

[← Terug naar zoekresultaten](#)

Persoonlijkheidsstoornissen

[+ VOLGEN](#)

Initiatief: NVvP

Aantal modules: 27

[Bijlagen](#)[Download richtlijn](#)

1. Startpagina - Persoonlijkheidsstoornissen
2. Preventie en vroegsignalering
3. Screening, diagnostiek en classificatie
4. Indicatiestelling
- 5. Psychotherapie**
6. Farmacotherapie
7. Vaktherapie
8. Sociaal-psychiatrische interventies [+](#)
9. Herstel, rehabilitatie en werk [+](#)
10. Systeeminterventies en naasten
11. Comorbiditeit [+](#)
12. Organisatie van zorg

[Bijlagen](#)

Psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen [...](#)

Beoordeeld: 26-08-2022

 **ZonMw**
Project nr: 843001706
Einddatum 04-2022


Uitgangsvraag

- Welke psychotherapeutische behandelvormen worden aanbevolen bij persoonlijkheidsstoornissen?
- Welke psychotherapeutische behandelvormen worden aanbevolen voor welke specifieke types van persoonlijkheidsstoornissen?

Aanbeveling

De eerste reeks van aanbevelingen gelden voor alle types van persoonlijkheidsstoornis. Daarna volgen aanvullende aanbevelingen per type persoonlijkheidsstoornis.

[Algemene aanbevelingen voor de psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornis](#)

Het is aan te bevelen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een psychotherapeutische behandeling aan te bieden, die beschreven staat in een handleiding,  een model dat rekening houdt met de beperkingen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis, gebaseerd is op behandelprincipes en -methodes waar evidentie voor bestaat en uitgevoerd wordt door daarin opgeleide behandelaars. Deze behandeling is te verkiezen boven andere ongestructureerde zorg.

Het is aan te bevelen geen patiënten a priori uit te sluiten van psychotherapeutische behandeling, noch vanwege de ernst van hun persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld EPA patiënten, gekenmerkt door meervoudige problemen op diverse gebieden), noch vanwege het type van persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld antisociale-persoonlijkheidsstoornis), noch vanwege mogelijke comorbiditeit stoornissen (bijvoorbeeld stoornis in het gebruik van middelen).

Het is aan te bevelen om de specifieke voorkeuren van een patiënt een prominente rol te geven in het proces van samen beslissen over de behandelopties.

Het is aan te bevelen om uit te gaan van een voldoende lange (40-60 sessies, 12-18 maanden) en hoog-gedoseerde behandeling (waar nodig 2 of meer contactmomenten per week) om de kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis duurzaam te veranderen. De feitelijke behandelduur en -intensiteit dienen in overleg met de patiënt besproken te worden, afgestemd op de kenmerken van de patiënt (bijvoorbeeld ernst/stadium van de persoonlijkheidsstoornis) en zijn of haar hulpvraag. Dit geldt ook voor beslissingen over de voortzetting van de behandeling op geleide van het behaalde resultaat.

Het is aan te bevelen om in de behandeling actief de behandelfocus ook te richten op sociaal-maatschappelijk herstel en generalisering van behandelresultaten in het dagelijks leven.

Het is aan te bevelen om patiënten een voldoende langdurig nazorgtraject met terugvalpreventie aan te bieden, inclusief de mogelijkheid om de zorg tijdelijk opnieuw op te schalen (episodische of intermitterende behandeling).

Het is aan te bevelen om jeugdigen met beginnende persoonlijkheidsproblematiek in een vroeg stadium te detecteren en te behandelen met een psychotherapeutische behandeling, met inachtneming van het stadium van de problematiek, de ontwikkelingsfase van de jongere en de kenmerken van het systeem.

Het is aan te bevelen om ouderen waar mogelijk psychotherapeutische behandeling aan te bieden, met inachtneming van de leeftijdsspecifieke aspecten, zoals ernstige somatische of cognitieve comorbiditeit en/of het ontbreken van een (steunend)systeem.

Specifieke aanvullingen voor de behandeling van borderline-persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis een specialistische of generalistische psychotherapeutische behandeling aan te bieden die rekening houdt met de specifieke beperkingen van mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. De meeste evidentie voor de werkzaamheid bestaat voor verscheidene specialistische behandelvormen (met name voor DGT, MBT, ST, TFP). Voor sommige andere specialistische behandelingen (bijvoorbeeld CAT of VERS (zelfstandig of als add-on van een breder psychotherapeutisch behandelprogramma)) en voor generalistische behandelvormen (SCM, GPM, RCC, SPT, GIT-PD) bestaat steeds meer evidentie, waardoor ook deze aanbevolen kunnen worden. Al deze behandelingen zijn te verkiezen boven vormen van psychotherapie die niet uitgaan van een model van persoonlijkheidsstoornissen of andere ongestructureerde zorg. Het is daarbij wel belangrijk dat deze vormen van psychotherapie worden uitgevoerd zoals ze beschreven en onderzocht zijn.

Het valt te overwegen om de specialistische behandelvormen (zoals DGT, MBT, ST, TFP) bij voorkeur in te zetten voor patiënten met een meer ernstige en complexe persoonlijkheidsstoornis, gedefinieerd als patiënten met meer dan één classificatie van een persoonlijkheidsstoornis en naast deze persoonlijkheidsstoornis(sen) ook comorbiditeit psychische stoornissen en maatschappelijke problemen.

Het is aan te bevelen om bij jeugdigen die zich in de loop van de puberteit met klachten aanmelden systematisch oog te hebben voor mogelijke kenmerken van de borderline-persoonlijkheidsstoornis, en daar diagnostiek naar te verrichten, in

het bijzonder als er sprake is van suïcidaal gedrag of zelfverwondend gedrag, en indien nodig een van de genoemde specialistische of generalistische interventies in te zetten.

Het valt te overwegen om patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis indien gewenst ambulante of in deeltijd te behandelen. Een korte opname met duidelijke doelen en gericht op stabilisering en herstel van de ambulante of deeltijdbehandeling kan noodzakelijk zijn bij ernstige acute ontregeling en een tekortschietende sociale steunomgeving. Indien in voorkomende gevallen ambulante of deeltijdbehandeling ontoereikend blijkt kan opschaling naar (dag)klinische psychotherapie geïndiceerd zijn.

Specifieke aanvullingen voor de behandeling van antisociale-persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen om de psychotherapeutische behandeling bij mensen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis te richten op de vermindering van agressie en ander antisociaal gedrag (risicomanagement), middelengebruik of psychotraumata. Behandelingen die hiervoor zijn geïndiceerd, zijn DGT, ST, CGT en Contingency Management

Het is aan te bevelen om jeugdigen met ernstige symptomen van antisociaal gedrag en hun naasten een systeeminterventie zoals MDFT, MST of FFT aan te bieden

Specifieke aanvullingen voor de behandeling van vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen in de behandeling van een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis gebruik te maken van een specialistische psychotherapeutische behandeling, zoals specifieke protocollen voor Cognitieve Gedragstherapie (CGT), kortdurende psychodynamische psychotherapie (STDP), Schematherapie of Affect-fobie therapie (AFT).

