt geadviseerd te overwegen de behandeling met antipsychotica weer binnen enkele maanden te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis is afgelopen decennia onderzoek verricht met zowel klassieke als atypische antipsychotica. Met klassieke antipsychotica is dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek verricht met thiothixeen en haloperidol ([241](#) [578](#)), enkelblind placebogecontroleerd onderzoek met haloperidol ([303](#)) en dubbelblind niet-placebogecontroleerd onderzoek met thiothixeen en haloperidol ([557](#)). Van de atypische antipsychotica is alleen risperidon in een dubbelblind placebogecontroleerde studie onderzocht ([343](#)). De resultaten van open onderzoeken ([311](#) [337](#) [538](#)) blijven hierbij derhalve buiten beschouwing. Uiteenlopende cognitief-perceptuele symptomen van de schizotypische persoonlijkheidsstoornis, evenals symptomen van angst, blijken verminderd te kunnen worden door klassieke antipsychotica en risperidon. De uitkomsten van de beschreven RCT's vormen geen bewijs dat klassieke antipsychotica ook effectief zouden zijn op langere termijn, dat is nog onvoldoende onderzocht.

Conclusies:

Niveau 1	<p>Het is aangetoond dat antipsychotica de cognitief-perceptuele symptomen, evenals symptomen van angst, bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis verminderen.</p> <p>A2 Goldberg e.a., 1986241 ; Soloff e.a., 1986b578 ; Koenigsberg e.a., 2003343 B Serban & Siegel, 1984557 ; Hymowitz e.a., 1986303</p>
--------------------------	--

Overige overwegingen:

De beschreven effectiviteit van antipsychotica lijkt in veel gevallen al met relatief lage doseringen (in vergelijking met de doseringen zoals geadviseerd bij de psychotische stoornissen) te kunnen worden bereikt. Gezien de potentiële bijwerkingen, zoals bewegingsstoornissen, mentale vervlakking, adipositas en seksuele functiestoornissen, dient een antipsychoticum in een relatief lage dosering (tot 4 mg haloperidol-equivalent) te worden voorgeschreven en indien mogelijk slechts tijdelijk.

7.4 Farmacotherapie overige persoonlijkheidsstoornissen

Aanbevelingen:

Aanbevolen wordt terughoudend te zijn in het voorschrijven van psychofarmaca ten behoeve van klachten of gedragingen die terug te voeren zijn op andere persoonlijkheidsstoornissen dan de borderlinepersoonlijkheidsstoornis of de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Dit geldt zeker wanneer er geen sprake is van een duidelijke As-I-stoornis die medicamenteuze behandeling verdient.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In tegenstelling tot de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis is bij de overige DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen nauwelijks goed onderzoek verricht naar het effect van farmacologische interventies. Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn enkele gevalsbeschrijvingen voorhanden waarin een positief effect van het atypische antipsychoticum quetiapine beschreven wordt ten aanzien van symptomen als prikkelbaarheid, agressie en impulsief gedrag (⁶ [646](#)). Ook is er open onderzoek met het anxiolyticum buspiron ([647](#)) en de stemmingsstabilisator valproïnezuur ([519](#)) ten aanzien van het effect op agressief gedrag. Uit het enige placebogecontroleerde onderzoek ([494](#)) bleek dat het tricyclische antidepressivum nortriptyline bij opgenomen alcoholische patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis slechts effectief was ten opzichte van placebo ten aanzien van een comorbide angst- of stemmingsstoornis, niet ten aanzien van kenmerken van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zelf. Enkele patiënten met een theatrale of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis waren samen met patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis geïnccludeerd in een placebogecontroleerde RCT waarbij geen vermindering van suïcidaal gedrag werd gevonden door het antidepressivum mianserine, maar wel door het klassieke antipsychoticum flupentixol ([451](#)). Op basis van eigen ervaringen raden Deltito & Stam ([156](#)) een proefbehandeling met fluoxetine of een MAO-remmer aan voor patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

In tegenstelling tot bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis kunnen op grond van deze bevindingen volgens de werkgroep geen specifieke aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van farmacotherapeutische interventies bij de overige persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusies:

Niveau 4	De werkgroep is van mening dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie bestaat die het voorschrijven van psychofarmaca rechtvaardigt in de behandeling van andere persoonlijkheidsstoornissen dan de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis.
-----------------------------	---

Overige overwegingen:

Een uitzondering geldt voor patiënten bij wie er naast de persoonlijkheidsstoornis sprake is van symptomen die duidelijk kunnen worden geïnclassificeerd op As-I. Maar in dat geval wordt niet de persoonlijkheidsstoornis medicamenteus behandeld, maar de bijkomende symptomatologie of As-I-stoornis.

7.5 Behandelalgoritmen farmacotherapie persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Waar mogelijk wordt psychotherapie beschouwd als primaire vorm van behandeling voor de (borderline)persoonlijkheidsstoornis ([15](#); en het hoofdstuk [Psychotherapeutische interventies](#) deze richtlijn), waar nodig aangevuld met symptoomgerichte farmacotherapie ([305](#)). De hier gepresenteerde behandelalgoritmen dienen vanuit dat uitgangspunt te worden bezien. Indien er geen sprake is van duidelijke

comorbiditeit, lijken farmacologische interventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis van beperkte toegevoegde waarde bij een goed lopend psychotherapeutisch behandelproces (^{81 235 564 575 609 662}). Ondanks het feit dat van menig psychofarmakon in gevalsbeschrijvingen en open onderzoeken gunstige resultaten zijn beschreven, werd de effectiviteit van deze middelen slechts in een beperkt aantal gevallen bevestigd door middel van placebogecontroleerde RCT's. De verschillende symptoomclusters zoals beschreven door Soloff en de APA-behandelalgoritmen lijken het meest acceptabele referentiekader waarbinnen de resultaten van de verschillende RCT's geplaatst en geïnterpreteerd kunnen worden. Ze zijn dan ook van belang bij de ontwikkeling van behandelingsrichtlijnen op basis van de principes van evidence-based medicine. De resultaten uit recent onderzoek stellen ons in staat om op basis van deze RCT's te komen tot een herformulering van de eerdere APA-richtlijn waarbij dezelfde symptoomclusters als leidraad gelden.

Van belang om te melden is dat voor alle genoemde psychofarmaca geldt dat zij voor het indicatiegebied van de persoonlijkheidsstoornissen niet als zodanig in Nederland zijn geregistreerd. Bij het off-labelgebruik van geneesmiddelen dient een aantal voorzorgsmaatregelen in acht genomen te worden (²³², 41, pag. 90): 'In de eerste plaats is het noodzakelijk dat de patiënt wordt geïnformeerd over het feit dat het voor te schrijven geneesmiddel niet voor de desbetreffende indicatie is goedgekeurd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. De patiënt moet in de gelegenheid worden gesteld om weloverwogen te kiezen voor een specifieke off-label behandeling. In de tweede plaats is de informatie voor de patiënt van belang. De in de bijsluiter opgenomen informatie klopt niet bij het off-label gebruik. Indien de arts de indicatie op het recept schrijft, kan de apotheker de juiste bijsluiter aan de patiënt geven. In de derde plaats dient bij off-label gebruik ook met de apotheker te worden gecommuniceerd. Deze eis is opgenomen in artikel 68 van de Geneesmiddelenwet. Zorgverzekeraars kunnen vergoeding van off-label voorgeschreven middelen, ook indien dit door een arts is gemeld, weigeren.'

Hieronder worden achtereenvolgens behandelalgoritmen beschreven per symptoomcluster in volgorde van prioriteit: (1) cognitief-perceptuele symptomen; (2) impulsieve gedragingen; en (3) affectieve disregulatie (zie ook tabel 15 aan het eind van dit hoofdstuk).

Cognitief-perceptuele symptomen

De werkgroep adviseert binnen dit domein (in tegenstelling tot Soloffs algoritme) een differentiatie aan te brengen tussen psychotische symptomen enerzijds en dissociatieve klachten anderzijds. Er zijn aanwijzingen dat dissociatieve klachten, zoals derealisatie en depersonalisatie, niet noodzakelijk hoeven samen te gaan met de overige genoemde psychotische klachten, maar kunnen verwijzen naar angst en/of symptomen van een posttraumatische stressstoornis.

Aan psychose gerelateerde symptomen

Achterdocht, betrekkingsideeën, paranoïde ideatie, illusoire vervalsingen, (pseudo)hallucinatoire belevingen, eigenaardige overtuigingen en merkwaardige gedachten kunnen chronisch of intermitterend worden vastgesteld bij cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Bij cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, worden deze symptomen beschreven als aan stress gerelateerde 'micropsychotische' episoden. Zowel klassieke als atypische antipsychotica blijken effectief bij de vermindering van deze symptomen. Ze kunnen in relatief lage dosering voor een korte periode (weken) worden voorgeschreven, dan wel intermitterend tijdens het beloop van de stoornis, aan patiënten met een schizotypische dan wel borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Indien een voorgeschreven antipsychoticum effectief blijkt ten aanzien van de cognitief-perceptuele symptomen, dan valt te verwachten dat het middel tevens effect heeft op impulsief gedrag en affectieve disregulatie, en ook op het algeheel functioneren. Echter, er is geen eenduidig bewijs dat antipsychotica ook effectief zijn bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis zonder duidelijke cognitief-perceptuele symptomen. Uitzondering is olanzapine, dat tevens effectief lijkt tegen impulsief en agressief gedrag (zie verder). Antipsychotica lijken dus de keuze bij uitstek indien tijdens crisisinterventie ernstige cognitief-perceptieve symptomen snel onder controle moeten worden gebracht. Ze kunnen dan oraal of parenteraal worden toegediend.

Vanwege de kans op bijwerkingen lijkt een hogere dosering of langduriger gebruik alleen gerechtvaardigd als de symptomen zonder deze medicatie of bij lagere dosering persisteren. Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (zonder comorbide psychotische stoornis) wordt het langdurig gebruik van antipsychotica ontraden, mede omdat uit onderzoek is gebleken dat het langdurig gebruik van klassieke antipsychotica door patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis slecht wordt

verdragen. Het is niet geheel duidelijk of de nieuwere atypische antipsychotica (zoals risperidon en olanzapine) effectiever zijn dan de oudere klassieke (goedkopere) middelen (zoals haloperidol), en welk van de middelen het meest effectief is binnen zijn eigen groep. Daarom kan het profiel van de potentiële bijwerkingen de leidraad vormen voor de eerste keuze in individuele gevallen. Clozapine wordt niet primair aanbevolen vanwege de afwezigheid van een bewezen effectiviteit en de potentiële ernstige bijwerkingen (agranulocytose).

Andere psychofarmaca blijken niet effectief als behandeling van cognitief-perceptuele symptomen bij persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn zelfs duidelijke aanwijzingen dat tricyclische antidepressiva (zoals amitriptyline) achterdocht en paranoïde ideatie kunnen veroorzaken bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Ook van topiramaat is bekend dat het in hogere dosering het cognitief functioneren kan ontregelen.

Dissociatie

Wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van antipsychotica bij de behandeling van dissociatieve klachten zoals derealisatie en depersonalisatie (in afwezigheid van psychotische symptomen) ontbreekt. Vluchtige dissociatieve symptomen kunnen voorkomen in het kader van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar ook als een niet-prototypisch symptoom bij andere persoonlijkheidsstoornissen. Er bestaat zelfs het risico van een iatrogene exacerbatie van dissociatieve symptomen bij het gebruik van antipsychotica (in hogere dosering), vooral in geval van polyfarmacie, en ook is er het risico op een paradoxale toename van klachten tijdens het gebruik van benzodiazepinen (alprazolam) of tricyclische antidepressiva (amitriptyline). Opiatantagonisten blijken niet effectief bij de behandeling van dissociatieve klachten.

Impulsieve gedragingen

Dit symptoomcluster omvat een breed spectrum aan symptomatisch gedrag, zoals suïcidepogingen, zelfverwonding, gewelddadig gedrag, eetbuïen, alcohol- of drugsmisbruik, promiscuïteit, geldverspilling, gokken en woede-uitbarstingen. Het wordt beschouwd als een prototypische gedragsvorm bij de cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, met name bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

SSRI's werden tot voor kort vaak aanbevolen als middel van eerste keuze bij impulsief of agressief gedrag, zoals in Soloffs algoritmen en de APA-richtlijnen voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2001). Uit recent onderzoek blijkt de wetenschappelijke evidentie van deze keuze echter veel zwakker dan voorheen werd gesuggereerd. Er zijn aanwijzingen dat SSRI's een gunstig effect hebben op agressief-impulsief gedrag bij mannen. Echter, dit geldt vooralsnog niet voor vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Ofschoon er enige evidentie is (op basis van één RCT) dat het antipsychoticum flupentixol behulpzaam kan zijn bij het voorkomen van suïcidaal gedrag, blijkt er onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat antipsychotica effectief zijn als behandeling van uiteenlopende impulsieve gedragingen, met uitzondering van olanzapine. Dus ook de tweede stap van Soloffs algoritme, waarbij bij een partiële respons op een SSRI een antipsychoticum wordt toegevoegd, blijkt bij nader onderzoek controversieel.

Lithiumadditie, Soloffs derde stap bij een partiële respons op een SSRI, roept minstens zoveel vragen op omdat lithiumtherapie slechts onderzocht is in één kleine RCT en daarin slechts effectief bleek op een van de vele uitkomstmaten. Gezien de ernst van de potentiële bijwerkingen en het gevaar bij overdosering lijkt meer terughoudendheid bij het voorschrijven van lithium gerechtvaardigd.

In tegenstelling hiermee blijkt uit recentere RCT's dat de stemmingsstabilisatoren valproïnezuur, lamotrigine en topiramaat een duidelijke effectiviteit vertonen als behandeling van boosheid en agressief gedrag. Gezien het bijwerkingenprofiel lijkt topiramaat de voorkeur te hebben. De resultaten van onderzoeken naar het effect van carbamazepine op impulsief en/of agressief gedrag blijken zeer controversieel. Ook gezien de potentiële bijwerkingen en de kans op luxatie van een ernstige depressie, lijkt carbamazepine hier niet langer geïndiceerd.

Effectiviteit en bijwerkingen tegen elkaar afwegend, komt de werkgroep tot andere aanbevelingen met betrekking tot impulsief en/of agressief gedrag (in afwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen): (1) topiramaat; (2) fluoxetine (bij mannelijke patiënten) of valproïnezuur (beide seksen); (3) additie van een antipsychoticum (typisch of atypisch); (4) in aanhoudende ernstige gevallen kan lithiumadditie (als laatste keuze) worden overwogen. Pas op: alprazolam, amitriptyline en polyfarmacie kunnen impulsief gedrag juist ook induceren.

Affectieve disregulatie

De aanwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen of impulsief gedrag rechtvaardigt een interventie uit de eerste of tweede behandelingsrichtlijn zoals hierboven beschreven. Derde in deze hiërarchie is het symptoomdomein van de affectieve disregulatie, waarin we uiteenlopende klachten aantreffen, zoals stemmingswisselingen, een matte of sombere stemming, boosheid en vijandigheid (zonder controleverlies over het gedrag) en angst.

Snelle stemmingsschommelingen

Affectieve labiliteit, frequente stemmingswisselingen, overgevoeligheid voor afwijzing en kortdurende depressieve buien zijn beschreven bij persoonlijkheidsstoornissen, vooral die uit het B-cluster. De APA-behandelrichtlijn voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2001) adviseert een SSRI als eerste keuze, met zo nodig toevoeging van een benzodiazepine of antipsychoticum. Op grond van recente onderzoeken met fluoxetine kan deze aanbeveling echter niet langer worden onderbouwd. Slechts één onderzoek onderbouwt de effectiviteit van een SSRI (fluvoxamine) ten aanzien van stemmingswisselingen. Een ander onderzoek biedt enige evidentie dat valproïnezuur de stemming zou kunnen stabiliseren. Er zijn tevens aanwijzingen dat (in afwezigheid van een comorbide bipolaire stoornis) noch antipsychotica, tricyclische antidepressiva of MAO-remmers, noch andere stemmingsstabilisatoren (lithium, carbamazepine) effectief zijn bij de behandeling van de frequente stemmingswisselingen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Deels in tegenstelling tot Soloffs algoritmen adviseert de werkgroep daarom een SSRI (stap 1) of valproïnezuur (stap 2) bij de behandeling van affectieve labiliteit (in afwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen of impulsief gedrag).

Sombere stemming

Het effect van farmacologische interventies met een SSRI, zoals de eerste stap van de APA-richtlijn (¹⁵), op een terugkerende sombere stemming (zonder dat er sprake is van hevige stemmingswisselingen of een aanhoudende depressieve stoornis) blijkt controversieel. Voldoende wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van SSRI's of andere moderne antidepressiva ontbreekt in dit opzicht. Tricyclische antidepressiva worden niet aanbevolen vanwege het gevaar op controleverlies over gedrag en andere bijwerkingen. Stemmingsstabilisatoren zoals lithium, carbamazepine en valproïnezuur blijken in RCT's ineffectief als behandeling van depressieve klachten bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis. De effectiviteit van klassieke antipsychotica op een depressieve stemming bleek slechts evident in aanwezigheid van cognitief-perceptuele symptomen, niet bij de afwezigheid daarvan.

Daarentegen wijzen twee RCT's op een positief effect van olanzapine met betrekking tot stemmingsverbetering. Derhalve lijkt een atypisch antipsychoticum een eerste keuze boven de gebruikelijke SSRI's. Verbetering van een depressieve stemming bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is ook gerapporteerd bij de MAO-remmer tranylcypromine in één klein onderzoek. Dit kan slechts beschouwd worden als een voorlopige aanwijzing. Vanwege een potentiële bijwerking die het gebruik van een aangepast dieet noodzakelijk maakt, kunnen MAO-remmers echter niet aanbevolen worden als eerste of tweede stap in een behandelprotocol, zeker niet bij parasuïcidale patiënten.

Omega-3-vetzuren lijken verlichting te kunnen geven van depressieve klachten bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Het bijwerkingenprofiel van dit middel is erg gunstig. Hoewel het gebruik van visolie in dit opzicht zeker aan te bevelen valt, heeft de werkgroep vooralsnog voedingssupplementen niet opgenomen in het algoritme. De resultaten van de betreffende RCT zullen bovendien nog gerepliceerd dienen te worden.

Boosheid en vijandigheid

De resultaten van onderzoeken waar SSRI's, antipsychotica, lithium of MAO-remmers zijn gebruikt in de hoop boosheid, vijandigheid en prikkelbaarheid (zonder verlies van gedragscontrole) te verminderen, blijken controversieel. In tegenstelling tot de aanbevelingen in Soloffs algoritmen lijken topiramaat en valproïnezuur een meer adequate eerste of tweede keuze ten aanzien van dit symptoomdomein, zeker gezien het relatief milde bijwerkingenprofiel.

Angst

RCT's met patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis onderbouwen de keuze om symptomen van angst te behandelen met klassieke antipsychotica (zoals haloperidol), atypische antipsychotica (zoals

olanzapine) of een MAO-remmer (tranylcypromine). Opnieuw wordt vanwege de bijwerkingen en potentiële lethaliteit bij overdosering een MAO-remmer niet aanbevolen als eerste of tweede keuze. De effectiviteit van benzodiazepinen en SSRI's voor het verminderen van angst bij persoonlijkheidsstoornissen is nooit goed aangetoond door middel van een RCT. In tegenstelling tot Soloffs algoritme adviseert de werkgroep daarom terughoudend te zijn om SSRI's of benzodiazepinen te gebruiken als eerste stap, temeer omdat benzodiazepinen een paradoxale toename van gedragsproblemen zouden kunnen veroorzaken en bij langdurig gebruik kunnen leiden tot gewenning en afhankelijkheid.

Indien tevens sprake is van een comorbide angststoornis kan de richtlijn voor angststoornissen worden gevolgd, waarbij enige modificaties bij persoonlijkheidsstoornissen in acht dienen te worden genomen (zie hoofdstuk 8 van deze richtlijn).

Aanbevelingen:

Het off-label voorschrijven van geneesmiddelen dient expliciet met de patiënt besproken te worden, te worden geregistreerd in het patiëntendossier en gecommuniceerd met de afleverende apotheker.

Tabel 15 Farmacotherapeutische interventies: een overzicht

Richtlijntekst:

Tabel 15: Farmacotherapeutische interventies bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen: een overzicht (gemodificeerde behandelalgoritmen zoals geformuleerd door Ingenhoven & Rinne ⁽³⁰⁵⁾)

Symptoomcluster	Aanbevelingen farmacotherapie
Cognitief-perceptuele symptomen	(Pseudo)psychotische symptomen 1. Klassiek of atypisch antipsychoticum (lage dosis*, verhoogde dosis**) Dissociatie 1. Geen aanbevelingen
Impulsieve gedragingen	(vermijd benzodiazepinen, tricyclische antidepressiva en polyfarmacie) 1. Topiramaat 2. Mannelijke patiënt: SSRI 3. Vrouwelijke of mannelijke patiënt: valproïnezuur 4. Additie van klassiek of atypisch antipsychoticum (lage dosis*) of overschakelen op lithium
Affectieve disregulatie	(vermijd benzodiazepinen, tricyclische antidepressiva en polyfarmacie) Affectieve labiliteit 1. SSRI 2. Valproïnezuur 'Depressieve stemming' (zonder depressie in engere zin of affectieve labiliteit) 1. Atypisch antipsychoticum 2. SSRI of aanverwant -antidepressivum

3. MAO-remmer

(vermijd tricyclische antidepressiva
of carbamazepine)

Boosheid, vijandigheid,
prikkelbaarheid
(zonder verlies impulscontrole)

1.

Topiramaat of valproïnezuur

2.

Klassiek of atypisch
anti-psychoticum (lage dosis*)

Angst

1.

Klassiek of atypisch
-antipsychoticum (lage dosis*)

2.

Geen medicatie; SSRI; lage dosis
benzodiazepine

3. MAO-remmer (tranylcypromine)

* *Klassiek antipsychoticum, lage dosis = 1-4 mg haloperidol-equivalent*

** *Klassiek antipsychoticum, verhoogde dosis = tot 4-6 mg haloperidol-equivalent*

SSRI = selectieve serotonineheropnameremmer

MAO-remmer = monoamineoxidaseremmer

8. Comorbiditeit

Richtlijntekst:

Het is meer regel dan uitzondering dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis aan de diagnostische criteria van meerdere comorbide stoornissen op As-I en As-II voldoen. Dit wordt ten dele veroorzaakt door onscherpe criteriadefinities van een aantal As-I- en As-II-stoornissen, waardoor overlap ontstaat tussen de categoriale stoornissen. Maar ook een categoriale scheiding (afgebakend door arbitraire afkapwaarden) van stoornissen die als een continuüm beschreven zouden kunnen worden, omdat zij samen een spectrum van stoornissen vormen, kan tot artificiële comorbiditeit leiden. Zo is het fenomeen dat veel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis soms ook aan de criteria van zes of meer andere persoonlijkheidsstoornissen voldoen, te beschouwen als een misleidend artefact van het DSM-IV-classificatiesysteem. Dit fenomeen weerspiegelt vooral een ernstmaat voor de persoonlijkheidsstoornis en de mate van aantasting van diverse persoonlijkheidsgebieden. Volgens de werkgroep is enige scepsis ten aanzien van de steeds verder uitgroeiende comorbiditeit van As-I- en As-II-stoornissen op zijn plaats. Een aantal As-I- en As-II-stoornissen kan gelijktijdig voorkomen en deze stoornissen zijn soms ook op basis van neurobiologische aspecten duidelijk van elkaar te onderscheiden. De comorbiditeit kan van invloed zijn op de symptoompresentatie en de behandeling. Om die reden is de richtlijnwerkgroep van mening dat ook aandacht aan de comorbide stoornissen besteed moet worden in een separaat hoofdstuk. De Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen is tot op heden de enige multidisciplinaire richtlijn die aandacht besteedt aan de comorbiditeit van As-I- en As-II-stoornissen.

Bij het doorwerken van de literatuur viel het de werkgroep op dat er nauwelijks studies bekend zijn die zoeken naar de effecten van een comorbide As-I-stoornis op de symptomatologie en behandeling van een persoonlijkheidsstoornis. De meeste onderzoeken zijn vanuit het perspectief van de As-I-stoornis uitgevoerd. De onderzoekers proberen de effecten van de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen op de behandeluitkomst van de As-I-stoornis te verhelderen, zonder altijd duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Alleen een kleine minderheid van studies voorziet in een gedifferentieerde diagnose met betrekking tot de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Verder blijkt er maar bij een zeer beperkt aantal As-I-stoornissen überhaupt onderzoek gedaan te zijn naar comorbiditeit met een persoonlijkheidsstoornis en is het aantal studies per stoornis ook nog zeer gering, met uitzondering van depressieve stoornissen en verslavingen. Ondanks al deze beperkingen heeft de werkgroep getracht de uitgangsvragen voor deze richtlijn zo goed als mogelijk te beantwoorden voor depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, angststoornissen, verslavingsstoornissen, eetstoornissen, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en somatoforme stoornissen.

Uitgangsvragen

Welke klinische overwegingen en welk type klachten spelen bij comorbiditeit een doorslaggevende rol om te focussen op As-I-, As-II- of As-III-problematiek?

Welke effectieve interventies/behandelmethoden zijn bekend voor de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een diagnose op As-I(-comorbiditeit)?

8.1 Keuze en verantwoording van de literatuur

Richtlijntekst:

Voor de keuze van de literatuur werd een uitvoerige computerondersteunde zoekopdracht met een zeer uitgebreide set aan trefwoorden uitgevoerd in PubMed en PsycINFO. Zoals overeengekomen in de richtlijncommissie werd literatuur gezocht vanaf 1979 voor een volwassen (vanaf achttien jaar), niet-forensische populatie. De volgende zoekstrategie werd in eerste instantie met de zoektermen uitgevoerd: As-II-stoornissen, persoonlijkheidsstoornis, cluster A, schizotypische, paranoïde, schizoïde, cluster B, borderline, theatrale, narcistische, antisociale, cluster C, ontwijkende, obsessieve compulsieve en afhankelijke. Ten behoeve van antwoorden op de twee uitgangsvragen zocht de werkgroep literatuur op twee hoofdonderwerpen: diagnose en therapie. De belangrijkste zoektermen die voor het onderwerp 'diagnostiek' gebruikt werden waren: diagnose, symptomen en klachten. Voor het onderwerp 'behandeling' waren dit: therapie, behandeling, psychotherapie, farmacotherapie, drugs. Deze zoektermen waren diagnose- en therapiegerelateerd.

Alle zoektermen werden gematcht met een groot spectrum van As-I-stoornissen, waarbij niet alleen naar de hoofdcategorie werd gezocht, maar ook naar alle bijbehorende afzonderlijke stoornissen, zoals stemmingsstoornissen (als hoofdcategorie) en vervolgens depressie, atypische depressie, dysthymie (als bij

de hoofdcategorie behorende stoornissen). De hoofdcategorieën waren: eetstoornissen, schizofrenie, angststoornissen, bipolaire stoornissen, verslavingsstoornissen, ADHD, somatoforme stoornissen, seksuele stoornissen in de volwassenheid, slaapstoornissen en As-III-stoornissen.

De zoekactie in PubMed en PsycINFO genereerde circa vijfduizend treffers op de twee gebieden - diagnose en therapie - voor de comorbiditeit tussen de gezochte As-I- en As-II-stoornissen. Om de selectie efficiënt te laten verlopen, werd een indeling gemaakt van alle relevante As-I-stoornissen. Per As-I-stoornis werd een expert auteur op dat gebied aangewezen of aangezocht, die per As-I-stoornis de literatuur beoordeelde op de twee gebieden, diagnose en therapie. De selectieprocedure bestond in eerste instantie uit het screenen van de titels van de gevonden artikelen, hetgeen tot een aanzienlijke reductie van de literatuur (circa 50%) leidde. Daarna werden de abstracts van de geselecteerde artikelen gelezen, waarna weer een aanzienlijk deel kon worden geselecteerd. De overgebleven relevante artikelen werden opgevraagd. Deze artikelen werden vervolgens beoordeeld op het gebruik van een (semi)gestructureerd interview ter vaststelling van de diagnose en of het artikel kon bijdragen aan de beantwoording van de uitgangsvragen. Na deze strikt uitgevoerde selectieprocedure bleef maar een relatief klein aantal artikelen bij zeven As-I-stoornissen over. Behalve bij depressieve stoornissen, angststoornissen en verslavingsstoornissen was het aantal artikelen voor bipolaire stoornissen, eetstoornissen, ADHD en somatoforme stoornissen zeer gering.

Beperkingen

Gezien de beperkte literatuur over de behandeling van comorbide As-I-stoornissen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt, indien niet anders aangegeven, verwezen naar de state-of-the-art behandelingen zoals die in de richtlijnen van de desbetreffende As-I-stoornis zijn aangegeven.

De vraag naar de klinische overwegingen die het type klachten dat een doorslaggevende rol zouden moeten spelen bij het bepalen van de behandelfocus op As-I of As-II of As-III, kon in deze vorm vanuit de literatuur niet worden beantwoord.

Uit de behandelpraktijk en de dialectische gedragstherapie volgens Linehan ([389](#)) weten we dat bij een behandeling een hiërarchische rangschikking van de symptomen en/of gedragingen naar ernst zinvol is, om daarmee de prioriteit voor de interventies aan te geven. De meest bedreigende of meest hinderlijke symptomen, gedragingen, crisissituatie of somatische noodsituaties dienen eerst afgewend te worden, voordat de verdere behandeling gecontinueerd kan worden. In het algemeen, en indien niet anders vermeld in deze richtlijn, dient de As-I-stoornis primair behandeld te worden terwijl de behandelaar zich permanent bewust is van de impact van zijn interventies op de persoonlijkheidsstoornis.

Verder is van belang dat in geval van een symptoomverergering bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis eerst een comorbide As-I-stoornis moet worden uitgesloten, voordat men de exacerbatie van de symptomen toeschrijft aan een verergering van de persoonlijkheidsstoornis zelf. Het veronachtzamen van een comorbide As-I-diagnose bergt het gevaar in zich van verkeerd geïndiceerde interventies die primair gericht zijn op de persoonlijkheidsproblematiek en het achterwege laten van een noodzakelijke behandeling van de As-I-stoornis.

8.2 Depressie en persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

In deze paragraaf wordt onderzoek besproken naar de effectiviteit van farmacotherapie en/of psychotherapie indien er sprake is van het gelijktijdig voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis en een depressieve stoornis (niet de dysthyme stoornis omdat daar weinig onderzoek naar is gedaan). Tevens wordt onderzoek samengevat betreffende de effectiviteit van elektroconvulsie therapie (ECT) op een (therapieresistente) depressie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Comorbiditeit van bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen wordt apart besproken in paragraaf 8.3. In deze paragraaf zullen aanbevelingen worden geformuleerd ten behoeve van de behandelingspraktijk. Uitgangspunt hierbij vormt telkens de reeds bestaande Multidisciplinaire Richtlijn Depressie ([367](#)). In dit hoofdstuk wordt gemotiveerd waar en waarom bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen van die betreffende richtlijn dient te worden afgeweken.

8.2.1 Farmacotherapie

Aanbevelingen:

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt aanbevolen terughoudend te zijn met het voorschrijven van een tricyclisch antidepressivum. Bij patiënten met een depressieve stoornis vormt de aanwezigheid van

een comorbide borderlinepersoonlijkheidsstoornis een relatieve contraïndicatie voor het geven van een tricyclisch antidepressivum.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er is veel onderzoek gedaan naar de resultaten van farmacotherapie als monotherapie bij de behandeling van depressie en een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Aanvankelijk betrof dit onderzoek naar het effect van tricyclische antidepressiva (TCA's) en MAO-remmers, later naar het effect van de generatie moderne antidepressiva, de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) en de selectieve noradrenaline/serotonineheropnameremmers (SNRI's). In het NIMH-onderzoek (⁵⁶¹) bleken TCA's beduidend minder effectief bij de behandeling van een depressie indien er tevens sprake was van een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Ook in het onderzoek bij borderlinepatiënten bleken TCA's weinig effectief (^{323 400 488 581 583}). Kapfhammer & Hippius (³²⁵) toonden aan dat TCA's bij depressieve patiënten met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis, met name bij een stoornis in de affectregulatie, zelfs kunnen leiden tot toename van paranoia en gedragsontregeling in de vorm van impulsiviteit en agressie. Deze paradoxale toename van klachten is ook beschreven bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis zonder evidente depressie in engere zin (Soloff, ⁵⁸¹, 1987). Bij de MAO-remmers tranylcypromine en fenelzine werd deze paradoxale werking niet waargenomen en bovendien bleken deze middelen effectiever ten aanzien van de depressieve symptomen in aanwezigheid van atypische depressieve kenmerken, zoals verhoogde slaap- en eetbehoefte, moeheid of een omgekeerde dagschommeling (^{144 488 580 583}). Moderne antidepressiva (SSRI's en SNRI's) blijken bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een meer effectieve behandeling van een depressieve episode dan de tricyclische antidepressiva (^{3 181 200 282 323}). Uit een review met goed opgezette RCT's blijkt dat moderne antidepressiva bij persoonlijkheidsstoornis patiënten met een depressie zelfs even effectief zijn als bij depressieve patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis (⁴⁵⁴). Ook uit de review van Reich (⁵²¹) blijkt dat de behandelresultaten bij deze vorm van comorbiditeit aanzienlijk zijn verbeterd met de komst van de nieuwe generatie antidepressiva.

Conclusies:

Niveau <u>1</u>	Het is aangetoond dat moderne antidepressiva (SSRI's en SNRI's) effectief zijn bij de behandeling van een depressieve stoornis bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen. A1 Mulder, 2002 ⁴⁵⁴ ; Reich, 2003 ⁵²¹ A2 Fava e.a., 1994 ²⁰⁰ ; Ekselius & Von Knorring, 1998 ¹⁸¹ ; Hirschfeld e.a., 1998 ²⁸² ; Åberg-Wistedt e.a., 2000 ³ ; Joyce e.a., 2003 ³²³
Niveau <u>1</u>	Het is aangetoond dat tricyclische antidepressiva bij patiënten met een depressieve stoornis en een comorbide cluster-B-persoonlijkheidsstoornis, met name een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, kunnen leiden tot paranoia en gedragsontregeling in de vorm van impulsiviteit en agressie. A2 Shea e.a., 1992 ⁵⁶¹ ; Kapfhammer & Hippius, 1998 ³²⁵ Soloff, 1998 ⁵⁷⁸ Mulder, 2002 ⁴⁵⁴ ; Reich, 2003 ⁵²¹

Overige overwegingen:

De landelijke Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (³⁶⁷) dient als leidraad bij de medicamenteuze behandeling van depressies. Indien er sprake blijkt van een depressieve episode bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, kan op enkele punten nadrukkelijk en gemotiveerd van die richtlijn worden afgeweken: 1. Ook bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis vormen de moderne antidepressiva (SSRI's en SNRI's) het middel van eerste keuze indien er tevens sprake is van een depressie. Voor het gebruik van tricyclische antidepressiva lijkt meer terughoudendheid geboden indien er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn tricyclische antidepressiva zelfs relatief gecontraïndiceerd (tenzij er sprake is van een therapieresistente depressie, waarvoor dit middel overwogen dient te worden).

2. Indien bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis sprake is van een depressie met atypische kenmerken, heeft een behandeling met een MAO-remmer de voorkeur boven een tricyclisch antidepressivum (indien een modern antidepressivum onvoldoende effect heeft gesorteerd).