Het valt te overwegen in de behandeling van een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis op te schalen naar kortdurende klinische psychotherapeutische behandeling om hardnekkige patronen van vermijding in gedrag en relaties te doorbreken, indien eerdere ambulante behandelingen onvoldoende effect hebben gesorteerd.

Specifieke aanvullingen voor de behandeling van schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Het is aan te bevelen om bij schizotypische-persoonlijkheidsstoornissen diverse psychotherapeutische, herstelgerichte en farmacotherapeutische interventies te integreren.

Overwegingen

De evidentie voor de diverse behandelvormen in deze module is uitsluitend gebaseerd op onderzoek waarin gebruik gemaakt wordt van het traditionele classificatiesysteem in Sectie II van DSM-5. Het veld kent de laatste jaren een verschuiving richting een dimensionele en transdiagnostische benadering van persoonlijkheidspathologie. Deze benadering benadrukt sterker dan het traditionele model in Sectie II de gemeenschappelijke componenten van persoonlijkheidsstoornissen. Deze benadering komt terug in ICD-11 en het alternatieve model in DSM-5. Aansluitend bij deze verschuiving ordenen we de evidentie zo dat eerst conclusies en aanbevelingen worden

gepresenteerd die voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen gelden. Als voor bepaalde typen persoonlijkheidsstoornissen specifieke aanbevelingen van toepassing zijn, dan worden deze vervolgens gepresenteerd.

Persoonlijkheidsstoornis algemeen

Kwaliteit van het bewijs

- Veruit het meeste onderzoek over de werkzaamheid van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen is uitgevoerd bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, op afstand gevolgd door onderzoek onder patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Naar de vermijdende- en zeker de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis bestaat nauwelijks goed uitgevoerd onderzoek. Dat geldt nog meer uitgesproken voor de andere, in dit overzicht niet opgenomen specifieke typen, zoals de narcistische-, dwangmatige-, paranoïde of andere specifieke typen van persoonlijkheidsstoornissen. De werkgroep is echter van mening dat een belangrijk deel van de aanbevelingen die uit het onderzoek naar de borderline-persoonlijkheidsstoornis kunnen worden getrokken, ook relevant is voor deze andere typen. Dit wordt ondersteund door de bevinding dat de borderline-persoonlijkheidsstoornis nauw geassocieerd is met een algemene factor van persoonlijkheidspathologie (o.a. Sharp et al., 2015). Daarbij werd aangetoond dat de probleemgebieden die kenmerkend zijn voor de huidige (sectie-II) criteria van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, verwijzen naar een generieke factor van persoonlijkheidspathologie. Dit maakt het volgens de werkgroep aannemelijk dat principes van werkzame behandelingen voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis ook (deels) toepasbaar zijn op andere typen van persoonlijkheidsstoornissen. Dat blijkt ook uit de klinische toepassing van behandelingen die aanvankelijk toegepast werden voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (zoals ST of DGT) bij andere typen van persoonlijkheidsstoornissen. Hoewel deze behandelingen doorgaans enkele aanpassingen vragen bij toepassing bij andere typen van persoonlijkheidsstoornissen, blijven de basisconcepten en -interventies bruikbaar.
- Ook al is de kwaliteit van de evidentie wisselend voor de verschillende specifieke typen van persoonlijkheidsstoornissen, toch kan worden vastgesteld dat een goed opgezette, reguliere psychotherapeutische behandeling in de zin van de Generieke module [Psychotherapie](#) gemiddeld genomen een positiever effect heeft op de primaire uitkomsten in deze behandelingen, meestal de ernst van de persoonlijkheidsstoornis, dan standaardzorg, en wellicht ook een positiever effect heeft op de kwaliteit van leven. Deze verbetering is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs van redelijke zekerheid. Met een goed opgezette, reguliere psychotherapie wordt verwezen naar een psychotherapeutische behandeling die uitgaat van een coherent model voor persoonlijkheidsstoornissen, goed beschreven staat in een handleiding, verder bouwt op principes van gekende stromingen waar reeds eerder evidentie voor werd verzameld, en uitgevoerd wordt door getrainde behandelaars[1]. Dit positieve effect wordt vastgesteld ongeacht het type persoonlijkheidsstoornis dat wordt behandeld (bijvoorbeeld borderline- of vermijdende-persoonlijkheidsstoornis), de stroming waartoe het behandelprogramma behoort (bijvoorbeeld psychodynamisch of gedragstherapeutisch) en wordt ook vastgesteld voor goed opgezette generalistische psychotherapeutische behandelingen (zoals SCM of GPM). De resultaten laten zien dat reguliere psychotherapie beter is dan niet-behandelen en doorgaans ook beter dan niet-psychotherapeutische standaardzorg.
- Er bestaat geen duidelijke evidentie dat specialistische behandelingen, zoals DGT of MBT, gemiddeld genomen effectiever zijn dan generalistische behandelingen, zoals GPM of SCM (Storebø et al., 2020; Cristea et al., 2017). Deze generalistische

behandelingen werden vooral opgezet binnen de context van studies naar de behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Hoewel meer studies nodig zijn, zou dit erop kunnen wijzen dat goed opgezette generalistische behandelingen een goed alternatief bieden voor specialistische behandelingen – bijvoorbeeld bij capaciteitstekort van die laatste -, op voorwaarde dat ze gebaseerd zijn op een handleiding en ingebed zijn in een organisatiecontext van deskundigheid (Cristea et al., 2017). Generalistische en specialistische behandelingen hebben minstens twee kenmerken gemeen die hen onderscheiden van de (ongestructureerde) standaardzorg: ze gaan uit van een concept van persoonlijkheidsstoornis en houden daarbij rekening met de beperkingen eigen aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis enerzijds en ze staan systematisch beschreven in een handleiding anderzijds.

- De in Nederland breed ingeburgerde Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) maakt gebruik van dezelfde gemeenschappelijke factoren als SCM en GPM, staat beschreven in een handleiding en baseert zich op eenzelfde concept van persoonlijkheidsstoornissen en kader van principes. Het is aannemelijk dat haar effecten vergelijkbaar zijn met die van SCM, GPM en andere goed beschreven generalistische alternatieven, al is verder onderzoek geboden. Dat geldt overigens ook voor de diverse afzonderlijke generalistische behandelingen, die alle slechts in één studie werden onderzocht.
- Ook al laten meta-analyses (Cristea et al., 2017) geen duidelijk verschil zien in werkzaamheid tussen specialistische en generalistische behandelingen in het algemeen, toch bestaan er beduidend meer afzonderlijke studies voor de diverse specialistische behandelingen, in het bijzonder voor DGT en in wat mindere mate MBT, dan voor de diverse generalistische behandelingen. Dat maakt dat de evidentie voor afzonderlijke specialistische behandelingen robuuster is dan voor de afzonderlijke generalistische behandelingen.
- Vergelijkende studies, waarin twee specialistische behandelvormen met elkaar worden vergeleken, zijn schaars. De werkgroep is van mening dat de resultaten nog te onzeker zijn om aanbevelingen te formuleren waarbij het éne behandelmodel verkozen zou moeten worden boven het andere. De werkgroep is van mening dat het geheel van beschikbare reviews en meta-analyses die geraadpleegd werden in het kader van deze richtlijn, niet toelaat te besluiten dat het éne specialistische behandelprogramma systematisch effectiever is dan het andere, ook niet voor bepaalde behandeluitkomsten. Dit betekent niet noodzakelijk dat er geen verschillen bestaan. Heel wat studies zijn bijvoorbeeld uitgevoerd bij te kleine steekproeven om zulke verschillen betrouwbaar vast te stellen. Zo zou het kunnen dat er mogelijk toch specifieke profielen van patiënten bestaan die meer zouden kunnen profiteren van een bepaalde behandeling dan van een andere. Verder onderzoek is nodig om hier eventuele aanbevelingen op te baseren.
- Er bestaat evidentie dat het volgen van de voorkeur van de patiënt een positieve invloed heeft op de uitkomst van de behandeling (Swift et al, 2018). In die zin is het van belang om patiënten te betrekken in de indicatie voor een bepaalde behandeling, zeker in het licht van de geringe verschillen die tussen de diverse methodes onderling worden vastgesteld.
- De onderzochte behandelprogramma's variëren sterk in termen van setting (ambulant of klinisch), modaliteiten (individueel, groep, systeem, vaktherapie, case management, farmacotherapie,...), duur (van enkele maanden tot jaren) en dosering (wekelijkse ambulante gesprekken, intensief ambulant, deeltijd, dagklinisch en klinisch). Dit strookt met de heterogeniteit van de doelgroep van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Er is weinig evidentie welke dosering, duur, setting of modaliteit beter geschikt is voor welke subgroep. De werkgroep vindt het aannemelijk dat patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen,