8.2.2 Electroconvulsietherapie

Aanbevelingen:

Indien zich bij een depressieve stoornis volgens de daarbij passende behandelrichtlijnen een indicatie voordoet voor ECT-behandeling dient men de patiënt deze behandeling op basis van een comorbide persoonlijkheidsstoornis niet te onthouden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Het effect naar de respons op ECT ten aanzien van een (therapieresistente) depressie is onderzocht in aanwezigheid van uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. De resultaten hiervan zijn beschreven in case-reports ([352](#)), open studies (Black, 1992; [108](#) [204](#) [109](#) [406](#) [503](#) [515](#) [543](#) [685](#)), kritische reviews ([153](#) [304](#)) en een meta-analyse ([304](#)). Het effect van ECT werd hierbij vergeleken met controlegroepen van depressieve patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis, nooit met een placeboconditie. Uit de resultaten wordt duidelijk dat ECT een effectieve behandeling is voor een depressieve stoornis, ook in aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis ([65](#) [204](#) [503](#) [515](#) [685](#)). Ondanks deels uiteenlopende resultaten kan echter op basis van deze afzonderlijke studies en een meta-analyse ([304](#)) worden geconcludeerd dat de aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis een significant slechtere prognose op langere termijn voorspelt op ECT. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis gaat de comorbide depressie minder vaak volledig in remissie en is de kans op een recidief depressie na ECT-behandeling groter dan bij patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Het niveau van het algeheel functioneren na ECT-behandeling blijft bij hen bovendien achter in vergelijking met patiënten waarbij geen comorbide persoonlijkheidsstoornis was vastgesteld.

Onderzoek naar de effectiviteit van ECT op depressieve patiënten met een specifieke persoonlijkheidsstoornis heeft slechts in beperkte mate plaatsgevonden. Patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vertonen een verminderde respons op ECT ten aanzien van hun depressie ([67](#) [153](#) [204](#) [352](#) [543](#)). Er zijn aanwijzingen dat obsessieve compulsieve persoonlijkheidskenmerken juist een betere respons op ECT voorspellen ([108](#)).

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat ECT-behandeling voor een depressieve stoornis ook effectief is indien er tevens sprake is van een comorbide persoonlijkheidsstoornis. A2 Prudic e.a., 2004 ^{515} ; Feske e.a., 2004 ^{204} B Pfohl e.a., 1984 ^{503} ; Zimmerman e.a., 1986 ^{685} ; Black, 1988 ^{65} ; Sareen e.a., 2000 ^{543}
Niveau 2	Het is aannemelijk dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een minder gunstige respons hebben op een depressiebehandeling door middel van ECT in vergelijking met depressieve patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. A2 Prudic e.a., 2004 ^{515} B Pfohl e.a., 1984 ^{503} ; Zimmerman e.a., 1986 ^{685} ; Black, 1988 ^{65} ; Casey e.a., 1996 ^{109} ; Sareen e.a., 2000 ^{543}
Niveau 2	Het is aannemelijk dat een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, in vergelijking met andere persoonlijkheidsstoornissen, een slechtere respons voorspelt op een depressiebehandeling door middel van ECT. A2 Feske e.a., 2004 ^{204} B Blais e.a., 1998 ^{67} ; Sareen e.a., 2000 ^{543} C Kramer, 1982 ^{352}
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat comorbide obsessieve compulsieve persoonlijkheidskenmerken een beter resultaat van ECT voorspellen. B Casey & Butler, 1995 ^{108}

Overige overwegingen:

ECT is een bewezen effectieve behandeling bij een depressieve stoornis. Het neemt een bescheiden plaats in bij de behandeling van een depressie bij comorbide persoonlijkheidsstoornissen. ECT dient slechts conform de behandelrichtlijnen voor depressieve stoornissen te worden toegepast. Het feit dat de kans op een goede respons bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis wat lager is, neemt niet weg dat ook bij persoonlijkheidsstoornissen ECT de meest aangewezen vorm van behandeling kan zijn binnen het behandelalgoritme indien er sprake is van een (therapieresistente) depressie. Er is dan ook op basis van de wetenschappelijke literatuur geen enkele doorslaggevende reden om patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis een ECT-behandeling te onthouden indien zich daarvoor op basis van de comorbide depressie een indicatie voordoet ([153](#)).

8.2.3 Psychotherapeutische behandeling

Aanbevelingen:

Indien bij een depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis zich een indicatie voordoet voor psychotherapeutische behandeling, kan een keuze worden gemaakt uit een drietal bewezen effectieve methoden: cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en psychodynamische psychotherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In de wetenschappelijke literatuur werden verschillende goed opgezette studies gevonden die de effectiviteit aantonen van psychotherapie bij een gelijktijdig voorkomende depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Aanvankelijk betrof dit vooral de effectiviteit van cognitieve therapie, met name door de publicaties van het NIMH, en tevens van interpersoonlijke therapie ([183](#) [184](#) [560](#) [561](#)). Later verschenen ook publicaties over werkzaamheid van psychodynamische psychotherapie, bij ambulante maar ook bij deeltijdbehandelingen. In een systematische review beschreef Mulder ([454](#)) de werkzaamheid van psychotherapie bij depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Onlangs verscheen een meta-analyse van Newton-Howes e.a. ([466](#)), die tot de conclusie kwamen dat juist specifieke vormen van psychotherapie meer kans bieden op een gunstig behandelresultaat bij deze comorbide stoornissen.

Verschiedende RCT's toonden de werkzaamheid aan van specifieke vormen van psychotherapie. Uit de NIMH-onderzoeken bleek behandeling met cognitieve gedragstherapie even effectief voor de groep depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als voor depressieve patiënten zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis ([560](#) [561](#); Stuart e.a., 1992). Ook interpersoonlijke psychotherapie is een bewezen werkzame vorm van behandeling voor deze groep met comorbiditeit ([215](#)). In een deelonderzoek van de NIMH werd gevonden dat cognitieve therapie geschikter zou zijn voor depressieve patiënten met ontwijkende persoonlijkheidspathologie, en dat interpersoonlijke therapie geschikter is voor patiënten met obsessieve persoonlijkheidskenmerken ([33](#)).

Ook de werkzaamheid van psychodynamische psychotherapie werd in verschillende RCT's aangetoond bij deze vorm van comorbiditeit ([263](#) [668](#)). In een RCT door Svartberg e.a. ([603](#)) bleek zowel psychodynamische als cognitieve therapie werkzaam voor depressieve patiënten met cluster-C-stoornissen. Mulder ([454](#)) toonde in zijn systematische review de werkzaamheid aan van zowel cognitieve, interpersoonlijke als psychodynamische therapie.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat psychotherapie effectief is voor de behandeling van een gelijktijdig voorkomende depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. A1 Shea e.a., 1990, 1992 560 561 ; Mulder, 2002 454 ; Newton-Howes e.a., 2006 466
Niveau 1	Het is aangetoond dat zowel cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie als psychodynamische psychotherapie werkzaam zijn bij de behandeling van een comorbide depressieve stoornis en persoonlijkheidsstoornis. A1 Shea e.a., 1990, 1992 560 561 ; Mulder, 2002 454

A2 Stuart e.a., 1992; Winston e.a., 1994 ⁶⁶⁸ ; Hardy e.a., 1995 ²⁶³ ; Svartberg e.a., 2004 ⁶⁰³

Overige overwegingen:

Indien een depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis gelijktijdig voorkomen, kan psychotherapie een werkzame vorm van behandeling zijn. Bij niet al te ernstige vormen van deze stoornissen kan dit als eerste keuze van behandeling worden overwogen. Hierbij kan een keuze worden gemaakt uit een drietal bewezen effectieve methoden: cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie en psychodynamische psychotherapie.

8.2.4 Combinatietherapie: psycho- en farmacotherapie**Aanbevelingen:**

Wanneer monotherapie onvoldoende effect heeft binnen de behandeling van de comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie, verdient het aanbeveling om over te gaan op een gecombineerde vorm van behandeling, namelijk zowel een evidence-based vorm van psychotherapie in combinatie met een evidence-based vorm van farmacotherapie.

Bij de ernstiger vormen van deze comorbiditeit verdient het dan ook aanbeveling in overweging te nemen om een gecombineerde therapie als eerste keuze te prefereren.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar het effect van gecombineerde therapie (de combinatie van psychotherapie en farmacotherapie) bij comorbiditeit van een depressieve stoornis en een persoonlijkheidsstoornis. Bij de NIMH-onderzoeken toonden Zuckerman e.a. (687) aan dat gecombineerde therapie effectiever was dan monotherapie met alleen interpersoonlijke therapie of alleen het tricyclisch antidepressivum imipramine. Ook Frank e.a. (214) en Pilkonis & Frank (508) vestigden bij de NIMH-onderzoeken de aandacht op het belang van persoonlijkheidspathologie bij de behandeling van depressie. Zij pleitten ervoor om naast de behandeling van de depressie, ook aandacht te besteden aan de persoonlijkheidspathologie. Zij voegden interpersoonlijke therapie toe aan een behandeling met TCA's en vonden dat er in de groep depressieve patiënten met persoonlijkheidsstoornissen aanzienlijk meer slow-responders waren dan in de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen. In het onderzoek van Kool e.a. (345 346) bleek gecombineerde therapie significant effectiever dan alleen farmacotherapie voor deze vorm van comorbiditeit. In een meta-analyse vonden Leichsenring e.a. (381) dat de combinatie van kortdurende psychodynamische therapie en farmacotherapie werkzamer was dan alleen farmacotherapie bij patiënten met zowel een persoonlijkheidsstoornis als depressie. Cyranowski e.a. (146) behandelden depressieve patiënten effectief met interpersoonlijke psychotherapie, maar moesten bij de groep met tevens een persoonlijkheidsstoornis farmacotherapie aan de behandeling toevoegen om de depressie in remissie te brengen. Ook de Practice Guidelines van de American Psychiatric Association (17) vermelden dat er aanwijzingen in de literatuur zijn dat gecombineerde therapie werkzaam is bij comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie. Bij borderlinepatiënten vonden Bellino e.a. (47) dat de combinatie van interpersoonlijke psychotherapie en fluoxetine significant werkzamer was dan fluoxetine als monotherapie.

Conclusies:

Niveau 1	Het is aangetoond dat de combinatie van psychotherapie en antidepressiva effectiever is dan elk van de therapieën afzonderlijk bij de behandeling van een depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis.
	A1 Leichsenring e.a., 2004 ³⁸¹ ; APA, 2005 ¹⁷ A2 Zuckerman e.a., 1980 ⁶⁸⁷ ; Kool, 2003 ^{345 346} ; Cyranowski e.a., 2004 ¹⁴⁶ ; Bellino e.a., 2006 ⁴⁷ B Frank e.a., 1986, 1987 ^{213 214}

Overige overwegingen:

Gecombineerde therapie is werkzaam bij comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis en depressie. Bij de ernstiger vormen van comorbiditeit valt dan ook te overwegen om direct te starten met een vorm van gecombineerde therapie. Hierbij is het van belang dat zowel de vorm van psychotherapie als de vorm van farmacotherapie beide afzonderlijk bewezen effectief zijn en worden toegepast conform de vigerende richtlijnen. Indien een depressie dermate ernstig verloopt dat psychotherapie niet tot de mogelijkheden behoort, dient eerst farmacotherapeutische behandeling van de depressie plaats te vinden alvorens een start van de psychotherapie haalbaar is.

8.3 Bipolaire stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een bipolaire stoornis vaak ook een persoonlijkheidsstoornis hebben. In onderzoeken van uiteenlopende kwaliteit wordt tamelijk consequent gevonden dat 30% à 40% van de bipolaire patiënten een comorbide persoonlijkheidsstoornis heeft ([180](#) [230](#) [234](#) [333](#) [549](#)). Dit betreft dan vooral persoonlijkheidsstoornissen uit de clusters B en C en meer in het bijzonder de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Veel minder onderzoek is gedaan naar de prevalentie van de bipolaire stoornis bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis worden vaak stemmingswisselingen gezien. Of er daadwerkelijk sprake is van een comorbide bipolaire stoornis is afhankelijk van hoe streng de criteria voor deze stoornis worden gehanteerd. Percentages van 10 tot 40% worden genoemd ([155](#)). In de behandeling van de bipolaire stoornis staat het gebruik van zogenoemde stemmingsstabilisatoren centraal. Deze medicijnen zijn slechts in zeer beperkte mate onderzocht bij persoonlijkheidsstoornissen dan wel bij de bipolaire stoornis met een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Naast medicamenteuze behandeling wordt doorgaans begeleiding aangeboden, waarbij psycho-educatie vaak een belangrijke rol speelt.

8.3.1 Behandeling bipolaire stoornis bij AS-II comorbiditeit

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan dat de behandeling van een bipolaire stoornis en een persoonlijkheidsstoornis zo veel mogelijk geïntegreerd verloopt. Daarbij kan de focus van de behandeling wijzigen al naar gelang de toestand van de patiënt en dient rekening gehouden te worden met verhoogde risico's (o.a. suïcidegevaar en middelengebruik) en een slechtere respons op medicatie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat het beloop van een bipolaire stoornis ongunstiger is wanneer sprake is van comorbiditeit met de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Vooral het risico van suïcide en middelenmisbruik lijkt vergroot en de respons op medicatie lijkt slechter ([180](#) [230](#) [333](#) [605](#)). In geen enkel onderzoek wordt specifiek onderzocht op welke stoornis zou moeten worden gefocust.

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het beloop van een bipolaire stoornis -ongunstiger is als er tevens sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. C Garno e.a., 2005 ^{230} ; Swartz e.a., 2005 ^{605} ; Kay e.a., 2002 ^{333} ; Dunayevich e.a., 2000 ^{180}
--------------------------	---

Overige overwegingen:

De focus van de behandeling kan wijzigen naar gelang de toestand van de patiënt. Een ernstig psychiatrisch toestandsbeeld (een manische of depressieve bipolaire episode) heeft prioriteit in de behandeling in verband met het verminderen van risico's (suïcidegevaar, automutilatie en/of middelenmisbruik). Daarna ligt de focus van de behandeling meer op stabilisatie. Naast gebruik van medicijnen kan psycho-educatie, onder andere gericht op emotieregulatie, aan de orde komen. De behandeling van de bipolaire stoornis en de persoonlijkheidsstoornis dient zo veel mogelijk geïntegreerd te verlopen.

8.3.2 Behandeling met stemmingsstabilisatoren en psycho-educatie

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt het gebruik van stemmingsstabilisatoren aan bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide bipolaire stoornis. Dit kan een gunstig effect hebben op beide aandoeningen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Het anti-epilepticum valproïnezuur lijkt een aantal symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis te verbeteren, zoals interpersoonlijke sensitiviteit, vijandigheid en agressie, bij patiënten met een comorbide bipolaire stoornis ([217](#)). Ook van het anti-epilepticum lamotrigine, dat in toenemende mate ook als stemmingsstabilisator in de behandeling van bipolaire patiënten wordt gebruikt, zijn gunstige effecten op bepaalde symptomen van borderlinepathologie gevonden bij vrouwen met een bipolaire-II-stoornis ([514](#)). Dit zijn echter onderzoeken die retrospectief of met kleine groepen patiënten zijn verricht. Ook bij comorbiditeit met een persoonlijkheidsstoornis is bij een kleine groep patiënten gebleken dat psycho-educatie leidt tot een gunstiger beloop, gemeten naar de tijd tot het optreden van een nieuwe manische of depressieve episode en naar de hoeveelheid nieuwe episoden in twee jaar. Ook leidde dit tot een gemiddeld kortere opnameduur in het ziekenhuis ([136](#)).

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat het gebruik van stemmingsstabilisatoren, zoals anti-epileptica, het beloop van de bipolaire stoornis en bepaalde symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis positief kunnen beïnvloeden. B Frankenburg & Zanarini, 2002 ^{217} ; Preston e.a., 2004 ^{514}
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat psycho-educatie bij patiënten met een bipolaire stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis een gunstig effect kan hebben op het beloop van de bipolaire stoornis. B Colom e.a., 2004 ^{136}

Overige overwegingen:

Bij de behandeling van een bipolaire stoornis is terughoudendheid geboden bij het gebruik van medicijnen die een depressie ofwel een manie kunnen induceren of het cyclische beloop nadelig kunnen beïnvloeden. Er zijn enige aanwijzingen dat antidepressiva, in het bijzonder tricyclische antidepressiva, het optreden van manieën kunnen vergemakkelijken (bijvoorbeeld Goldberg & Truman, 2003^{[239](#)} , Gijsman e.a., 2004^{[236](#)}). Wanneer sprake is van een persoonlijkheidsstoornis met een comorbide bipolaire stoornis, zou in het geval van een indicatie voor antidepressiva, de voorkeur moeten uitgaan naar niet-tricyclische antidepressiva, bij voorkeur in combinatie met een stemmingsstabilisator.

8.4 Angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Gezien de zeer beperkte literatuur over de effectiviteit van de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide angststoornis verwijzen wij, indien in dit hoofdstuk niet anders vermeldt, naar de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen ([368](#)). Dit geldt zowel voor de psychotherapeutische interventies als voor de farmacotherapie, met uitzondering van het beleid ten aanzien van benzodiazepinen en polyfarmacie. Er zijn aanwijzingen dat het voorschrijven van benzodiazepinen (in hoge doseringen), zoals die in de Richtlijn Angststoornissen worden aanbevolen, bij patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis en een comorbide angststoornis dient te worden ontraden (zie ook hoofdstuk [Farmacotherapeutische interventies](#)) en dat polyfarmacie waar mogelijk dient te worden beperkt.

8.4.1 Posttraumatische stressstoornis

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan om bij gelijktijdig optreden van PTSS en borderlinepersoonlijkheidsstoornis rekening te houden met een verhoogd gevaar op impulsief gedrag en suïcide.

PTSS, cognitieve gedragstherapie en counseling

Naar de behandeling van patiënten met een PTSS en een persoonlijkheidsstoornis is weinig onderzoek gedaan. De werkgroep is van mening dat CGT of counseling adequate behandelopties kunnen vormen wanneer de focus primair op de PTSS wordt gericht. Een exclusieve focus op de PTSS wordt echter ontraden in geval van ernstige persoonlijkheidspathologie, in het bijzonder cluster-A- of cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. In die gevallen staat de werkgroep een geïntegreerde aanpak voor waarbij niet alleen de PTSS, maar ook de persoonlijkheidsstoornis tot focus van behandeling wordt gemaakt.

PTSS en Eye Movement Desensitization Reprocessing

Bij de toepassing van EMDR bij persoonlijkheidsstoornissen is, gelet op het gebrek aan wetenschappelijke steun, enige terughoudendheid op zijn plaats, in het bijzonder bij meervoudige en/of chronische traumatisering.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In één grote longitudinale multicenter studie naar het beloop van persoonlijkheidsstoornissen werd cross-sectioneel vergelijkend onderzoek gedaan naar de invloed van een comorbide posttraumatische stressstoornis (PTSS) op borderlinepathologie (686). Uit deze studie blijkt dat borderlinepatiënten met een comorbide PTSS zich niet onderscheiden qua ernst van de borderlinesymptomatologie van de borderlinepatiënten zonder PTSS. Tevens blijkt uit deze studie dat een comorbide PTSS de DSM-IV-borderlinesymptomen niet verergert. Borderlinepatiënten met een comorbide PTSS blijken echter in het algemeen aan meerdere uiteenlopende comorbide As-I-stoornissen te lijden, ze blijken slechter te functioneren en een verhoogde kans te hebben op impulsiviteit en suïcide. Daarnaast hebben deze patiënten over het algemeen meer hospitalisaties en intensievere behandeling nodig. Een aannemelijke verklaring is dat dit samenhangt met de zware belasting die het lijden aan twee zeer invaliderende stoornissen (additieve effecten) met zich meebrengt. Bovendien is er evidentie dat PTSS op grond van chronisch (seksueel) misbruik in de jeugd de impulsiviteit en het risico op suïcidepogingen vergroot (686).

PTSS, cognitieve gedragstherapie en counseling

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een effectief gebleken behandeling van patiënten met een PTSS ten gevolge van verkrachting of ernstige fysieke agressie (201 271). Uit deze twee vergelijkende studies onder vrouwelijke PTSS-patiënten komt naar voren dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis niet van invloed is op de gunstige effecten van een CGT-behandeling op de PTSS-symptomatologie. De PTSS-patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis blijken even goed of zelfs beter op de behandeling in de controleconditie te reageren dan de vergelijkbare groep in de CGT-conditie. De controleconditie bestond uit patiënten met sociaalpsychiatrische (counseling) begeleiding. Wat betreft het algemeen functioneren bleven de patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis achter bij de PTSS-patiënten zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Dit effect schrijven de auteurs toe aan mogelijk lager algemeen functioneren ten gevolge van de persoonlijkheidsstoornis.

PTSS en Eye Movement Desensitization Reprocessing

Verschillende behandelaars rapporteren dat zij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen behandelen met behulp van Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) (97). Er is echter geen wetenschappelijke evidentie voorhanden voor de werkzaamheid van EMDR bij persoonlijkheidsstoornissen.

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het gelijktijdig optreden van PTSS en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis het algemeen functioneren
----------	---

verslechtert, aanleiding geeft tot meer hospitalisatie en intensievere behandeling, en de kans op impulsiviteit en suïcide verhoogt.

B Zlotnick e.a., 2003⁶⁸⁶

PTSS. cognitieve gedragstherapie en counseling

Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat sociaalpsychiatrische counseling en cognitieve gedragstherapie even effectief zijn bij (vrouwelijke) patiënten met een PTSS en een comorbide persoonlijkheidsstoornis. A2 Hembree e.a., 2004 ²⁷¹ B Feeny e.a., 2002 ²⁰¹
-----------------	--

PTSS en Eye Movement Desensitization Reprocessing

Niveau <u>4</u>	Er is geen onderzoek beschikbaar naar de werkzaamheid van EMDR bij persoonlijkheidsstoornissen.
-----------------	---

Overige overwegingen:

Deze bevindingen gelden vooralsnog alleen voor vrouwen, omdat de mannelijke onderzoekspopulatie in de geciteerde studie te klein was om statistisch verantwoorde uitspraken toe te laten.

PTSS. cognitieve gedragstherapie en counseling

In de geciteerde studie was de behandeling van de PTSS en niet de persoonlijkheidsstoornis de primaire focus. Er zijn geen studies bekend waarin de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis met een comorbide PTSS werd geëvalueerd. In de vermelde studies betreft het met name comorbide persoonlijkheidsstoornissen uit cluster C en nauwelijks patiënten met een cluster-A- of cluster-B-persoonlijkheidsstoornis. Op basis van de wetenschappelijke evidentie kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan over patiënten met een PTSS en een comorbide cluster-A- of cluster-B-persoonlijkheidsstoornis. De werkgroep is echter van mening dat een enkelvoudige behandeling gericht op de PTSS in de meeste gevallen niet toereikend is in geval van ernstige persoonlijkheidspathologie, in het bijzonder bij cluster-A- of cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, maar ook bij ernstige cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen. In die gevallen staat de werkgroep een geïntegreerde aanpak voor waarbij niet alleen de PTSS, maar ook de persoonlijkheidsstoornis focus van behandeling wordt.

PTSS en Eye Movement Desensitization Reprocessing

EMDR wordt vaak toegepast bij geïsoleerde, dat wil zeggen in tijd en plaats te lokaliseren, traumata. De werkzaamheid is aangetoond bij de posttraumatische stressstoornis. De werkgroep is van mening dat EMDR een interessante behandeloptie is voor de behandeling van geïsoleerde traumata bij persoonlijkheidsstoornissen, en dat deze optie nader wetenschappelijk onderzocht dient te worden. Voor wat betreft meervoudige en/of chronische traumatisering zijn geen wetenschappelijke gegevens voorhanden. Op basis van klinische indrukken en ervaringen kan gesteld worden dat bij meervoudige en/of chronische traumatisering enige terughoudendheid geboden is met EMDR.

8.4.2 Obsessieve compulsieve stoornis

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan bij patiënten met een OCS en aanwijzingen voor een comorbide cluster-C-persoonlijkheidsstoornis in eerste instantie een goede anamnese van de premorbide persoonlijkheid af te nemen en vervolgens de OCS lege artes te behandelen. Na afronding van de behandeling kan geëvalueerd worden of de kenmerken van de genoemde cluster-C-stoornissen nog steeds aanwezig zijn en of er daadwerkelijk nog sprake is van een persoonlijkheidsstoornis.

In geval van comorbiditeit van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, zoals die uit het A-en B-cluster, staat de werkgroep een geïntegreerde behandelplan voor. Hierbij wordt tijdens de OCS-behandeling rekening

gehouden met de context van een ernstige persoonlijkheidsstoornis en kan de OCS-behandeling geleidelijk overgaan in de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis.

Wetenschappelijke onderbouwing:

⁴⁵³ Obsessieve compulsieve stoornis (OCS) gaat regelmatig gepaard met As-II-comorbiditeit, met name in combinatie met cluster-A- en cluster-C-, maar nauwelijks met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen (⁴³). Uit dit onderzoek komt bovendien naar voren dat de meerderheid van de patiënten met een OCS die tevens voldoen aan de DSM-criteria voor een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis, na een succesvolle behandeling vaak niet meer aan de criteria voor die persoonlijkheidsstoornis voldoen. Dit wijst erop dat patiënten zonder een premorbide As-II-diagnose tijdens de periode waarin zij aan de OCS lijden, reactief een aantal persoonlijkheidskenmerken kunnen ontwikkelen met voornamelijk afhankelijke, ontwijkende en dwangmatige kenmerken (⁴³). De invloed van comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen op de behandeluitkomst van CGT bij OCS is onderzocht in vier studies. Drie studies vonden een negatieve impact. AuBuchon & Malatesta (²⁷) rapporteerde dat patiënten met een OCS en comorbide persoonlijkheidsstoornis minder goed op een CGT-behandeling reageren. Uit de studie van Bear & Jenike (⁴³) blijkt dat een comorbide schizotypische persoonlijkheidsstoornis een negatieve uitkomst van een CGT-behandeling voorspelt. Moritz e.a. (⁴⁵³) vonden dat met name de positieve schizotypische symptomen, zoals paranoïde ideeën, magisch denken, bijzondere belevingen en betrekkingsideeën, een negatieve therapieresponse op CGT voorspellen. Dreessen e.a. (¹⁷⁰) vonden daarentegen geen negatief effect van een comorbide persoonlijkheidsstoornis op de behandeling met CGT op de OCS.

Conclusies:

Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de schizotypische persoonlijkheidsstoornis, een negatieve impact hebben op de behandeluitkomst van CGT bij de obsessieve compulsieve stoornis. A2 Bear & Jenike, 1992 ⁴³ B Moritz e.a., 2004 ⁴⁵³ B AuBuchon & Malatesta, 1994 ²⁷
Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat tijdens het beloop van de obsessieve compulsieve stoornis een aantal persoonlijkheidskenmerken kan ontstaan dat met een succesvolle behandeling van de obsessieve compulsieve stoornis weer verdwijnt. A2 Bear & Jenike, 1992 ⁴³

Overige overwegingen:

De afwijkende bevinding van Dreessen e.a. (¹⁷⁰) kan vermoedelijk worden toegeschreven aan het feit dat de persoonlijkheidsstoornissen in hun populatie voornamelijk uit cluster C afkomstig waren. De door AuBuchon & Malatesta (²⁷) onderzochte populatie bestond daarentegen voor circa 50% uit patiënten met een cluster-B- en voor circa 15% uit patiënten met een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis. Naar de mening van de werkgroep wijst dit erop dat patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en een OCS minder goed op een CGT-behandeling reageren. In die gevallen lijkt dan ook een geïntegreerde behandeling, waarbij ook aspecten van de persoonlijkheidsstoornis worden behandeld, aangewezen.

8.4.3 Sociale fobie

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat CGT een adequate behandeloptie is in geval van comorbiditeit van sociale fobie en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, hoewel de behandeling in veel gevallen langer voortgezet dient te worden om dezelfde gunstige behandeluitkomsten te bereiken als bij patiënten met alleen sociale fobie.

Naar de behandeling van patiënten met sociale fobie en andere persoonlijkheidsstoornissen dan de ontwijkende is weinig onderzoek gedaan. Met name in die gevallen waarbij sprake is van een ernstige persoonlijkheidsstoornis, is de werkgroep van mening dat de focus van behandeling tevens op de

persoonlijkheidsstoornis dient te worden gericht.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In vier studies werden patiënten met sociale fobie vergeleken met patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis (met name de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis). In deze studies werden diverse CGT-behandelingen toegepast, namelijk een geïntegreerde therapie met Rationeel-Emotieve Therapie (RET) met sociale vaardigheidstraining en in-vivo exposure (⁴³⁴), cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling volgens Heimberge (²⁹²), en op exposure gebaseerde gedragstherapieën (^{205 625}). Uit de vier studies komt naar voren dat alle groepen sterke verbetering vertonen na de therapie, hoewel de sociaalfobische patiënten met een comorbide ontwijkende persoonlijkheidsstoornis na afloop van de behandeling meer klachten rapporteerden dan de patiënten zonder een dergelijke persoonlijkheidsstoornis.

Conclusies:

Niveau 2	Er zijn aanwijzingen dat patiënten met sociale fobie en een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis tijdens CGT, hoewel zij evenveel verbeteren als patiënten met alleen sociale fobie, uiteindelijk een minder gunstig niveau van algeheel functioneren hebben. B Mersch e.a., 1995 ⁴³⁴ ; Hope e.a., 1995 ²⁹² ; Feske e.a., 1996 ²⁰⁵ ; Van Velzen e.a., 1997 ⁶²⁵
----------	---

Overige overwegingen:

Als comorbide persoonlijkheidsstoornis is bijna uitsluitend de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis onderzocht, die veelvuldig bij sociale fobie als comorbide stoornis wordt gediagnosticeerd. De hoge prevalentie van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis bij sociale fobie lijkt ook samen te hangen met een overlap van de diagnostische criteria van beide stoornissen. Zodoende kunnen er geen uitspraken over andere dan de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis worden gedaan.

8.4.4 Paniekstoornis

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan om bij patiënten met een comorbide borderline- of paranoïde persoonlijkheidsstoornis en een paniekstoornis bedacht te zijn op een verhoogd suïciderisico.

Paniekstoornis en SSRI

De werkgroep adviseert terughoudend om te gaan met monotherapie met behulp van farmaca bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide paniekstoornis. In die gevallen kan een geïntegreerde aanpak, waarbij tegelijkertijd een (psychotherapeutische) behandeling van de persoonlijkheidspathologie wordt ingesteld, uitkomst bieden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In een vergelijkende studie werden patiënten met een paniekstoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis vergeleken met patiënten die alleen aan een paniekstoornis lijden (⁴⁸³). Uit deze studie komt naar voren dat patiënten met beide stoornissen een hoger niveau van angst, meer agorafobie, een eerder begin van de paniekstoornis en een lager niveau van algeheel functioneren laten zien. Bovendien heeft 34% van de patiënten met beide stoornissen last van suïcidale gedachten en 9,8% ondernam een suïcidepoging. De beste voorspeller van suïcidale gedachten was de aanwezigheid van een ontwijkende of een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, en de beste voorspeller van suïcidepogingen was de aanwezigheid van een paranoïde of borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Paniekstoornis en SSRI

Berger e.a. (⁵¹) onderzochten de invloed van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis op de behandeling van paniekstoornis met paroxetine met of zonder toevoeging van CGT. In beide

behandelcondities vertoonden patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder de ontwikkende persoonlijkheidsstoornis, een minder gunstige en fors vertraagde respons in vergelijking met de patiënten die alleen een paniekstoornis hadden.

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de combinatie van een persoonlijkheidsstoornis met een paniekstoornis samengaat met ernstigere en vroeger optredende symptomen van een paniekstoornis en bovendien bij patiënten met een paranoïde of borderlinepersoonlijkheidsstoornis tot een verhoogd risico van suïcidepogingen leidt. B Ozkan & Altindag, 2005 ⁴⁸³
--------------------------	---

Paniekstoornis en SSRI

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een paniekstoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis een minder gunstige en fors vertraagde respons op paroxetine laten zien in vergelijking met de patiënten die alleen een paniekstoornis hebben. B Berger e.a., 2004 ⁵¹
--------------------------	---

Overige overwegingen:

De werkgroep is van mening dat in geval van comorbiditeit van paniekstoornis en persoonlijkheidsstoornis monotherapie met behulp van farmaca in veel gevallen ontoereikend is.

8.5 Verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

Persoonlijkheidsstoornissen komen veelvuldig voor bij personen met middelenmisbruik of -afhankelijkheid. De prevalentiecijfers lopen uiteen van 44% bij alcoholische patiënten tot 79% bij gebruikers van opiaten (⁶³¹). De twee meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met een diagnose middelenmisbruik of -afhankelijkheid (verslavingsstoornis), zijn de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, met gerapporteerde beste schattingen van 22% voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis en 18% voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Andere specifieke persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met deze problematiek komen gewoonlijk voor in het bereik van 1 tot 10%. De prognose van het samengaan van persoonlijkheidsstoornissen met verslaving is in het algemeen niet gunstig. Het samengaan van de verslaving met een psychiatrische stoornis (op As-I of As-II) wordt als de sterkste voorspeller van terugval in verslavingsgedrag beschouwd (⁵⁰¹). De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en alcohol voorspelt slechtere behandelresultaten (^{105 477 634}), een ernstiger vorm of beloop van het alcoholprobleem, meer negatieve emoties, meer interpersoonlijke conflicten en meer risicovol gedrag (⁵⁷³). Het gelijktijdig voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen en drugsgebruik gaat gepaard met meer psychopathologie, een lagere kwaliteit van leven, meer impulsiviteit en vijandigheid, een groter gevoel van isolement, meer depressiviteit en minder therapietrouw (^{458 531}). De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen (in het bijzonder meerdere naast elkaar bestaande persoonlijkheidsstoornissen, de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis) en drugs- en alcoholverslaving kan leiden tot een verhoogd risico op geweldsmisdrijven indien er geen behandeling plaatsvindt (²⁷⁴).

8.5.1 Behandeling van verslaving bij AS-II comorbiditeit

Aanbevelingen:

Bij comorbiditeit van een verslavingsstoornis en een persoonlijkheidsstoornis is de werkgroep van mening dat zorgvuldige diagnostiek noodzakelijk is. Wanneer bij deze vorm van comorbiditeit wordt overgegaan tot

behandeling, is het aan te bevelen eerst de aard van de stoornis en van het roesmiddel vast te stellen.

De werkgroep is van mening dat een geïntegreerd behandelplan, waarin zowel aandacht wordt gegeven aan de verslavingsproblemen als aan de persoonlijkheidsproblemen, de meeste kans van slagen heeft. Omdat een geïntegreerde behandeling (nog) niet overal wordt aangeboden, dient er aandacht te zijn voor een goede samenwerking tussen de betrokken behandelaren en in de organisatie van de zorg.

Complicaties bij risicovol gedrag

Het is aan te bevelen om bij patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving bedacht te zijn op het bestaan van een HIV- (en hepatitis B- en C-) infectie en in de behandeling aandacht te besteden aan risicovolle gedragingen als gedeeld gebruik van injectienaalden en risicovolle seks, maar ook op mogelijk suïcidegevaar.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Patiënten met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, een schizoïde persoonlijkheidsstoornis of een antisociale persoonlijkheidsstoornis, met comorbide verslaving laten slechtere behandelresultaten zien. Zij stoppen eerder met een behandeling en vallen meer terug in middelenmisbruik (^{198 610}). Meerdere epidemiologische studies bevestigen dat de combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en een verslavingsstoornis niet alleen prognostisch een negatief beeld oplevert (^{224 267 276 301 401 674}), maar ook meer kosten en een langere behandelduur met zich meebrengt (^{103 143 457}). De combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving leidt tot meer problemen in de behandeling, onder andere omdat deze patiënten meer agressie en meer impulsief gedrag vertonen dan anderen (⁴⁴⁷), en meer ernstige aan verslaving gerelateerde problemen vertonen (⁶⁵⁷). Ook hun emotionele reactiviteit wijkt af van die van 'gewone' verslaafden, waardoor behandeling mogelijk minder aanslaat (⁴⁴⁵). Een aantal studies geeft echter aan dat de combinatie niet noodzakelijkerwijs negatieve prognostische consequenties heeft, zeker wanneer het om alcoholisme gaat en niet om harddrugs, zoals heroïne en cocaïne (^{104 105 111 404 636}) en wanneer zorgvuldig gediagnosticeerd wordt, bijvoorbeeld onderscheid gemaakt wordt tussen antisociale persoonlijkheidsstoornis lifetime diagnoses en antisociale persoonlijkheidsstoornis in de volwassenheid (^{104 242 244}). Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en middelenafhankelijkheid worden geen slechtere behandelresultaten gevonden wanneer zij op dezelfde wijze behandeld worden als patiënten zonder middelenafhankelijkheid (¹²⁵).