gekenmerkt door complexere comorbiditeit en een hoger sociaal-maatschappelijke uitval, langer durende behandeling en begeleiding nodig hebben dan patiënten met milde of matige persoonlijkheidsstoornissen. Toch lijken er daarnaast ook toenemend aanwijzingen dat minder intensieve (specialistische) behandelingen niet noodzakelijk een lagere werkzaamheid vertonen dan erg intensieve (specialistische) behandelingen (o.a. Smits et al., 2020). Let wel: in deze studie betreft de minder intensieve variant nog steeds een 18-maanden behandeling met twee tot drie contactmomenten per week.

- De duur en intensiteit van de psychotherapeutische behandeling zullen mede afhankelijk zijn van de ernst en stadium van de persoonlijkheidsstoornis en van de hulpvraag en daarbij aansluitende behandeldoelen en behandelfocus. Wordt de focus gericht op het duurzaam veranderen van de kenmerkende patronen van de persoonlijkheidsstoornis (in een verder stadium) gekoppeld aan generalisering daarvan naar het sociaal-maatschappelijke functioneren, dan acht de werkgroep een *gemiddelde* duur van 12-18 maanden aangewezen (40-60 sessies). Bij een ernstige persoonlijkheidsstoornis kan een langer voortgezette psychotherapie nodig blijken. Na een dergelijke intensieve psychotherapeutische behandel fase kan bovendien een minder intensieve vervolgbehandeling aangewezen zijn (zie verder). Dit advies is gebaseerd op de gemiddelde duur van de diverse onderzochte behandelprogramma's. Hoewel er enige evidentie bestaat dat ook kortere behandelingen positieve effecten kunnen hebben (Spong, Clare, Galante, Crawford & Jones, 2021), acht de werkgroep het nog onvoldoende aangetoond dat deze effecten ook voldoende generaliseren naar de diverse uitkomstmaten en dat ze voldoende duurzaam zijn. Verder onderzoek is hier nodig. Qua dosering gaan de meeste onderzochte behandelprotocollen uit van een frequentie van (minstens) twee contacten per week. Ook hier dient ruimte te zijn om af te wijken van deze inschatting, gezien de heterogeniteit van de behandelde patiëntengroep (inclusief variatie in responsiviteit op behandeling) en de verschillen in hulpvraag.
- Beslissingen over stoppen of voortzetten van behandelingen dienen in een gezamenlijk overleg van behandelaar (behandelteam) en patiënt (en eventueel naasten) te worden genomen. Indien de behandelresultaten stagneren op een onvoldoende gunstig niveau, dient een evaluatie plaats te vinden. Dit kan leiden tot een voortzetting van de behandeling, maar mogelijk met een gewijzigde focus, het heronderzoeken van de diagnose, het stopzetten van de behandeling en/of het herindiceren naar een andere behandeling.
- De werkgroep gaat ervan uit dat behandelingen in de toekomst mogelijk meer ingericht zullen worden als episodische of intermitterende behandelingen, waarbij afgebakende episodes van zorg, gericht op specifieke doelen, afgewisseld worden met periodes waarin er geen of veel minder zorg wordt aangeboden. Zulke episodische behandelingen sluiten beter aan bij de duurzame kwetsbaarheid van mensen met een persoonlijkheidsstoornis, zelfs na een geslaagde behandeling.
- De onderzochte psychotherapeutische behandelprogramma's benadrukken in hun behandelhandleiding het belang van een ondersteunende context voor het uitvoeren van de behandeling: het ondersteunen van behandelvisie en interventies door de organisatie waarbinnen de behandeling plaatsvindt en door de zorgfuncties waarmee samengewerkt wordt (huisarts, crisisdienst, opnameafdeling), en het begeleiden van behandelaars en behandelteams in reflectieve bijeenkomsten zoals intervisie en supervisie. De werkgroep is dan ook van mening dat de context van deskundigheid en ondersteuning van groot belang is voor de behandelresultaten van om het even welk behandelprogramma. Indirecte evidentie daarvoor is te vinden in de meta-analyse van Cristea et al. (2017), die laat zien dat de verschillen tussen specialistische en generalistische

behandelingen met name verminderen wanneer beide binnen dezelfde instelling werden uitgevoerd. Ook de implementatiestudie van Van den Bosch en Sinnaeve (2015) benadrukt het belang van de ondersteuning door het management, wekelijkse intervisie en supervisie en een gevoel van verbondenheid met collega's en met de methode.

- In de meeste studies ligt de gemiddelde leeftijd van de deelnemende patiënten tussen 20 en 40 jaar. Dit komt wellicht overeen met de leeftijd waarop de meeste volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis in behandeling komen in een specifiek daarop gericht behandelprogramma, maar beperkt de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar andere leeftijdscategorieën.
- Voor jeugdigen bestaat er slechts een beperkt aantal studies, waarvan de kwaliteit laag tot zeer laag is. Bovendien includeren de meeste van deze studies een erg heterogene groep jeugdigen, wat het formuleren van algemene aanbevelingen op basis van deze evidentie, lastig maakt. De beschikbare evidentie maakt het aannemelijk dat de bevindingen bij volwassenen ook naar jeugdigen kunnen worden gegeneraliseerd worden, al is verder onderzoek geboden (Jørgensen et al., 2021). Wel vindt de werkgroep het erg aannemelijk dat vroege detectie en interventie bijdraagt aan een betere prognose, niet alleen met betrekking tot de ernst van de persoonlijkheidspathologie, maar ook met het oog op kwaliteit van leven en (vooral) sociaal-maatschappelijk functioneren. In lijn hiermee is het aannemelijk dat vroege interventie in een heel aantal gevallen gepaard kan gaan met minder langdurig behandelen omdat symptomen en patronen in een vroeger stadium worden behandeld. Zeker bij jeugdigen lijkt het eerder genoemde model van episodisch behandelen goed aan te sluiten.
- Het ontbreekt grotendeels aan goed gecontroleerde studies bij ouderen, waardoor de aanbevelingen voor deze doelgroep niet goed kunnen worden gebaseerd op wetenschappelijke evidentie. Beschikbare multiple-baseline en naturalistische studies suggereren dat psychotherapie ook in deze doelgroep werkzaam kan zijn (Penders et al., 2020; Videler et al., 2018). Het is dan wel van belang om voldoende rekening te houden met leeftijdsspecifieke beperkingen, zoals cognitieve en somatische comorbiditeit op hogere leeftijd, alsook het mogelijk ontbreken van een systeem. Daarnaast wordt aanbevolen om specifieke leeftijdsspecifieke aspecten, zoals het verlies van sociale rollen, te integreren in de psychotherapeutische behandeling en rekening te houden met cohortgebonden en sociaal-culturele aspecten. Verder gaat extra aandacht uit naar motiverende gespreksvoering, psycho-educatie en interventies gericht op het (professionele zorg)systeem.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

- Hoewel experts eerder hebben gewaarschuwd voor mogelijke schadelijke effecten van een behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis, bestaat daar weinig onderzoek naar.
- De meeste behandelprogramma's volgen een relatief vast format (voor wat betreft de intensiteit, duur, samenstelling e.d.). Gezien de grote heterogeniteit van de doelgroep, is het van belang dat de behandeling op maat wordt aangepast aan de individuele kenmerken, mogelijkheden en behoeften van de patiënt.
- Patiënten met complexe problemen (gekenmerkt door een hoge mate van comorbiditeit en meervoudige maatschappelijke problemen gerelateerd aan hun psychische aandoeningen) lijken minder toegang te hebben tot specialistische behandelprogramma's, waardoor hen mogelijk zorg wordt onthouden die helpend kan zijn (Hermens et al., 2011). Er bestaat nochtans enige evidentie dat specialistische behandelprogramma's bij patiënten met complexe problemen

werkzamer zouden kunnen zijn dan generalistische programma's (Bateman & Fonagy, 2013). In deze studie werden deze patiënten met complexe problematiek gedefinieerd als patiënten die voldeden aan de DSM-classificaties van meerdere persoonlijkheidsstoornissen naast elkaar.

- Een aantal studies laat zien dat er veelvuldig nieuwe behandeltrajecten worden opgestart bij mensen met een (borderline-) persoonlijkheidsstoornis, wat erop zou kunnen wijzen dat er enerzijds veel vroegtijdige stopzettingen bestaan in het behandeltraject, anderzijds dat er mogelijk ook na behandeling een (terugkerende) zorgvraag bestaat (Zanarini et al., 2015; Bender et al., 2001). Dit kan erop wijzen dat het belangrijk is om in alle stadia van een behandeltraject (instroom, tijdens behandeling en uitstroom) voldoende aandacht te hebben voor de kwaliteit van de behandelrelatie, voor het betrekken van de patiënt bij de behandelkeuzes en voor het generaliseren van behandelresultaten naar de eigen leefomgeving.
- In veel studies bij jeugdigen is de uitval uit behandeling hoger dan bij volwassenen. Dat zou kunnen betekenen dat deze programma's minder goed aansluiten bij de noden en behoeften van jonge mensen (Jørgensen et al., 2021). Bij deze doelgroep lijkt het nog belangrijker om de behandeling af te stemmen op het stadium van ontwikkeling van de problematiek, de behoeften en hulpvraag van de jongere en het gezin, en de ontwikkelfase van de jongere en het gezin.
- Er bestaat geen overtuigend bewijs dat patiënten met agressief en/of antisociaal gedrag door psychotherapie beter in staat zouden zijn om anderen te manipuleren (D'Silva et al., 2004). De werkgroep vindt dat dit dan ook geen argument mag zijn om deze patiënten behandeling te onthouden.
- Systematische monitoring van de behandelresultaten en in overleg toewerken naar beëindiging van een niet-effectieve behandeling, verdient speciale aandacht in de toepassing van alle vormen van psychotherapie.

Patiëntenperspectief

- Vanuit patiëntenperspectief is het van belang dat de behandeling – en het onderzoek ernaar – zich in eerste instantie richt op het bevorderen van de kwaliteit van leven, het verbeteren van het sociaal-maatschappelijke functioneren en het verminderen van de symptoomlast en lijdensdruk van de patiënt. Het is bemoedigend dat psychotherapie effectief is in het verbeteren van de kwaliteit van leven en dat dit zelfs ten dele onafhankelijk is van de verbetering in symptomen. Dit suggereert dat beide types van uitkomsten naast elkaar in behandeling beoogd kunnen worden.
- Voor patiënten zijn vooral de lange wachtlijsten om een behandeling voor een persoonlijkheidsstoornis te krijgen, een groot probleem. Het aanbod aan goed opgezette (specialistische) behandelingen is beperkt. De behandelcapaciteit kan worden uitgebreid door naast specialistische behandelingen tevens generalistische behandelingen aan te bieden. Mogelijk kunnen professionele ervaringsdeskundigen en/of lotgenotencontacten ook een rol spelen in de overbrugging van de periode tot start van de behandeling.
- Patiënten dienen betrokken te worden bij de keuze voor een behandeling. Nu spelen klinische assumpties van de behandelaar waar weinig evidentie voor bestaat, mogelijk een te grote rol bij de behandeladvisering. Er is evidentie dat het volgen van de voorkeur van de patiënt voor een vorm van behandeling leidt tot een verlaging van de uitval uit behandeling en mogelijk tot een verbetering van de behandeluitkomsten in vergelijking met een behandeling zonder voorkeur (Swift et al., 2018). Dat houdt in dat patiënten voldoende informatie moeten krijgen over de behandeling, de diverse programmaonderdelen en in geval van groepstherapie over de samenstelling van de groep (met name hoe homogeen/

heterogeen de groep is). Mogelijkheden zijn bijvoorbeeld dat patiënten contact kunnen opnemen met een ervaringsdeskundige die de betreffende behandeling heeft gevolgd of dat ze een meeloopdag aangeboden krijgen waardoor ze kennis kunnen maken met de behandeling.