Het voorkomen van een affectieve stoornis lijkt een positieve invloed te hebben op het beloop van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Alterman e.a., 1996; Compton e.a., 2000), zeker in vergelijking met de combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving (⁴⁰¹), of zelfs wanneer er sprake is van een combinatie van antisociale persoonlijkheidsstoornis, verslaving en life-time depressie (^{111 612}).

Complicaties bij risicovol gedrag

De combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving (vooral drugs) verhoogt de kans op risicovolle gedragingen in verband met drugsgebruik (gedeeld gebruik van injectienaalden) en op seksueel gebied (bijvoorbeeld geen condoomgebruik, frequente anale seks) (^{138 237 334 362}). De prevalentie van een HIV-infectie bij samengaan van de antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving is daardoor dan ook hoog (^{94 95 137 362}). Alle genoemde studies richtten zich uitsluitend op mannen met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis (meest antisociaal). In een studie onder heroïnegebruikers bleek niet de antisociale persoonlijkheidsstoornis maar de borderlinepersoonlijkheidsstoornis een centrale rol te spelen in risicovol gedrag, zoals gedeeld gebruik van injectienaalden, wat een verhoogd risico op een HIV-infectie met zich mee zou kunnen brengen (¹⁵⁰). In deze studie werd verder een verhoogd risico gevonden op suïcidepogingen bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Conclusies:

Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat de effectiviteit van de verslavingsbehandeling sterk afhangt van de aard van de persoonlijkheidsstoornis en/of het middel waaraan de patiënt verslaafd is.</p> <p>B Compton e.a., 2000¹³⁷ ; Goldstein e.a., 2001, 1999^{242 244} ; Tomasson & Vaglum, 2000⁶¹² ; Verheul e.a., 1999⁶³⁶ ; Cecero e.a., 1999¹¹¹ ; Alterman e.a., 1996¹³ ; Cacciola e.a., 1996, 1994^{104 105} ; Longabaugh e.a., 1994⁴⁰⁴</p>
-----------------	---

Niveau 2	Het is aannemelijk dat geïntegreerde behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (in het bijzonder antisociale en borderlinepersoonlijkheidsstoornissen) en verslaving effectief kan zijn, zeker wanneer het om alcoholproblematiek gaat. A2 Van den Bosch e.a., 2005, 2001 ^{82 83} B Southwick & Satel, 1990 ^{585} ; Nace e.a., 1986 ^{460}
--------------------------	--

Complicaties bij risicovol gedrag

Niveau 2	Het is aannemelijk dat mannelijke intraveneuze druggebruikers met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis een groter risico lopen op HIV-infectie dan intraveneuze druggebruikers zonder antisociale persoonlijkheidsstoornis. De kans op risicovolle gedragingen die samenhangen met de HIV-infectie is aanzienlijk bij verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de antisociale persoonlijkheidsstoornis. B Ladd & Petry, 2003 ^{362} ; Kelley & Petry, 2000 ^{334} ; Compton e.a., 2000, 1998 ^{137 138} ; Gill e.a., 1992 ^{237} ; Brooner e.a., 1993, 1990 ^{94 95}
--------------------------	--

Overige overwegingen:

De studies op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen en verslaving zijn niet eenduidig te interpreteren. Niet alleen zijn de resultaten tegenstrijdig, door de overlapping van de criteria van de onderscheiden persoonlijkheidsstoornissen is het moeilijk zeker te weten om welk probleemgedrag het gaat. Zelfs bij de meest zorgwekkende en veelvuldig in kaart gebrachte combinatie (antisociale persoonlijkheidsstoornis + verslaving), is het duidelijk dat het uiteenlopende patiëntengroepen betreft. Bovendien onderzoeken de meeste studies populaties die alleen uit mannen bestaan. De resultaten in gemengde populaties zijn tegenstrijdig. Het patroon van comorbide stoornissen verschilt namelijk tussen de seksen in samenhang met de aard van de verslaving (polidruggebruik of alcohol). De consequentie hiervan is dat er verschil moet zijn in de aard van de behandeling.

8.5.2 Borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan zorgvuldige diagnostiek van borderlinesymptomatologie en verslavingsproblematiek uit te voeren. Bij een combinatie van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving is het aan te bevelen suicidaliteit zorgvuldig te monitoren.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Ook de combinatie van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving levert een negatief prognostisch beeld op, in het bijzonder door het hogere risico op (para)suïcidaal gedrag (^{[150](#) [399](#) [459](#) [460](#) [652](#)}). De combinatie leidt tot slechte schoolprestaties, werkeloosheid, seksueel promiscue gedrag (^{[438](#)}), ernstigere alcoholsymptomatologie (^{[452](#)}) en ernstigere psychiatrische problemen (^{[350](#)}). Deze gevolgen lijken samen te hangen met negatieve beeldvorming ten aanzien van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Een aantal studies toont aan dat patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis met en zonder comorbiditeit met verslaving gezamenlijk behandeld kunnen worden, omdat tussen beide populaties geen wezenlijke verschillen bestaan (^{[83](#)}) of omdat de behandeling geen verschillend resultaat laat zien ten aanzien van alcoholmisbruik (^{[82](#) [460](#) [585](#)}).

Het belang van zorgvuldige diagnostiek wordt in alle studies onderschreven, maar wordt sterk benadrukt wanneer het om levensbedreigend gedrag gaat, zoals suicidaliteit of HIV-infectie (^{[555](#)}).

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat bij de combinatie van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving een verhoogde kans op suicidaliteit bestaat.
--------------------------	--

B Darke e.a., 2004 ¹⁵⁰ ; Welch & Linehan, 2002 ⁶⁵² ; Links e.a., 1995 ³⁹⁹ ; Nace e.a., 1986, 1983 ^{459 460}
--

Overige overwegingen:

Comorbiditeit van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving gaat gepaard met suïcide en suïcidaal gedrag. Hulpverleners zullen daardoor in de praktijk ertoe geneigd zijn maatregelen te nemen om eerder het risico op suïcide te minimaliseren dan aan te dringen op behandeling van de beide probleemgebieden. Onderzoeksresultaten op het gebied van gecombineerde behandeling geven evenwel aan dat aandringen op behandeling zeer zeker zin heeft. Ook hier is van belang om in de overwegingen mee te nemen dat er in de resultaten sprake kan zijn van een seksebias. Onderzoek bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis en verslaving heeft vrijwel alleen bij vrouwen plaatsgevonden.

8.5.3 Geïntegreerde behandeling bij verslaving met AS-II comorbiditeit**Aanbevelingen:**

De werkgroep is van mening dat het niet noodzakelijk is aparte programma's voor de behandeling van verslaving en persoonlijkheidsproblematiek toe te passen bij patiënten met cluster-B-problematiek in combinatie met verslaving. Het verdient aanbeveling een geïntegreerde behandeling aan te bieden, zoals dialectische gedragstherapie.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er bestaan twee psychotherapeutische modellen die zowel persoonlijkheidsstoornissen als comorbide verslaving behandelen: schemagerichte therapie en dialectische gedragstherapie (DGT). De eerste beschreven geïntegreerde duaal-gerichte behandeling voor As-II en verslaving, Dual Focus Schema Therapy (DFST), is ontwikkeld door Ball en Young (³⁰). In een pilot-RCT bij dertig op een onderhoudsdosis methadon ingestelde As-II-patiënten, werd DFST vergeleken met patiënten in een 12-stappenprogramma (zelfhulpprincipe). Het resultaat was veelbelovend (³²). Bij de patiënten toegewezen aan DFST verminderde middelengebruik sneller gedurende een 24 weken durende behandeling dan bij de patiënten uit het 12-stappenprogramma. Bovendien rapporteerden de DFST-patiënten (en therapeuten) de ontwikkeling van een sterke therapeutische werkrelatie, terwijl de 12-stappenpatiënten geen toename lieten zien. DFST lijkt ook goede resultaten op te leveren als het gaat om het verkleinen van de drop-out (³¹).

In twee gerandomiseerde klinische trials met DGT vonden Linehan e.a. (^{395 393}) bij vrouwelijke borderlinepatiënten met comorbide drugsproblematiek, dat een aangepaste versie van DGT (DGT-S) effectiever is in het verminderen van drugsgelateerde problematiek dan gebruikelijke behandeling of Comprehensive Validation Therapy in combinatie met een 12-stappenprogramma (zelfhulpprincipe), maar geen effect heeft ten aanzien van borderlinesymptomatologie. In een derde gerandomiseerde studie bij vrouwen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving (^{82 628}) werd gevonden dat een standaard DGT-behandeling effectief is in het verminderen van ernstige borderlinesymptomen (suïcidaliteit, automutilatie, impulsiviteit) en van alcoholmisbruik, maar niet van drugsgelateerde problematiek. Er werd geen verschil gevonden in behandelresultaat tussen de verslaafde en niet-verslaafde borderlinepatiënten. In alle drie de studies bleek DGT ook bij follow-up effectiever.

Onderzoek naar op onthouding gerichte behandeling bij benzodiazepinen afhankelijke patiënten, al dan niet met een comorbide borderlinepersoonlijkheidsstoornis of cluster-B-problematiek (⁶⁴⁴) toonde aan dat de gecombineerde behandeling van de verslaving en de persoonlijkheidsstoornis geen effectverschillen oplevert. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben wel behandeling van de persoonlijkheidsstoornis nodig om hun afhankelijkheid te kunnen beëindigen.

Conclusies:

Niveau <u>1</u>	Het is aangetoond dat dialectische gedragstherapie, of aanpassingen ervan, effectief is in het terugdringen van borderlineproblematiek en drugsgelateerde problematiek bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en comorbide verslaving en dat dit effect behouden blijft gedurende ten minste een halfjaar na beëindiging van de behandeling.
	A2 Linehan e.a., 2002, 1999 ^{393 395} ; Verheul e.a., 2003 ⁶²⁸ ; Van den

	Bosch e.a., 2005 ⁸²
Niveau 1	Geïntegreerde behandeling van verslaving en cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen, waarbij beide probleemgebieden gelijktijdig focus van behandeling zijn, is mogelijk en effectief. B Vorms e.a., 2005 ⁶⁴⁴ A2 Linehan e.a., 2002, 1999 ^{393 395} ; Verheul e.a., 2003 ⁶²⁸ ; Van den Bosch e.a., 2002, 2005 ^{82 84} ; Ball e.a., 1999 ³²

Overige overwegingen:

Het is van groot belang om te beseffen dat gescheiden behandeling, gebaseerd op de indeling in sectoren in de ggz (psychiatrie, verslavingszorg), zeker bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een uiterst negatief effect kan hebben. Gescheiden behandeling kan leiden tot verhoging van risico op suïcide en van suïcidaal gedrag. Door geïntegreerde behandeling aan te bieden krijgen patiënten de behandeling die zij nodig hebben. Van belang is daarbij ook dat wanneer blijkt dat deze gecombineerde problematiek behandelbaar is, het negatieve beeld dat samenhangt met borderlinepersoonlijkheidsstoornis en met verslaving, kan verminderen.

8.5.4 Cognitieve gedragstherapie bij verslaving met AS-II comorbiditeit**Aanbevelingen:**

Bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en comorbide verslavingsproblematiek kan contingentie management worden overwogen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

De resultaten ten aanzien van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) bij patiënten met een (drugs)verslaving en een persoonlijkheidsstoornis in een ambulante behandelsetting zijn tegenstrijdig. Messina e.a. (⁴³⁵) vonden dat contingentie management effectiever was dan CGT of behandeling met methadon alleen. Patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis gaven over het geheel genomen een beter effect te zien dan patiënten zonder een antisociale persoonlijkheidsstoornis. In een studie van Fisher & Bentley (²⁰⁹) bleek CGT de meest effectieve behandeling.

Conclusies:

Niveau 2	Het is aannemelijk dat contingentie management effectiever is dan cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van patiënten met een (drugs)verslaving en een persoonlijkheidsstoornis. B Messina e.a., 2003 ⁴³⁵ ; Fisher & Bentley, 1996 ²⁰⁹
----------	---

Overige overwegingen:

Al lijken de resultaten van de onderzoeken naar de toepassing van contingentie management niet eenduidig, het is een praktijkgegeven dat er altijd aandacht gegeven moet worden aan het milieu waarin de patiënt verkeert. Het effect van behandeling blijft beperkt indien nieuw gedrag niet bekrachtigd wordt door de omgeving.

8.5.5 Behandeling van anti-sociale persoonlijkheidsstoornis en verslavin**Aanbevelingen:**

Bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving, al dan niet met een comorbide stemmingsstoornis, kunnen diverse gangbare behandelingsvormen overwogen worden.

Bij mannen met antisociale persoonlijkheidsproblematiek, alcoholproblematiek én een comorbide stemmingsstoornis kan farmacologische behandeling overwogen worden.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Onderzoek van Compton e.a. (137) en van Woody e.a. (672) bij verslaafde patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een comorbide depressie, wijst uit dat psychotherapie effectief kan zijn. Volgens Messina e.a. (436) en Darke e.a. (149), en in mindere mate Schinka e.a. (550), hoeft er bij deze patiënten zelfs geen rekening gehouden te worden met de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis: verslaafde patiënten met comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornisproblematiek (mannen en vrouwen) reageren even goed op verschillende soorten behandeling (drugcounseling, psychotherapie, methadon onderhoudsdosering, therapeutische gemeenschap) en hebben een vergelijkbare therapietrouw als patiënten zonder een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Penick e.a. (494) toonden in een dubbelblinde, placebogecontroleerde en gerandomiseerde studie aan dat antidepressiva effectiever zijn dan placebo bij mannelijke patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, alcoholproblematiek en een comorbide stemmingsstoornis. De comorbide stemmingsstoornis lijkt de prognose positief te beïnvloeden.

Conclusies:

Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat de combinatie antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving effectief behandeld kan worden met verschillende vormen van psychotherapie, zowel bij mannen als bij vrouwen. Bij een comorbide depressieve stoornis neemt de kans op een gunstig behandelresultaat toe. A2 Penick e.a., 1996 ⁴⁹⁴ B Compton e.a., 2000 ¹³⁷ ; Woody e.a., 1985 ⁶⁷² ; Darke e.a., 1994 ¹⁴⁹ ; Schinka e.a., 1999 ⁵⁵⁰
Niveau <u>2</u>	Het is aannemelijk dat farmacologische behandeling met een antidepressivum effectief is bij mannelijke patiënten bij wie sprake is van een combinatie van antisociale persoonlijkheidsstoornis, alcoholproblematiek en een comorbide stemmingsstoornis. A2 Penick e.a., 1996 ⁴⁹⁴

Overige overwegingen:

In het algemeen lijkt de prognose voor verslaafde patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis die ook lijden aan een comorbide depressie, gunstiger dan wanneer er geen sprake is van een depressie. De vraag moet wel gesteld worden aan de hand van welke criteria in deze studies de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis gesteld is, aangezien ander onderzoek juist van een negatieve prognose spreekt. Ten aanzien van de resultaten op farmacotherapeutisch gebied moet enige voorzichtigheid in acht genomen worden. Meer onderzoek is noodzakelijk.

8.6 Eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen

Richtlijntekst:

De relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen is complex. Onderzoek naar deze relatie wordt veelal gedaan met de eetstoornis als uitgangspunt. Uit een meta-analyse (530) van studies tussen 1983 en 1998 komt naar voren dat gemiddeld 58% van de patiënten met een eetstoornis ook een persoonlijkheidsstoornis heeft. Deze patiënten blijken bovendien meer psychiatrische symptomen te hebben dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Uit dit onderzoek komt naar voren dat 44% van de patiënten met boulimia nervosa een cluster-B- of cluster-C-persoonlijkheidsstoornis heeft, terwijl bij patiënten met anorexia nervosa bij 45% een persoonlijkheidsstoornis uit het C-cluster wordt gevonden. Uit ander onderzoek komt naar voren dat bij obese patiënten die een eetbuistoornis hebben, in vergelijking met obese patiënten zonder eetbuistoornis, relatief veel persoonlijkheidsstoornissen voorkomen (20 tot 35%) (262).

8.6.1 Behandeling van eetstoornis bij AS-II comorbiditeit

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan bij eetstoornissen te kiezen voor een geïntegreerd behandelplan met de eetstoornis als eerste focus van behandeling, om zodoende het effect daarvan op het algemene functioneren

en op de persoonlijkheidspathologie te kunnen vervolgen en te evalueren. De behandeling van de eetstoornis kan op geleide van de verbetering van het toestandbeeld geleidelijk overgaan in behandeling van de persoonlijkheidspathologie. Dialectische gedragstherapie biedt een behandelmodel waarbinnen de symptomen van zowel de eetstoornis als de borderlinepersoonlijkheidsstoornis integraal kunnen worden aangepakt.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Voor cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie is de effectiviteit aangetoond bij patiënten met boulimia nervosa en patiënten met een eetbuistoornis (9 196 667). Verschillende studies laten zien dat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis een ongunstig effect heeft op de behandeluitkomst van de eetstoornis. Zo laten twee studies zien dat bij aanwezigheid van cluster-B-persoonlijkheidspathologie de kans groter is op meer eetbuien bij een follow-up één jaar na de behandeling (590 666). Ook hebben eetstoornispatiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis op meerdere dimensies een slechter behandelresultaat en lagere niveaus van functioneren dan eetstoornispatiënten zonder een comorbide persoonlijkheidsstoornis (275). Herstel van de eetstoornis blijkt gepaard te gaan met vermindering van de persoonlijkheidspathologie (71 420). Er is slechts één onderzoek bekend naar het effect van behandeling op zowel de persoonlijkheidsstoornis als de eetstoornis. Uit dit onderzoek blijkt dat dialectische gedragstherapie bij patiënten met een eetstoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een gunstig effect heeft op zowel de eetsymptomatologie als op de mate van zelfbeschadiging (484).

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van een eetstoornis minder effectief is in aanwezigheid van een comorbide persoonlijkheidsstoornis. C Herzog e.a., 1992 ²⁷⁵
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat het herstel van de eetstoornis gepaard gaat met vermindering van de persoonlijkheidspathologie. C Matsunaga e.a., 2000 ⁴²⁰ ; Bloks e.a., 2003 ⁷¹
Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat dialectische gedragstherapie bij patiënten met een eetstoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een gunstig effect heeft op zowel de eetsymptomatologie als op de mate van zelfbeschadiging. C Palmer e.a., 2003 ⁴⁸⁴

Overige overwegingen:

Deskundigen zijn van mening dat een eetstoornis, met name door de gevolgen van het hongeren en de dieetchaos, bepaalde persoonlijkheidskenmerken kunnen bewerkstelligen of symptomen van een persoonlijkheidsstoornis kunnen versterken. Deze kenmerken of symptomen kunnen verminderen bij herstel van de eetstoornis. Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis. Dialectische gedragstherapie is vooralsnog de enige behandelvorm waarmee een effect op zowel borderlinepersoonlijkheidsproblematiek als de eetsymptomatologie is aangetoond. De werkgroep is van mening dat er vooralsnog geen reden is om te veronderstellen dat andere vormen van behandeling niet geschikt zouden kunnen zijn.

8.6.2 Psychotherapie

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis geïntegreerd dient te worden met een behandeling van de eetstoornis. Bij een combinatie van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis geldt dat vooralsnog ambulante cognitieve gedragstherapie, zoals dialectische gedragstherapie (eventueel in combinatie met farmacotherapie voor boulimie) de meest aangewezen vorm van behandeling is.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie zijn effectief gebleken behandelingen voor patiënten met boulimia nervosa en voor patiënten met een eetbuistoornis (9 196 667). Er is slechts één onderzoek bekend naar het effect van behandeling op zowel de persoonlijkheidsstoornis als de eetstoornis. Uit dit onderzoek blijkt dat dialectische gedragstherapie bij patiënten met een eetstoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een gunstig effect heeft op zowel de eetsymptomatologie als op de mate van zelfbeschadiging (484). Bij patiënten met een eetbuistoornis lijkt de aanwezigheid van cluster-B-persoonlijkheidspathologie niet van invloed op het effect van groepsbehandeling met cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie. Bij aanwezigheid van cluster-B-persoonlijkheidspathologie is de kans groter op meer eetbuien bij een follow-up één jaar na de behandeling (590 666).

Conclusies:

Niveau 3	Er zijn aanwijzingen dat cognitieve gedragstherapie en dialectische gedragstherapie bij patiënten met een eetstoornis en een borderlinepersoonlijkheidsstoornis een gunstig effect heeft op zowel de eetsymptomatologie als op de mate van zelfbeschadiging. C Palmer e.a., 2003 ⁴⁸⁴
----------	--

Overige overwegingen:

Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een eetstoornis. Cognitieve gedragstherapie en dialectische gedragstherapie zijn vooralsnog de enige behandelvormen waarmee een effect op zowel borderlinepersoonlijkheidsproblematiek als de eetsymptomatologie lijkt te kunnen worden aangetoond.

8.7 Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD)

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat in geval van comorbiditeit van ADHD en persoonlijkheidspathologie eerst geprobeerd kan worden om door middel van psycho-educatie, een steunend-structurend contact en farmacotherapie de ADHD-symptomen onder controle te brengen. Zo nodig kan de behandeling zich vervolgens richten op de comorbide persoonlijkheidsproblematiek.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Er kon geen literatuur worden gevonden die aan de beantwoording van de uitgangsvraag kon bijdragen.

Overige overwegingen:

Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD) en de vaak ermee gepaard gaande andere As-I-stoornissen (angst, depressie, verslaving) worden over het algemeen behandeld vóór de persoonlijkheidsstoornis. Reden om ADHD eerst te behandelen is dat met medicatie voor ADHD in een paar weken duidelijk effect kan worden bereikt op alle kernsymptomen. Als onrust, chaotisch en impulsief gedrag en ook stemmingswisselingen en prikkelbaarheid met medicamenteuze behandeling afnemen, is de patiënt bovendien beter in staat tot, en toegankelijk voor verdere behandeling van de persoonlijkheidsproblemen, blijkt uit de klinische praktijk.

Een andere reden kan zijn dat met medicamenteuze behandeling van impulsiviteit, stemmingswisselingen en woede buien in het kader van ADHD, soms niet meer voldaan wordt aan de criteria voor de diagnose (cluster-B-)persoonlijkheidsstoornis. Soms moet de volgorde echter andersom zijn, bijvoorbeeld bij patiënten met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis die slecht in staat zijn een vertrouwensband op te bouwen met de behandelaar. In dergelijke gevallen lukt het soms niet om de medicatie voor ADHD adequaat in te stellen en te evalueren, en moet de werkrelatie met de behandelaar de eerste focus in de behandeling zijn.

Indien ADHD samen met een persoonlijkheidsstoornis voorkomt, kan gebruik worden gemaakt van psycho-educatie, onder andere ter verduidelijking van de redenen voor de gekozen volgorde van behandeling. Vervolgens kan medicatie en coaching voor ADHD worden gestart en geëvalueerd. Als de diagnose persoonlijkheidsstoornis hierna actueel blijft en disfunctioneren veroorzaakt, kan hierop gerichte behandeling plaatsvinden.

8.8 Somatoforme stoornissen

Richtlijntekst:

Mensen met lichamelijk ervaren klachten komen vaak bij de huisarts of de specialist met het verzoek om nader onderzoek naar een lichamelijke oorzaak van hun klachten. Als de arts hiervoor geen medische verklaring kan vinden, wordt gesproken van lichamelijk onverklaarde klachten. Een verhoogde lichaamsperceptie kan leiden tot het ervaren en naar buiten brengen van deze klachten. Bij somatoforme stoornissen is sprake van een persisterend patroon van terugkerende lichamelijk onverklaarde klachten.

Aanbevelingen:

Comorbiditeit van somatoforme stoornissen

Wanneer de behandelaar vermoedt dat er naast somatische ook sprake is van As-II-problematiek, verdient het aanbeveling de patiënt te motiveren voor verder diagnostisch onderzoek.

Omdat uit de praktijk blijkt dat veel patiënten zich moeilijk laten motiveren om psychische hulp te zoeken bij somatoforme klachten, is het van belang eerst op het somatische deel te focussen alvorens de patiënt te motiveren tot een overstap naar psychologische interventies.

De werkgroep beveelt aan om bij de keuze voor behandeling eerst na te gaan welke overwegingen een rol spelen om tot een keuze te komen wat betreft het interventieniveau (As-I, As-II en/of As-III).

Cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen bij As-II-comorbiditeit

De werkgroep is van mening dat een cognitief-gedragstherapeutische behandeling van een somatoforme stoornis, mede afhankelijk van de ernst van As-II-comorbiditeit en patiëntvoorkeuren, kan worden aangevuld met aandacht voor de persoonlijkheidsproblematiek. Een geïntegreerde behandeling kan daarbij worden overwogen.

Wetenschappelijke onderbouwing:

Comorbiditeit van somatoforme stoornissen

In onderzoek in verschillende settings (o.a. poliklinieken, in de eerste lijn) werd gevonden dat patiënten met somatoforme stoornissen een hogere prevalentie hebben van comorbide persoonlijkheidsproblematiek ([36](#) [185](#) [378](#) [379](#) [476](#) [507](#) [533](#)). Het percentage van patiënten waarbij tevens sprake is van een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen varieert in deze studies van 28% tot 51%. De studies zijn niet eenduidig over welke specifieke persoonlijkheidsstoornissen het meest voorkomen bij mensen met een somatoforme stoornis. Uit twee studies blijkt dat de prevalentie van cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen is verhoogd, in het bijzonder de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis ([133](#) [507](#)).

Cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen bij As-II-comorbiditeit

Tot op heden is er slechts één studie ([378](#) [379](#)) verschenen over de invloed van een persoonlijkheidsstoornis op het behandelresultaat van cognitieve gedragstherapie bij somatoforme stoornissen. In deze studie werd onderzocht in hoeverre de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis invloed had op de effecten van reguliere behandeling van somatoforme stoornissen binnen een gedragstherapeutische medische kliniek. De behandeling bestond uit individuele psychotherapie, probleemgerichte groepstherapie en gestandaardiseerde programmaonderdelen gericht op specifieke aspecten van psychopathologie (zoals pijn, depressie of angst). In deze studie verbeterden de patiënten met een somatoforme stoornis en een persoonlijkheidsstoornis evenveel in vergelijking met mensen met een somatoforme stoornis zonder As-II-comorbiditeit.

Conclusies:

Comorbiditeit van somatoforme stoornissen

Niveau 2	Het is aannemelijk dat persoonlijkheidsstoornissen en somatoforme stoornissen vaak samen voorkomen. B Emerson e.a., 1994 ^{185} ; Bass & Murphy, 1995 ^{36} ; Rost e.a., 1992 ^{533} ;
--------------------------	---

Leibbrand e.a., 1999 ^{378 379} ; Phillips & McElroy, 2000 ⁵⁰⁷ ; Noyes e.a., 2001 ⁴⁷⁶
--

Cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen bij As-II-comorbiditeit

Niveau <u>2</u>	Er zijn aanwijzingen dat As-II-comorbiditeit geen invloed heeft op de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij somatoforme stoornissen. B Leibbrand e.a., 1999 ^{378 379}
-----------------	--

Overige overwegingen:

Comorbiditeit van somatoforme stoornissen

Patiënten met een somatoforme stoornis zoeken in eerste instantie meestal hulp op het somatische vlak. Wanneer de behandelaar vermoedt dat er naast somatische ook sprake is van As-II-problematiek, verdient het aanbeveling de patiënt te motiveren voor verder diagnostisch onderzoek. Omdat uit de praktijk blijkt dat veel patiënten zich moeilijk laten motiveren om psychische hulp te zoeken bij somatoforme klachten, is het van belang eerst op het somatische deel te focussen alvorens de patiënt te motiveren tot een overstap naar psychologische interventies.

Cognitieve gedragstherapie voor somatoforme stoornissen bij As-II-comorbiditeit

Mede afhankelijk van de voorkeur van de patiënt kan tijdens of na de behandeling van de somatoforme stoornis tevens aandacht worden geschonken aan een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Naarmate de comorbide persoonlijkheidsstoornis ernstiger is, valt een geïntegreerde behandeling te overwegen.

9. Kosteneffectiviteit

Richtlijntekst:

Kosteneffectieve patiëntenzorg vormt een van de criteria bij de ontwikkeling van richtlijnen. In eerste instantie moet worden voldaan aan de criteria voor richtlijnontwikkeling in het algemeen, waaronder prevalentie en incidentie, keuzeproblematiek en wetenschappelijk bewijs over effectiviteit (werkzaamheid in de praktijk van alledag) en tolerantie. Vervolgens is kosteneffectiviteit, ofwel 'doelmatigheid', mogelijk een criterium voor het maken van keuzes in de zorg, omdat de financiële middelen beperkt zijn. Doelmatigheid is in het bijzonder relevant als op grond van een onderbouwing vanuit klinisch perspectief en patiëntenperspectief verschillende behandelopties kunnen worden aanbevolen. Zo kan informatie over doelmatigheid behulpzaam zijn wanneer twee even effectieve behandelingen verschillen in kosten. Ook is de situatie denkbaar dat de ene behandeling effectiever is dan de ander, maar meer kosten met zich meebrengt. De vraag is dan legitiem of deze gezondheidswinst voldoende in verhouding staat tot de extra kosten, ofwel: is de interventie doelmatig? In kosteneffectiviteitsonderzoek worden de kosten meestal ingedeeld naar twee categorieën: directe medische kosten en productiviteitskosten. Directe kosten binnen de gezondheidszorg zijn alle kosten die rechtstreeks verband houden met therapie, behandeling, preventie en verzorging van een bepaalde ziekte. Productiviteitskosten hebben betrekking op de kosten te wijten aan werkverzuim en arbeidsongeschiktheid. Vanuit maatschappelijk oogpunt zijn beide kostencategorieën relevant voor persoonlijkheidsstoornissen.

Uitgangsvragen

Welke economische evaluaties over interventies bij persoonlijkheidsstoornissen zijn er in de literatuur bekend?

Wat is de kwaliteit van deze onderzoeken op basis van de richtlijnen voor doelmatigheidsonderzoek?

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor deze richtlijn is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar doelmatigheidsonderzoeken op het gebied van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Er is in PubMed gezocht met de volgende zoektermen: 'personality disorder' en 'cost-effectiveness'. Vervolgens is aan de hand van de referentielijst gezocht naar literatuurverwijzingen die nog niet gevonden waren door middel van het gebruik van de zoektermen.

Aanbevelingen:

De werkgroep is van mening dat in Nederland kwalitatief goed, empirisch kosteneffectiviteitsonderzoek opgezet zou moeten worden waarbij twee of meerdere behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen met elkaar worden vergeleken.

Wetenschappelijke onderbouwing:

In totaal zijn dertien relevante onderzoeken gevonden. Het merendeel van deze onderzoeken betreft kostenanalyses, waarbij geen verband met de effectiviteit van de behandeling wordt gelegd. Wat deze onderzoeken wel duidelijk maken is dat er naast de directe behandelkosten ook besparingen elders in de zorg of daarbuiten optreden. Een kleiner aantal onderzoeken bevat wel gegevens over kosten én effecten. De meeste onderzoeken betreffen kostenstudies waarbij de belangrijkste schattingen zijn gebaseerd op het aantal verpleegdagen vermenigvuldigd met de kostprijs van een verpleegdag. Daarnaast werden onderzoeken gevonden waarbij die laatste vermenigvuldiging niet heeft plaatsgevonden en waarbij het aantal opnames dus de uitkomstmaat vormt ([37](#) [390](#) [394](#) [617](#)). Over het algemeen geven deze onderzoeken aan dat psychotherapie het aantal (her)opnames en verpleegdagen lijkt te beperken ten opzichte van uitsluitend andere psychiatrische zorg (treatment as usual).

Een voorbeeld van een kostenonderzoek waarin de verpleegdagen in kosten worden uitgedrukt, is het onderzoek van Stevenson & Meares ([596](#)). Deze onderzoekers laten zien dat de kosten voor ziekenhuisopnames bij dertig patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis aanzienlijk kunnen worden gereduceerd door ambulante psychotherapie gedurende twaalf maanden. Wanneer de kosten van de behandeling zelf van de besparingen werden afgetrokken, leverde dit een nettoreductie in kosten op van \$8.431 (€ 6.274) per patiënt in het eerste jaar na de behandeling. Deze resultaten liggen in het verlengde van de bevindingen van Dolan e.a. ([169](#)). Zij berekenden een afname in kosten van £12.658 (€ 18.810) per patiënt bij 24 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis nadat deze groep een specialistische, klinische behandeling voor ernstige persoonlijkheidsproblematiek had gekregen. Deze besparing was te danken aan een afname van de ambulante en klinische zorg en van de duur van detentie. De onderzoekers concluderen vervolgens

dat de kosten van de eigenlijke behandeling (£25.641; € 38.102) dus in twee jaar terugverdiend zijn. Voor deze berekeningen is gebruikgemaakt van tarieven van verpleegdagen en gevangenisverblijf. Tarieven hoeven overigens niet gelijk te zijn aan de werkelijke kosten. Dolan e.a. (¹⁶⁹) gaan er bij hun berekeningen van uit dat wanneer het herstel zich door zou zetten, dit na twee jaar nettobesparingen zou gaan opleveren. In voornoemde onderzoeken zijn de productiviteitskosten buiten beschouwing gelaten. Een aantal kostenonderzoeken heeft echter aangetoond dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen niet alleen effect heeft op de directe medische kosten, maar ook op de productiviteitskosten te wijten aan patiënten die hun betaalde werk niet of verminderd efficiënt kunnen doen. In een effectiviteitsstudie vonden Stevenson & Meares (⁵⁹⁴) dat het werkverzuim bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen onder invloed van psychotherapie terugliep van gemiddeld 4,7 maanden per jaar naar 1,4. Bij een follow-up na vijf jaar bleek dit verschil nog steeds aanwezig. Een vermindering van ziekteverzuim door psychotherapie werd ook gevonden in het onderzoek van Linehan in een populatie van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (^{390 394}).

De hierboven besproken onderzoeken zijn allemaal onderzoeken waarbij alleen naar de kosten is gekeken. Er zijn ook onderzoeken bekend die zowel de kosten als de effecten hebben bestudeerd (^{116 117}). Zo bestudeerde Abbass (²) de kosten en de effecten van intensieve kortdurende dynamische psychotherapie in een vrijgevestigde psychotherapiepraktijk. In deze praktijk werden voornamelijk patiënten met persoonlijkheidsstoornissen behandeld, maar ook patiënten met depressieve stoornissen, somatoforme stoornissen, paniekstoornissen en dysthyme stoornissen. De resultaten laten een afname van symptomen zien op vragenlijsten die onder meer angst en depressie en interpersoonlijk functioneren meten. Terwijl de nettobesparingen (na aftrek van de kosten van de eigenlijke behandeling) door het hervatten van werk, het stoppen van medicatie en een afname van bezoeken aan artsen en het aantal opnamedagen opliepen tot in totaal CAN \$402.523 (€ 279.841) voor de 89 patiënten in het onderzoek. Echter, omdat een onderscheid naar diagnose in dit artikel niet werd gemaakt, is de netto-reductie per patiënt met een persoonlijkheidsstoornis niet bekend.

Hoewel in bovenstaand onderzoek zowel de kosten als de effecten van de behandeling zijn gemeten, is geen expliciet verband gelegd tussen deze twee in de vorm van een kosteneffectiviteitsratio. Tevens is geen gebruikgemaakt van een controlegroep. Daardoor wijkt dit onderzoek nog steeds op belangrijke punten af van wat onder een formeel kosteneffectiviteitsonderzoek wordt verstaan (¹⁷¹). Een onderzoek dat meer in de buurt komt van een formeel uitgevoerd kosteneffectiviteitsonderzoek is het recentelijk gepubliceerde onderzoek van Beecham e.a. (⁴⁵). De kosten en effecten van drie behandelingsmogelijkheden voor persoonlijkheidsstoornissen zijn in dit onderzoek vergeleken. Het zogenaamde one-stage-programma is een elf tot zestien maanden durende behandeling in een klinische setting. Het step-down-programma betreft een klinische behandeling van zes maanden gevolgd door een twaalf tot achttien maanden durend ambulante vervolprogramma. Deze interventies worden vergeleken met treatment as usual (TAU), die bestaat uit medicatie, ambulante zorg om de twee tot vier weken en een klinische opname indien noodzakelijk. De effecten zijn gemeten door veranderingen op de Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), de Positive Symptom Total (PST) en de Global Assessment Scale (GAS). De directe medische kosten bevatten de kosten voor opnames, ambulante zorg en medicatie. Verandering in de indirecte kosten als gevolg van productiewinst (personen die weer betaald werk kunnen uitoefenen) bleken niet relevant. De kosten en effecten zijn bepaald over drie perioden: één jaar voor de interventie, gedurende de interventie, en één jaar na de interventie. Beide specialistische programma's bleken meer effectief dan de TAU, maar ook duurder. Tussen de twee specialistische programma's werd geen significant verschil in kosten van de behandelingen gevonden. Wanneer gekeken werd naar de effecten, bleek het step-down-programma het meest effectief. De 'incrementele kosteneffectiviteitsratio' (het verschil aan kosten gedeeld door het verschil in effect) is in deze vergelijking simpel te interpreteren en wijst het step-down-programma aan als het meest doelmatig: een hogere effectiviteit en gelijke kosten. De kosteneffectiviteitsratio van het step-down-programma in vergelijking met de TAU was £3.405 (€ 5.060) per punt winst op de GAS (range 1-100), £30.304 (€ 45.032) per punt winst op de GSI (range 1-4) en £1.131 (€ 1.681) per punt winst op de PST (range 0-90). Een nadeel van de berekende ratio's is dat ze specifiek zijn voor persoonlijkheidsstoornissen en daarom niet vergeleken kunnen worden met kosteneffectiviteitsratio's uit andere delen van de zorg. Daardoor blijft het moeilijk om een goede indruk te krijgen van de kosteneffectiviteit vanuit een maatschappelijk oogpunt. Een oplossing zou zijn de uitkomsten van de therapie uit te drukken in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren, zogenaamde QALY's.

Wat betreft de Nederlandse situatie zijn er twee onderzoeken bekend naar de doelmatigheid van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, waarvan er één nog niet gepubliceerd is. Dit onderzoek van de Universiteit van Maastricht vergelijkt de kosteneffectiviteit van twee vormen van ambulante psychotherapie, 'schema-focused therapy' en 'transference-focused psychotherapy', in een groep van 86 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De kosten zijn berekend vanuit een maatschappelijk perspectief en het interview omvatte dus onder meer vragen over werkstatus en -verzuim, ziektebelasting voor de familie, gebruik van medicijnen, alcohol- en druggebruik en zorggebruik. De effectiviteit is uitgedrukt in de proportie herstelde

patiënten volgens de Borderline Personality Disorder Severity Index-IV (BPDSI-IV). Uitkomstmaten waren de kosten per herstelde patiënt volgens de BPDSI-IV en de kosten per QALY. De resultaten laten onder meer zien dat schema-focused therapy dominant is ten opzichte van transference-focused psychotherapy voor de kosten per herstelde patiënt: de maatschappelijke kosten zijn lager en de proportie herstelde patiënten groter. Voor de kosten per QALY ligt het anders: de QALY's voor de schema-focused therapy zijn iets lager dan die voor de transference-focused psychotherapy (vooral door de lagere EQ-5D-score voor schema-focused therapy in de eerste twee jaar van de behandeling), resulterend in een incrementele kosteneffectiviteitsratio van € 90.457. Desalniettemin wordt schema-focused therapy in dit onderzoek aangewezen als de meest doelmatige behandeling voor borderlinepersoonlijkheidsstoornissen.

Dit onderzoek is een goed voorbeeld van een onderzoek dat is uitgevoerd volgens de huidige methodologische maatstaven zoals die gelden voor kosteneffectiviteitsonderzoek. De kosten worden berekend vanuit een maatschappelijk perspectief. Verder is dit onderzoek niet alleen gerandomiseerd, maar gebruikt het ook als een van de eerste in het veld het gehele formele kosteneffectiviteitsinstrumentarium, waaronder de EQ-5D. Bovendien worden de resultaten gepresenteerd in overzichtelijke 'cost-effectiveness acceptability curves'. De resultaten van dit onderzoek zullen binnenkort worden gepubliceerd.

Nog in aantocht zijn de resultaten van een omvangrijk tweede onderzoek, waarin de kosteneffectiviteit van verschillende behandelvormen en -settings (ambulante, dagklinisch en klinisch) met elkaar worden vergeleken. Aan project SCEPTRE (Study on the Cost-Effectiveness of Personality disorder Treatment) werken naast de initiator Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren, nog vijf andere gespecialiseerde instellingen mee verspreid over heel Nederland: Altrecht te Utrecht, Zaans Medisch Centrum te Zaandam, De Gelderse Roos te Lunteren, GGZWNB te Bergen op Zoom en Mentrum te Amsterdam. De eerste resultaten op het gebied van de kosteneffectiviteit worden in 2008 verwacht.

Er kan waargenomen worden dat het aantal economische evaluaties bij persoonlijkheidsstoornissen de laatste jaren aan het toenemen is. De meerderheid van de onderzoeken wijst erop dat psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen waarschijnlijk doelmatig is.

Conclusies:

Niveau <u>1</u>	<p>Het is aangetoond dat psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen leidt tot besparingen door een afname van verpleegdagen en werkverzuim. Vaak zijn de besparingen die optreden door de behandeling groter dan de kosten van de behandeling zelf.</p> <p>A2 Bateman & Fonagy, 1999, 2003³⁷ ⁴⁰ ; Linehan e.a., 1991, 1993³⁹⁰ ³⁹⁴ A2 Tyrer e.a., 2000⁶¹⁷ C Abbass, 2002² ; Hall e.a., 2001²⁶¹ ; Stevenson & Meares, 1999⁵⁹⁶</p>
Niveau <u>3</u>	<p>Er zijn aanwijzingen dat psychotherapie kosteneffectief is bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.</p> <p>B Beecham e.a., 2006⁴⁵ D Lazar & Gabbard, 1997³⁷⁵</p>
Niveau <u>2</u>	<p>Het is aannemelijk dat zes maanden klinische psychotherapie gevolgd door ambulante psychotherapie (step-down) kosteneffectiever is dan twaalf maanden klinische psychotherapie bij patiënten met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen.</p> <p>B Chiesa e.a., 2002¹¹⁶ ¹¹⁷ ; Beecham e.a., 2006⁴⁵</p>

Overige overwegingen:

Het literatuuronderzoek naar onderzoeken over economische evaluaties van behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen leverde voor het merendeel kostenonderzoeken op en een enkel doelmatigheidsonderzoek. De aanwezige kostenonderzoeken betreffen meestal een vergelijking van de kosten van behandelingen, waarbij de analyse beperkt is tot de kosten van opnames. De vertekening die hierdoor ontstaat is vermoedelijk niet zo heel groot, omdat de kosten voor opnames meestal verantwoordelijk zijn voor het leeuwendeel van de kosten. Een vollediger beeld wordt verkregen in onderzoeken die tevens kosten en besparingen meenemen die elders in de zorg of buiten de zorg optreden. De onderzoeken waarin zowel de kosten als de effecten worden gemeten, wijzen in de richting dat psychotherapie voor

persoonlijkheidsstoornissen een doelmatige interventie is. Een kanttekening hierbij is dat de gevonden onderzoeken gebaseerd zijn op relatief kleine steekproeven, beperkt zijn in aantal en over het algemeen niet uitgevoerd zijn volgens de huidige methodologische maatstaven zoals die gelden voor kosteneffectiviteitsonderzoek. Het ontbreken van deze formele methodologie, en dan met name het gebruik van klinische uitkomstmaten in plaats van algemene uitkomstmaten, is vooral storend bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten. Het strekt daarom tot aanbeveling om naast de klinische uitkomstmaten een instrument voor het bepalen van de algemene kwaliteit van leven op te nemen, zoals de EuroQol EQ-5D ⁽⁹³⁾).

10. Organisatie van zorg

Richtlijntekst:

Deze richtlijn straalt het nodige behandeloptimisme uit. Zo wordt in paragraaf 4.5 bijvoorbeeld de volgende aanbeveling gegeven: 'De werkgroep is van mening dat hulpverleners terughoudend dienen om te gaan met het gebruik van "contra-indicaties" voor de (psychotherapeutische) behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, juist nu we een trend zien in de richting van de ontwikkeling van behandelprogramma's voor welke geen of slechts weinig van deze contra-indicaties nog gelden.' Dit is gerechtvaardigd op basis van het beschikbare wetenschappelijke bewijs voor de werkzaamheid van met name psychotherapeutische behandelvormen. Dit optimisme staat in scherpe tegenstelling tot het pessimisme dat we in de klinische praktijk nog zo vaak tegenkomen. De inhoud van deze richtlijn staat aldus op gespannen voet met het vaak hardnekkige geloof in de vermeende onveranderbaarheid en onbehandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen. Het optimisme, voor zover dit wordt gedragen door het beschikbare empirische bewijs, is juist ook belangrijk omdat het denken in de praktijk vaak geheel tegenovergesteld is en de ggz ook nog niet dienovereenkomstig is ingericht. De behandelcapaciteit voor persoonlijkheidsstoornissen in de tweede en derde lijn is dikwijls erg beperkt, en daarom is het niet zelden lastig om patiënten vanuit de eerste lijn op een goede manier te verwijzen. Maar hierbij is het van belang om te begrijpen dat een richtlijn niet meer en niet minder is dan een overzicht van de wetenschappelijke evidentie en geen beeld geeft van de huidige inrichting van de zorg. Hiertoe zal de richtlijn eerst geïmplementeerd moeten worden.

Dit hoofdstuk beoogt bij de implementatie van de richtlijn van waarde te zijn, onder andere door een beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden in de verschillende echelons van de gezondheidszorg.

Uitgangsvragen

Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?

Wat zijn de aandachtspunten voor de implementatie van deze richtlijn?

Keuze en verantwoording van de literatuur

Voor dit hoofdstuk is geen systematisch literatuuronderzoek verricht. De belangrijkste reden hiervoor is dat er weinig empirisch onderzoek naar het onderwerp gedaan is. Het hoofdstuk is tot stand gekomen op basis van consensusvorming in de werkgroep, aangevuld met enkele relevante literatuurreferenties.

10.1 Keuze en verantwoorde van de literatuur

Richtlijntekst:

Voor dit hoofdstuk is geen systematisch literatuuronderzoek verricht. De belangrijkste reden hiervoor is dat er weinig empirisch onderzoek naar het onderwerp gedaan is. Het hoofdstuk is tot stand gekomen op basis van consensusvorming in de werkgroep, aangevuld met enkele relevante literatuurreferenties.

10.2 Echelonnering

Richtlijntekst:

Bij de implementatie van deze richtlijn is het van groot belang om de taken, verantwoordelijkheden en uitdagingen voor de respectievelijke echelons van de gezondheidszorg goed te onderscheiden. Wie moet wat doen en wanneer? Echelonnering van de gezondheidszorg betekent de introductie van een trapsgewijze toegang tot gezondheidszorg. Echelonnering betekent dat de gezondheidszorg zo georganiseerd wordt, dat aan de volgende drie principes wordt voldaan:

- **Structuur:** In het zorgaanbod wordt onderscheid gemaakt tussen een polyvalent niveau of eerste lijn, die ondersteund wordt door een gespecialiseerd niveau of tweede lijn, en deze wordt op haar beurt ondersteund door een supergespecialiseerd niveau of derde lijn.
- **Specificiteit:** Aan elk van de lijnen worden taken inzake zorgverlening toegewezen. De taken worden duidelijk omschreven in functie van complementariteit (huisarts-specialist) en subsidiariteit (dienst op

meest aangewezen niveau), zowel binnen als tussen de lijnen, en in functie van de voor elke taak vereiste graad van deskundigheid, van kwaliteit, van integratie van zorg en van toegankelijkheid voor en participatie van de gebruiker.

- **Functionaliteit:** Het geheel van regelingen van de toegang tot, en het verstrekken van zorg moet het functioneel gebruik van de verschillende voorzieningen ondersteunen, zowel op het niveau van de gebruiker als op het niveau van de zorgverstrekkers en van de diensten.

De focus in dit hoofdstuk ligt op de eerste, tweede en derde lijn van de gezondheidszorg. De 'nulde' lijn, preventie, valt buiten het bestek van deze richtlijn. Preventie van persoonlijkheidsstoornissen wordt echter in de toekomst mogelijk een belangrijk onderwerp. Een toenemend aantal onderzoeken laat positieve langetermijneffecten zien van diverse preventieve interventies, zowel gericht op de populatie (primaire preventie), op risicogroepen (secundaire preventie), als op groepen waarin de problematiek zich reeds heeft gemanifesteerd (tertiaire preventie). In een recent onderzoek is voor het eerst aangetoond dat een preventieprogramma gunstige effecten heeft op de persoonlijkheidsontwikkeling (⁵¹⁷). Een groep kinderen nam van hun derde tot vijfde levensjaar deel aan een stimuleringsprogramma met nadruk op betere scholing, voeding en lichaamsbeweging. In vergelijking tot niet-deelnemers, die waren gematcht op tal van relevante variabelen, vertoonde de experimentele groep significant minder schizotypische kenmerken en antisociaal gedrag op 18-jarige leeftijd en minder crimineel gedrag op 23-jarige leeftijd. Verder is er in toenemende mate evidentie voor de preventieve werking van systeemtherapeutische programma's voor jeugdigen met antisociale gedragsproblemen, zoals multisysteemtherapie en functionele gezinstherapie. Vermoedelijk geldt voor vele persoonlijkheidsstoornissen: hoe eerder een interventie, hoe gunstiger de prognose.

10.3 Zorggebruik

Richtlijntekst:

Verschiedende onderzoeken laten zien dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen veel en veel verschillende vormen van zorg consumeren, zoals huisartsenzorg, medicatie, klinische opnames en psychotherapie (⁴⁹). Er is echter nauwelijks zicht op de zorgconsumptie van mensen met persoonlijkheidsstoornissen in de algemene populatie. Er is de werkgroep slechts één onderzoek bekend dat inzicht geeft in de mate waarin mensen met persoonlijkheidsstoornissen behandeling zoeken en krijgen voor hun persoonlijkheidsstoornis (¹⁹). Uit dit Australische onderzoek bleek dat van alle mensen met persoonlijkheidsstoornissen circa 15% hulp zocht voor persoonlijkheidsproblemen. Daarvan had minder dan de helft de huisarts bezocht. De meerderheid van degenen die hulp zochten, kreeg vervolgens medicatie, begeleiding of psycho-educatie. Slechts 16% van degenen die hulp zochten, ontving uiteindelijk een evidence-based behandeling (psychotherapie). Op basis van deze bevindingen kan voorzichtig worden geconcludeerd dat, althans in Australië, uiteindelijk slechts een gering percentage van de mensen met persoonlijkheidsstoornissen een evidence-based behandeling (psychotherapie) ontvangt. Het is de vraag of het percentage in westerse landen hoger ligt. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen kloppen zelden bij de hulpverlening aan met klachten over hun persoonlijkheid. Aoun e.a. (²⁰) voerden als mogelijke verklaring aan dat veel mensen met een psychische stoornis geen hulp nodig zouden hebben omdat zij goed genoeg functioneren. Verder constateerden zij dat het aanmerken van de eigen toestand als problematisch waarschijnlijk ingewikkelder is bij een psychische stoornis dan bij een lichamelijke aandoening. Ook kent de traditionele cultuur (in dit geval de Australische) een grote diversiteit aan beschikbare en aanvaardbare maatregelen om iets aan de situatie te doen, bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, informele steunsystemen en andere idiosyncratische manieren om de situatie het hoofd te bieden. Daarnaast zou de angst voor stigmatisering het zoeken van hulp kunnen afremmen.

Meadows e.a. (⁴²⁷) noemen als barrières bij het zoeken van psychotherapeutische hulp in Australië: voorkeur om het zelf op te lossen (12%); financiële barrière (10%); ontoegankelijkheid van de zorg (9%); angst voor stigmatisering (5%); onwetendheid (3%); reeds andere hulp verkregen (3%); en afwijzing (1%). De onderzoeken van Aoun e.a. en Meadows e.a. maken duidelijk dat persoonlijke overwegingen en de (perceptie van de) beschikbaarheid van zorg het daadwerkelijke zoeken ervan kunnen beïnvloeden. Daarnaast suggereert de door Meadows e.a. genoemde financiële barrière het bestaan van een klassenverschil ten aanzien van de bereikbaarheid van zorg.

Het is vooralsnog niet duidelijk hoe de situatie in Nederland is en aan welke van de volgende factoren de drempel voor het zoeken van hulp vooral moet worden toegeschreven:

- **Ziektespecifieke kenmerken:** door het soms egosyntonie karakter van de pathologie ervaren veel mensen uit deze groep hun persoonlijkheid niet als afwijkend of problematisch.

- Schaamte/stigma: als gevolg van schaamte of stigmatisering kunnen mensen met persoonlijkheidsstoornissen een voorkeur hebben om hun problemen zelf op te lossen in plaats van hulp te vragen.
- Herkenning: persoonlijkheidsstoornissen worden dikwijls niet of te laat herkend. Hulpverleners ervaren ook moeite om persoonlijkheidsstoornissen bespreekbaar te maken en patiënten met deze problematiek te motiveren voor een doorverwijzing.
- Klinisch pessimisme: door het onterechte geloof in de onveranderbaarheid dan wel ongunstige prognose van persoonlijkheidsstoornissen (over het beloop van persoonlijkheidsstoornissen) bestaat (grote) terughoudendheid om de diagnose persoonlijkheidsstoornis te stellen.

Aanbevelingen:

De werkgroep beveelt aan om in de gezondheidszorg, ook in de eerste lijn, in geval van psychische, somatische en psychosomatische klachten te onderzoeken of naast de aanmeldingsklachten ook sprake is van persoonlijkheidsproblemen en, indien dit het geval is, behandeling of doorverwijzing te overwegen.

10.4 De eerste lijn

Richtlijntekst:

De eerste lijn bestaat uit de huisarts, de eerstelijnspsycholoog (ELP) en het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Persoonlijkheidsstoornissen komen in de eerstelijnsgezondheidszorg frequent voor. Uit bevolkingsonderzoek blijkt minimaal 10% van de bevolking aan de criteria van een of meer persoonlijkheidsstoornissen te voldoen. Bij de patiëntenpopulatie in de eerste lijn ligt dit percentage naar alle waarschijnlijkheid (aanmerkelijk) hoger omdat mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, een ontwijkende, afhankelijke of obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis een sterk beroep doen op de gezondheidszorg, doorgaans vanwege As-I-klachten zoals depressies, angststoornissen of somatoforme stoornissen.

De hulpverlening aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn heeft dikwijls tot doel om andere somatische, psychische of sociale problemen te behandelen of helpen op te lossen, of om hen te motiveren voor en te verwijzen naar specialistische behandeling. Hierbij is het van belang om op een productieve manier om te gaan met deze mensen, die vaak lastig in het contact en de communicatie zijn. Een valkuil voor de huisarts en voor de andere hulpverleners in de eerste lijn, is uitsluitend op de inhoud van de klacht of vraag in te gaan ⁽³⁰⁷⁾.

Huisartsen en andere eerstelijns hulpverleners ervaren dikwijls problemen in de relatie met deze patiënten. Dan gaat het bijvoorbeeld om gedrag dat door de huisarts als claimend, teatraal of dwingend wordt ervaren. Vaak melden deze patiënten zich met gedragsproblemen en klachten die steeds terugkeren, zonder dat er verbetering optreedt. Huisartsen erkennen dat hun eigen persoonlijkheid een rol kan spelen in deze 'moeilijke' contacten. Ook hun leeftijd en ervaring spelen een rol. Huisartsen vinden wel dat zij ook de huisarts zijn voor de groep moeilijke patiënten ⁽⁵⁹³⁾.

Vanwege de problematische omgang met zichzelf en hun omgeving - vaak zonder dat zij zich daarvan bewust zijn - is de bejegening van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een punt van aandacht voor de eerstelijns hulpverleners ⁽⁵⁴⁹⁾.

In de eerste lijn moeten hulpverleners in staat zijn op een productieve manier om te gaan met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, hetzij om andere somatische, psychische of sociale problemen te behandelen of helpen op te lossen, hetzij om hen te motiveren voor en te verwijzen naar specialistische zorginstellingen. In tabel 16 staan enkele algemene vuistregels ten aanzien van wat hulpverleners beter wel en beter niet kunnen doen in het contact met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ⁽⁶²⁸⁾.

Tabel 16: Enkele algemene vuistregels voor de communicatie en omgang met mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Do's	Don'ts
Bevorder een goede en vooral stabiele werkrelatie: <ul style="list-style-type: none"> • wees hoffelijk, vriendelijk, begripvol 	Bevorder een goede en vooral stabiele werkrelatie:

<ul style="list-style-type: none"> • neem een consequente grondhouding aan • blijf zelfverzekerd en gebruik humor • creëer een veilige sfeer • verstrek op zeer zorgvuldige wijze uitgebreide en feitelijke informatie • accepteer de opstelling van de patiënt, maar ga ertegen in indien te <p>sterk aanwezig</p> <ul style="list-style-type: none"> • onderken eigen weerstanden • wees bereid hand in eigen boezem te steken (zonder uw waardigheid te verliezen) • bewaar uw (professionele) distantie <p>Maak gebruik van de volgende interventies:</p> <ul style="list-style-type: none"> • positieve feedback • stimuleren tot actief, productief en -competent gedrag • structureren • denkbeelden laten toetsen aan de realiteit • realistische doelstellingen en grenzen bevorderen <p>Vraag waar nodig een 'second opinion' aan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • laat uw irritatie en ongeduld zo min mogelijk merken • voorkom een dominante houding, maar bewaar uw professionaliteit • verlies uzelf niet in overmatige -betrokkenheid • laat u niet verleiden de verantwoordelijkheid voor problemen over te nemen van de patiënt • laat u niet in een defensieve positie -manoeuvreren • ga nooit en te nimmer de strijd aan <p>Denk bij uw interventies aan het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vermijd waar mogelijk confrontaties • blijf in het heden en bedek huidige -problemen niet met problemen uit de vroege jeugd • ga niet mee in grenzeloos optimisme <p>of pessimisme</p>
--	--

De rol van de huisarts

Algemeen

De huisarts is de poortwachter van de specialistische gezondheidszorg. De door hem geboden hulp is:

- generalistisch: voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen
- toegankelijk: op korte afstand, laagdrempelig, 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar
- persoonsgericht: gericht op het individu en zijn omgeving
- continu: gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden (⁴⁶¹).

Huisartsen verwijzen patiënten in 4% van alle contacten door naar andere hulpverleners en vervullen daarmee een poortwachtersrol in het zorgsysteem (¹⁰⁶). Hierbij heeft de huisartsenzorg ook de functie van gids in de gezondheidszorg (⁴⁶¹). Ze helpen patiënten vaak op weg in de overige (eerstelijns)zorgverlening. Gemiddeld verwijzen huisartsen negen keer per duizend ingeschreven patiënten naar een Riagg, ELP of psychiater. Als we het AMW en de psycholoog meetellen, komt het verwijzingspercentage op 13%. Depressie (depressieve gevoelens) en angst (angstige gevoelens) staan in de top vijf van meest voorkomende verwijzingsdiagnoses/redenen van verwijzing.

In het diagnostisch proces betreft de huisarts somatische, psychologische en psychiatrische aspecten en omgevingsfactoren. Afhankelijk van de hulpvraag en de diagnose is er een aantal mogelijkheden:

- de patiënt kan op eigen kracht verder
- de huisarts stelt een behandeling in en begeleidt de patiënt
- de patiënt wordt verwezen naar het AMW of de ELP
- de huisarts consulteert een ter zake deskundige hulpverlener in de eerste, tweede of derde lijn
- de huisarts verwijst de patiënt naar de gespecialiseerde ggz

Overigens speelt de huisarts ook een belangrijke rol bij de zorg voor patiënten met chronische psychiatrische problematiek. Net als in de somatische gezondheidszorg, vragen chronische psychiatrische patiënten om multidisciplinaire, transmurale begeleiding op basis van afspraken tussen de eerstelijns-ggz en de gespecialiseerde ggz. De huisarts heeft meestal een langdurige relatie met de patiënt, is dossierhouder en verzorgt en bewaakt de (herhaal)medicatie ⁽¹⁰¹⁾.

Specifiek

Wat betreft patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bestaat de rol van de huisarts uit:

- het behandelen van somatische stoornissen en As-I-stoornissen
- signaleren en herkennen van de persoonlijkheidsproblematiek
- motiveren van patiënten tot behandeling
- doorverwijzen naar een ELP of de tweede lijn
- interveniëren bij crisissituaties, de-escaleren bij dreigende crisis
- psycho-educatie aan patiënt en/of familieleden
- aandacht en steun bieden aan familieleden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

Ten behoeve van de herkenning van persoonlijkheidsstoornissen worden in tabel 17 kenmerken opgesomd op basis waarvan een huisarts een persoonlijkheidsstoornis kan overwegen. Deze kenmerken kunnen huisartsen benoemen om patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zich bewust te laten worden van de patronen in hun problematiek en om te komen tot een gedeelde probleemdefiniëring, om hen vervolgens te informeren over eerstelijnsbehandelmogelijkheden en specialistische behandelmogelijkheden. Ten slotte, om patiënten met comorbiditeit te behandelen voor As-I- en As-III-stoornissen, is een adequate bejegening met het oog op een productieve arts-patiëntrelatie van groot belang.

Tabel 17: Kenmerken die wijzen op de mogelijkheid van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis: een handleiding voor de eerste lijn

In de eerste lijn kan men tot een vermoeden van een As-II-diagnose komen op basis van de volgende 'signalen':

- een jeugd met (tal van) traumatische en/of negatieve emotionele ervaringen, zoals fysiek geweld, seksueel misbruik, emotionele verwaarlozing, vroege separatie van de ouders, ruzie en geweld tussen ouders, psychopathologie bij de ouders en pesten door leeftijdgenoten;
- een verleden met veel perioden waarin telkens verschillende psychische en/of psychosomatische klachten werden gerapporteerd;
- functionele beperkingen op het gebied van sociale relaties, partnerrelaties en vrijetijdsbesteding;
- een werkgeschiedenis met frequente onderbrekingen, onlogische stappen en een groot aantal kortdurende en/of wisselende banen;
- recente signalen vanaf de werkvloer, zoals terugkerende of langdurige functioneringsproblemen, verzuim en conflicten;
- onvoldoende resultaat van verschillende (kortdurende) protocollaire behandelingen van psychische klachten;
- problemen in de werkrelatie met een patiënt;
- onbetrouwbaarheid bij het nakomen van afspraken en/of het volgen van medische instructies;
- een rigide opstelling en/of zienswijze;
- het ontbreken van zelfvertrouwen of juist een opgeblazen zelfbeeld;
- patiënt is moeilijk invoelbaar tijdens gesprekscontacten;
- verhalen van patiënt over anderen getuigen van weinig realistisch inschattingsvermogen.

De rol van de eerstelijnspsycholoog

Algemeen

Eerstelijnspsychologen hebben zich vanaf de jaren zeventig ⁽¹⁶⁰⁾ in toenemende mate gevestigd in de

omgeving van de huisarts voor de behandeling van psychische klachten in de eerste lijn. De aard van de hulpverlening wordt vooral gekenmerkt door een korte behandelduur, generalistische werkwijze, klachtgerichte aanpak, lage drempel en nauwe samenwerking met de huisarts en het AMW. De eerstelijnspsycholoog (ELP) is een BIG-geregistreerde gz-psycholoog met daar bovenop een eerstelijnskwalificatie NIP en is voor elke burger rechtstreeks toegankelijk. Met ingang van 2007 is eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de zorgverzekering gekomen.

Het merendeel van de klachten die de ELP behandelt, zijn lichte tot matig ernstige stemmings-, angst- en aanpassingsstoornissen (369). Volgens het jaarverslag van de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE) over 2005 is er bij 9% van de patiënten sprake van een persoonlijkheidsstoornis en bij 18% van een uitgestelde diagnose op As-II. Onderzoekscijfers van het Trimbos-instituut laten zien dat ongeveer 55% van de patiënten een stemmings-, angst- en/of aanpassingsstoornis had en ruim 12% een persoonlijkheidsstoornis (653). Van de laatste groep ontving twee derde een cluster-C-diagnose. Uit gegevens van Groen (249) blijkt bij 15% van de patiënten sprake van een persoonlijkheidsstoornis, van wie het merendeel een cluster-C-diagnose toebedeeld kreeg. Twintig procent kreeg een uitgestelde diagnose op As-II. Samenvattend geldt dat 10-15% van de patiënten van de ELP een persoonlijkheidsstoornis heeft; bij nog eens 15-20% wordt de diagnose uitgesteld. Dus bij één op de drie à vijf patiënten van de ELP bestaat ten minste het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis. Voor de meeste van deze patiënten geldt dat hun aanmeldingsklacht (ofwel de zorgvraag) geen betrekking heeft op de persoonlijkheidsstoornis, uitgezonderd sommige patiënten uit het cluster C. De meeste patiënten met persoonlijkheidsstoornissen worden begeleid of behandeld vanwege As-I-stoornissen of As-IV-problematiek.

Specifiek

Op het moment van aanmelding, al dan niet op verwijzing van de huisarts, wordt de zorgvraag van de patiënt onderzocht volgens de Richtlijn intake en indicatiestelling van de LVE. In de diagnostiek, indicatiestelling en het vervolg van behandeling wordt meegewogen of er sprake is (of zou kunnen zijn) van een persoonlijkheidsstoornis. Hierbij zijn de volgende aandachtspunten van belang:

- is er sprake van een heraanmelding bij de ELP met eenzelfde type zorgvraag?
- heeft de patiënt een hulpverleningsgeschiedenis in de ggz?
- informatie uit de (hetero)anamnese en van eerstelijns hulpverleners
- resultaten van zelfrapportagelijsten
- kwaliteit van het sociale netwerk en de interpersoonlijke vaardigheden

Wanneer uit de intake en indicatiestelling blijkt dat er mogelijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis zijn er verschillende opties, afhankelijk van de mate waarin de patiënt en ELP het met elkaar eens zijn over de mogelijke diagnose van een persoonlijkheidsstoornis en de behandeling. Wanneer er sprake is van een gedeelde probleemdefiniëring, en patiënt en behandelaar zijn het eens over de wenselijkheid van een specialistische behandeling, wordt zorg gedragen voor een doorverwijzing naar de tweede of derde lijn. De ELP kan zich bedienen van motiverende gesprekstechnieken om een gedeelde probleemdefiniëring te bereiken. Wanneer er geen gedeelde probleemdefiniëring is en de patiënt staat niet open voor een gesprek over de mogelijkheid van een doorverwijzing, onderzoekt de behandelaar in hoeverre hij de zorgvraag van de patiënt kan beantwoorden. Het gaat dan doorgaans om bijkomende As-I-stoornissen of As-IV-problematiek. De behandeling kan dan variëren van educatief, adviserend, steunend, structurend, cognitief-gedragsmatig of systemisch, afgestemd op de zorgvraag en de mogelijkheden van de patiënt.

De ELP levert een bijdrage om de motivatie van een patiënt voor een specialistische behandeling positief te beïnvloeden. Dit vereist een grote mate van zorgvuldigheid om de behandelrelatie niet te belasten en de patiënt met zijn zorgvraag adequaat van dienst te zijn. Zowel Ward (649) als het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (462) hebben omgangsadviezen opgesteld, die per cluster verschillend zijn. Het voordeel hiervan is dat hulpverleners (in de eerste lijn) zich meer bewust worden van het belang van een adequate bejegening en kunnen bijdragen aan het voorkómen van vroegtijdige uitval of frustratie bij de patiënt óf bij henzelf.

In de tabellen 18, 19 en 20 zijn de omgangsadviezen voor respectievelijk cluster-A-, cluster-B- en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen weergegeven.

Tabel 18: Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn

Cluster A (vreemd in het contact, excentriek):

- De patiënt consulteert de ELP wanneer situatieve stress toeneemt, als gevolg van bijvoorbeeld ziekte, relatieproblemen, ontslag, problemen met uitkerende

instantie of problemen met de werkgever. Vaak is er sprake van As-I-problemen (angst, depressie) of lichtere As-IV-problematiek. Deze patiënten hebben in de regel geen lijdensdruk voor de behandeling van de As-II-stoornis. Taak van de ELP is de As-I- en As-IV-problemen te behandelen, met aandacht voor het systeem.

- Patiënten uit het cluster A voelen zich ongemakkelijk in het contact met de behandelaar, vertonen teruggetrokken gedrag en zijn soms achterdochtig over de motieven van de ander. Van belang is dat de behandelaar niet te zeer aandringt op sociaal contact, de teruggetrokkenheid accepteert en de achterdocht niet persoonlijk opvat. Een respectvolle, zakelijke houding met voldoende afstand, en helderheid en transparantie over behandeldoel en de werkwijze zijn belangrijk.
- In de behandeling is vaak geen aandacht voor het bereiken van een gedeelde probleemdefiniëring, omdat een doorverwijzing naar de specialistische ggz niet aan de orde is vanwege het ontbreken van de juiste lijdensdruk.

Tabel 19: Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn

Cluster B (grensverleggend in het contact, dramatisch, emotioneel, impulsief):

- De patiënt consulteert de ELP wanneer de situatieve stress toeneemt; soms wordt hij door het systeem gestuurd. Men doet een expliciet beroep op de behandelaar om aan de zorgvraag (As-I- en/of As-IV-problematiek) tegemoet te komen, en niet zelden tracht men de grenzen van de behandelaar te verleggen. Omdat deze patiënten ook een kwetsbaar gevoel van eigenwaarde hebben, is de bejegening van het grootste belang.
- In de begeleiding of behandeling is het van belang dat de behandelaar duidelijk en consequent is in het stellen en bewaken van de grenzen. Positief gedrag dient bekrachtigd te worden en er dient zorgvuldig om te worden gegaan met het geven van kritiek, zodat krenkingen beperkt worden. Er dient niet zozeer meegegaan te worden met de emoties, maar wel empathisch en steunend gereageerd te worden in het kader van structuur bieden en toewerken naar een oplossing van de klacht. Zo nodig kan hierbij het systeem uitgenodigd worden om het behandeldoel te realiseren. Wanneer meerdere behandelaars bij de patiënt betrokken zijn, is het verstandig om op één lijn te gaan zitten en uitspeelgedrag te voorkomen.
- Onderdeel van de klachtgerichte behandeling van patiënten uit het cluster B kan zijn dat met de patiënt een gedeelde probleemdefiniëring bereikt wordt over de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Dat kan dan resulteren in een doorverwijzing naar de tweede- of derdelijns-ggz.