- Vanuit patiëntenperspectief is het van belang dat er veel sneller in het beloop van de aandoening gesignaleerd en ingegrepen wordt zodat de negatieve langetermijneffecten, in het bijzonder op het gebied van sociaal functioneren en opleiding / beroepsmatig functioneren, kunnen worden voorkomen of beperkt. Nu krijgen veel jongeren, maar ook volwassenen, veel te laat in het beloop van de aandoening een behandeling die gericht is op de persoonlijkheidsstoornis.
- Vanuit patiëntenperspectief kan de uitstroom uit behandeling en de nazorg na de behandeling beter georganiseerd worden; door het vaak laat ingrijpen hebben veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te weinig een 'gewoon leven' kunnen opbouwen. Ondersteuning bij sociaal-maatschappelijk herstel tijdens en na de behandeling is daarom aangewezen, zodat meer mensen na behandeling kunnen deelnemen aan het gewone leven. Diverse strategieën kunnen daarbij helpen, zoals het grondig in kaart brengen van deze sociaal-maatschappelijke problemen in de beginfase van de behandeling en het opnemen van zulke behandeldoelen in het behandelplan, het organiseren van een betere samenwerking tussen het behandelteam in de GGZ en aanbieders in het sociaal-maatschappelijke domein, het afmeten van behandel succes aan verbetering in deze sociaal-maatschappelijke parameters en het opzetten van een voldoende langdurig nazorgtraject dat is gekoppeld aan maatschappelijke integratie. Dat geldt ook voor patiënten na afloop van een forensische zorgtitel, die terugkeren in de maatschappij, maar nog onderliggende hulpvragen hebben. Ook voor deze patiëntengroep is een goed werkend samenhangend netwerksysteem nodig van ondersteuning, zorg en veiligheid (zie ook [Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg](#), 2021).
- Aansluitend bij het voorgaande is het vanuit patiëntenperspectief van belang dat er in de loop van een behandeling ook wordt geëvalueerd op doelen op het gebied van sociaal functioneren en opleiding/ beroepsmatig functioneren, zodat de behandeling tijdig aangepast kan worden bij onvoldoende verandering op deze gebieden.
- Vanuit patiëntenperspectief is het aangewezen dat er meer continuïteit is tussen verschillende behandelingen of behandel episodes. Patiënten ervaren het vaak als een extra belasting dat er veel verschillende professionals zijn aan wie ze hun verhaal moeten vertellen, dat informatie verzameld door de éne zorgverlener vaak weinig wordt meegenomen door een volgende hulpverlener of dat ze bij terugval helemaal opnieuw moeten aanmelden. Het organiseren van een betere overdracht van informatie en het faciliteren van episodische behandelingen (waarbij patiënten bij een terugval opnieuw rechtstreeks kunnen aanmelden bij hetzelfde behandelteam) kunnen hierin helpen. Verder is het van belang voldoende aandacht te hebben voor eerdere (ook negatieve) ervaringen van patiënten met de hulpverlening. Tenslotte kan gedacht worden aan het inzetten van bijvoorbeeld professionele ervaringsdeskundigen of lotgenotencontact om terugvallen te voorkomen of op te vangen.

Naastbetrokkenenperspectief

- Hoewel er nauwelijks studies bestaan waarin onderzoek wordt gedaan naar de meerwaarde van het betrekken van naasten, benadrukt de werkgroep het belang om naasten te betrekken in diverse fasen van een behandeling, uiteraard in overleg met de patiënt. In de beschreven behandelprogramma's is dit perspectief niet steeds geïntegreerd, waardoor de betrokkenheid van naastbetrokkenen te

veel wordt overgelaten aan lokale uitwerking. De werkgroep meent dat het betrekken van naasten cruciaal kan zijn voor het generaliseren van de behandelresultaten. Derhalve is het belangrijk om naasten zoveel mogelijk deelgenoot van de behandelvisie te maken en ondersteuning aan te bieden (zie de module [Systeeminterventies en Naasten](#)). Enige evidentie voor het belang kan worden gevonden in de review van Guillén et al (2020).

Professioneel perspectief

- Implementatiestudies laten zien dat behandelprogramma's vaak onvolledig geïmplementeerd worden (Van den Bosch & Sinnaeve, 2015), dat er veel verloop is (Swales et al., 2012) en dat organisatieveranderingen een belangrijke impact kunnen hebben op de behandelresultaten (Bales et al., 2017). Dat pleit ervoor om de professional in een behandelprogramma gedegen op te leiden en in te bedden binnen een goed functionerend team en in de organisatie (zie ook 6.3.1.1.)
- Het werken met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen kan belastend zijn door de emotionele reacties die deze patiënten in een team en bij individuele behandelaars kunnen oproepen. Aandacht dient uit te gaan naar de ondersteuning daarin, o.a. door voldoende tijd voor reflectie en intercollegiaal overleg.
- Bij alle onderzochte behandelprogramma's is frequente supervisie/intervisie een geïntegreerd onderdeel. De werkgroep is van mening dat dit navolging verdient in de behandelpraktijk.

Middelenbeslag

- Enkele studies suggereren dat het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen met specialistische behandelingen kosteneffectiever is vergeleken met standaardzorg (Soeteman et al., 2010; Bamelis et al., 2015; Bateman & Fonagy, 2003). Dat ondersteunt de aanbeveling voor specialistische behandelingen boven standaardzorg.
- Mogelijk zijn andere doseringen van behandeling kosteneffectiever voor verschillende types van persoonlijkheidsstoornissen. Zo zou een kortdurende klinische psychotherapiebehandeling van drie tot zes maanden voor Cluster C persoonlijkheidsstoornissen kosteneffectiever kunnen zijn (Soeteman et al., 2011), terwijl een langdurige ambulante of deeltijdbehandeling voor Cluster B meer kosteneffectief zou zijn dan een langdurige opname (Soeteman et al., 2010). Meer onderzoek is evenwel nodig.
- Middelen kunnen beter besteed worden door 1) beter te differentiëren welke patiënten voldoende baat hebben bij lager gedoseerde varianten van de beschreven behandelprogramma's; 2) door beter te differentiëren welke generalistische of specialistische behandeling voor welke patiënten het beste werkt.

Organisatie van zorg

- Langdurige behandelingen leggen een groot beslag op de beschikbare behandelcapaciteit. Mogelijk kan de behandelduur worden beperkt door met de patiënt heldere en haalbare concrete behandeldoelen te stellen en deze regelmatig te evalueren zodat ineffectieve trajecten niet onnodig lang blijven doorlopen. Ook zou een intensief nazorgprogramma met terugvalpreventie kunnen worden aangeboden. Een dergelijke aanpak zou de doorstroom kunnen bevorderen en de wachtlijsten kunnen beperken en tegelijkertijd het toepassen van de behandelresultaten in de eigen leefwereld kunnen bestendigen. Een

variant hierop is het organiseren van episodische behandelingen, waarbij nieuwe episodes van zorg ingezet worden bij nieuwe hulpvragen.

- Veel behandelvormen hebben 'continuïteit van zorg' hoog in het vaandel staan, en maken daar ook werk van binnen de eigen behandeling. Juist bij patiënten met een ernstige en complexe persoonlijkheidsstoornis, in wiens behandeling continuïteit van zorg van doorslaggevend belang is, en die vaak in de loop van hun leven meerdere keren een beroep doen op de GGz, slaagt de GGz er tot op heden slecht in om 'continuïteit van zorg' te bieden over behandelingen, behandelaars, behandelvisies, organisaties heen. Het is daarom van belang om daar in het gehele zorgtraject meer aandacht aan te besteden.
- Het is van belang dat er een betere samenwerking komt tussen diverse partijen die betrokken zijn bij de patiënt. Dat geldt voor alle doelgroepen, maar in het bijzonder voor jeugdigen en ouderen. Zij ervaren doorgaans problemen op diverse gebieden (voor jeugdigen: thuis, school, buurt; voor ouderen: zorgafhankelijkheid, dagbesteding, zingeving) en zijn vaak bekend bij diverse instanties (voor jeugdigen: huisarts, zorgcoördinator school, wijkteam, jeugdzorg, politie; voor ouderen: huisarts, medisch specialisten, thuiszorg, verpleeghuis). Samenwerking vanuit een gedeelde visie en kader kan de ontwikkeling van deze patiënten erg ondersteunen. Ook voor veel volwassenen is er nog een traject naar herstel nodig na een behandeling. Daarin is een betere samenwerking nodig tussen verschillende maatschappelijke diensten.