Tabel 20: Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen in de eerste lijn

Cluster C (angstig, afhankelijk en vermijdend in het contact):

- De patiënt consulteert de ELP bij toenemende lijdensdruk over de gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis, vaak in interactie met situatieve stress (As-IV-problematiek). In het contact is de lijdensdruk goed voelbaar, evenals het appèl op de behandelaar om er iets aan te doen. De patiënten hebben vaak last van een gering gevoel van eigenwaarde.
- In de begeleiding of behandeling is het belangrijk dat de behandelaar niet de regie overneemt, geen reddende engel is, en de patiënt niet overstelpt met adviezen en zekerheden. Het is belangrijk om in te zetten op een haalbaar doel, dat in kleine stappen gehaald kan worden, waardoor het zelfvertrouwen van de patiënt toeneemt. Een empathische en steunende houding in het kader van haalbare doelen is verstandig, waarbij de lijdensdruk vanwege de vermijding en afhankelijkheid mag toenemen. Hierdoor wordt de patiënt zich meer bewust van zijn beperkingen en kan motivatie ontstaan voor een specialistische behandeling.
- Onderdeel van een klachtgerichte behandeling van patiënten uit het cluster C kan zijn dat met de patiënt een gedeelde probleemdefiniëring bereikt wordt over

de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Dat kan dan resulteren in een doorverwijzing naar de tweede- of derdelijns-ggz.

Zoals uit het bovenstaande duidelijk wordt, behandelt de ELP primair de zorgvraag van de patiënt. Daarnaast zoekt de ELP naar mogelijkheden om met patiënten uit cluster B en C te zoeken naar een gedeelde probleemdefiniëring. Dit wil zeggen dat gewerkt wordt aan de motivering van de patiënt voor een specialistische behandeling in de tweede of derde lijn. Wanneer een doorverwijzing tot de mogelijkheden behoort, draagt de ELP zorg voor de overbrugging. Aspecten van de patiënt(situatie) die hierbij faciliterend werken, zijn:

- De patiënt heeft toegenomen last van de gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis, zoals sociale problemen, druk van instanties, het gezinssysteem.
- De patiënt staat redelijk positief tegenover eerdere hulpverlening voor dezelfde problematiek.
- De patiënt zit in een overgangsfase of ervaart levensfaseproblematiek, zoals een scheiding, toegenomen bezorgdheid om de kinderen, het verlies van gezondheid of het verlies van baan, en is daarom gemotiveerd voor een langerdurende behandeling.
- De behandeling in de eerste lijn werpt onvoldoende vruchten af, de klachten persisteren, ondanks de inzet van de patiënt.

Daarnaast werkt faciliterend dat de ELP beschikt over uitgebreide kennis van de sociale kaart wat betreft de behandelingen van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

De rol van het algemeen maatschappelijk werk

Algemeen

Partners in de eerstelijns-ggz zijn de huisarts, de eerstelijnspsycholoog en het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Het AMW is een laagdrempelige voorziening waar mensen zonder verwijzing en zonder kosten terecht kunnen. Voor de problemen van patiënten en voor de daaraan gekoppelde keuze van interventies mag de organisatorische setting geen rol spelen. In de praktijk, waar het gaat over een samenspel tussen de verschillende disciplines, speelt het wel degelijk een rol.

Bij de interventies van maatschappelijk werkers in een eerstelijnssetting gaat het niet zozeer om de inhoud van de interventies, maar meer om de plaats in het geheel. In de eerste lijn staan de interventies 'op zichzelf' en wordt er gecombineerd al naar gelang waar in de situatie van de patiënt op dat moment behoefte aan is. Door de sterke samenhang met de dagelijkse leefsituatie en de 'fine-tuning' die op elk moment tijdens de hulpverlening plaatsvindt, wordt vooraf niet zo sterk bepaald hoe de hulp gaat verlopen; gaande de rit ontvouwt zich de hulpverleningsaanpak. Deze direct bij de behoefte aansluitende aanpak is de kracht en tevens de zwakte van maatschappelijk werk in de eerste lijn. Zeker gezien de huidige ontwikkelingen waarbij afstemmen en samenwerken met andere disciplines, de zogenoemde 'ketenbenadering', het credo van de overheid is. De ontwikkelingen rondom de vermaatschappelijking van de zorg, waarbij chronische psychiatrische patiënten zo veel mogelijk weer onderdeel uitmaken van de samenleving, zullen het belang van een goede samenwerking en afstemming alleen maar versterken.

Hierbij geldt dat de ene hulpverlener, ongeacht welke discipline, een gemakkelijker ingang heeft bij de patiënt dan de andere. Flexibiliteit, creativiteit en pragmatisme zijn belangrijke aspecten.

Specifiek

Veel van de patiënten van het AMW, ongeveer de helft, komen daar via de huisarts. Vaak kampen zij met een combinatie van praktische en psychische of sociale problemen. Deze positie op het snijvlak van zorg en welzijn is typerend voor het AMW. De geïntegreerde aanpak van zowel materiële als immateriële problemen is zijn kracht. Van veel patiënten is niet bekend of ze volgens de DSM-systematiek vastgestelde stoornissen hebben, hoewel dit wel op basis van literatuur ⁽²³⁸⁾ verondersteld mag worden. De veronderstelling is dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen deel uitmaken van de patiëntèle van het AMW, omdat deze mensen met enige regelmaat problemen in hun dagelijks functioneren ervaren en in de omgang met anderen, waarvoor zij hulp inroepen van onder anderen maatschappelijk werkers. Voor maatschappelijk werkers is het niet relevant welke stoornis iemand heeft, zolang er aanknopingspunten zijn om het dagelijks functioneren te verbeteren. Hierbij gaat het dan om het aanpakken van belastende sociale omstandigheden, het oplossen van conflicten en het verbeteren van het persoonlijk functioneren (volgens As-IV en As-V). Naast materiële interventies maakt de maatschappelijk werker gebruik van allerhande gesprekstechnieken. Dit varieert van lichte ondersteunende gesprekken tot meer intensieve gespreksvormen. In zijn algemeenheid geldt dat op het moment dat de maatschappelijk werker niet verder komt met een patiënt, er consultatie of

verwijzing naar een andere meer gespecialiseerde discipline wordt overwogen.

Daarnaast heeft het maatschappelijk werk te maken met patiënten die een gediagnosticeerde psychiatrische stoornis hebben en die tevens in behandeling zijn bij andere (eerstelijns)disciplines, bijvoorbeeld medicatie door de huisarts of een kortdurende therapie door de eerstelijnspsycholoog. Maatschappelijk werk heeft dan vaak een meer afgebakende taak: het op orde brengen/houden van de financiële huishouding, of het ondersteunen van de directe omgeving bij het handhaven of het herstellen van het evenwicht in het dagelijks functioneren.

Aanbevelingen:

De rol van de huisarts

De werkgroep beveelt aan dat huisartsen op de hoogte zijn van de therapeutische mogelijkheden van de eerstelijnspsycholoog en de gespecialiseerde ggz.

Het is aan te bevelen dat huisartsen beschikken over de kennis om persoonlijkheidsstoornissen te herkennen en de vaardigheden om de problematiek te bespreken met als doel patiënten te informeren en te motiveren voor effectieve behandeling.

De rol van de eerstelijnspsycholoog

De eerstelijnspsycholoog krijgt veel te maken met persoonlijkheidsstoornissen.

Bij circa één op de drie patiënten in de praktijk van de eerstelijnspsycholoog bestaat het vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis. Bij overeenstemming tussen patiënt en behandelaar over probleemdefiniëring en wenselijkheid van specialistische behandeling, wordt zorg gedragen voor een doorverwijzing naar de tweede of derde lijn. Motiverende gesprekstechnieken zijn in dat kader erg belangrijk. In andere gevallen onderzoekt de behandelaar wat hij kan betekenen voor de zorgvraag van de patiënt: deze vraag betreft meestal bijkomende As-I-stoornissen of As-IV-problematiek. Het verdient aanbeveling hierbij voldoende aandacht te hebben voor bejegeningaspecten.

De rol van het algemeen maatschappelijk werk

De veronderstelling is dat in de eerste lijn, onder meer bij het algemeen maatschappelijk werk, een deel van de patiënten persoonlijkheidsstoornissen heeft, al dan niet onderkend of behandeld in de ggz.

Eerstelijnsdisciplines zijn in dit kader gebaat bij goede consultatie vanuit de gespecialiseerde zorg en/of scholing op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen.

10.5 Tweedelijns- en derdelijns-ggz

Richtlijntekst:

Tweedelijns- en derdelijns-ggz

Specialistische diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het domein van de tweede en derde lijn. Als er sprake is van (een vermoeden van) een persoonlijkheidsstoornis, en patiënt en behandelaar zijn het eens over de wenselijkheid van specialistische diagnostiek en/of behandeling, wordt de patiënt vanuit de eerste lijn doorverwezen naar de tweede lijn. In gevallen waarin sprake is van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, complexe comorbiditeit of een hulpverleningsgeschiedenis in de tweede lijn met behandelingen die onvoldoende effect hebben gesorteerd, kan direct worden doorverwezen naar de derde lijn (zie paragraaf 10.6).

Zorgprogrammering

In de tweede en derde lijn van de ggz wordt de zorg in toenemende mate georganiseerd in zorgprogramma's of zorglijnen. Een zorgprogramma maakt het zorgaanbod inzichtelijk en expliciet.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidsproblemen vormen de grootste doelgroep in de ggz en verbetering van de kwaliteit van zorg bij deze patiëntengroep is wenselijk en nodig. Wanneer er wel

effectieve behandelingen voorhanden zijn, worden deze in de reguliere praktijk niet altijd toegepast. De meerderheid van de patiënten krijgt begeleidende of steunend-structurende contacten. Het beschrijven van het zorgaanbod van deze groep patiënten kan dus een goede eerste stap in de richting zijn van verbetering van de kwaliteit van zorg in de reguliere ggz-praktijk. De volgende stap is dan het definiëren en implementeren van bewezen effectieve behandelingen.

Professionals, maar ook patiënten, hebben nogal eens de vrees dat zorgprogrammering uitmondt in 'kookboekgeneeskunde'. Deze vrees is echter vaak gebaseerd op de angst voor verlies van professionele autonomie bij de behandelaar en een vermindering van keuzevrijheid bij de patiënt. Deze vrees is echter niet terecht. Zorgprogrammering leidt namelijk niet tot inperking van het zorgaanbod, maar geeft richting aan de stappen die in het zorgproces genomen kunnen worden. Ook heeft het programma meestal een opbouw volgens de principes van stepped-care en kent het daarnaast een matched-care-component. Dit betekent dat zowel kortdurend als langerdurend en/of intensief behandeld kan worden.

Behandelaanbod in tweedelijnsvoorzieningen.

Familiebegeleidings/systeemtherapie

De volgende vormen van behandeling en begeleiding dienen in de tweede lijn beschikbaar te zijn:

- casemanagement
- psychotherapie (met name ambulante individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en eenvoudige dagklinische psychotherapie)
- farmacotherapie
- sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding
- begeleiding door maatschappelijk werk
- crisismanagement

Casemanagement

Casemanagement vormt het fundament van de behandeling van sommige patiënten met een ernstige borderlinepersoonlijkheidsstoornis of andere ernstige persoonlijkheidspathologie. Het bestaat uit een scala aan doorlopende activiteiten en interventies variërend van terugkerende psycho-educatie over de stoornis en haar behandelmogelijkheden; motivationele technieken; praktische advisering en psychosociale ondersteuning; monitoring van suïcidaliteit en zelf-destructief of anderszins gevaarlijk gedrag; waar nodig crisisinterventie; bewaken van de continuïteit van behandeling; monitoren van symptomen en symptoomverschuivingen en tijdig bijstellen van behandeldoelen en behandelingsplannen; coördineren van de activiteiten van de verschillende betrokken behandeldisciplines (SPV'er, psychiater, psychotherapeut, maatschappelijk werk en anderen); stellen van een eenduidig behandelingskader, het bewaken van de grenzen daarvan en het herstellen van het kader na grensoverschrijdend gedrag door patiënten of hulpverleners. De werkgroep is van mening dat case-management uitgevoerd kan worden door verschillende disciplines, mits het een duidelijke taakopdracht betreft binnen een omschreven zorgprogramma met een eenduidig behandelmodel en leidinggevende structuur. Casemanagement vormt het kader waarop in moeilijke tijden kan worden teruggevallen en waarbinnen andere vormen van behandeling, zoals psychotherapie, farmacotherapie en psychosociale begeleiding mogelijk worden gemaakt.

Psychotherapie

Op basis van de beschikbare onderzoeksliteratuur kan psychotherapeutische behandeling als behandeling van eerste voorkeur worden aangemerkt bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of persoonlijkheidsproblematiek, bij voorkeur in een ambulante of dagklinische setting. De psychotherapeutische behandeling dient waar nodig te worden ondersteund met medicatie en kan worden aangevuld met vaktherapie, systeemtherapie en begeleiding door de maatschappelijk werker.

De behandeling kan kortdurend of langer durend zijn, en individueel of in een groep plaatsvinden, afhankelijk van de ernst van de problematiek, de chroniciteit ervan en van de vraag van de patiënt of diens systeem. Persoonlijkheidsstoornissen zijn over het algemeen relatief chronisch en herstel op korte termijn is eerder uitzondering dan regel. Als uitgangspunt geldt: kort indien mogelijk, en langer indien nodig. Het is aan te bevelen dat er binnen de regio voldoende mogelijkheden zijn voor langer durende ambulante en dagklinische psychotherapie, omdat er voor deze vormen van behandeling inmiddels een redelijke mate van evidentie bestaat.

Sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding

Indien de patiënt niet in aanmerking komt voor psychotherapie, is sociaalpsychiatrische begeleiding de belangrijkste optie. Sociaalpsychiatrische begeleiding kan op verschillende manieren worden aangeboden, individueel of in groepsverband. Het geven van psycho-educatie over de diagnose, behandel mogelijkheden en behandelvoorwaarden vormt hierbij een belangrijk onderdeel. Het is van belang om het systeem, indien aanwezig, te betrekken bij de behandeling. In het behandelplan worden doel, duur en frequentie van de behandeling helder omschreven. De inhoud van de behandeling/begeleiding is gebaseerd op rehabilitatie-uitgangspunten, zo nodig wordt gebruikgemaakt van cognitief-gedragstherapeutische interventies. Het herkennen van en het kunnen hanteren van (tegen)overdrachtsgevoelens door de hulpverlener is van groot belang vanwege de grote kans op complicaties in en verstoring van de therapeutische relatie. Regelmatige consultatie of het delen van de behandelverantwoordelijkheid met een collega is wenselijk.

Maatschappelijk werk

In een tweede- of derdelijns setting participeert maatschappelijk werk in de behandeling van de stoornis(sen) door een onderdeel van de totale behandeling op zich te nemen. Dit kan zijn psycho-educatie, netwerkondersteuning, praktische ondersteuning en begeleiding, emotionele ondersteuning of veranderingsgerichte begeleiding in de vorm van individuele gesprekken, trainingen en groepswork.

In de tweede- en derdelijns-ggz wordt veelal geanalyseerd binnen het diagnostisch kader van de psychiatrie: de DSM-IV. As-IV staat voor psychosociale belastende factoren en As-V voor het niveau van functioneren. Ook hier gebruikt de maatschappelijk werker veelal de verschillende leefgebieden om de problematiek op te benoemen. Voor zowel maatschappelijk werkers binnen de eerste lijn als voor maatschappelijk werkers in de tweede- en derdelijns-ggz geldt dat zij een specifieke verbinding leggen tussen het psychische en het sociale functioneren. Het functioneren in de dagelijkse leefsituatie, de contacten met anderen, vormen de aangrijpingspunten om de hulpverlening op te baseren. Ook hier spelen interventies zich af op de acht genoemde levensgebieden.

De functie van maatschappelijk werker wordt naast participeren in de behandeling vooral gezien als brug naar de dagelijkse leefsituatie. Een eerste taak van het maatschappelijk werk is vaak een sociale screening: opsporen en benoemen van de risicofactoren in de dagelijkse leefsituatie van de patiënt die de psychiatrische stoornis verergeren of bestendigen. Daar waar belemmeringen zijn in de thuissituatie wordt de maatschappelijk werker eropaf gestuurd om de zaak in ogenschouw te nemen en om waar nodig zelf actie te ondernemen of om andere, niet-geinstitutionaliseerde, professionals in te schakelen: schuldhulpverleners van de sociale dienst, het AMW of de kredietbank, of gespecialiseerde gezinsverzorging. Het verbeteren van de thuissituatie en het slaan van een brug naar andere instanties die de patiënt ten dienste kunnen zijn, speelt aan het eind van de klinische opname een rol, maar ook tijdens de behandeling al. Soms komt een patiënt binnen vanuit een zeer chaotische en ziekmakende thuissituatie en dan heeft de context al vanaf het begin van de behandeling de volle aandacht.

Maatschappelijk werk is vaak het directe aanspreekpunt voor het netwerk, de partner of het gezin. Enerzijds gaat het erom de familie/naasten te betrekken bij de behandeling ten gunste van de patiënt zelf. Daarnaast gaat het om het bieden van ondersteuning aan familie/naasten, zodat zij zelf ook beter toegerust zijn voor hun rol/taak. Bij afronding van de opnameperiode speelt maatschappelijk werk dikwijls een rol in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk. Soms rekent de regionale tweede- en derdelijns-ggz dit niet direct tot haar taken, dan heeft het Algemeen Maatschappelijk Werk of de (gespecialiseerde) gezinszorg hierin een rol.

De interventies van maatschappelijk werkers in een tweede of derde lijn zijn deels hetzelfde en deels anders dan de interventies in de eerste lijn van het AMW.

Hierbij gaat het niet zozeer om de inhoud van de interventies maar vooral om de plaats in het geheel. In de tweede en derde lijn is ten minste een deel van de interventies duidelijk afgebakend en vooraf ingepland. De maatschappelijk werker weet welk programmaonderdeel voor zijn rekening komt en overlegt hierover ook met andere disciplines. Afstemming gebeurt vaak door middel van behandelingsplannen en hulpverleningsprogramma's (zorgprogramma's). Dat maakt dat alle disciplines een duidelijke rol hebben in een geheel.

In een klinische setting is het goed om aan de start van de behandeling protocollair aandacht te besteden aan de verschillende leefgebieden, met name die leefgebieden die niet standaard aan de orde zijn in de setting van het (psychiatrische) ziekenhuis: huisvesting, financiën, vrije tijd, arbeid, interpersoonlijke relaties en gezin/familie. Enerzijds kan zo nagegaan worden of er factoren zijn die interfereren met de behandeling en de behandel doelen. Anderzijds kan nagegaan worden of ondersteuning of begeleiding op een van de andere leefgebieden nodig of wenselijk is. Tijdens klinische opname hebben maatschappelijk werkers ook de functie van praatpaal en intermediair. De maatschappelijk werker treedt zonder vaste frequentie op als gesprekspartner en heeft enerzijds als taak zorg te dragen voor emotionele ondersteuning en anderzijds het regelen van praktische zaken en optreden als bemiddelaar of belangenbehartiger (zie ook hoofdstukken 6 en 9).

Crisismanagement

In de tweede lijn dient voldoende aandacht te zijn voor het beleid rond crises. Het anticiperen daarop door middel van het opstellen van een crisisprotocol bij elke patiënt strekt tot aanbeveling en valt als zodanig onder het casemanagement (zie ook paragraaf 6.4).

10.6 Behandelaanbod in derdelijnsvoorzieningen

Richtlijntekst:

Behandelaanbod in derdelijnsvoorzieningen

De derde lijn is het supergespecialiseerde niveau van de gezondheidszorg. In principe is de derde lijn bedoeld voor de meest complexe behandelingen bij de meest complexe problematiek. Soms worden complexe behandelingen ook geïndiceerd voor middelernstige problematiek, bijvoorbeeld sommige vormen van (dag)klinische psychotherapie. Deze behandelingen kunnen waardevol zijn wanneer de effecten ervan groter en/of duurzamer zijn dan bij (ambulante) behandelingen in de tweede lijn.

Bij het niet behandelen van de meest complexe gevallen in de derde lijn, resteert geen andere curatieve behandeling en is de patiënt aangewezen op onderhoudscontacten (eerste lijn, huisarts, SPV, polikliniek psychiatrie, maatschappelijk werk etc.).

Er zijn verschillende typen persoonlijkheidsstoornissen te onderscheiden die in de derde lijn behandeld worden:

- ernstige persoonlijkheidsstoornissen in het A-, B- of C-cluster die onvoldoende baat hebben bij behandeling in de tweede lijn;
- comorbiditeit tussen As-II en As-I/As-III, zoals verslaving, ernstige depressie, bijkomende lichamelijke ziekten;
- gevallen waarin sprake is van andere complicerende factoren, zoals een taalbarrière of onvoldoende intellectuele vermogens.

In principe is de derde lijn ook de meest aangewezen plaats om nieuw zorgaanbod te ontwikkelen en te onderzoeken. Het kan daarom voorkomen dat de derde lijn zich bezighoudt met andere doelgroepen dan de drie die hierboven werden genoemd.

De behandelingen in de derde lijn kunnen plaatsvinden in zowel de ambulante, de dagklinische of de klinische setting. De werkgroep beveelt echter wel aan dat de behandelingen zo veel mogelijk volgens een step-downbenadering worden ingericht. Familie, partners en kinderen mogen tijdens de behandeling niet vergeten worden (zie ook hoofdstuk 3).

Aanbevelingen:

Specialistische diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het domein van de tweede en derde lijn. Ten behoeve van de transparantie van het behandelingsaanbod verdient het aanbeveling om een zorgprogramma voor mensen met persoonlijkheidsproblemen te ontwikkelen. Dit kan ook bijdragen aan de (verbetering van de) kwaliteit van behandeling.

De volgende behandelingen dienen in de tweede lijn beschikbaar te zijn: ambulante individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en sociaalpsychiatrische behandeling of begeleiding.

De derde lijn is bedoeld voor de meest complexe behandelingen en voor de meest complexe gevallen, zoals ernstige persoonlijkheidsstoornissen, comorbiditeit met As-I en As-III, en gevallen waarin sprake is van andere complicerende factoren zoals onvoldoende intellectuele vermogens.

Referenties

2 - Abbass

Abbass, A. (2002). Intensive short-term dynamic psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. [American Journal of Psychotherapy, 56, 225-232.](#)

3 - Åberg-Wistedt

Åberg-Wistedt, A., Ågren, H., Ekselius, L., e.a. (2000). Sertraline versus paroxetine in major depression: clinical outcome after six months of continuous therapy. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 20, 645-652.](#)

4 - Abraham (1997)

Abraham, R.E. (1997). Het Ontwikkelingsprofiel, een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid. Assen: Van Gorcum.

5 - Abraham (2005)

Abraham, R.E. (2005). Het Ontwikkelingsprofiel in de praktijk. Assen: Van Gorcum.

6 - Adityanjee & Schulz

Adityanjee & Schulz, S.C. (2002). Clinical use of quetiapine in disease states other than schizophrenia. [Journal of Clinical Psychiatry, 63\(Suppl. 13\), 32-38.](#)

7 - Agosti

Agosti, V., & McGrath, P.J. (2002). Comparison of the effects of fluoxetine, imipramine and placebo on personality in atypical depression. [Journal of Affective Disorders, 71, 113-120.](#)

8 - Agosti

Agosti, V., & Ocepek-Welikson, K. (1997). The efficacy of imipramine and psychotherapy in early-onset chronic depression: a reanalysis of the NIMH-TDCRP. [Journal of Affective Disorders, 43, 181-186.](#)

9 - Agras

Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., e.a. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. [Archives of General Psychiatry, 57, 459-466.](#)

10 - Akkerhuis

Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., van Groenestijn, M.A.C., e.a. (1996). PDQ-4+: vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken. Lisse: Swets & Zeitlinger.

11 - Alden

Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 756-764.](#)

12 - Alnaes

Alnaes, R., & Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 95, 336-342.](#)

13 - Alterman

Alterman, A.I., Rutherford, M.J., Cacciola, J.S., e.a. (1996). Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. [Journal of Nervous and Mental Disease, 184, 695-702.](#)

14 - American Psychiatric Association. (2000).

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4de, herziene versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

15 - American Psychiatric Association. (2001).

American Psychiatric Association. (2001). Practical guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 158\(10 Suppl.\), 1-52.](#)

16 - American Psychiatric Association. (2004).

American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Press.

17 - American Psychiatric Association. (2005).

American Psychiatric Association. (2005). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (2de versie). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

18 - Amouyal

Amouyal, K. (z.j). A study of the reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Proefschrift. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.

19 - Andrews

Andrews, A., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. [British Journal of Psychiatry, 179, 417-425.](#)

20 - Aoun

Aoun, S., Pennebaker, D., & Wood, C. (2004). Assessing population need for mental health care: a review of approaches and predictors. [Mental Health Services Research, 6, 33-46.](#)

21 - Appolinari

Appolinari, C. (1996). Dramatherapy and personality disorder. Echoes of abuse. In: S.

22 - Armelius

Armelius, B., Sundbom, E., Fransson, P., e.a. (1990). Personality organization defined by DMT and the Structural Interview. [Scandinavian Journal of Psychology, 31, 81-88.](#)

23 - Arntz

Arntz, A., van Beijsterveldt, B., Hoekstra, R., e.a. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 85, 394-400.](#)

24 - Arntz

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., e.a. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. [Journal of Personality Disorders, 17, 45-59.](#)

25 - Ash

Ash, D., & Galletly, C. (1997). Crisis beds: the interface between the hospital and the community. [International Journal of Social Psychiatry, 43, 193-198.](#)

26 - Asselt

Asselt, A.D.I. van, Arntz, A., Dirksen, C.D., e.a. (aangeboden). Outpatient treatment of borderline personality disorder: cognitive behavioural therapy versus analytical psychotherapy. A multicenter trial. Final report grant: OG97-002.

27 - AuBuchon

AuBuchon, P.G., & Malatesta, V.J. (1994). Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: associate problems and response to a comprehensive behaviour therapy. [Journal of Clinical Psychiatry, 55, 448-453.](#)

28 - Aviram

Aviram, R.B., Hellerstein, D.J., Gerson, J., e.a. (2004). Adapting supportive psychotherapy for individuals with borderline personality disorder who self-injure or attempt suicide. [Journal of Psychiatric Practice, 10, 145-155.](#)

29 - Baars

Baars, M. (2004). Het risico van voelen, dramatherapie met mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Tijdschrift voor Creatieve Therapie, 2, 4-7.

30 - Ball

Ball, S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. Addictive Behaviors, 23, 883-891.

31 - Ball

Ball, S.A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., e.a. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial.

[Comprehensive Psychiatry, 46, 371-379.](#)

32 - [Ball](#)

Ball, S.A., Young, J.E., & Rounsaville, B.J. (1999). Dual Focus Schema Therapy vs. 12-Step Drug Counseling for personality disorders and addiction: randomized pilot study. Paper presented at the ISSPD 6th International Congress on the Disorders of Personality, 1999. Geneva: Switzerland.

33 - [Barber](#)

Barber, J.P., & Muenz, L.R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 951-958.](#)

34 - [Barelds](#)

Barelds, D.P.H., & Luteijn, F. (2007). De NPV doet wat deze altijd al deed. Een reactie op Van den Hout, Brouwers & Oomen (2005). *De Psycholoog*, 42, 210-212.

35 - [Barley](#)

Barley, W.E., Thorward, S.R., Logue, A., e.a. (1986). Characteristics of borderline personality admissions to private psychiatric hospitals. [Psychiatric Hospital, 17, 195-199.](#)

36 - [Bass](#)

Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. [Journal of Psychosomatic Research, 39, 402-427.](#)

37 - [Bateman](#)

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. [American Journal of Psychiatry, 156, 1563-1569.](#)

38 - [Bateman](#)

Bateman, A., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. [British Journal of Psychotherapy, 177, 138-143.](#)

39 - [Bateman](#)

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. [American Journal of Psychiatry, 158, 36-42.](#)

40 - [Bateman](#)

Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. [American Journal of Psychiatry, 160, 169-171.](#)

41 - [Bateman](#)

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment. Oxford: Oxford University Press.

42 - [Battaglia](#)

Battaglia, J., Wolff, T.K., Wagner-Johnson, D.S., e.a. (1999). Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. [International Clinical Psychopharmacology, 14, 361-372.](#)

43 - [Bear](#)

Bear, L.J., & Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. [Psychiatric Clinics of North America, 15, 803-812.](#)

44 - [Bearden](#)

Bearden, C., Lavelle, N., Buysse, D., e.a. (1996). Personality pathology and time to remission in depressed outpatients treated with interpersonal psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 10, 164-173.

45 - [Beecham](#)

Beecham, J., Sled, M., Knapp, M., e.a. (2006). The costs and effectiveness of two psychosocial treatment programmes for personality disorder: a controlled study. [European Psychiatry, 21, 102-109.](#)

46 - Bellino

Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2005). Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study. [Journal of Clinical Psychiatry, 66, 1111-1115.](#)

47 - Bellino

Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2006). Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study. [Journal of Clinical Psychiatry, 67, 1042-1046.](#)

48 - Bellino

Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., e.a. (2006). Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder. [Canadian Journal of Psychiatry, 51, 453-460.](#)

49 - Bender

Bender, D.S., Dolan, R.T., Skodol, A.E., e.a. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. [American Journal of Psychiatry, 158, 295-302.](#)

50 - Benedetti

Benedetti, F., Sforzini, L., Colombo, C., e.a. (1998). Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 59, 103-107.](#)

51 - Berger

Berger, P., Sachs, G., Amering, M., e.a. (2004). Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioural treatment of panic disorder. [Journal of Affective Disorders, 80, 75-78.](#)

52 - Berghuis

Berghuis, J.G. (2005). Profielinterpretatie van de Nederlandse verkorte MMPI (NVM): reactie op Jaspers. Tijdschrift voor Psychotherapie, 31, 230-237.

53 - Bernstein

Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. (1977). Leren ontspannen. Handleiding voor de therapeutische beroepen. Nijmegen: Dekker en Van der Vegt.

54 - Betrokken omgeving (2004):

Betrokken omgeving (2004): Modelregeling relatie ggz-instelling-naastbetrokkene. <http://www.psychoseplein.nl/hulp/advies/modelreg.htm>

55 - Beurs

Beurs, E. de, den Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., e.a. (2005). De Outcome Questionnaire (OQ-45). De Psycholoog, 40, 393-400.

56 - Beutler

Beutler, L.A., Harwood, T.M., Alimohamed, S., e.a. (2002a). Functional impairment and coping style, In: J.C. Norcross (Red.), Psychotherapy relationships that work (pp. 145-174). New York: Oxford University Press.

57 - Beutler

Beutler, L.E., Moleiro, C.M., & Talebi, H. (2002b). Customizing the therapy relationship to the individual patient. In: J.C. Norcross (Red.), Psychotherapy relationships that work (pp. 129-144). New York: Oxford University Press.

58 - Beutler

Beutler, L.E. (2000). Empirically based decision making in clinical practice. Prevention & Treatment, 3, 1-16.

59 - Beutler

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., e.a. (2004). Therapist variables. In: M.J. Lambert (Red.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 227-306). New York: John Wiley.

60 - Biancosino

Biancosino, B., Facchi, A., Marmai, L., e.a. (2002). Gabapentin treatment of impulsive-aggressive behaviour. [Canadian Journal of Psychiatry, 47, 483-484.](#)

61 - Bie

Bie, A. de. (2001). Lastige lieden in de huisartspraktijk. De borderline en de obsessief compulsieve patiënt.

Bijblijven, Cumulatief Geneeskundig Nascholingsstelsel. De Geestelijke Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

62 - Bielski

Bielski, R.J., & Friedel, R.O. (1976). Prediction of tricyclic antidepressant response: a critical review. [Archives of General Psychiatry, 33, 1479-1489.](#)

63 - Binks

Binks, C.A., Fenton, M., McCarthy, L., e.a. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. The Cochrane Collaboration, 3.

64 - Biswas

Biswas, A.B., Gibbon, S., & Gangadharan, S.K. (2006). Clozapine in borderline personality disorder and intellectual disability: a case report of four-year outcome. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9, 13-17.

65 - Black

Black, D.W., Bell, S., Hulbert, J., e.a. (1988). The importance of axis II in patients with major depression: a controlled study. [Journal of Affective Disorders, 14, 115-122.](#)

66 - Black

Black, K.J., & Sheline, Y.I. (1997). Personality disorder scores improve with effective pharmacotherapy of depression. [Journal of Affective Disorders, 43, 11-18.](#)

67 - Blais

Blais, M.A., Matthews, J., Schouten, R., e.a. (1998). Stability and predictive value of self-report personality traits pre- and post-electroconvulsive therapy: a preliminary study. [Comprehensive Psychiatry, 39, 231-235.](#)

68 - Bland

Bland, A.R., & Rossen, E.K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. [Issues in Mental Health Nursing, 26, 507-517.](#)

69 - Bland

Bland, A.R., Williams, C.A., Scharer, K., e.a. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. [Issues in Mental Health Nursing, 25, 655-672.](#)

70 - Bleyen

Bleyen, K., Vertommen, H., & van Audenhove, C. (1999). Het belang van voorkeuren van patiënten in de beginfase van een residentiële behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 267-276.

71 - Bloks

Bloks, H., Hoek, H.W., Callewaert, I., e.a. (2004). Stability of personality traits in patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. [The Journal of Nervous and Mental Disease, 192, 129-138.](#)

72 - Blum

Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., e.a. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. [Comprehensive Psychiatry, 43, 301-310.](#)

73 - Boevink

Boevink, W., A. Plooy, S. van Rooijen (Red.) (2006). Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen. – Amsterdam, SWP,

74 - Bogenschutz

Bogenschutz, M.P., & George, N.H. (2004). Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 104-109.](#)

75 - Bogenschutz

Bogenschutz, M.P., & Nurnberg, G.H. (2004). Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 104-109.](#)

76 - Bohman

Bohman, M. (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In: G.R. Bock & J.A. Goode, Genetics of criminal and antisocial behavior (pp. 99-114). Chicester: Wiley.

77 - Bohus

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., e.a. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. [Behaviour Research and Therapy, 42, 487-499.](#)

78 - Bohus

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., e.a. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder--a prospective study. [Behaviour Research and Therapy, 38, 875-887.](#)

79 - Bohus

Bohus, M.J., Landwehrmeyer, G.B., Stiglmayr, C.E., e.a. (1999). Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open label trial. [Journal of Clinical Psychiatry, 60, 598-603.](#)

80 - Bolhuis

Bolhuis, H., & Reynders, K. (1983). Sensorelaxatie. Bolhuis, H.W.G. & K. Reynders (1983). Sensorelaxatie. Een methode tot ontspanning. Groningen: uitgave in eigen beheer.

81 - Bond

Bond, M., & Perry, J.C. (2006). Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. [Journal of Nervous and Mental Disease, 194, 21-26.](#)

82 - Bosch

Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W., Stijnen, T., e.a. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. [Behaviour Research and Therapy, 43, 1231-1241.](#)

83 - Bosch

Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., & van den Brink, W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. [Journal of Personality Disorders, 15, 416-424.](#)

84 - Bosch

Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Schippers, G.M., e.a. (2002). Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. [Addictive Behaviors, 27, 911-923.](#)

85 - Bosman

Bosman, M., & Van Meijel, B. (2006). Betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 61, 414-426.

86 - Bottlender

Bottlender, M., Bottlender, R., Scharfenberg, C.D., e.a. (2003). [Effectiveness of outpatient treatment for alcoholism - impact of personality disorders on course of treatment.] [Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53, 384-389.](#)

87 - Bowers

Bowers, L. (2003a). Manipulation: description, identification and ambiguity. [Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 323-328.](#)

88 - Bowers

Bowers, L. (2003b). Manipulation: searching for an understanding. [Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10, 329-334.](#)

89 - Breslow

Breslow, R.E., Klinger, B.I., & Erickson, B.J. (1993). Crisis hospitalization on a psychiatric emergency service. [General Hospital Psychiatry, 15, 307-315.](#)

90 - Breslow

Breslow, R.E., Klinger, B.I., & Erickson, B.J. (1995). Crisis hospitalization in a psychiatric emergency service. [New Directions for Mental Health Services, \(67\), 5-12.](#)

91 - Brooks

Brooks, Ch.W. (1974). Sensory Awareness. New York: Viking Press.

92 - Brooks

Brooks, D., & Stark, A., (1989). The effect of Dance/Movement Therapy on Affect: a pilot study. American Journal of Dance Therapy, 11, 101-112.

93 - Brooks

Brooks, R., Rabin, R., & de Charro, F. (Red.). (2003). The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective. London: Kluwer Academic Publishers.

94 - Brooner

Brooner, R.K., Bigelow, G.E., Strain, E., e.a. (1990). Intravenous drug abusers with antisocial personality disorder: increased HIV risk behavior. [Drug and Alcohol Dependence](#), 26, 39-44.

95 - Brooner

Brooner, R.K., Greenfield, L., Schmidt, C.W., e.a. (1993). Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. [American Journal of Psychiatry](#), 150, 53-58.

96 - Brown

Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., e.a. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. [Journal of Personality Disorders](#), 18, 257-271.

97 - Brown

Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. Clinical Case Studies, 5, 403-420.

98 - Brug

Brug, van der, & ten Napel, (1997). In: G.M. Bulechek & J.C. McCloskey, Verpleegkundige interventies). Utrecht: De Tijdstroom.

99 - Bruyn

Bruyn, L. de e.a. (1999), Patiënten trainen hulpverleners. In: Deviant nr. 20

100 - Budman

Budman, S.H., Demby, A., Soldz, S., e.a. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: outcomes and dropouts. [International Journal of Group Psychotherapy](#), 46, 357-377.

101 - Buitink

Buitink, J.A. (Red.). (2000). De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief: naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns psycholoog. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), VOG ondernemersorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang.

102 - Bulechek

Bulechek, G.M., & McCloskey, J.C. (1992). Nursing interventions. Essential Nursing Treatments (2de druk). Iowa City: Saunders Company.

103 - Cacciola

Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., e.a. (1995). Treatment response of antisocial substance abusers. [Journal of Nervous and Mental Disease](#), 183, 166-171.

104 - Cacciola

Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., Alterman, A.I., e.a. (1994). An examination of the diagnostic criteria for antisocial personality disorder in substance abusers. [Journal of Nervous and Mental Disease](#), 182, 517-523.

105 - Cacciola

Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., Alterman, A.I., e.a. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. [Journal of Nervous and Mental Disease](#), 184, 234-239.

106 - Cardol

Cardol, M., van Dijk, L., de Jong, J.D., e.a. (2004). Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL.

107 - Carr

Carr, A.C., Goldstein, E.G., Hunt, H.F., e.a. (1979). Psychological tests and the borderline patients. [Journal of Personality Assessment, 43, 224-233.](#)

108 - Casey

Casey, P., & Butler, E. (1995). The effects of personality on response to ECT in major depression. *Journal of Personality Disorders, 9*, 134-142.

109 - Casey

Casey, P., Meagher, D., & Butler, E. (1996). Personality, functioning and recovery from major depression. [Journal of Nervous and Mental Disease, 184, 240-245.](#)

110 - Cassano

Cassano, P., Lattanzi, L., Pini, S., e.a. (2001). Topiramate for self-mutilation in a patient with borderline personality disorder. [Bipolar Disorders, 3, 161.](#)

111 - Cecero

Cecero, J.J., Ball, S.A., Tennen, H., e.a. (1999). Concurrent and predictive validity of antisocial personality disorder subtyping among substance abusers. [Journal of Nervous and Mental Disease, 187, 478-486.](#)

112 - Chengappa

Chengappa, K.N.R., Baker, R.W., & Sirri, C. (1995). The succesful use of clozapine in ameliorating severe self mutilation in a patient with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 9*, 76-82.

113 - Chengappa

Chengappa, K.N.R., Rathor, J., Levine, J., e.a. (1999). Topiramate as add-on treatment for patients with bipolar mania. [Bipolar Disorders, 1, 42-53.](#)

114 - Chiesa

Chiesa, M., & Fonagy, P. (2000). Cassel personality disorder study: methodological and treatment effects. [British Journal of Psychiatry, 176, 485-491.](#)

115 - Chiesa

Chiesa, M., Bateman, A., Wilberg, T., e.a. (2002). Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of hospital-based treatment for patients with personality disorder: a comparison of three different programs. [Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75, 381-392.](#)

116 - Chiesa

Chiesa, M., Bateman, A., Wilberg, T., e.a. (2002a). Patients' characteristics, outcome and cost-benefit of hospital-based treatment for patients with personality disorder: a comparison of three different programmes. [Psychology and Psychotherapy, 75, 381-392.](#)

117 - Chiesa

Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., e.a. (2002b). Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: a comparative study. [Journal of Personality Disorders, 16, 160-173.](#)

118 - Chiesa

Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J., e.a. (2004). Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. [American Journal of Psychiatry, 161, 1463-1470.](#)

119 - Clark

Clark, L.A., & Livesley, W.J. (2002). Two approaches to identifying the dimensions of personality disorder: convergence on the five-factor model. In: P.T. Costa & T.A. Widiger (Red.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 161-176). Washington, DC: American Psychological Association.

120 - Clarkin

Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., e.a. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. [Journal of Personality](#)

[Disorders, 15, 487-495.](#)

121 - [Clarkin](#)

Clarkin, J.F., Pilkonis, P.A., & Magruder, K.M. (1996). Psychotherapy of depression. Implications for reform of the health care system. [Archives of General Psychiatry, 53, 717-723.](#)

122 - [Cleary](#)

Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. [International Journal of Mental Health Nursing, 11, 186-191.](#)

123 - [Cliëntenbond](#)

Cliëntenbond, Lsovd, Labyrint In Perspectief, LPR, GGZ Nederland, Ypsilon. E. Borgesius (1994). Hulpverleners en familie: partners in de zorg. Een handleiding voor hulpverleners in de GGz.

124 - [Cloninger](#)

Cloninger, C.R. (2000). A practical way to diagnose personality disorders: a proposal. [Journal of Personality Disorders, 14, 99-108.](#)

125 - [Clopton](#)

Clopton, J.R., Weddige, R.L., Contreras, S.A., e.a. (1993). Treatment outcome for substance misuse patients with personality disorder. [International Journal of the Addictions, 28, 1147-1153.](#)

126 - [Coccaro](#)

Coccaro, E.F., & Kavoussi, R.J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. [Archives of General Psychiatry, 54, 1081-1088.](#)

127 - [Coccaro](#)

Coccaro, E.F., Astilli, J.L., Herbert, J.L., e.a. (1990). Fluoxetine treatment of impulsive aggression in DSM-III personality disorder patients. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 10, 373-375.](#)

128 - [Cohen](#)

Cohen, B.M. (1986b). Een nieuwe tekentest. *Psychologie*, 4, 26-29.

129 - [Cohen](#)

Cohen, B.M. (Red.). (1986a). The diagnostic drawing series rating guide.

130 - [Cohen](#)

Cohen, B.M., Hammer, J., & Singer, S. (1998). The diagnostic drawing series: a systematic approach to art therapy evaluation and research. *The Arts in Psychotherapy*, 15, 11-21.

131 - [Cohen](#)

Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

132 - [Cohen](#)

Cohen, J. (1968). Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scales disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213-220.

133 - [Cohen](#)

Cohen, L.J., Kingston, P., Bell, A., e.a. (2000). Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. [Comprehensive Psychiatry, 41, 4-12.](#)

134 - [Cohen](#)

Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. [Archives of General Psychiatry, 41, 1178-1182.](#)

135 - [Cohen](#)

Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G., e.a. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. [Journal of Personality Disorders, 19, 466-486.](#)

136 - [Colom](#)

Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., e.a. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid

personality disorders. [Bipolar Disorders, 6, 294-298.](#)

137 - Compton

Compton, W.M., Cottler, L.B., Ben-Abdallah, A., e.a. (2000). The effects of psychiatric comorbidity on response to an HIV prevention intervention. [Drug and Alcohol Dependence, 58, 247-257.](#)

138 - Compton

Compton, W.M., Cottler, L.B., Spitznagel, E.L., e.a. (1998). Cocaine users with antisocial personality improve HIV risk behaviors as much as those without antisocial personality. [Drug and Alcohol Dependence, 49, 239-247.](#)

139 - Cornelius

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., George, A., e.a. (1993a). Haloperidol vs. phenelzine in continuation therapy of borderline disorder. [Psychopharmacology Bulletin, 29, 333-337.](#)

140 - Cornelius

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., Perel, J.M., e.a. (1990). Fluoxetine trial in borderline personality disorder. [Psychopharmacology Bulletin, 26, 151-154.](#)

141 - Cornelius

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., Perel, J.M., e.a. (1991). A preliminary trial of fluoxetine in refractory borderline patients. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 11, 116-120.](#)

142 - Cornelius

Cornelius, J.R., Soloff, P.H., Perel, J.M., e.a. (1993b). Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and phenelzine. [American Journal of Psychiatry, 150, 1843-1848.](#)

143 - Cottler

Cottler, L.B., Compton, W.M., Ridenour, T.A., e.a. (1998). Reliability of self-reported antisocial personality disorder symptoms among substance abusers. [Drug and Alcohol Dependence, 49, 189-199.](#)

144 - Cowdry

Cowdry, R.W., & Gardner, D.L. (1988). Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranlycypromine. [Archives of General Psychiatry, 45, 111-119.](#)

145 - Crowe

Crowe, M. (2004). Never good enough -- part 2: clinical implications. [Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 335-340.](#)

146 - Cyranowski

Cyranowski, J.M., Frank, E., Winter, E., e.a. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. [Psychological Medicine, 34, 659-669.](#)

147 - Damen

Damen, K.F.M., de Jong, C.A.J., & van der Kroft, P.J.A. (2004). Interrater reliability of the SIDP-IV in an opioid-dependent patient sample. [European Addiction Research, 10, 95-138.](#)

148 - Damsa

Damsa, C., Adam, E., De Gregorio, F., e.a. (2007). Intramuscular olanzapine in patients with borderline personality disorder: an observational study in an emergency room. [General Hospital Psychiatry, 29, 51-53.](#)

149 - Darke

Darke, S., Hall, W., & Swift, W. (1994). Prevalence, symptoms and correlates of antisocial personality disorder among methadone maintenance clients. [Drug and Alcohol Dependence, 34, 253-257.](#)

150 - Darke

Darke, S., Williamson, A., Ross, J., e.a. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). [Drug and Alcohol Dependence, 74, 77-83.](#)

151 - Davidson

Davidson, J., McLeod, M., Law-Yone, B., e.a. (1978). A comparison of electroconvulsive therapy and combined phenelzine-amitriptyline in refractory depression. [Archives of General Psychiatry, 35, 639-642.](#)

152 - De la Fuente

De la Fuente, J.M., & Lotstra, F. (1994). A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. [European Neuropsychopharmacology, 4, 479-486.](#)

153 - DeBattista

DeBattista, C., & Mueller, K. (2001). Is electroconvulsive therapy effective for the depressed patient with comorbid borderline personality disorder? [Journal of ECT, 17, 91-98.](#)

154 - DeCoux Hampton

DeCoux Hampton, M. (1997). Dialectical behavior therapy in the treatment of persons with borderline personality disorder. [Archives of Psychiatric Nursing, 11, 96-101.](#)

155 - Deltito

Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J., e.a. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum. [Journal of Affective Disorders, 67, 221-228.](#)

156 - Deltito

Deltito, J.A., & Stam, M. (1989). Psychopharmacological treatment of avoidant personality disorder. [Comprehensive Psychiatry, 30, 498-504.](#)

157 - Dent-Brown

Dent-Brown, K. (1999). The six-part story method (6SPM) as an aid in the assessment of personality disorder. *Dramatherapy, 21, 10-14.*

158 - Dent-Brown

Dent-Brown, K., & Wang, M. (2004). Pessimism and failure in 6 part stories: indicators of borderline personality disorder. *The Arts in Psychotherapy, 31, 321-333.*

159 - Derksen

Derksen, J.J., Hummelen, J.W., & Bouwens, P.J. (1994). Interrater reliability of the structural interview. *Journal of Personality Disorders, 8, 131-139.*

160 - Derksen

Derksen, J.J.L. (1982). *Psychologische hulp in de eerste lijn*. Baarn: Nelissen.

161 - Derksen

Derksen, J.J.L. (1988). *Het diagnostisch interview voor borderline patiënten: handleiding (DIB)*. Lisse: Swets Test Services.

162 - Derksen

Derksen, J.J.L. (2005). Psychologische diagnostiek ter discussie. *De Psycholoog, 40, 333-335.*

163 - Dickersin

Dickersin, K., Scherer, R., & Lefebvre, C. (1994). Identifying relevant studies for systematic reviews. [British Medical Journal, 309, 1286-1291.](#)

164 - Diguer

Diguer, L., Barber, J.P., & Luborsky, L. (1993). Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. [American Journal of Psychiatry, 150, 1246-1248.](#)

165 - Dingemans

Dingemans, P.M.A.J., & Sno, H.N. (2004). Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46, 705-709.*

166 - Disciplinegroep psychiatrie van de Rijksuniversiteit van Groningen/Vakgroep psychiatrie van de Universiteit van Amsterdam. (2004).

Disciplinegroep psychiatrie van de Rijksuniversiteit van Groningen/Vakgroep psychiatrie van de Universiteit

van Amsterdam. (2004). Vertaling van de Camberwell Assessment of Need (CAN). Instructieboek Geestkrachtprogramma Psychose.

167 - Do Prado-Lima

Do Prado-Lima, P.A.S., Kristensen, C.H., & Bacaltchuck, J. (2006). Can childhood trauma predict response to topiramate in borderline personality disorder? [Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics, 31, 193-196.](#)

168 - Dolan

Dolan, B., Warren, F., & Norton, K. (1997). Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. [British Journal of Psychiatry, 171, 274-279.](#)

169 - Dolan

Dolan, B.M., Warren, F.M., Menzies, D., e.a. (1996). Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorders. *Psychiatric Bulletin*, 20, 413-417.

170 - Dreessen

Dreessen, L., Hoekstra, R., & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. [Journal of Anxiety Disorders, 11, 503-521.](#)

171 - Drummond

Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., e.a. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.

172 - Du

Du, L., Bakish, D., Ravindran, A.V., e.a. (2002). Does fluoxetine influence major depression by modifying five-factor personality traits? [Journal of Affective Disorders, 71, 235-241.](#)

173 - Duff

Duff, A. (2003). Managing personality disorders: making positive connections. [Nursing Management, 10, 27-30.](#)

174 - Duijsens

Duijsens, I.J. (1996). *Assessment of personality disorders: construction, reliability and validity of the VKP self report*. Proefschrift. Lisse: Swets & Zeitlinger.

175 - Duijsens

Duijsens, I.J., & Spinhoven, Ph. (2000). *Handleiding van de Nederlandse Temperament en Karakter Vragenlijst*. Leiderdorp: Datec.

176 - Duijsens

Duijsens, I.J., Bruinsma, M., Jansen, S.J.T., e.a. (1996a). Agreement between self-report and semi-structured interviewing in the assessment of personality disorders. *Personality and Individual Differences, 21, 261-270.*

177 - Duijsens

Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. (1995a). *International Personality Disorder Examination (IPDE) DSM IV module*. Leiderdorp: Datec.

178 - Duijsens

Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. (1996b). The VKP, a self-report instrument for DSM-III-R and ICD-10 personality disorders: construction and psychometric properties. *Personality and Individual Differences, 20, 171-182.*

179 - Duijsens

Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Diekstra, R.F.W., e.a. (1995b). *VKP. Vragenlijst voor kenmerken van de persoonlijkheid*. Lisse: Swets Test Services.

180 - Dunayevich

Dunayevich, E., Sax, K.W., Keck, P.E., Jr., e.a. (2000). Twelve-month outcome in bipolar patients with and without personality disorders. [Journal of Clinical Psychiatry, 61, 134-139.](#)

181 - Ekselius

Ekselius, L., & von Knorring, L. (1998). Personality disorder comorbidity with major depression and response

to treatment with sertraline or citalopram. [International Clinical Psychopharmacology, 13, 205-211.](#)

182 - Ekselius

Ekselius, L., & von Knorring, L. (1999). Changes in personality traits during treatment with sertraline or citalopram. [British Journal of Psychiatry, 174, 444-448.](#)

183 - Elkin

Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., e.a. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 841-847.](#)

184 - Elkin

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., e.a. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. [Archives of General Psychiatry, 46, 971-983.](#)

185 - Emerson

Emerson, J., Pankratz, L., & Joos, S. (1994). Personality disorders in problematic medical patients. [Psychosomatics, 35, 469-473.](#)

186 - Ettema

Ettema, J.H.M., & Zondag, H.J. (2002). De Nederlandse Narcisme Schaal (NNS). Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 37, 250-255.

187 - Eurelings-Bontekoe

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Koelen, J.A. (2007). De Somatisatie-Ernstige Psychopathologie combinatie binnen de theoriegestuurde profielinterpretatie van de NVM: somatisatie als affectregulator en maat voor sociale (in)competentie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 37, 107-122.

188 - Eurelings-Bontekoe

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (Red.). (2003). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. Lisse: Swets & Zeitlinger.

189 - Eurelings-Bontekoe

Eurelings-Bontekoe, L., & Snellen, W. (2005). Theoriegestuurd en contextueel: replek op Smid & Kamphuis (2005). *De Psycholoog*, 40, 193-197.

190 - Evans

Evans, M.O., Morgan, H.G., Hayward, A., e.a. (1999). Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. [British Journal of Psychiatry, 175, 23-27.](#)

191 - Evers

Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000a). Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Deel I: Testbeschrijvingen. Assen: Van Gorcum.

192 - Evers

Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000b). Documentatie van Tests en Testresearch in Nederland. Deel II: Testresearch. Assen: Van Gorcum.

193 - Fabius

Fabius, M. (2004). Houvast, Werkconferentie PMT en Dialectische gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, 10, 13-14.

194 - Fagin

Fagin, L. (2004a). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 1: Borderline personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 93-99.

195 - Fagin

Fagin, L. (2004b). Management of personality disorders in acute in-patient settings. Part 2: Less-common personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 100-106.

196 - Fairburn

Fairburn, C.G., Norman, P.A, Welch, S.L., e.a. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. [Archives of General Psychiatry, 52, 304-312.](#)

197 - Fall

Fall, A. B. Murray-Swank, PHD & Dixon L. (dec 2004). Family Psycho- education as an Evidence-Based Practice. Review article-Volume 9-Number 12 CNS Spectrums

198 - Fals-Stewart

Fals-Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: an MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. [Journal of Personality Assessment, 59, 515-527.](#)

199 - Faltus

Faltus, F.J. (1984). The positive effect of alprazolam in the treatment of three patients with borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 141, 802-803.](#)

200 - Fava

Fava, M., Bouffides, E., Pava, J.A., e.a. (1994). Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. [Psychotherapy and Psychosomatics, 62, 160-167.](#)

201 - Feeny

Feeny, N.C., Zoellner, L.A., & Foa, E.B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with BPC: a preliminary examination. [Journal of Personality Disorders, 16, 30-40.](#)

202 - Feinstein

Feinstein, A.R., & Cichetti, D.V. (1990). High agreement but low kappa: I The problems of two paradoxes. [Journal of Clinical Epidemiology, 43, 543-549.](#)

203 - Ferreri

Ferreri, M.M., Loze, J-Y., Rouillon, F., e.a. (2004). Clazapine treatment of a borderline personality disorder with severe self-mutilating behaviours. [European Psychiatry, 19, 177-178.](#)

204 - Feske

Feske, U., Mulsant, B.H., Pilkonis, P.A., e.a. (2004). Clinical outcome of ECT in patients with major depression and comorbid borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 161, 2073-2080.](#)

205 - Feske

Feske, U., Perry, K.J., Chambless, D.L., e.a. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders, 10, 174-184.*

206 - Finn

Finn, S.E., & Kamphuis, J.H. (2005). Therapeutic Assessment. In: J.N. Butcher, *MMPI-2: a practitioner's guide* (pp. 165-191). Washington, DC: American Psychological Press.

207 - Finn

Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: complementary paradigms. *Psychological Assessment, 9, 374-385.*

208 - First

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., e.a. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

209 - Fisher

Fisher, M.S., Sr., & Bentley, K.J. (1996). Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. [Psychiatric Services, 47, 1244-1250.](#)

210 - Fleiss

Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2de druk). New York: Wiley.

211 - Fonagy

Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. [British](#)

[Journal of Psychiatry, 188, 1-3.](#)

212 - [Fowler](#)

Fowler, J.P., & Ardon, A.M. (2002). Diagnostic Drawing Series and dissociative disorders: a Dutch Study. The Arts in Psychotherapy, 29, 221-230.

213 - [Frank](#)

Frank, E., Kupfer, D.J., Jacob, M., e.a. (1987). Personality features and response to acute treatment in recurrent depression. Journal of Personality Disorders, 1, 14-26.

214 - [Frank](#)

Frank, E., Kupfer, D.J., Jarrett, D.B., e.a. (1986). Self-rating of personality characteristics and their relationship to treatment response in recurrent unipolar depressives: a pilot study. [Psychopharmacology Bulletin, 22, 196-199.](#)

215 - [Frank](#)

Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner, E.F., e.a. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. [Archives of General Psychiatry, 48, 1053-1059.](#)

216 - [Frankenburg](#)

Frankenburg, F.R., & Zanarini, M.C. (1993). Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. [Comprehensive Psychiatry, 34, 402-405.](#)

217 - [Frankenburg](#)

Frankenburg, F.R., & Zanarini, M.C. (2002). Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. [Journal of Clinical Psychiatry, 63, 442-446.](#)

218 - [Frankenburg](#)

Frankenburg, F.R., & Zanarini, M.C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illness, poor health-related lifestyle choices and costly forms of health care utilization. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1660-1665.](#)

219 - [Frankenburg](#)

Frankenburg, F.R., & Zanarini, M.C. (2006). Obesity and obesity-related illnesses in borderline patients. [Journal of Personality Disorders, 20, 71-80.](#)

220 - [Franx G](#)

Franx G. en Zeldenrust W. (2002), Patiënten en hun omgeving over GGZ programma's. Regio Midden-Westelijk Utrecht. Versie: 18-02-2002.

221 - [Fraser](#)

Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. [Archives of Psychiatric Nursing, 7, 336-341.](#)

222 - [Gabbard](#)

Gabbard, G.O. (2000). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington, DC: American Psychiatric Press.

223 - [Gabbard](#)

Gabbard, G.O., Coyne, L., Allan, J.G., e.a. (2000). Evaluation of intensive inpatient treatment of patients with severe personality disorders. [Psychiatric Services, 51, 893-898.](#)

224 - [Galen](#)

Galen, L.W., Brower, K.J., Gillespie, B.W., e.a. (2000). Sociopathy, gender, and treatment outcome among outpatient substance abusers. [Drug and Alcohol Dependence, 22, 23-33.](#)

225 - [Gallop](#)

Gallop, R. (1992). Self-destructive and impulsive behavior in the patient with a borderline personality disorder: rethinking hospital treatment and management. [Archives of Psychiatric Nursing, 6, 178-182.](#)

226 - Gallop

Gallop, R., Lancee, W., & Sugar, G. (1993). Residents' and nurses' perception of difficult-to-treat short-stay patients. [Hospital and Community Psychiatry, 44, 352-357.](#)

227 - Gardner

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1985). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 142, 98-100.](#)

228 - Gardner

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1986a). Positive effects of carbamazepine on behavioral dyscontrol in borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 143, 519-522.](#)

229 - Gardner

Gardner, D.L., & Cowdry, R.W. (1986b). Development of melancholia during carbamazepine treatment in borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 6, 236-239.](#)

230 - Garno

Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M., e.a. (2005). Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: impact on suicidality. [Journal of Clinical Psychiatry, 66, 339-345.](#)

231 - Ge

Ge, X., Conger, R.D., Cadoret, R.J., e.a. (1996). The developmental interface between nature and nurture: a mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychopathology*, 32, 574-589.

232 - Gebu (2007)

Gebu (2007). 'Off-label' voorschrijven en afleveren. *Geneesmiddelen Bulletin*, 41, 90.

233 - Gelso

Gelso, C.J., & Hayes, J.A. (2002). The management of countertransference. In: J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 267-284). New York: Oxford University Press.

234 - George

George, E.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., e.a. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. [Bipolar Disorders, 5, 115-122.](#)

235 - Giesen-Bloo

Giesen-Bloo, J., van Duyck, R., Spinhoven, Ph., e.a. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused vs transference-focused psychotherapy. [Archives of General Psychiatry, 63, 649-658.](#)

236 - Gijsman

Gijsman, H.J., Geddes, J.R., Rendell, J.M., e.a. (2004). Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, controlled trials. [American Journal of Psychiatry, 161, 1537-1547.](#)

237 - Gill

Gill, K., Nollimal, D., & Crowley, T.J. (1992). Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. [Drug and Alcohol Dependence, 30, 247-252.](#)

238 - Goldberg

Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London: Tavistock.

239 - Goldberg

Goldberg, J.F., & Truman, C.J. (2003). Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. [Bipolar Disorders, 5, 407-420.](#)

240 - Goldberg

Goldberg, S.C. (1989). Prediction of change in borderline personality disorder. [Psychopharmacology Bulletin, 25, 550-555.](#)

241 - Goldberg

Goldberg, S.C., Schulz, S.C., Schulz, P.M., e.a. (1986). Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. [Archives of General Psychiatry, 43, 680-686.](#)

242 - Goldstein

Goldstein, R.B., Bigelow, C., McCusker, J., e.a. (2001). Antisocial behavioral syndromes and return to drug use following residential relapse prevention/health education treatment. [American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27, 453-482.](#)

243 - Goldstein

Goldstein, R.B., Powers, S.I., McCusker, J., e.a. (1996). Gender differences in manifestations of antisocial personality disorder among residential drug abuse treatment clients. [Drug and Alcohol Dependence, 41, 35-45.](#)

244 - Goldstein

Goldstein, R.B., Powers, S.I., McCusker, J., e.a. (1999). Antisocial behavioral syndromes among residential drug abuse treatment clients. [Drug and Alcohol Dependence, 53, 171-187.](#)

245 - Gottlieb

Gottlieb, G. (1997). Synthesizing nature-nurture: Prenatal roots of instinctive behavior.

246 - Graaf

Graaf, W. van de (2006), Kracht in crisis. – Rotterdam : Basisberaad Rijnmond

247 - Grella

Grella, C.E., Joshi, V., & Hser, Y.I. (2003). Followup of cocaine-dependent men and women with antisocial personality disorder. [Journal of Substance Abuse Treatment, 25, 155-164.](#)

248 - Griengl

Griengl, H., Sendera, A., & Dantendorfer, K. (2001). Naltrexone as a treatment of self-injurious behavior -- a case report. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 103, 234-236.](#)

249 - Groen

Groen, P.N. (2000). Eerstelijnspsychologie: ontwikkeling en beleid. In: J.J.L. Derksen & C.P.F. van der Staak (Red.), Behandelingsstrategieën voor de Eerstelijnspsycholoog (pp. 1-15). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.

250 - Gruettert

Gruettert, T., & Friege, L. (2005). Quetiapine in patients with borderline personality disorder and psychosis: a case series. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 180-186.

251 - Gunderson J. G.

Gunderson J. G., P.D. Hoffman (2005). Understanding and treating borderline personality disorder± a guide for professionals and families I ed: Family Perspectives on Borderline Personality Disorder.

252 - Gunderson J

Gunderson J.G. (1997), Psychosocial& Personality Research Program, Belmont, MA, US. Harvard Review of Psychiatry, Mclean Hosp, Vol 4 (5) pag. 272-278.

253 - Gunderson J.G.

Gunderson J.G., Berkowitz C. en Ruiz-Sancho A., (1997). Families of borderlinepatients: A psychoeducational approach. [Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 61, No. 4.](#)

254 - Gunderson

Gunderson, J.G., Frank, A.F., Ronningstam, E.F., e.a. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. [The Journal of Nervous and Mental Disease, 177, 38-42.](#)

255 - Gunderson

Gunderson, J.G., Kolb, J.E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. [American Journal of Psychiatry, 138, 896-903.](#)

256 - Haeyen

Haeyen, S. (2004). Verbindend werk, beeldende therapie met borderline-patiënten op basis van de dialectische gedragstherapie van Linehan. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1, 5-10.

257 - Haeyen

Haeyen, S. (2006). Imaginatie in beeldende therapie: een schemagerichte benadering. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 2, 3-9.

258 - Hafkenscheid

Hafkenscheid, A. (2003). Objective countertransference: do patients' interpersonal impacts generalise across therapists? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 31-40.

259 - Hafkenscheid

Hafkenscheid, A. (2005). The Impact Message Inventory (IMI-C): generalisability of patients' command and relationship messages across psychiatric nurses. [*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 325-332.](#)

260 - Hafkenscheid

Hafkenscheid, A., & Kiesler, D. (2007). Assessing objective countertransference: a comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychotherapy Research*, 17, 393-403.

261 - Hall

Hall, J., Caleo, S., Stevenson, J., e.a. (2001). An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. [*The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 4, 3-8.](#)

262 - Hanswijck de Jonge

Hanswijck de Jonge, P. van, van Furth, E.F., Lacey, J.H., e.a. (2003). The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. [*Psychological Medicine*, 33, 1311-1317.](#)

263 - Hardy

Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., e.a. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. [*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 997-1004.](#)

264 - Hare

Hare, R.D. (2003). *The Psychopathy Checklist-Revised (2de versie)*. Toronto: Multi-Health Systems.

265 - Harkness

Harkness, A.R., & McNulty, J.L. (2002). Implications of personality individual differences science for clinical work on personality disorders. In: P.T. Costa & T.A. Widiger (Red.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2de druk) (pp. 391-403). Washington, DC: American Psychological Press.

266 - Harman M.J. (2004)

Harman M.J. (2004), *Children At-Risk for Borderline Personality Disorder*. M.I.

267 - Haro

Haro, G., Mateu, C., Martínez-Raga, J., e.a. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. [*European Psychiatry*, 19, 187-192.](#)

268 - Heinze

Heinze, M., Andreae, D., & Grohmann, R. (2005). Pharmacotherapy of personality disorders in German speaking countries: state and changes in the last decade. [*Pharmacopsychiatry*, 38, 201-205.](#)

269 - Helgeland

Helgeland, Torgesen S. (2004), Developmental antecedents of borderline personality disorder. [*Comprehensive Psychiatry*, 45\(2\), 138/47 *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 34, No.3, Fall 279/290.](#)

270 - Hellerstein

Hellerstein, D.J., Kocsis, J.H., Chapman, D., e.a. (2000). Double-blind comparison of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: effects on personality. [*American Journal of Psychiatry*, 157, 1436-1444.](#)

271 - Hembree

Hembree, E.A., Cahill, S.P., & Foa, E.B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. [Journal of Personality Disorders, 18, 117-127.](#)

272 - Henderson

Henderson, C., Flood, C., Leese, M., e.a. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. [BMJ, 329, 136.](#)

273 - Henquet

Henquet, G. (2005). Opgekropte spanning losmaken. Resultaten van een effectonderzoek. Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie, 11, 30-36.

274 - Hernandez-Avila

Hernandez-Avila, C.A., Burleson, J.A., Poling, J., e.a. (2000). Personality and substance use disorders as predictors of criminality. [Comprehensive Psychiatry, 41, 276-283.](#)

275 - Herzog

Herzog, D.B., Keller, M.B., Lavori, P.W., e.a. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. [Journal of Clinical Psychiatry, 53, 147-152.](#)

276 - Hesselbrock

Hesselbrock, M.N. (1991). Gender comparison of antisocial personality disorder and depression in alcoholism. [Journal of Substance Abuse, 3, 205-219.](#)

277 - Hesselbrock

Hesselbrock, V.M., & Hesselbrock, M.N. (1994). Alcoholism and subtypes of antisocial personality disorder. [Alcohol and Alcoholism, 2\(Suppl.\), 479-484.](#)

278 - Heumann

Heumann, K.A. (1990). Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorders. [American Journal of Psychiatry, 147, 498-500.](#)

279 - Hildebrand

Hildebrand, M., de Ruiter, C., de Vogel, V., e.a. (2002). Reliability and factor structure of the Dutch language version of Hare's Psychopathy Checklist-Revised. International Journal of Forensic Mental Health, 1, 139-154.

280 - Hirschfeld

Hirschfeld, R.M.A. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. [Depression and Anxiety, 10, 142-146.](#)

281 - Hirschfeld

Hirschfeld, R.M.A., Klerman, G.L., Lavori, Ph., e.a. (1989). Premorbid personality assessments of first onset of major depression. [Archives of General Psychiatry, 46, 345-350.](#)

282 - Hirschfeld

Hirschfeld, R.M.A., Russell, J.M., Delgado, P.L., e.a. (1998). Predictors of response to acute treatment of chronic and double depression with sertraline or imipramine. [Journal of Clinical Psychiatry, 59, 669-675.](#)

283 - Hoekstra

Hoekstra, H.A., Ormel, J., & de Fruyt, F. (2003). NEO-PI-R / NEO-FFI Big Five persoonlijkheidsvragenlijst. Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger.

284 - Hoffart

Hoffart, A., & Martinsen, E.W. (1993). The effect of personality disorders and anxious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia. Journal of Personality Disorders, 7, 304-311.

285 - Hoffman P. (2003)

Hoffman P. (2003), Family members ' knowledge about personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. [Family Process, Vol. 42\(4\) pp. 469-478.](#)

286 - Hoffman P.

Hoffman P., Fruzzetti A. e.a. (2005). Family Connections: A program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. [Family Process, Vol. 44, No. 2](#)

287 - Hollander

Hollander, E., Allen, A., Lopez, R.P., e.a. (2001). A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 62, 199-203.](#)

288 - Hollander

Hollander, E., Swann, A.C., Coccaro, E.F., e.a. (2005). Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 162, 621-624.](#)

289 - Hollander

Hollander, E., Tracy, K.A., Swann, A.C., e.a. (2003). Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. [Neuropsychopharmacology, 28, 1186-1197.](#)

290 - Hoover

Hoover, D. (1995). Impaired personal boundaries: a proposed nursing diagnosis. [Perspectives in Psychiatric Care, 31, 9-13.](#)

291 - Hoover

Hoover, D., & Norris, J. (1996). Validation study for impaired personal boundaries, proposed nursing diagnosis. [Nursing Diagnosis, 7, 147-151.](#)

292 - Hope

Hope, D.A., Herbert, J.D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399-415.

293 - Horowitz

Horowitz, L.M. (2002). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Press.

294 - Horsfall

Horsfall, J. (1999). Towards understanding some complex borderline behaviours. [Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 425-432.](#)

295 - Horvath

Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The Alliance. In: J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.

296 - Horvath

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). Development of the working alliance inventory. In: L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Red.), *The psychotherapeutic process: a research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.

297 - Hough

Hough, D.W. (2001). Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. [Psychiatry and Clinical Neurosciences, 55, 161-162.](#)

298 - Hout

Hout, M.A. van den, Brouwers, C., & Oomen, J. (2005). Gedragstherapie doet wat het moet, de NPV niet. *De Psycholoog*, 40, 129-135.

299 - Hout

Hout, M.A. van den, Brouwers, C., & Oomen, J. (2007). De pretenties van de NPV: een reactie op Barelds en Luteijn (2007). *De Psycholoog*, 42, 351-352.

300 - Howard

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., e.a. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. [American Psychologist, 41, 159-164.](#)

301 - Hunter

Hunter, E.E., Powell, B.J., Penick, E.C., e.a. (2000). Comorbid psychiatric diagnosis and long-term drinking outcome. [Comprehensive Psychiatry, 41, 334-338.](#)

302 - Hutchinson

Hutchinson, D.S., Skrinar, G.S., & Cross, C. (1999). The role of improved physical fitness in rehabilitation and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 355-359.

303 - Hymowitz

Hymowitz, P., Frances, A., Jacobsberg, L.B., e.a. (1986). Neuroleptic treatment of schizotypal personality disorders. [Comprehensive Psychiatry, 27, 267-271.](#)

304 - Ilardi

Ilardi, S., & Craighead, W. (1995). Personality pathology and response to somatic treatments for major depression: a critical review. *Depression*, 2, 200-217.

305 - Ingenhoven

Ingenhoven, T., & Rinne, T. (2007). Medicamenteuze behandeling. In: E.M.H. Eurelings-Bontekoe, W.M. Snellen & R. Verheul (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

306 - Issakidis

Issakidis, C., & Andrews, G. (2003). Rationing of health care: clinical decision making in an outpatient clinic for anxiety disorders. [Journal of Anxiety Disorders, 17, 59-74.](#)

307 - Jacobs

Jacobs, M., & Essers, G. (2001). Het moet niet gekker worden...! Over de begeleiding bij persoonlijkheidsstoornissen. *NHG Cahier over communicatie en attitude*, nr. 18, 1-24.