Maatschappelijk perspectief

- Europese registerstudies laten zien dat de kosten van patiënten met een (borderline-) persoonlijkheidsstoornis jaarlijks oplopen tot € 40.000, vooral ten gevolge van verminderde arbeidsproductiviteit (Hastrup et al., 2019). Het voorkomen van deze grote maatschappelijke gevolgen door vroegsignalering en snellere gepaste behandeling vergroot niet alleen de ontwikkelkansen van de patiënten (met de grootste te behalen winst bij jeugdigen), maar kan maatschappelijk wellicht veel kosten besparen. Meer aandacht aan sociaal-maatschappelijke re-integratie in de behandeling kan eveneens kostenbesparend werken.
- Geleidelijke afschaling van behandeling is aangewezen om het hersteltraject te ondersteunen. Daarin kan beter gebruik gemaakt worden van het bestaande netwerk, de naasten en de principes van herstelgerichte zorg. De mogelijkheid voor kortstondige terugkeer bij de centrale behandelaar kan een belangrijke schakel in terugvalpreventie zijn. Vanuit maatschappelijk perspectief is een betere samenwerking en integratie van psychotherapeutische zorg met herstelgericht werken en de daarin opererende partijen, aangewezen. Daarbij is het ook van belang de regie bij de patiënt en zijn/haar naasten te laten.

Specifieke aanvullingen voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis

Kwaliteit van het bewijs

- De kwaliteit van bewijs voor afzonderlijke programma's is toegenomen, maar blijft globaal genomen beperkt. Voor de Dialectische Gedragstherapie (DGT) en – in mindere mate – de Mentalization-Based Treatment (MBT) bestaat er nog een substantieel aantal studies, uitgevoerd door verschillende onderzoeksgroepen. Voor de andere behandelmethodieken (o.a. ST en TFP) is het aantal studies beperkter en/of uitgevoerd door een beperkt aantal onderzoeksgroepen. Bij de meeste andere behandelprogramma's is de evidentie zelfs beperkt tot slechts één studie. Er bestaat op basis van de beschikbare studies geen evidentie dat er systematische verschillen in werkzaamheid bestaan tussen deze verschillende

behandelingen (zie ook eerdere opmerkingen 6.3.1.1).

- De werkgroep acht het belangrijk dat de behandelvormen worden uitgevoerd zoals ze bedoeld en onderzocht werden. In een aantal gevallen worden de oorspronkelijke interventies zo afgeslankt dat het maar de vraag is of hun werkzaamheid nog wel overeenkomt met de werkzaamheid in de onderzochte versies van deze programma's.
- Mogelijk hebben bepaalde behandelvormen een betere werkzaamheid voor bepaalde uitkomsten. Zo toont een systematische review (DeCou et al., 2019) aan dat de Dialectische Gedragstherapie een positiever effect heeft op zelfbeschadiging dan reguliere standaardbehandeling. Voor suïcidaal gedrag werd dit effect niet gevonden.
- Er bestaat weinig onderzoek en dus geen duidelijke evidentie dat kenmerken van de patiënt voorspellend zijn voor verschillende behandeluitkomsten na verschillende types van behandeling. Er bestaat heel beperkte evidentie dat specialistische behandelingen betere resultaten halen dan generalistische behandelingen bij patiënten met zeer ernstige persoonlijkheidsstoornissen, gedefinieerd als patiënten die voldoen aan de DSM-classificaties van meerdere persoonlijkheidsstoornissen (Bateman & Fonagy, 2013). In lijn met deze bevinding vindt de werkgroep het aannemelijk dat patiënten met een ernstigere emotionele en gedragsmatige dysregulatie mogelijk meer baat hebben bij gestructureerde behandelingen met een zeer duidelijk theoretisch en methodisch kader. Ook is het aannemelijk dat behandelaars van deze patiënten meer houvast vinden in zo'n duidelijk kader. Dat zou kunnen betekenen dat bij beperkt aanbod van specialistische behandelingen, deze voorbehouden zouden kunnen worden aan patiënten met ernstige ontregelingen. Verder onderzoek is echter absoluut noodzakelijk.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

- In het bijzonder bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis worden veelvuldige vroegtijdige stopzettingen in het behandeltraject waargenomen (Zanarini et al., 2015). Vaak vinden die plaats in reactie op breuken in de behandelrelatie, problemen met commitment en/of acute (suïcidale) crises. Mede daarom beveelt de werkgroep aan om deze patiënten bij voorkeur te behandelen in een behandelprogramma dat vertrekt van een concept van persoonlijkheidsstoornissen, met een duidelijke visie op de emotionele en interpersoonlijke kwetsbaarheden van deze patiënten (zoals DGT, MBT, Schematherapie, TFP, SCM, GPM, CAT, SPT, RCC, VERS, GIT-PD).

Patiëntenperspectief

- De symptomen van een borderline-persoonlijkheidsstoornis beginnen zich te ontwikkelen vanaf de leeftijd van 12-13 jaar en de ontwikkelingstrajecten van jeugdigen met BPS en andere jeugdigen zullen in de loop van de puberteit steeds verder uiteen lopen (Videler et al., 2019). Er bestaat overtuigende evidentie dat deze kenmerken reeds op erg jonge leeftijd voorspellend zijn voor een hele reeks van negatieve ontwikkelingsuitkomsten (zie de module [Preventie en vroeginterventie](#)). Vroege detectie en interventie is daarom aangewezen om de negatieve langetermijneffecten te voorkomen. Dat vraagt systematische screening van jeugdigen die hoog risico lopen op de ontwikkeling van BPS. De werkgroep is van mening dat deze strategie grote gezondheidswinst zou kunnen opleveren.

Naastbetrokkenenperspectief

- Patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis kennen vaak ernstige emotionele ontregelingen die beïnvloed worden door en invloed hebben op naasten. Daarom is het van belang om naasten in overleg met de patiënt te betrekken bij de behandeling zodat behandelresultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de eigen leefsituatie. Dat geldt in het bijzonder voor ouders van jeugdigen. In nagenoeg alle onderzochte behandelprogramma's voor jeugdigen worden ouders betrokken in de behandeling. Meer inzicht is nodig in de werkzame elementen van de interventies om de last bij ouders in de opvoeding van jeugdigen met BPS te verminderen. In een aantal gevallen kan er ook aandacht zijn voor de behandeling van psychische aandoeningen bij ouders.

Organisatie van zorg

- Uit de meeste studies naar de werkzaamheid van psychotherapie bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis hebben plaatsgevonden binnen een ambulante context.
- Hoewel er geen directe vergelijkingen zijn tussen ambulante en klinische behandelingen, is de werkgroep van mening dat een ambulante (of deeltijd) setting voor mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis doorgaans te verkiezen is boven een (langdurige) klinische opname. Een kortdurende klinische opname kan wel een interventie zijn wanneer er sprake is van ernstige ontregeling in combinatie met een beperkt sociaal netwerk. Onder zulke omstandigheden kan een kortdurende opname helpen om te stabiliseren, waarna de reguliere behandeling voortgezet kan worden. Belangrijk zijn dat de opname kort is en gericht is op duidelijke doelen. Worden die doelen niet behaald, dan dient overwogen te worden de opname te stoppen.