308 - Jacobson

Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

309 - Jaspers

Jaspers, J.P.C. (2005). Constructvalidering van de NVM-profielinterpretatie: fundering of drijfzand. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 50-58.

310 - Jenike

Jenike, M.A., Bear, L., Minichiello, W.E., e.a. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 143, 530-532.](#)

311 - Jensen

Jensen, H.V., & Andersen, J. (1989). An open, noncomparative study of amoxapine in borderline disorders. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 79, 89-93.](#)

312 - Johnson

Johnson, D.R. (1981). Some diagnostic implications of dramatherapy. In: G. Schattner & R. Courtney (Red.), *Drama in therapy. Vol 2: Adults* (pp. 13-33). New York: Drama Book Specialists.

313 - Johnson

Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., e.a. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, 265-275.](#)

314 - Jol

Jol, A. (2005). Het valideringsonderzoek van de dynamische profielinterpretatie van Eurelings en Snellen. *Reactie op Jaspers (2005)*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 226-227.

315 - Jong H

Jong H. de (2005). Een vergeten groep. Het betrekken van mantelzorgers bij de behandeling/begeleiding, Parnassia.

316 - Jong

Jong, A. de, van den Brink, W., Ormel, J., e.a. (Red.). (1999). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*.

Maarsse: Elsevier/De Tijdstroom.

317 - Jong

Jong, C.A.J. de, Derks, F.C.H., van Oel, C.J., e.a. (1996). SIDP-IV: gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant.

318 - Jong

Jong, C.A.J. de, van den Brink, W., & Jansma, A. (2000). ICL-R: handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL). Sint Oedenrode: Novadic.

319 - Jong

Jong, K. de, Nugter, M.A., Polak, M.G., e.a. (in druk). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

320 - Jong

Jong, N. de. (2003). Ben ik in beeld? De muziektherapeutische behandeling van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, volgens de schemagerichte therapie. Afstudeerscriptie Muziektherapie, Conservatorium. Enschede: Saxion Hogeschool.

321 - Joyce P.R.

Joyce P.R., McKenzie J.M. e.a. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. [*Australian/New Zealand Journal of Psychiatry*, 37\(6\), 756-64.](#)

322 - Joyce

Joyce, P.R., & Paykel, E.S. (1989). Predictors of drug response in depression. [*Archives of General Psychiatry*, 46, 88-92.](#)

323 - Joyce

Joyce, P.R., Mulder, R.T., Luty, S.E., e.a. (2003). Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. [*Comprehensive Psychiatry*, 44, 35-43.](#)

324 - Kampen

Kampen, D. van. (2006). The Dutch DAPP-BQ: improvements, lower- and higher-order dimensions, and relationship with the 5DPT. [*Journal of Personality Disorders*, 20, 81-101.](#)

325 - Kapfhammer

Kapfhammer, H., & Hippus, H. (1998). Special feature: pharmacotherapy in personality disorders. [*Journal of Personality Disorders*, 12, 277-288.](#)

326 - Karterud

Karterud, S., & Pedersen, G. (2004). Short-term day hospital treatment for personality disorders: benefits of the therapeutic components. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic & Supportive Organisations*, 25, 43-54.

327 - Karterud

Karterud, S., & Urnes, Ø. (2004). Short-term day treatment programmes for patients with personality disorders. What is the optimal composition? [*Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 243-249.](#)

328 - Karterud

Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., e.a. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. [*Journal of Personality Disorders*, 17, 243-262.](#)

329 - Karterud

Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., e.a. (1992). Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: an empirical evaluation of the containment function. [*Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 238-243.](#)

330 - Kaufman

Kaufman, J., Zang, B.-Z., Douglas-Palumberi, H., e.a. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. [*Proceedings of the National Academy of Sciences of the United*](#)

[States of America, 101, 17316-17321.](#)

331 - [Kavoussi](#)

Kavoussi, R.J., & Coccaro, E.F. (1998). Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 59, 676-680.](#)

332 - [Kavoussi](#)

Kavoussi, R.J., Liu, J., & Coccaro, E.F. (1994). An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. [Journal of Clinical Psychiatry, 55, 137-141.](#)

333 - [Kay](#)

Kay, J.H., Altshuler, L.L., Ventura, J., e.a. (2002). Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. [Bipolar Disorders, 4, 237-242.](#)

334 - [Kelley](#)

Kelley, J.L., & Petry, N.M. (2000). HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. [Journal of Substance Abuse Treatment, 19, 59-66.](#)

335 - [Kendler](#)

Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O., e.a. (2006). Personality and major depression. A Swedish, longitudinal, population-based twin study. [Archives of General Psychiatry, 63, 1113-1120.](#)

336 - [Kernberg](#)

Kernberg, O.F. (1984). Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press.

337 - [Keshavan](#)

Keshavan, M., Shad, M., Soloff, P., e.a. (2004). Efficacy and tolerability of olanzapine in the treatment of schizotypal personality disorder. [Schizophrenia Research, 71, 97-101.](#)

338 - [Khouzam](#)

Khouzam, H.R., & Donnelly, N.J. (1997). Remission of self-mutilation in a patient with borderline personality during risperidone therapy. [Journal of Nervous and Mental Disease, 185, 348-349.](#)

339 - [Kiesler](#)

Kiesler, D.J. (1996). Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology and psychotherapy. New York: John Wiley.

340 - [Klooster](#)

Klooster, G. ten. (2005). Het paard en de wagen. Enkele reacties op de controverse over de NVM-profielinterpretatie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 31, 238-240.

341 - [Knapen](#)

Knapen, J., van de Vliet, P., van Copenolle, H., e.a. (2003a). Improvements in physical fitness of non-psychotic psychiatric patients following psychomotor therapy programs. [Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 43, 513-522.](#)

342 - [Knapen](#)

Knapen, J., van de Vliet, P., van Copenolle, H., e.a. (2003b). The effectiveness of two psychomotor therapy programmes on physical fitness and physical self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial. [Clinical Rehabilitation, 17, 637-647.](#)

343 - [Koenigsberg](#)

Koenigsberg, H.W., Reynolds, D., Goodman, M., e.a. (2003). Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 64, 628-634.](#)

344 - [Kok](#)

Kok, E., & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2007). NVM en Autisme Spectrum Stoornissen. Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme, 1, 34-42.

345 - [Kool](#)

Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I.J., e.a. (2003a). Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy in depressed patients with or without personality disorder(s). [Harvard Review of Psychiatry, 11, 133-141.](#)

346 - Kool

Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I.J., e.a. (2003b). Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. [Journal of Personality Disorders, 17, 60-72.](#)

347 - Kool

Kool, S., Schoevers, R., de Maat, A., e.a. (2005). Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. [Journal of Affective Disorders, 88, 269-278.](#)

348 - Koons

Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., e.a. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.

349 - Kop

Kop, P.F.M. (2002). De eerstelijnspsycholoog in de gezondheidszorg. In: A.J.J.M. Vingerhoets, P.F.M. Kop & P.H.G.M. Soons (Red.), *Psychologie in de gezondheidszorg* (pp. 53-70). Houten/Mechelen: Bohn Stafleu van Loghum.

350 - Kosten

Kosten, T.A., Kosten, T.R., & Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. [Journal of Substance Abuse Treatment, 6, 163-168.](#)

351 - Kragten

Kragten, R. (2000). *Bejegening in de GGZ: patiënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening.* – Utrecht : Patiëntenraad Willem Arntz Huis, Lwason

352 - Kramer

Kramer, B.A. (1982). Poor response to electroconvulsive therapy in patients with a combined diagnosis of depression and borderline personality disorder. [Lancet, 2, 1048.](#)

353 - Kras B. (1997)

Kras B. (1997), *Familieleden van patiënten met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis.* Doctoraal studie.

354 - Krawitz

Krawitz, R. (1997). A prospective psychotherapy outcome study. [Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31, 465-473.](#)

355 - Krawitz

Krawitz, R., Jackson, W., Allen, R., e.a. (2004). Professionally indicated short-term risk-taking in the treatment of borderline personality disorder. [Australasian Psychiatry, 12, 11-17.](#)

356 - Krook K. (2004)

Krook K. (2004), *Borderline de Baas.*

357 - Kuin

Kuin, F. (2000). *Module Behandeling Impulskontroleproblematiek voor psychomotorisch therapeuten.* Oosterbeek: Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.

358 - Kullgren

Kullgren, G. (1987). An empirical comparison of three different borderline concepts. [Acta Psychiatrica Scandinavia, 76, 246-255.](#)

359 - Kutcher

Kutcher, S., Papatheodorou, G., Reiter, S., e.a. (1995). The succesful pharmacological treatment of adolescents and young adults with borderline personality disorder: a preliminary open trial of flupenthixol. [Journal of Psychiatry & Neuroscience, 20, 113-118.](#)

360 - La Wall

La Wall, J.S., & Wesselius, C.L. (1992). The use of lithium carbonate in borderline patients. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 4, 265-267.

361 - Labyrint In Perspectief (2005).

Labyrint In Perspectief (2005). Als je partner ernstige psychische problemen heeft.

362 - Ladd

Ladd, G.T., & Petry, N.M. (2003). Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: psychosocial functioning and HIV risk. [Journal of Substance Abuse Treatment, 24, 323-330.](#)

363 - Lambert

Lambert, M.J. (2007). Presidential address: what we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.

364 - Lamers

Lamers, E.T.T., Bosch, F., Hinderink, L., e.a. (Red.). (2006). *Handboek psychologie in de eerste lijn*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

365 - Lammers

Lammers, S.M.M. (2007). Blijven stoute jongens stout? Taxatie van het recidiverisico in de tbs. *De Psycholoog*, 42, 194-202.

366 - Land

Land, H. van 't, & de Ruiter, C. (Red.). (2005). *Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.

367 - Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005).

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

368 - Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2003).

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2003). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

369 - Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen. (2006).

Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen. (2006). *Jaarbericht Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen 2005*. Amsterdam: LVE.

370 - Landheim

Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. [European Addiction Research, 9, 8-17.](#)

371 - Landy

Landy, R. (1993). *Drama therapy: concepts, theories and practices*. Springfield/Illinois: Thomas.

372 - Langley

Langley, G.C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. [Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12, 23-32.](#)

373 - Lawson C. A. (2002)

Lawson C. A. (2002), *Understanding the Borderline Mother: Helping Her Children Transcend the Intense, Unpredictable, and Volatile Relationship*. Northvale (NJ), Jason Arinson

374 - Lawson C. A.

Lawson C. A., (2004), *Treating the borderline mother: integrating EMDR with a family systems perspective*. In: *Family treatment of personality disorders: advances in clinical practice*. MacFarlane, Malcolm M. (Ed.); pp. 305-334. Binghamton (NY), Haworth Clinical Practice Press

375 - Lazar

Lazar, S.G., & Gabbard, G.O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. [The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 6, 307-314.](#)

376 - LeGacy en Shulman S

LeGacy en Shulman S.(1998). *Working trough the heart: A transpersonal approach to family support and*

education. Traditional Living Services, Syracuse,NU,US.etc.

377 - Lehembre

Lehembre, J. (2003). Autogene training in de praktijk. *Psychopraxis*, 1, 12-17.

378 - Leibbrand

Leibbrand, R., Hiller, W., & Fichter, M. (1999a). Influence of personality disorders on therapy outcome in somatoform disorders at 2-years follow-up. [Journal of Nervous and Mental Disease](#), 187, 509-512.

379 - Leibbrand

Leibbrand, R., Hiller, W., & Fichter, M.M. (1999b). Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders. [Comprehensive Psychiatry](#), 40, 203-209.

380 - Leichsenring

Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. [American Journal of Psychiatry](#), 160, 1223-1232.

381 - Leichsenring

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. [Archives of General Psychiatry](#), 61, 1208-1216.

382 - Leone

Leone, N.F. (1982). Response of borderline patients to loxapine and chlorpromazine. [Journal of Clinical Psychiatry](#), 43, 148-150.

383 - Levy

Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., e.a. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. [Journal of Consulting and Clinical Psychology](#), 74, 1027-1040. (Commentaar erop: 74, 1086-1097.)

384 - Lewis

Lewis, G., & Appleby, L. (1988). Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. [British Journal of Psychiatry](#), 153, 44-49.

385 - Lewis

Lewis, P., & Johnson, D.R. (Red.). (2000). *Current Approaches in Drama Therapy*. Springfield: Thomas.

386 - Liebowitz

Liebowitz, M.R., Quitkin, F.M., Steward, J.W., e.a. (1988). Antidepressant specificity in atypical depression. [Archives of General Psychiatry](#), 45, 129-137.

387 - Lilienfeld

Lilienfeld, S.O. (2005). Longitudinal studies of personality disorders: four lessons from personality pathology. [Journal of Personality Disorders](#), 19, 547-556.

388 - Linehan

Linehan, M.M. (1987). Dialectical BehaviorTherapy: a cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.

389 - Linehan

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

390 - Linehan

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. [Archives of General Psychiatry](#), 48, 1060-1064.

391 - Linehan

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. [Archives of General Psychiatry](#), 48, 1060-1064.

392 - Linehan

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., e.a. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. [Archives of General Psychiatry, 63, 757-766.](#)

393 - Linehan

Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., e.a. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. [Drug and Alcohol Dependence, 67, 13-26.](#)

394 - Linehan

Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. [Archives of General Psychiatry, 50, 971-974.](#)

395 - Linehan

Linehan, M.M., Schmidt, H., 3rd, Dimeff, L.A., e.a. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. [American Journal on Addictions, 8, 279-292.](#)

396 - Linehan

Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., e.a. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. [American Journal of Psychiatry, 151, 1771-1776.](#)

397 - Linehan

Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., e.a. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. [American Journal of Psychiatry, 151, 1771-1776.](#)

398 - Links

Links, P.S. (1999). Ernstige persoonlijkheidsstoornissen: diagnostiek en behandeling. Amsterdam: Syn-Thesis.

399 - Links

Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., e.a. (1995). Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity. [Canadian Journal of Psychiatry, 40, 9-14.](#)

400 - Links

Links, P.S., Steiner, M., Boiago, I., e.a. (1990). Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings. *Journal of Personality Disorders, 4, 173-181.*

401 - Liskow

Liskow, B., Powell, B.J., Nickel, E.J., e.a. (1990). Diagnostic subgroups of antisocial alcoholics: outcome at 1 year. [Comprehensive Psychiatry, 31, 549-556.](#)

402 - Little

Little, J., & Stephens, D. (1999). A patient-based voucher system of brief hospitalisation. [Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 429-432.](#)

403 - Loew

Loew, T.H., Nickel, M.K., Mehlbacher, M., e.a. (2006). Topiramate treatment for women with borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 26, 61-66.](#)

404 - Longabaugh

Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., e.a. (1994). Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. [Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 18, 778-785.](#)

405 - Loranger

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., e.a. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. [Archives of General Psychiatry, 51, 215-224.](#)

406 - MacEwan

MacEwan, G.W., & Remick, R.A. (1988). Treatment resistant depression: a clinical perspective. *Canadian Journal of Psychiatry, 33, 788-792.*

407 - MacFarlane M. (2004)

MacFarlane M. (2004), Family Treatment of Personality Disorders. Advances in clinical practice.

408 - Makela

Makela, E.H., Moeller, K.E., Fullen, J.E., e.a. (2006). Medication utilization patterns and methods of suicidality in borderline personality disorder. [The Annals of Pharmacotherapy, 40, 49-52.](#)

409 - Manen

Manen, J. van, Kamphuis, J.H., & Verheul, R. (in druk). Agreement between clinicians about matching personality disorder patients to psychotherapeutic treatments. Psychotherapy Research.

410 - Marcus

Marcus, E.R., & Bradley, S.S. (1990). Combination of psychotherapy and psychopharmacotherapy with treatment-resistant inpatients with dual diagnosis. [Psychiatric Clinics of North America, 13, 209-214.](#)

411 - Markham

Markham, D. (2003). Attitudes towards patients with a diagnosis of 'borderline personality disorder': social rejection and dangerousness. Journal of Mental Health, 6, 595-612.

412 - Markovitz

Markovitz, P. (1995). Pharmacotherapy of impulsivity, aggression and related disorders. In: E. Hollander & D.J. Stein (Red.), Impulsivity and aggression. New York: John Wiley & Sons.

413 - Markovitz

Markovitz, P.J., & Schulz, S.C. (1993). Drug treatment of personality disorders. [British Journal of Psychiatry, 162, 122.](#)

414 - Markovitz

Markovitz, P.J., & Wagner, S.C. (1995). Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. [Psychopharmacology Bulletin, 31, 773-777.](#)

415 - Markovitz

Markovitz, P.J., Calabrese, J.R., & Schulz, S.C. (1990). Fluoxetine in borderline personality disorder. Biological Psychiatry, 27, 165A.

416 - Markovitz

Markovitz, P.J., Calabrese, J.R., Schulz, S.C., e.a. (1991). Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. [American Journal of Psychiatry, 148, 1064-1067.](#)

417 - Marsh D. T.

Marsh D. T., Lefley H. P., et.al (1996), The Family Experience of Mental Illness: Evidence for Resilience.

418 - Marshall

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., e.a. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. [Cochrane Database Syst Rev\(1\), CD004026.](#)

419 - Massion

Massion, A.O., Dyck, I.R., Shea, M.T., e.a. (2002). Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. [Archives of General Psychiatry, 59, 434-440.](#)

420 - Matsunaga

Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., e.a. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. [International Journal of Eating Disorders, 27, 353-357.](#)

421 - Mattes

Mattes, J.A. (1984). [Carbamazepine for uncontrolled rage outbursts.](#) The Lancet, 2, 1164-1165.

422 - McCann

McCann, R.A., Ball, E.M., & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic model. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 447-456.

423 - McDermut

McDermut, W., & Zimmerman, M. (2005). Assessment instruments and standardized evaluation. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender (Red.), The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. Washington: American Psychiatric Publishing.

424 - McFarland

McFarland, G.K., & McFarlane, A. (1993). Nursing diagnosis & intervention. Planning for patient care (2de druk). St. Louis: Mosby.

425 - McGee

McGee, M.D. (1997). Cessation of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder treated with naltrexone. [Journal of Clinical Psychiatry, 58, 32-33.](#)

426 - McQuillan

McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., e.a. (2005). Intensive dialectical behavior therapy for outpatients with borderline personality disorder who are in crisis. [Psychiatric Services, 56, 193-197.](#)

427 - Meadows

Meadows, G., Fossey, E., Harvey, C., e.a. (2000). The assessment of perceived need. In: G. Andrews & S. Henderson (Red.), Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses (pp. 390-398). Cambridge: Cambridge University Press.

428 - Meaney

Meaney, M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. [Annual Review of Neuroscience, 24, 1161-1192.](#)

429 - Meaney

Meaney, M.J. (2004). The nature of nurture: maternal affects and chromatin remodeling. In: J.T. Cacioppo & G.G. Berntson, Essays in social neuroscience (pp. 1-14). Cambridge, MA/London: The MIT Press.

430 - Meares

Meares, R., Stevenson, J., & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. [Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 467-472.](#)

431 - Meekeren E

Meekeren E. van (2000). De regievoering in de behandeling van Borderline patiënten; context en eenheid van behandeling. DTH 20,3 216-228 (bijlage). Volume 20 number 2

432 - Meekeren E

Meekeren E. van en Jong J. de (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatient. Psychopraxis 1,1 pag. 30-36.

433 - Mellsop

Mellsop, G., Varghese, F.T.N., Joshua, S., e.a. (1982). The reliability of Axis II of DSM-III. [American Journal of Psychiatry, 139, 1360-1361.](#)

434 - Mersch

Mersch, P.P.A., Jansen, M.A., & Arntz, A. (1995). Social phobia and personality disorder: severity of complaint and treatment effectiveness. Journal of Personality Disorders, 9, 143-159.

435 - Messina

Messina, N., Farabee, D., & Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 320-329.](#)

436 - Messina

Messina, N.P., Wish, E.D., Hoffman, J.A., e.a. (2002). Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. [American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 28, 197-212.](#)

437 - Miller

Miller, C.R., Eisner, W., & Allport, C. (1994). Creative coping: a cognitive-behavioral group for borderline personality disorder. [Archives of Psychiatric Nursing, 8, 280-285.](#)

438 - Miller

Miller, F.T., Abrams, T., Dulit, R., e.a. (1993). Substance abuse in borderline personality disorder. [American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 19, 491-497.](#)

439 - Miller

Miller, S.D., Duncan, B., Sorrell, R., e.a. (2005). The partners of change outcome management system. [Journal of Clinical Psychology, 61, 199-208.](#)

440 - Miller

Miller, S.G. (1994). Borderline Personality Disorder From the Patient's Perspective. – In: Hospital and Community Psychiatry, Vol. 45, No. 12, p. 1215-1219

441 - Miller

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing. New York, NY: The Guilford Press.

442 - Mills

Mills, A. (1989). A statistical study of the formal aspects of the DDS of borderline personality disordered patients, and its context in contemporary Art Therapy. Unpublished master's thesis. Montreal: Concordia University.

443 - Mills

Mills, A. (1994). The DDS Style guide.

444 - Mills

Mills, A., Cohen, B.M., & Meneses, J.Z. (1993). Reliability and validity tests of the Diagnostic Drawing Series. The Arts in Psychotherapy, 20, 83-88.

445 - Miranda

Miranda, R., Jr., Meyerson, L.A., Myers, R.R., e.a. (2003). Altered affective modulation of the startle reflex in alcoholics with antisocial personality disorder. [Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 27, 1901-1911.](#)

446 - Mobascher

Mobascher, A., Mobascher, J., Schlemper, V., e.a. (2006). Aripiprazole pharmacotherapy of borderline personality disorder. A series of three consecutive case reports. [Pharmacopsychiatry, 39, 111-112.](#)

447 - Moeller

Moeller, F.G., Dougherty, D.M., Barratt, E.S., e.a. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. [Drug and Alcohol Dependence, 68, 105-111.](#)

448 - Moffitt

Moffitt, T.E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. [Psychological Bulletin, 131, 533-554.](#)

449 - Monsen

Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., e.a. (1995a). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. Psychotherapy Research, 5, 33-48.

450 - Monsen

Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., e.a. (1995b). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. Scandinavian Journal of Psychology, 36, 256-268.

451 - Montgomery

Montgomery, S.A., & Montgomery, D. (1982). Pharmacological prevention of suicidal behaviour. [Journal of Affective Disorders, 4, 291-298.](#)

452 - Morgenstern

Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., e.a. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. [Journal of Abnormal Psychology, 106, 74-84.](#)

453 - Moritz

Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., e.a. (2004). Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. [Behaviour Research and Therapy, 42, 217-227.](#)

454 - Mulder

Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. [American Journal of Psychiatry, 159, 359-371.](#)

455 - Mulder

Mulder, R.T., Joyce, P.R., Frampton, C.M.A., e.a. (2006). Six months of treatment for depression: outcome and predictors of the course of illness. [American Journal of Psychiatry, 163, 95-100.](#)

456 - Munroe-Blum

Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 9, 190-195.*

457 - Murray

Murray, M.G., Anthenelli, R.M., & Maxwell, R.A. (2000). Use of health services by men with and without antisocial personality disorder who are alcohol dependent. [Psychiatric Services, 51, 380-382.](#)

458 - Nace

Nace, E.P., Davis, C.W., & Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. [American Journal of Psychiatry, 148, 118-120.](#)

459 - Nace

Nace, E.P., Saxon, J.J., Jr., & Shore, N. (1983). A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. [Archives of General Psychiatry, 40, 54-56.](#)

460 - Nace

Nace, E.P., Saxon, J.J., Jr., & Shore, N. (1986). Borderline personality disorder and alcoholism treatment: a one-year follow-up study. [Journal of Studies on Alcohol, 47, 196-200.](#)

461 - Nederlands Huisartsen Genootschap. (2002).

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2002). Toekomstvisie Huisartsenzorg. Utrecht: NHG.

462 - Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. (2005).

Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. (2005). Factsheet persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen 'altijd al wat apart'. Utrecht: Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie.

463 - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2001).

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2001). Richtlijn bipolaire stoornissen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

464 - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde. (2004).

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde. (2004). GGZ-Verpleegkundige. Beroepsdeelprofiel. Utrecht: AVVV.

465 - Nehls

Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: the voice of patients. [Research in Nursing & Health, 22, 285-293.](#)

466 - Newton-Howes

Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. [British Journal of Psychiatry, 188, 13-20.](#)

467 - Nickel

Nickel, M.K., Loew, T.H., & Gil, F.P. (2007). Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up. [Psychopharmacology, 191, 1023-1026.](#)

468 - Nickel

Nickel, M.K., Muehlbacher, M., Nickel, C., e.a. (2006). Aripiprazole in the treatment of patients with borderline

personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. [American Journal of Psychiatry, 163, 833-838.](#)

469 - Nickel

Nickel, M.K., Nickel, C., Kaplan, P., e.a. (2005). Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. [Biological Psychiatry, 57, 495-499.](#)

470 - Nickel

Nickel, M.K., Nickel, C., Mitterlehner, F.O., e.a. (2004). Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1515-1519.](#)

471 - Nordahl

Nordahl, H.M., & Nysaeter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. [Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36, 254-264.](#)

472 - Norden

Norden, M.J. (1989). Fluoxetine in borderline personality disorder. [Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 13, 885-893.](#)

473 - Norris

Norris, J., & Kunes-Connell, M. (1988). A multimodal approach to validation and refinement of an existing nursing diagnosis. [Archives of Psychiatric Nursing, 2, 103-109.](#)

474 - Norton

Norton, J.W. (2000). Personality disorders in the primary care setting. [The Nurse Practitioner, 25, 40-42.](#)

475 - Nose

Nose, M., Cipriani, A., Biancosino, B., e.a. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. [International Clinical Psychopharmacology, 21, 345-353.](#)

476 - Noyes

Noyes, R., Douglas, R., Langbehn, M.D., e.a. (2001). Personality dysfunction among somatizing patients. [Psychosomatics, 42, 320-329.](#)

477 - Nurnberg

Nurnberg, H.G., Rifkin, A., & Doddi, S. (1993). A systematic assessment of the comorbidity of DSM-III-R personality disorders in alcoholic outpatients. [Comprehensive Psychiatry, 34, 447-454.](#)

478 - O'Brien

O'Brien, L. (1998). Inpatient nursing care of patients with borderline personality disorder: a review of the literature. [Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 7, 172-183.](#)

479 - Ogrodniczuk

Ogrodniczuk, J.S., & Piper, W.E. (2001). Day treatment for personality disorders: a review of research findings. [Harvard Review of Psychiatry, 9, 105-117.](#)

480 - Oldham

Oldham, J.M., Bender, D.S., Skodol, A.E., e.a. (2004). Testing the APA practical guideline: symptom-targeted medication utilization for patients with borderline personality disorder. [Journal of Psychiatric Practice, 10, 156-161.](#)

481 - Outcome Rating Scale-Session Rating Scale (ORS-SRS).

Outcome Rating Scale-Session Rating Scale (ORS-SRS). Nederlandse vertaling te downloaden na registratie: <http://www.talkingcure.com>

482 - Ouwersloot

Ouwersloot, G., van den Brink, W., Diekstra, R.F.W., e.a. (1994). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen: een evaluatie van Nederlandstalig instrumentarium. Tijdschrift voor Psychiatrie, 36, 558-570.

483 - Ozkan

Ozkan, M., & Altindag, A. (2005). Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? [Comprehensive Psychiatry, 46, 20-26.](#)

484 - Palmer

Palmer, R.L., Birchall, H., Sadhana, D.S., e.a. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder, description and outcome. [International Journal of Eating Disorders, 33, 281-286.](#)

485 - Papakostas

Papakostas, G.I., Petersen, T.J., Farabaugh, A.H., e.a. (2003). Psychiatric comorbidity as a predictor of clinical response to nortriptyline in treatment-resistant major depressive disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 64, 1357-1361.](#)

486 - Paré

Paré, M.F., & Rosenbluth, M. (1999). Personality disorders in primary care. [Primary Care, 26, 243-278.](#)

487 - Parker

Parker, G.F. (2002). Clozapine and borderline personality disorder. [Psychiatric Services, 53, 348-349.](#)

488 - Parsons

Parsons, B., Quitkin, F.M., McGrath, P.J., e.a. (1989). Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression. [Psychopharmacology Bulletin, 25, 524-534.](#)

489 - Pascual

Pascual, J.C., Madre, M., Soler, J., e.a. (2006). Injectable atypical antipsychotics for agitation in borderline personality disorder. [Pharmacopsychiatry, 39, 117-118.](#)

490 - Pascual

Pascual, J.C., Oller, S., Soler, J., e.a. (2004). Ziprasidone in the acute treatment of borderline personality disorder in psychiatric emergency services. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1281-1282.](#)

491 - Patience

Patience, D.A., McGuire, R.J., Scott, A.I., e.a. (1995). The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. [British Journal of Psychiatry, 167, 324-330.](#)

492 - Pavan

Pavan, L., Fusco, E., Gambaro, F., e.a. (2003). Open trial on crisis psychotherapy in Padova, Italy. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 3, 37-46.*

493 - Pelissier

Pelissier, B.M., & O'Neil, J.A. (2000). Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants. [Journal of Substance Abuse, 11, 379-393.](#)

494 - Penick

Penick, E.C., Powell, B.J., Cambell, J., e.a. (1996). Pharmacological treatment for antisocial personality disorder alcoholics: a preliminary study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20, 477-484.*

495 - Perrella

Perrella, C., Carrus, D., Costa, E., e.a. (2007). Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder: an open-label study. [Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 31, 158-163.](#)

496 - Perry

Perry, J.C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 7(Suppl.), 63-85.*

497 - Perry

Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. [American Journal of Psychiatry, 156, 1312-1321.](#)

498 - Perry

Perry, W., & Viglione, D.J., Jr. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic

depressed patients with tricyclic antidepressants. [Journal of Personality Assessment, 56, 487-501.](#)

499 - Peselow

Peselow, E.D., Fieve, R.R., & DiFiglia, C. (1992). Personality traits and response to desipramine. [Journal of Affective Disorders, 24, 209-216.](#)

500 - Peselow

Peselow, E.D., Sanfilippo, M.P., Fieve, R.R., e.a. (1994). Personality traits during depression and after clinical recovery. [British Journal of Psychiatry, 164, 349-354.](#)

501 - Pettinati

Pettinati, H.M., Pierce, J.D., Jr., Belden, P.P., e.a. (1999). The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome. [American Journal on Addictions, 8, 136-147.](#)

502 - Pfohl

Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1995). The Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV). Iowa City, IA: University of Iowa College of Medicine.

503 - Pfohl

Pfohl, B., Stangl, D., & Zimmerman, M. (1984). The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. [Journal of Affective Disorders, 7, 309-318.](#)

504 - Phelan

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. [British Journal of Psychiatry, 167, 589-595.](#)

505 - Philipsen

Philipsen, A., Richter, H., Schmahl, C., e.a. (2004a). Clonidine in acute aversive inner tension and self-injurious behavior in female patients with borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 1414-1419.](#)

506 - Philipsen

Philipsen, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2004b). Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. [Pharmacopsychiatry, 37, 196-199.](#)

507 - Phillips

Phillips, K.A., & McElroy, S.L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. [Comprehensive Psychiatry, 41, 229-236.](#)

508 - Pilkonis

Pilkonis, P.A., Heape, C.L., Ruddy, J., e.a. (1991). Validity in the diagnosis of personality disorders: the use of the LEAD-standard. *Psychological Assessment*, 3, 46-54.

509 - Pinto

Pinto, O.C., & Akiskal, H.S. (1998). Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open series without concurrent DSM-IV major mood disorder. [Journal of Affective Disorders, 51, 333-343.](#)

510 - Piper

Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M., e.a. (1998). Interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 558-567.](#)

511 - Piper

Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., e.a. (1999). Follow-up findings for interpretive and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 267-273.](#)

512 - Piper

Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F.A., e.a. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. [Hospital and Community Psychiatry, 44, 757-763.](#)

513 - Plomin

Plomin, R., & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they

are found. [Child Development, 69, 1223-1243.](#)

514 - Preston

Preston, G.A., Marchant, B.K., Reimherr, F.W., e.a. (2004). Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine. [Journal of Affective Disorders, 79, 297-303.](#)

515 - Prudic

Prudic, J., Olfson, M., Marcus, S.C., e.a. (2004). Effectiveness of electroconvulsive therapy in community settings. [Biological Psychiatry, 55, 301-312.](#)

516 - Pvpkrant

Pvpkrant, (2002), <http://www.pvp.nl/publicaties/pvpkrant1202.htm#6>

517 - Raine

Raine, A., Mellingen, K., Liu, J., e.a. (2003). Effects of environmental enrichment at ages 3-5 years on schizotypal personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. [American Journal of Psychiatry, 160, 1627-1635.](#)

518 - Reehorst

Reehorst, S. (2006). Grenzeloos bewegen...? Over borderline persoonlijkheidsstoornis en de bijdrage van psychomotorische therapie aan de behandeling. S.I., s.n.

519 - Reeves

Reeves, R.R., Struve, F.A., & Patrick, G. (2005). Auditory and visual P300 evoked potentials do not predict response to valproate treatment of aggression in patients with borderline and antisocial personality disorders. [Clinical EEG and Neuroscience, 36, 49-51.](#)

520 - Reich

Reich, J. (2002). Drug treatment of personality disorder traits. *Psychiatric Annals*, 32, 590-596.

521 - Reich

Reich, J. (2003). The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. [Journal of Personality Disorders, 17, 387-405.](#)

522 - Reich

Reich, J.H. (1990). Effect of DSM-III personality disorders on outcome of tricyclic antidepressant-treated nonpsychotic outpatients with major or minor depressive disorder. [Psychiatry Research, 32, 175-181.](#)

523 - Renneberg

Renneberg, B., Goldstein, A.J., Phillips, D., e.a. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorders. *Behavior Therapy*, 21, 363-377.

524 - Rinne

Rinne, T., & Ingenhoven, T. (2007). The Medicine. Pharmacotherapy: what it can and cannot do. In: B. van Luyn, S. Akhtar & J. Livesley (Red.), *Severe personality disorders, major issues in everyday practice*. New York, Cambridge, Melbourne: The Cambridge Press.

525 - Rinne

Rinne, T., van den Brink, W., Wouters, L., e.a. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 159, 2048-2054.](#)

526 - Rizvi

Rizvi, S.T. (2002). Lamotrigine and borderline personality disorder. [Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 12, 365-366.](#)

527 - Roberts

Roberts, B.W., Walton, K.E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. [Psychological Bulletin, 132, 1-25.](#)

528 - Rocca

Rocca, P., Marchiaro, L., Cocuzza, E., e.a. (2002). Treatment of borderline personality disorder with

risperidone. [Journal of Clinical Psychiatry, 63, 241-244.](#)

529 - Roethof

Roethof, G., & Van der Meijden-van der Kolk, H. (2000). Psychomotorische therapie voor cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, in de impulscontrole leidend tot delicten. In: M. van Hattum & G. Hutschemaekers (Red.), In beweging: de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie (pp. 151-156). Utrecht: Trimbos-instituut.

530 - Rosenvinge

Rosenvinge, J.H., Martinussen, M., & Ostensen, E. (2000). The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. [Eating and Weight Disorders, 5, 52-61.](#)

531 - Ross

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., e.a. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. [American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29, 263-279.](#)

532 - Rossum

Rossum, B. van. (2005). Een grote stap voorwaarts. Bespreking van E.H.M. Eurelings-Bontekoe & W.M. Snellen (red.), Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. De Psycholoog, 40, 273-275.