Specifieke aanvullingen voor de antisociale-persoonlijkheidsstoornis

Kwaliteit van het bewijs

- De Cochrane review (Gibbon et al., 2020) is gebaseerd op 19 gerandomiseerde studies bij patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Dat zijn ongeveer twee keer zo veel studies als waar de vorige uitgave van de review (Gibbon et al., 2010) op was gebaseerd. Nog altijd zijn veel studies echter van lage methodologische kwaliteit, met grote verschillen in kenmerken van deelnemers, groepsgrootte, onderzochte interventies en uitkomstmaten. De verschillen tussen studies waren te groot om kwantitatieve meta-analyse uit te voeren. De algehele kwaliteit van het bewijs is laag tot zeer laag. Dat geldt in het bijzonder voor de effecten van de behandeling op primaire uitkomstmaten, zoals recidivecijfers van delictgedrag en ernst van de agressiesymptomen, die opvallend vaak niet in de trials worden gemeten
- Veel van de studies in de Cochrane review lijken zich met name te richten op het terugdringen van middelengebruik, waardoor het strikt genomen geen interventies voor antisociale-persoonlijkheidsstoornis waren, maar interventies gericht op stoornissen in het gebruik van middelen bij mensen met een (comorbide) antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Ondanks de relatief hoge prevalentie van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis en de negatieve gevolgen van deze pathologie voor zowel patiënten als de maatschappij, is er nog altijd relatief weinig wetenschappelijk onderzoek over interventies gericht op deze persoonlijkheidsstoornis beschikbaar. Verder wordt in nagenoeg alle studies de interventie vergeleken met een 'treatment as usual'. In de Nederlandse praktijk krijgen patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis in heel wat gevallen echter helemaal geen behandeling. Om al deze redenen is het nog onduidelijk of specialistische of generalistische behandelingen ook een positief

effect kunnen sorteren bij deze groep van patiënten. Onderzoek naar absolute doelmatigheid is aangewezen, zodat kan worden nagegaan in hoeverre het aanbieden van een specialistische, generalistische of andere psychotherapeutische behandeling doelmatiger is om de symptomen van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis zelf te verbeteren dan het aanbieden van geen behandeling, wat nu vaak de standaard is.

- Een behandeling die met name in het forensisch werkveld vaak wordt ingezet om agressief en/of antisociaal gedrag te reduceren is de agressie-regulatie-training (ART), een multimodaal programma waarin wenselijk gedrag wordt aangeleerd ter vervanging van antisociaal gedrag. Twee recentere reviews concludeerden echter dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie is voor de werkzaamheid van ART in het reduceren van antisociaal gedrag. Dat is vooral te wijten aan de lage kwaliteit van de geïncludeerde studies (Brännström et al., 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018)
- Jeugdigen (< 18 jaar) kunnen conform de huidige DSM-5-criteria nog niet voldoen aan de criteria van een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Over de psychotherapeutische behandelingen van de 'voorlopers' in de kindertijd, de oppositionele-opstandige stoornis en de normoverschrijdend-gedragsstoornis, bestaat slechts een beperkt aantal studies, waarvan de kwaliteit laag tot zeer laag is. Psychotherapeutische behandelingen in het algemeen lijken een klein, maar significant effect te sorteren in het verminderen van de symptomen van normoverschrijdend-gedragsstoornis, zoals gerapporteerd door ouders, leraren of klinici, maar er is onvoldoende evidentie om één psychotherapeutische behandeling te prefereren boven een andere (Bakker et al., 2017). Psychotherapeutische behandeling lijkt met name effectief te zijn voor jongere kinderen (<10 jaar), eerder dan voor oudere kinderen. Voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen bestaat de meeste evidentie voor effectiviteit van systemische interventies, zoals de multidimensionale gezinstherapie/multidimensional family therapy (MDGT/MDFT), de multisysteemtherapie (MST) en functionele familie/gezinstherapie (FFT/RGT). Er zijn tot op heden vijf meta-analyses (Baldwin et al., 2012; Van der Stouwe et al., 2014; Dopp et al., 2017; Hartnett et al., 2017; Van der Pol et al., 2017) en één systematische review (Tripodi & Bender, 2011) naar de effectiviteit van deze systemische interventies verricht. Van der Stouwe et al. (2014) concludeerde dat multisysteemtherapie, een intensieve vorm van behandeling voor jeugdigen tussen 12 en 18 jaar met ernstig antisociaal gedrag, hoewel met geringe effectsizes, effectief is in het verminderen van ernstige gedragsproblemen en middelengebruik en recidive van delinquent gedrag. Ook zijn er aanwijzingen dat de gunstige effecten van MST zich op de langere termijn uitstrekken naar andere gezinsleden dan de aangemelde jongere. Van der Pol et al. (2017) concludeerde dat MDFT overall een groter effect had op afname van zowel externaliserende als internaliserende problematiek, middelenmisbruik, recidive en gezinsproblematiek dan controlegroepen die CGT, groepstherapie of multimodale behandeling kregen aangeboden. Vooral de jeugdigen met (zeer) ernstige problemen hadden meer baat bij MDGT. Over de effectiviteit van FFT/RGT bestaat meer onzekerheid door enige inconsistentie in resultaten van verschillende RCT's (Hartnett et al., 2017). Twee meta-analyses waarin meerdere typen gezinsbehandelingen zijn samengevoegd (Baldwin et al., 2012; Dopp et al., 2017) vonden slechts een gering overall effect van zowel MDGT, MST als FFT in vergelijking met gebruikelijke behandelingen, al leken de effecten van gezinsbehandelingen wel duurzaam. Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek voorhanden over de relatieve effectiviteit van de gezinsbehandelingen onderling.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

- Voor het (veelgehoord) argument dat patiënten met antisociaal gedrag en/of een antisociale-persoonlijkheidsstoornis beter niet behandeld zouden moeten worden omdat zij door therapie beter in staat raken om anderen te manipuleren, bestaat geen overtuigend bewijs (D'Silva et al., 2004). Wel kan, op theoretische gronden, over psychopathie worden verondersteld dat de (relatief kleine) groep van patiënten met een hoge mate van psychopathische kenmerken, door het opdoen van kennis over emoties bij anderen hun vaardigheden tot misleiding en manipulatie mogelijk kunnen 'aanscherpen' en vervolgens misbruiken bij toekomstige slachtoffers. De meeste patiënten met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis voldoen echter niet aan de criteria voor een hoge mate van psychopathie.

Patiëntenperspectief

- In de forensische geestelijke gezondheidszorg is niet alleen de hulpvraag van patiënten leidend in de overwegingen ten aanzien van de behandeling, maar wordt gebruik gemaakt van de 'What Works'-principes conform het 'Risk-Need-Responsivity' (RNR)-model (Andrews & Bonta, 2010). Hier richt de behandeling zich op het verminderen van de kans op (herhaald) grensoverschrijdend gedrag en het werken aan herstel en re-integratie op verschillende levensterreinen. Behandeling richt zich op de belangrijkste en te bewerken risicofactoren, en het responsiviteitsprincipe bepaalt hoe de behandeling wordt vormgegeven. Hoewel de motivatie voor behandeling bij forensische patiënten vaak extern is bepaald (door de rechter opgelegd) is het belangrijk om in de behandeling niet alleen te motiveren voor het behandelen van het problematisch gedrag, maar ook aan te sluiten bij de waarden en levensdoelen van patiënten. Er is geen evidentie voor het onthouden van behandeling van patiënten met antisociaal en/of agressief gedrag, ook niet als deze patiënten, al dan niet aansluitend aan forensische zorg, binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg hulp zoeken.