533 - Rost

Rost, K.M., Alins, R.N., Brown, F.W., e.a. (1992). The comorbidity of DSM-3-R personality disorders in somatisation disorder. *General Hospital Psychiatry, 14, 322-326.*

534 - Rost

Rost, K.M., Alins, R.N., Brown, F.W., e.a. (1992). The comorbidity of DSM-3-R Personality Disorders in Somatization disorder. [General Hospital Psychiatry, 14, 322-326.](#)

535 - Roth

Roth, A.S., Ostroff, R.B., & Hoffman, R.E. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. [Journal of Clinical Psychiatry, 57, 233-237.](#)

536 - Russell

Russell, J.M., Kornstein, S.G., Shea, M.T., e.a. (2003). Chronic depression and comorbid personality disorders: response to sertraline versus imipramine. [Journal of Clinical Psychiatry, 64, 554-561.](#)

537 - Rutter

Rutter, M. (2005a). Environmentally mediated risks for psychopathology: research strategies and findings. [Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 3-18.](#)

538 - Rybakowski

Rybakowski, J.K., Drózd, W., & Borkowska, A. (2003). Low dose risperidone in the treatment of schizophrenia-like symptoms in high-risk subjects. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 23, 674-675.](#)

539 - Ryle

Ryle, A., & Golyunkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. [British Journal of Medical Psychology, 73, 197-210.](#)

540 - Salzman

Salzman, C., Wolfson, A.N., Schatzberg, A., e.a. (1995). Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 15, 23-29.](#)

541 - Sanderlin

Sanderlin, T.K. (2001). Anger management counseling with the antisocial personality. *Annals of the American Psychotherapy Association, 4, 9-11.*

542 - Sansone

Sansone, R.A., Rytwinski, D., & Gaither, G.A. (2003). Borderline personality and psychotropic medication prescription in an outpatient psychiatric clinic. [Comprehensive Psychiatry, 44, 454-458.](#)

543 - Sareen

Sareen, J., Enns, M., & Guertin, J. (2000). The impact of clinical diagnosed personality disorders on acute and one-year outcomes of electroconvulsive therapy. [The Journal of ECT, 16, 43-51.](#)

544 - Schacht

Schacht, E.A.T. (2003), Mothers with borderline personality disorder: Parenting style and functioning of their adolescent children, Ph.D. The University of Iowa

545 - Schacht

Schacht, R., & Rouckhout, D. (2005). Diagnostiek van het interpersoonlijk functioneren: circumplexposities, hechtingsstijlen en interpersoonlijke transacties. Tijdschrift voor Psychotherapie, 31, 377-394.

546 - Schaub E.D.

Schaub E.D., Hooly J. (2002), Borderline Personality Disorder and the Family. New family intervention and associated research in psychiatric disorders (pag. 135-150) New York, Ny, US: Springer Verlag Publishing.vi, 281 pp.

547 - Scheel

Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: summary, critique, and implications. Clinical Psychology: Science and Practice, 7, 68-86.

548 - Scheidt

Scheidt, C.E., Burger, T., Strukely, S., e.a. (2003). Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study. Psychotherapy Research, 13, 293-305.

549 - Schiavone

Schiavone, P., Dorz, S., Conforti, D., e.a. (2004). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study. [Psychological Reports, 95, 121-128.](#)

550 - Schinka

Schinka, J.A., Hughes, P.H., Coletti, S.D., e.a. (1999). Changes in personality characteristics in women treated in a therapeutic community. [Journal of Substance Abuse Treatment, 16, 137-142.](#)

551 - Schmidt

Schmidt, H.U. (2002). Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie, 6, 65-74.

552 - Schotte

Schotte, C., & De Doncker, D. (1994). ADP-IV Vragenlijst. Edegem: Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

553 - Schotte

Schotte, C.K.W., & De Doncker, D. (2000). De ADP-IV: een vragenlijst voor een therapeutisch georiënteerde diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Psychopraxis, 2, 267-273.

554 - Schotte

Schotte, C.K.W., De Doncker, D., & Courjaret, J. (2007). De ADP-IV: vragenlijst voor DSM-IV As II én voor gedragstherapeutische diagnostiek. Gedragstherapie, 40, 111-123.

555 - Schuckit

Schuckit, M.A. (1985). The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics. [Archives of General Psychiatry, 42, 1043-1049.](#)

556 - Schulz

Schulz, S.C., Camlin, K.L., Berry, S.A., e.a. (1999). Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. [Biological Psychiatry, 46, 1429-1435.](#)

557 - Serban

Serban, G., & Siegel, S. (1984). Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. [American Journal of Psychiatry, 141, 1455-1458.](#)

558 - Shea

Shea, M.T. (1993). Personality disorders and depression: an overview of issues and findings. [Rhode Island](#)

[Medicine, 76, 405-408.](#)

559 - [Shea](#)

Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., e.a. (1992a). Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the NIMHT of DCRP. [Archives of General Psychiatry, 49, 782-787.](#)

560 - [Shea](#)

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., e.a. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. [American Journal of Psychiatry, 147, 711-718.](#)

561 - [Shea](#)

Shea, M.T., Widiger, T.A., & Klein, M.H. (1992b). Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 857-868.](#)

562 - [Sheppard](#)

Sheppard, J., Olson, A., Croke, J., e.a. (1990). Improvisational drama groups in an inpatient setting. [Hospital and Community Psychiatry, 41, 1019-1021.](#)

563 - [Shrout](#)

Shrout, P.E., & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

564 - [Simpson](#)

Simpson, E.B., Yen, S., Costello, E., e.a. (2004). Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 379-385.](#)

565 - [Skodol](#)

Skodol, A.E. (2005). Manifestations, clinical diagnosis and comorbidity. In: J.M. Oldham, A.E. Skodol & D.S. Bender, *Textbook of personality disorders* (pp. 57-87). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

566 - [Skodol](#)

Skodol, A.E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? [Journal of Nervous and Mental Disease, 171, 405-410.](#)

567 - [Skodol](#)

Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., e.a. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. [Journal of Personality Disorders, 19, 487-504.](#)

568 - [Skodol](#)

Skodol, A.E., Rosnick, L., Kellman, D., e.a. (1991). Development of a procedure for validating structured assessments of axis II. In: J.M. Oldham, *Personality disorders: new perspectives on diagnostic validity*. Washington/London: American Psychiatric Press.

569 - [Smeijsters](#)

Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.

570 - [Smid](#)

Smid, W.J., & Kamphuis, J.H. (2005a). Bedenkingen bij de dynamische-theoriegestuurde profielinterpretatie. *De Psycholoog*, 40, 71-75.

571 - [Smid](#)

Smid, W.J., & Kamphuis, J.H. (2005b). De profielinterpretatie van de NVM door Eurelings en Snellen: onvoldoende empirische onderbouwing voor klinische toepassing. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 241-251.

572 - [Smith](#)

Smith, G.R., Golding, J.M., Kashner, T.M., e.a. (1991). Antisocial personality disorders in primary care patients somatization disorder. [Comprehensive Psychiatry, 32, 367-372.](#)

573 - [Smyth](#)

Smyth, N.J., & Washousky, R.C. (1995). The coping styles of alcoholics with axis II disorders. [Journal of](#)

[Substance Abuse, 7, 425-435.](#)

574 - [Snellen](#)

Snellen, W., & Eurelings-Bontekoe, L. (2005). 'Terug naar af' of 'stap voorwaarts'? Reactie op Derksen (2005). *De Psycholoog*, 40, 462-464.

575 - [Soler](#)

Soler, J., Pascual, J.C., Campins, M.J., e.a. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1221-1224.

576 - [Soloff](#)

Soloff, P.H. (1990). What's new in personality disorders? An update on pharmacologic treatment. *Journal of Personality Disorders*, 4, 233-243.

577 - [Soloff \(1998a\)](#)

Soloff, P.H. (1998a). Symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 195-214.

578 - [Soloff \(1998b\)](#)

Soloff, P.H. (1998b). Symptom-oriented psychopharmacology for personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 1, 3-11.

579 - [Soloff](#)

Soloff, P.H. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 169-192, ix.

580 - [Soloff](#)

Soloff, P.H., Cornelius, J., George, A., e.a. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 377-385.

581 - [Soloff](#)

Soloff, P.H., George, A., Nathan, R.S., e.a. (1986a). Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1603-1605.

582 - [Soloff](#)

Soloff, P.H., George, A., Nathan, R.S., e.a. (1986b). Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. A double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 43, 691-697.

583 - [Soloff](#)

Soloff, P.H., George, A., Nathan, S., e.a. (1989). Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 238-246.

584 - [Sonne](#)

Sonne, S., Rubey, R., Brady, K., e.a. (1996). Naltrexone treatment of self-injurious thoughts and behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 192-195.

585 - [Southwick](#)

Southwick, S.M., & Satel, S.L. (1990). Exploring the meanings of substance abuse: an important dimension of early work with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 61-67.

586 - [Spijker](#)

Spijker, A. van 't, Duivenvoorden, H.J., Van, H.L., e.a. (2001). The inter-rater reliability and clinical validity of the developmental profile in patients suspected of lung cancer or esophageal cancer. In: A. van 't Spijker, Personality development as predictor of psychological distress in patients suspected of lung cancer or oesophageal cancer Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University.

587 - [Spitzer](#)

Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.

588 - Stabenau

Stabenau, J., Dolinsky, Z., & Fischer, B. (1986). Alcohol consumption: effect of gender and psychopathology. [Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 10, 355-356.](#)

589 - Starr

Starr, D. (2004). Understanding those who self-mutilate. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42, 32-40.

590 - Steiger

Steiger, H., & Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II Comorbidity: long-term responses on eating and psychiatric symptoms. [International Journal of Eating Disorders, 20, 149-161.](#)

591 - Stein

Stein, D.J., Simeon, D., Frenkel, M., e.a. (1995). An open trial of valproate in borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 56, 506-510.](#)

592 - Steinert

Steinert, T., Schmidt-Michel, P.O., & Kaschka, W.P. (1996). Considerable improvement in a case of obsessive-compulsive disorder in an emotional unstable personality disorder, borderline type under treatment with clozapine. [Pharmacopsychiatry, 29, 111-114.](#)

593 - Steinmetz

Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2001). The 'difficult patient' as perceived by family physicians. [Family Practice, 18, 495-500.](#)

594 - Stevenson

Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 149, 358-362.](#)

595 - Stevenson

Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 149, 358-362.](#)

596 - Stevenson

Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. [Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33, 473-477.](#)

597 - Stevenson

Stevenson, J., Meares, R., & D'Angelo, R. (2005). Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. [Psychological Medicine, 35, 79-87.](#)

598 - Stichting Klinische Psychotherapie (SKP). (2001).

Stichting Klinische Psychotherapie (SKP). (2001). Recente gegevens op basis van het standaard evaluatie project (STEP) 1997-2000: terugblik op 25 jaar resultaatonderzoek. Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie. Noordwijkerhout: Stichting Klinische Psychotherapie.

599 - Stichting Labyrint In Perspectief en Vereniging Ypsilon (1992).

Stichting Labyrint In Perspectief en Vereniging Ypsilon (1992). Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patiënten.

600 - Stravynski

[Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., e.a. \(1994\).](#) The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 377-383.

601 - Stravynski

Stravynski, A., Marks, I., & Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients. [Archives of General Psychiatry, 39, 1378-1385.](#)

602 - Suomi

Suomi, S.J. (2002). How gene-environment interactions can shape the development of socioemotional regulation in rhesus monkeys. In: B.S. Zuckerman, A.F. Lieberman & N.A. Fox, Emotional regulation and

developmental health (pp. 5-26). New Brunswick: Johnson & Johnson Pediatric Institute.

603 - Svartberg

Svartberg, M., Stiles, T.C., & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. [American Journal of Psychiatry, 161, 810-817.](#)

604 - Svrakic

Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K., e.a. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. [Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 189-195.](#)

605 - Swartz

Swartz, H.A., Pilkonis, P.A., Frank, E., e.a. (2005). Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. [Bipolar Disorders, 7, 192-197.](#)

606 - Swinton

Swinton, M. (2001). Clozapine in severe borderline personality disorder. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 580-591.

607 - Szigethy

Szigethy, E.M., & Schulz, S.C. (1997). Risperidone in comorbid borderline personality disorder and dysthymia. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 17, 326-327.](#)

608 - Teicher

Teicher, M.H., Glod, C.A., Aaronson, S.T., e.a. (1989). Open assessment of the safety and efficacy of thioridazine in the treatment of patients with borderline personality disorder. [Psychopharmacology Bulletin, 25, 535-549.](#)

609 - Teusch

Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., e.a. (2001). Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone in combination with psychopharmacological treatment. [Psychotherapy and Psychosomatics, 70, 328-336.](#)

610 - Thomas

Thomas, V.H., Melchert, T.P., & Banken, J.A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. [Journal of Studies on Alcohol, 60, 271-277.](#)

611 - Thunnissen

Thunnissen, M.M., & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385-401.

612 - Tomasson

Tomasson, K., & Vaglum, P. (2000). Antisocial addicts: the importance of additional axis I disorders for the 28-month outcome. [European Psychiatry, 15, 443-449.](#)

613 - Townsend

Townsend, M.H., Cambre, K.M., & Barbee, J.G. (2001). Treatment of borderline personality disorder with mood instability with divalproex sodium: series of ten cases. [Journal of Clinical Psychopharmacology, 21, 249-251.](#)

614 - Trijsburg

Trijsburg, W., Kruis, E., Wijne, I., Nass, E., & Rochol, D. (2006). Onderzoek naar het cliëntenoordeel over de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen ten behoeve van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Rapport). Utrecht: Auteurs. (alleen online verkrijgbaar: zie www.ggzrichtlijnen.nl, onder Persoonlijkheidsstoornissen)

615 - Tritt

Tritt, K., Nickel, C., Lahmann, C., e.a. (2005). Lamotrigine treatment of aggression in female borderline patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. [Journal of Psychopharmacology, 19, 287-291.](#)

616 - Tuinier

Tuinier, S., Verhoeven, W.M.A., van den Berg, Y.W.M.M., e.a. (1997). The effect of risperidone in borderline personality disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 7, 23 (S283).

617 - Tyrer

Tyrer, P., Manley, C., van Horn, E., e.a. (2000). Personality abnormality in severe mental illness and its influence on outcome of intensive and standard case management: a randomised controlled trial. [European Psychiatry](#), 15, 7-10.

618 - Vaglum

Vaglum, P., Friis, S., Irion, T., e.a. (1990). Treatment response of severe and nonsevere personality disorders in a therapeutic community day unit. *Journal of Personality Disorders*, 4, 161-172.

619 - Van

Van, H.L., Ingenhoven T.J.M., Foeken van, I., van , et al. (2000). The Developmental Profile: preliminary results on interrater reliability and construct validity. [Journal of Personality Disorders](#), 14, 360-365.

620 - Van

Van, H.L., Polak, M., Abraham, R., e.a. (2005). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het Ontwikkelingsprofiel. In: R.E. Abraham, Het Ontwikkelingsprofiel in de praktijk. Assen: Van Gorcum.

621 - Veeninga

Veeninga, A.T., & Hafkenscheid, A. (2002). Patiëntgerichte kwaliteit van zorg. Een methode om te evalueren of patiënten bereiken wat ze wensen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 38-53.

622 - Veeninga

Veeninga, A.T., & Hafkenscheid, A. (2004a). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.

623 - Veeninga

Veeninga, A.T., & Hafkenscheid, A. (2004b). De Patiënten Behoeften Vragenlijst (PBV). *Gedragstherapie*, 37, 197-203.

624 - Velden

Velden, K. van der. (1992). Het moeilijke-mensen project. In: *Directieve therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

625 - Velzen

Velzen, C.J.M. van, Emmelkamp, P.M.G., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. [Behaviour Research and Therapy](#), 35, 889-900.

626 - Verhaak

Verhaak, P.F.M. (2006). Eerstelijnspsychologen: wetenschappelijk onderzoek. In: E.T.T. Lamers, F. Bosch, L. Hinderik, e.a. (Red.), *Handboek psychologie in de eerste lijn*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

627 - Verheij

Verheij, R.A., te Brake, J.H.M., Abrahamse, H., e.a. (2006). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK. www.LINH.nl. Laatste update op 7 augustus 2006.

628 - Verheul

Verheul, R. (2003). Nieuwe inzichten in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Psychopraxis*, 5, 65-72.

629 - Verheul

Verheul, R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. [Journal of Personality Disorders](#), 19, 283-302.

630 - Verheul

Verheul, R., & Kamphuis, J.H. (2007). De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen: diagnostiek, behandeling en beleid. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

631 - Verheul

Verheul, R., Ball, S.A., & van den Brink, W. (1998a). Substance abuse and personality disorders. In: H.R. Kranzler & B.J. Rounsaville (Red.), Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders (pp. 317-363). New York, NY: Marcel Dekker.

632 - Verheul

Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T.A. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not-otherwise-specified (PDNOS). [Journal of Personality Disorders, 21, 359-370.](#)

633 - Verheul

Verheul, R., van den Bosch, L.M., Koeter, M.W., e.a. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. [British Journal of Psychiatry, 182, 135-140.](#)

634 - Verheul

Verheul, R., van den Brink, W., & Hartgers, C. (1998b). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. [Addictive Behaviors, 23, 869-882.](#)

635 - Verheul

Verheul, R., van den Brink, W., & Spinhoven, P. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. Tijdschrift voor Psychiatrie, 42, 409-422.

636 - Verheul

Verheul, R., van den Brink, W., Koeter, M.W., e.a. (1999). Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. [American Journal on Addictions, 8, 24-33.](#)

637 - Verkes

Verkes, R.J., Van der Mast, R.C., Hengeveld, M.W., e.a. (1998). Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. [American Journal of Psychiatry, 155, 543-547.](#)

638 - Verona

Verona, E., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T.E., Jr. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. [American Journal of Psychiatry, 161, 444-451.](#)

639 - Vertommen

Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., e.a. (2002). Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist. Lisse: Swets Test Publishers.

640 - Vervaeke

Vervaeke, G.A.C., & Vertommen, H. (1996). De Werkalliantie Vragenlijst (WAV). Gedragstherapie, 2, 139-144.

641 - Viinamaki

Viinamaki, H., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., e.a. (2002). Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up. [Journal of Personality Disorders, 17, 341-350.](#)

642 - Villeneuve

Villeneuve, E., & Lemelin, S. (2005). Open-label study of atypical neuroleptic quetiapine for treatment of borderline personality disorder: impulsivity as main target. [Journal of Clinical Psychiatry, 66, 1298-1303.](#)

643 - Vogel

Vogel, V. de, & de Ruiter, C. (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: a comparison with a matched sample of males. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 226-240.

644 - Vorma

Vorma, H., Naukkarinen, H.H., Sarna, S.J., e.a. (2005). Predictors of benzodiazepine discontinuation in subjects manifesting complicated dependence. [Substance Use & Misuse, 40, 499-510.](#)

645 - Vorma

Vorma, H., Naukkarinen, H.H., Sarna, S.J., e.a. (2005). Predictors of benzodiazepine discontinuation in

subjects manifesting complicated dependence. [Substance Use & Misuse, 40, 499-510.](#)

646 - [Walker](#)

Walker, C., Thomas, J., & Allen, T.S. (2003). Treating impulsivity, irritability, and aggression of antisocial personality disorder with quetiapine. [International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47, 556-567.](#)

647 - [Wang](#)

Wang, X., Liping, X., Li, L., e.a. (2002). Anti-aggressive effects of buspirone in antisocial personality disorder. Chinese Journal of Clinical Psychology, 10, 283-284.

648 - [Wansink H](#)

Wansink H. en Toeter A. (2005). Een onderzoek naar de deelnemers en de effecten van de preventieve ondersteuningsgroep voor familieleden en andere direct betrokkenen van psychiatrische, Parnassia afd. Preventie

649 - [Ward](#)

Ward, R.K. (2004). Assessment and management of personality disorders. [American Family Physician, 70, 1505-1512.](#)

650 - [Weertman](#)

Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M.L.M. (2000). SCID II; Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.

651 - [Weinstein](#)

Weinstein, W., & Jamison, K.L. (2007). Retrospective case review of lamotrigine use for affective instability of borderline personality disorder. [CNS Spectrums, 12, 207-210.](#)

652 - [Welch](#)

Welch, S.S., & Linehan, M.M. (2002). High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. [Journal of Personality Disorders, 16, 561-569.](#)

653 - [Wentink](#)

Wentink, M., van Hattum, M.J.C., & Hutschemaekers, G. (2002). De eerstelijnspsycholoog gevolgd. Utrecht: Trimbos-instituut.

654 - [Werf](#)

Werf, L.J. van der, & Goedhart, A.W. (1994). Focus: een beoordelingsschaal voor zorg aan chronisch psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor Psychiatrie, 36, 439-444.

655 - [Werf](#)

Werf, L.J. van der. (1995). Zorg op schaal. De ontwikkeling van de Zorg Aanbod Schaal (ZAS) en de toepassing daarvan bij het opstellen van individuele zorgplannen voor chronisch psychiatrische patiënten. Academisch proefschrift VU Amsterdam. Bennebroek: Psychiatrisch centrum Vogelenzang.

656 - [Westen](#)

Westen, D., & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. [American Journal of Psychiatry, 155, 1767-1771.](#)

657 - [Westermeijer](#)

Westermeijer, J., & Thuras, P. (2005). Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. [American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 31, 93-110.](#)

658 - [Widiger](#)

Widiger, T. (2005). A dimensional model of personality disorder. [Current Opinion in Psychiatry, 18, 41-43.](#)

659 - [Wilberg](#)

Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., e.a. (1998a). Patterns of short-term course in patients treated in a day unit for personality disorders. [Comprehensive Psychiatry, 39, 75-84.](#)

660 - [Wilberg](#)

Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., e.a. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning

patients with personality disorders. [Psychiatric Services, 50, 1326-1330.](#)

661 - [Wilberg](#)

Wilberg, T., Karterud, S., Pedersen, G., e.a. (2003). Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. [Journal of Personality Disorders, 17, 510-521.](#)

662 - [Wilberg](#)

Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, O., e.a. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. [Psychiatric Services, 49, 1462-1467.](#)

663 - [Wilberg](#)

Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø., e.a. (1998b). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment programme. [Psychiatric Services, 49, 1462-1467.](#)

664 - [Wilcox](#)

Wilcox, J.A. (1994). Divalproex sodium in the treatment of aggressive behavior. [Annals of Clinical Psychiatry, 6, 17-20.](#)

665 - [Wilcox](#)

Wilcox, J.A. (1995). Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder. [Annals of Clinical Psychiatry, 7, 33-37.](#)

666 - [Wilfley](#)

Wilfley, D.E., Friedman, M.A., Dounchis, J.Z., e.a. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 641-649.](#)

667 - [Wilfley](#)

Wilfley, D.E., Welch, R., Stein, R.I., e.a. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. [Archives of General Psychiatry, 59, 713-721.](#)

668 - [Winston](#)

Winston, A., Laikin, M., & Pollack, J., e.a. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. [American Journal of Psychiatry, 151, 190-194.](#)

669 - [Winston](#)

Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., e.a. (1991). Brief psychotherapy of personality disorders. [Journal of Nervous and Mental Disease, 179, 188-193.](#)

670 - [Wong](#)

Wong, S. (2007). Treatment of psychopathy. Invited plenary lecture at the 10th Congress of the International Society for Studies on Personality Disorders (ISSPD), The Hague.

671 - [Woods](#)

Woods, P., & Richards, D. (2003). Effectiveness of nursing interventions in people with personality disorders. [Journal of Advanced Nursing, 44, 154-172.](#)

672 - [Woody](#)

Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., e.a. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. [Archives of General Psychiatry, 42, 1081-1086.](#)

673 - [World Health Organization. \(1995\).](#)

World Health Organization. (1995). International Personality Disorder Examination (IPDE). S.n., World Health Organization.

674 - [Yates](#)

Yates, W.R., Petty, F., & Brown, K. (1988). Alcoholism in males with antisocial personality disorder. [International Journal of the Addictions, 23, 999-1010.](#)

675 - [Yeomans](#)

Yeomans, F. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs

transference-focused psychotherapy. [Archives of General Psychiatry, 64, 609-610.](#)

676 - [Yperen](#)

Yperen, T.A. van, & Giel, R. (1995). Classificatiesystemen voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger.

677 - [Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. \(2001\).](#)

Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. (2001). Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. [Journal of Clinical Psychiatry, 62, 849-854.](#)

678 - [Zanarini](#)

Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. (2003). Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. [American Journal of Psychiatry, 160, 167-169.](#)

679 - [Zanarini](#)

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., & Parachini, e.a. (2004b). A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 903-907.](#)

680 - [Zanarini](#)

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., & Vujanovic, A.A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the revised Diagnostic Interview for Borderlines. [Journal of Personality Disorders, 16, 270-276.](#)

681 - [Zanarini](#)

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Henne, J., e.a. (2004a). Mental health service utilization of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. [Journal of Clinical Psychiatry, 65, 28-36.](#)

682 - [Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Khera, G.S., e.a. \(2001\).](#)

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Khera, G.S., e.a. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. [Comprehensive Psychiatry, 42, 144-150.](#)

683 - [Zevalkink](#)

Zevalkink, J., & Berghout, C. (2005). Eerste onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de Nederlandse versie van de Inventory of Interpersonal Problems: vergelijking NPI steekproeven IIP-C (versie 1988) en IIP-C (versie 2000). Amsterdam: Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI).

684 - [Zimmerman](#)

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. [Archives of General Psychiatry, 51, 225-245.](#)

685 - [Zimmerman](#)

Zimmerman, M., Coryell, W., Pfohl, B., e.a. (1986). ECT response in depressed patients with and without DSM-III personality disorder. [American Journal of Psychiatry, 143, 1030-1032.](#)

686 - [Zlotnick](#)

Zlotnick, C., Johnson, D.M., Yen, S., e.a. (2003). Clinical features and impairment in women with Borderline Personality Disorder (BPD) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. [Journal of Nervous and Mental Disease, 191, 706-713.](#)

687 - [Zuckerman](#)

Zuckerman, D.M., Prusoff, B.A., Weissmann, M.M., e.a. (1980). Personality as a predictor of psychotherapy and pharmacotherapy outcome for depressed outpatients. [Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 730-735.](#)

688 - [Zullino](#)

Zullino, D.F., Quinche, P., Häfliger, T., e.a. (2002). Olanzapine improves social dysfunction in cluster B personality disorder. [Human Psychopharmacology & Clinical Experience, 17, 247-251.](#)

Bijlagen

1. Organisatiestructuur

De multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen is op initiatief en onder auspiciën van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en de daaronder ressorterende Commissie Patiëntenparticipatie tot stand gebracht door de werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen, waarin de deelnemende verenigingen en organisaties hebben samengewerkt.

Methodologische en organisatorische ondersteuning en begeleiding werden verzorgd door medewerkers van het Trimbos-instituut.

Samenwerkende patiënten-/familieorganisaties

Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (LSZ)

Stichting Borderline

Stichting Labyrint~In Perspectief

Samenwerkende beroepsverenigingen

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), de koepel voor de Nederlandse -Verenigingen voor Beeldende (NVBT), Dans- (NVDAT), Drama- (NVDT), Muziek- (NVvMT) en Psychomotore (NVPMT) Therapie

Federatie Verpleegkunde in de Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Phorza - Beroepsorganisatie van professionals in sociale, (ortho)pedagogische en hulpverlenende functies

Vereniging voor Klinische Psychotherapie (VKP)

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (tot 1 januari 2008)

Voorzitter:

Dhr. R.M.W. Smeets -

Raad van Bestuur GGZ Friesland

Vice-voorzitter:

Dhr. prof.dr. G. Hutschemaekers -

De Gelderse Roos, Arnhem

Secretaris:

Dhr. dr. A.L.C.M. Henkelman - Trimbos-instituut

Leden:

Dhr. dr. P.M.A.J. Dingemans - Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Dhr. dr. A.N. Goudswaard - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Dhr. dr. H.H.G.M. Lendemeijer - Federatie Verpleegkunde in de GGZ (FVGGZ)

Dhr. dr. D.P. Ravelli - Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

Dhr. prof.dr. R.W. Trijsburg† - Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

Agendaleden:

Dhr. drs. W.P.H. Brunenberg - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn - Voorzitter Commissie Patiëntenparticipatie

Dhr. drs. A.E. Timmermans - Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Adviseur:

Dhr. prof.dr. J.A. Swinkels - AMC De Meren, Amsterdam/Trimbos-instituut

Commissie Cliëntenparticipatie

Voorzitter: Mw. dr. G.H.M.M. ten Horn

Secretaris: Mw. drs. M. Vink - Trimbos-instituut

Leden:

Mw. M.H. van der Aar-Peulen - Stichting Labyrint~In Perspectief

Mw.drs. A.K. Bols - Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa

Mw. drs. H. Boumans - Ypsilon

Mw. A. Faber - Stichting Labyrint~In Perspectief

Mw. drs. A. Kal - Ypsilon

Dhr. I. Keuchenius - Angst, Dwang en Fobiestichting

Dhr. ir. B.H. Kraaijenbrink	- Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa
Mw. M. Mannak-Bouman	- Stichting Labyrint~In Perspectief
Dhr. drs. M. Muis	- Anoïksis
Mw. L. van Oosterum	- Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
Mw. L. van 't Veen	- Patiëntenbond in de GGZ
Dhr. M.P. Vermeulen	- Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB)
Dhr. dr. T.F. van Wel	- Altrecht
Mw. I.R.M. Wijne	- Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (LSZ)
Mw. drs. G. J. Zwanikken-Leenders	- GGZ
Dhr. drs. H. van Zwol	- Landelijke Stichting Ouders en Verwanten van Druggebruikers (LSOVD)

Werkgroep Persoonlijkheidsstoornissen

Voorzitter

Dhr. prof.dr. R.W. Trijsburg† (tot april 2007)

Dhr. prof.dr. R. Verheul, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong (per april 2007)

Leden

Mw. M. van der Aar-Peulen, Labyrint~In Perspectief

Mw. L. Baan, Stichting Borderline (tot 2006)

Mw. dr. L.M.C. van den Bosch, Forensisch Psychiatrisch Centrum, Oldenkotte

Mw. drs. M.S. Bruggeman, Huisartsencentrum te Vaals

Mw. J.E. van Dijke, RIAGG Amersfoort & Omstreken

Mw. S.W. Haeyen, GGNet, Locatie Apeldoorn

Dhr. dr. A.J.P.M. Hafkenscheid, Sinai Centrum voor Joodse Geestelijke Gezondheidszorg

Mw. dr. L. Hakkaart-van Roijen, iMTA Erasmus MC, Rotterdam

Dhr. A.B. Hoffmans, Centrum voor Specialistische Psychotherapie

Dhr. drs. F.M. Huitema, GGZ Stadskanaal

Dhr. drs. T.J.M. Ingenhoven, Symfora Groep

Mw. S. Kleis, Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (tot september 2005)

Dhr. B. Koekkoek, Altrecht/RPC Zeist

Dhr. R. Koster, De Gelderse Roos

Mw. drs. K.J.M. Kraak, GGNet Locatie Apeldoorn

Mw. drs. E. Kruis, Stichting Borderline

Mw. drs. E.T.T. Lamers, Gezondheidscentrum Gein

Mw. drs. M.W. Mauritz, GGNet Locatie Zevenaar

Mw. drs. M.J.T. Oud, Huisartsenpraktijk Lewenborg, Groningen

Dhr. dr. Th. Rinne, Pieter Baan Centrum

Dhr. prof.dr. R. Verheul, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong

Mw. dr. A. Weertman, Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong

Mw. I.R.M. Wijne, Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (per sept. 2005)

Externe deskundigen

Dhr. H. Aartsma

Dhr. drs. H. Berghuis

Dhr. dr. E. de Beurs

Dhr. dr. H. Bloks

Dhr. dr. J.J. van Busschbach

Dhr. G. Cimmermans

Dhr. G. Cleven

Dhr. dr. S. Colijn

Dhr. prof.dr. J. Derksen

Mw. dr. L. Eurelings-Bontekoe

Dhr. dr. F. de Fruyt

Mw. G. Günther

Mw. drs. M. Herbrink

Dhr. dr. R. Hoekstra

Dhr. prof.dr. W. Hofstee

Dhr. dr. J.W. Hummelen

Dhr. dr. A. Kaasenbrood

Mw. W. Klaverdijk

Mw. dr. S. Kool

Mw. dr. J.J.S. Kooy

Mw. prof.dr. C. de Ruiter
Mw. drs. M. Scholte
Mw. drs. D. Soeteman
Mw. drs. O. Swagemakers
Dhr. drs. R. Van
Mw. R. Velthorst
Mw. A. Vink

Panelleden vaktherapeuten

Mw. M. Baars, dramatherapeut
Mw. M. Bruinsma, muziektherapeut
Mw. L. van Ekeren, muziektherapeut
Mw. S. Haeyen, beeldend therapeut
Dhr. B. Henskens, beeldend therapeut
Dhr. E. Koster, beeldend therapeut
Mw. I. van Sprang, muziektherapeut
Mw. E. Wegman, dramatherapeut
Mw. H. van Zuidam, beeldend therapeut

Projectleiding

Mw. I. Boerema -
Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, het Trimbos-instituut

Adviseurs en ondersteuning

Mw. drs. E.R. Fischer -
Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, het Trimbos-instituut
Mw. drs. A. Hagemeijer -
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, het CBO
Mw. L. Muis -
Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, het Trimbos-instituut
Mw. H van den Engel -
Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, het Trimbos-instituut

Redactiecommissie

Mw. dr. L.M.C. van den Bosch
Dhr. drs. T.J.M. Ingenhoven
Dhr. prof.dr. R.W. Trijsburg† (tot april 2007)
Dhr. prof.dr. R. Verheul
Mw. I.R.M. Wijne

Eindredactie

Mw. drs. J.C. Brandt-Dominicus
Mw. drs. J.M. Hilgersom

Methodologische ondersteuning en begeleiding

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg en lichamelijke ziektes en legt zich toe op de ontwikkeling, verspreiding, toepassing en evaluatie van kennis. De centrale vraag is op welke manieren deze kennis kan worden ingezet om de geestelijke gezondheid en de kwaliteit van leven van de Nederlandse bevolking te verbeteren. Het Trimbos-instituut werkt hierbij nauw samen met partners in de wetenschap, praktijk en politiek.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Sinds zijn oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een toonaangevend en ook internationaal erkend instituut dat via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding biedt bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren, herontwerpen en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Notities

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende preventie of therapie:

A1	systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
A2	gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) en van voldoende omvang en consistentie
B	gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiëntcontroleonderzoek)
C	niet-vergelijkend onderzoek
D	mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Voor artikelen betreffende diagnostiek:

A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests

A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multi-pele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie

B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd

C niet-vergelijkend onderzoek

D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Niveau van de conclusie op basis van de literatuuranalyse:

1	gebaseerd op minimaal één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
2	gebaseerd op ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	gebaseerd op één onderzoek van niveau A2 of B, of op onderzoek(en) van niveau C
4	gebaseerd op (gepubliceerde) mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Disclaimer

De informatie in woord en beeld op deze website www.ggzrichtlijnen.nl wordt aangeboden als een service. Aan de op deze website aangeboden informatie en/of diensten kunnen op geen enkele wijze rechten worden ontleend. De auteurs/makers aanvaarden geen aansprakelijkheid voortvloeiende uit gebruik, onnauwkeurigheid of onvolledigheid van de geboden informatie.

Het Trimbos-instituut sluit iedere aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van deze richtlijn alsmede voor de gevolgen die de toepassing van deze richtlijn in de patiëntenzorg mocht hebben uit.

Het Trimbos-instituut stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze richtlijn. Hiertoe kunt u contact opnemen met via email: ggzrichtlijnen@trimbos.nl.

Bezoekersstatistieken:

Voor statistische doeleinden worden bezoekersstatistieken van deze www-pagina's bijgehouden. Informatie zoals bezoekaantallen en bezoekfrequentie worden gebruikt voor intern onderzoek en verbetering van de website. Deze informatie is echter algemeen van aard en valt niet te herleiden tot de individuele bezoeker. De identiteit van de bezoeker blijft onbekend. Deze gegevens worden niet gekoppeld aan door u verstrekte persoonsgegevens.

Bescherming persoonsgegevens:

Door abonnees verstrekte persoonsgegevens ten behoeve van abonnementen zal door de auteurs vertrouwelijk worden behandeld. Gegevens zullen niet worden verstrekt aan derden.