Naastbetrokkenenperspectief

- De gezinsleden van jeugdigen met een voorloper van een antisociale-persoonlijkheidsstoornis (de normoverschrijdend-gedragsstoornis) ervaren vaak veel lijdensdruk door het ernstige problematische gedrag. Er bestaat evidentie dat systemische interventies effectief zijn in het reduceren van recidiverisico en problematisch gedrag, en ook gunstige effecten lijken te induceren op de andere gezinsleden.

Professioneel perspectief

- Patiënten met antisociaal gedrag en/of antisociale-persoonlijkheidsstoornissen kunnen negatieve tegenoverdracht oproepen door hun weinig sympathieke gedragingen. Dergelijke tegenoverdracht kan verder gevoed worden door onervarenheid, onbekendheid met de doelgroep of zich onvoldoende geëquipeerd voelen bij de behandelaar. Het goed en tijdig herkennen en onderscheiden van enerzijds beheersbare boosheid die bij elke patiënt binnen de GGz voor kan komen, van anderzijds de moeilijk voorspelbare agressie van hoogrisicopatiënten die beter in de specialistische forensische GGz behandeld kunnen worden, is daarbij essentieel. Zeker wanneer het agressief en/of antisociaal gedrag leidt tot ernstig groepsontwrichtend gedrag, of in de spreekkamer leidt tot onveiligheid voor de therapeut of de patiënt, kan dit een reden vormen om de psychotherapie allereerst te richten op gedragsverandering (individueel) dan wel specifiek te verwijzen naar een meer beveiligde setting,

bijvoorbeeld in de forensische GGz. Intervisie en supervisie, alsmede het ontschotten van de zorg en samenwerking of zelfs integratie tussen reguliere en forensische geestelijke gezondheidszorg kunnen helpen om ook aan deze doelgroep de noodzakelijke hulpverlening te bieden.

Organisatie van zorg

- Behandelaren van patiënten met (ernstig) agressief, zelfdestructief, impulsief en grensoverschrijdend gedrag moeten goed geëquipeerd zijn in het opbrengen van empathie, begrenzen, directief en pragmatisch zijn en improviseren. Zij moeten de theorieën kennen die het ontstaan van antisociale-persoonlijkheidspathologie verklaren, kennis hebben over diagnostiek en risicotaxatie en om kunnen gaan met specifieke problemen zoals suïcidaal gedrag, middelengebruik en agressie. Motivatie en voortdurend op peil houden van competenties van medewerkers, door bij- en nascholing, intercollegiaal overleg, intervisie en supervisie, zijn van essentieel belang (Rijckmans et al., 2020).

Specifieke aanvullingen voor de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

Kwaliteit van het bewijs

- Zoals eerder aangegeven bestaan er weinig studies, zijn de meeste studies al wat ouder en is de kwaliteit van de studies zeer laag. Het geheel van de studies bevestigt de algemene bevindingen dat goed opgezette, reguliere psychotherapie ook bij patiënten met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis werkzaam is, in het bijzonder wanneer die uitgaat van een theoretisch concept en beschreven staat in een handleiding. Er wordt geen duidelijk verschil vastgesteld tussen verschillende types van behandelingen: zowel meer (cognitief) gedragstherapeutische behandelingen (zoals CGT) als meer psychodynamische behandelingen (zoals AFT, STPP, (Abbass et al., 2014) blijken effectief. Hoewel deze vormen niet altijd specifiek voor patiënten met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis werden ontwikkeld, maken ze doorgaans gebruik van een theoretisch en methodisch model dat aansluit bij deze stoornissen. Al deze behandelvormen kunnen dus worden aanbevolen voor de behandeling van patiënten met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis.
- Een studie die verscheen na de publicatie van de review van Simon, 2009 en niet opgenomen werd in de review van psychodynamische behandelingen van Keefe et al., 2020 suggereert dat naast de genoemde behandelvormen ook schematherapie een werkzame behandeling zou kunnen zijn voor vermijdende-persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis et al., 2014).

Patiëntenperspectief

- Meer nog dan andere patiënten met een persoonlijkheidsstoornis lijken patiënten met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis pas laat in het beloop van de stoornis gedetecteerd te worden, waardoor ze vaak langdurig behandeling krijgen die gericht is op een comorbide symptoomstoornis (zoals stemmings- of angststoornissen). Voldoende aandacht voor mogelijke kenmerken van een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis bij onvoldoende behandelde of terugkerende stemmings- en angstklachten, is aangewezen.

Organisatie van zorg

- Nederland heeft een rijke traditie voor de behandeling van ernstige en complexe psychische stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen, middels klinische psychotherapie. Ondanks de ontwikkeling van nieuwe intensieve ambulante en

dagklinische programma's lijkt een deel van de patiënten tijdens hun behandeltraject aangewezen te blijven op een dergelijke intensieve klinische behandel fase in een psychotherapeutisch behandel milieu. Er bestaan ook enige aanwijzingen dat (kortdurende, 3-6 maanden) klinische opnames erg effectief zijn voor mensen met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (zie paragraaf 6.3.1.7). Ze zouden kunnen helpen om de langdurige patronen van vermijding te doorbreken. De patiënt leeft tijdelijk in een omgeving die hem/haar continu en consequent stimuleert tot het opgeven van disadaptieve patronen in gedrag en relaties en het ontwikkelen van meer gezonde en adaptieve patronen.










Specifieke aanvullingen voor de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Kwaliteit van bewijs

- De kwaliteit van bewijs voor psychotherapeutische behandeling van patiënten met een schizotypische-persoonlijkheidsstoornis is zeer laag. Het is daarom op basis van de wetenschappelijke evidentie niet mogelijk om goede aanbevelingen te formuleren.
- De werkgroep is van mening dat deze doorgaans zeer ernstige persoonlijkheidsstoornissen een goede integratie vragen van diverse interventies, zowel psychotherapeutisch, farmacotherapeutisch als maatschappelijk. De zeer beperkte evidentie lijkt dat te ondersteunen.

[1] De lezer kan worden verwezen naar de generieke module psychotherapie voor een verdere beschrijving van 'reguliere psychotherapie'.

Onderbouwing

Achtergrond	
Conclusies	
Samenvatting literatuur	
Zoeken en selecteren	
Referenties	
Evidence tabellen	
Verantwoording	
 Bijlagen	

Volgende:
Farmacotherapie



Direct naar

Federatie Medisch
Specialisten



Opleidingsetalage



Medische
vervolgopleidingen



TOKIO Optimum Project



Over de Federatie

Wat is de Federatie?

Wat doet de Federatie?

Nuttige links

Diensten & advies

Werken bij

Gebruikersvoorwaarden

Privacyverklaring

Contact

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

 (088) 505 34 34

 info@richtlijndatabase.nl



KvK Federatie Medisch Specialisten: 40483480

[Privacyverklaring](#) | [Disclaimer](#)