

Hoe bewezen effectief is de guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD)?

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

- Achtergrond** De guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) werd ontwikkeld als een alternatief voor de specifieke behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen. Ook al wordt deze behandelvorm breed ingezet in de zorg en is ze opgenomen in de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, toch blijft de wetenschappelijke evidentie over dit behandelkader onduidelijk.
- Doel** Inventariseren van de indirecte evidentie voor GIT-PD en vergelijken met de evidentie voor specifieke behandelingen.
- Methode** Literatuuroverzicht met inclusie van reviews en meta-analyses over persoonlijkheidsstoornissen.
- Resultaten** Hoewel er steeds meer evidentie voor specifieke behandelvormen komt, blijft het aantal studies beperkt en is de kwaliteit van de evidentie eerder laag. Er zijn aanwijzingen dat specifieke behandelingen matig geïmplementeerd worden in de klinische praktijk, wat mogelijk afdoet aan hun werkzaamheid. Er zijn weinig tot geen aanwijzingen dat specifieke behandelvormen gemiddeld genomen effectiever zijn dan goed opgezette en met GIT-PD vergelijkbare generieke behandelvormen. Er is evidentie voor de rol van de gemeenschappelijk werkzame factoren waar GIT-PD op is gebaseerd.
- Conclusie** Er bestaat indirecte evidentie voor de werkzaamheid van GIT-PD. Voor goede zorg op brede schaal zijn zowel specifieke als generieke behandelvormen nodig, waarbij de relevantste vraag is hoe we beide vormen optimaal aan cliënten kunnen toewijzen.

De *guideline-informed treatment for personality disorders* (GIT-PD) werd ontwikkeld vanuit het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen als een alternatief voor de specifieke behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, zoals dialectische gedragstherapie (DGT), *mentalization-based treatment* (MBT), schematherapie (ST) en *transference-focused psychotherapy* (TFP). De directe aanleiding hiervoor was de beperkte beschikbaarheid van deze bewezen effectieve behandelvormen in de Nederlandse ggz, veelal door een ongunstige functiemix, hoge en dure opleidingsvereisten (Hermens e.a. 2011), de moeilijkheden met implementatie en beperkte overlevingsduur van deze specifieke behandelingen (van den Bosch & Sinnaeve 2015; Bales e.a. 2017). Ook had men de indruk dat ze minder geschikt leken om mensen met zeer ernstige persoonlijkheidsstoornissen te behandelen (Hermens e.a. 2011). GIT-PD biedt een eenvoudiger te implementeren alternatief. Deze methode vraagt minder opleiding en kan

worden uitgevoerd door diverse disciplines. GIT-PD heeft binnen de Nederlandse ggz een snelle ontwikkeling doorgemaakt en wordt nu ook aangeboden in instellingen in België en Duitsland. GIT-PD werd opgenomen in de zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen 2017) en zal vermoedelijk ook een plek krijgen in de nieuwe multidisciplinaire richtlijnen persoonlijkheidsstoornissen die binnenkort zullen verschijnen.

In zekere zin is deze ontwikkeling opmerkelijk omdat er tot op heden geen enkele studie is uitgevoerd naar de (kosten)effectiviteit van GIT-PD. Directe evidentie voor de werkzaamheid van GIT-PD bestaat er dus nog niet. De vraag is dan ook of de kwaliteit en hoeveelheid evidentie voor GIT-PD daarmee niet erg afsteekt tegen de evidentie voor specifieke behandelingen die wel bewezen effectief zijn. In dit artikel plaatsen we kanttekeningen bij de evidentie voor deze specifieke behandelvormen en geven we een overzicht van de indirecte evidentie voor GIT-PD.

AUTEURS

Joost Hutsebaut, klinisch psycholoog en senior onderzoeker, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht, De Viersprong, Bergen op Zoom en Tilburg University, Tilburg.

Nathan Bachrach, klinisch psycholoog en senior onderzoeker, GGZ Oost Brabant, Helmond, Tilburg University, Tilburg en RINO Zuid, Eindhoven.

Karlijn C.M. Kindt, klinisch psycholoog, Altrecht Persoonlijkheidsstoornissen, Zeist.

Loek J.H. van Dam, klinisch psycholoog, NPI, specialist in persoonlijkheidsproblematiek, Amsterdam.

Correspondentie

Dr. Joost Hutsebaut (Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl).

Strijdige belangen: Joost Hutsebaut is vanuit zijn rol bij het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen vanaf de start betrokken geweest bij de ontwikkeling van GIT-PD.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-9-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(1):18-24

GIT-PD in verhouding tot de specifieke behandelvormen

Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bestaan vier specifieke behandelvormen: DGT, MBT, ST en TFP. Alle vier hebben ze een wetenschappelijk onderzocht theoretisch en methodisch kader, met handleidingen, eigen opleidingstrajecten en (in Nederland) eigen certificeringstrajecten. DGT en ST hebben hun wortels (meer) in de (cognitieve) gedragstherapie, terwijl MBT en TFP voortkomen uit psychodynamische concepten. GIT-PD gaat niet uit van een theorie en is ook niet geworteld in een methodische stroming (Hutsebaut e.a. 2020). GIT-PD is 'principle-driven': ze is gebaseerd op de belangrijkste veronderstelde generiek werkzame principes die op basis van literatuurstudie gedestilleerd werden uit onder meer de vier specifieke behandelingen. Deze principes zijn vereenvoudigd in een behandelkader, dat is gebaseerd op competenties en vaardigheden die hulpverleners doorgaans meekrijgen in hun basisopleiding.

GIT-PD gaat daarbij uit van kwetsbaarheden die in algemene zin kenmerkend zijn voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen, zoals hun moeite om emoties te reguleren, hun wisselende motivatie, hun wantrouwen en interpersoonlijke gevoeligheid.

Basisprincipes voor het inrichten van goede zorg zijn geformuleerd op het niveau van de organisatie, het functioneren en samenwerken als team rond de cliënt en zijn of haar naasten, en op het niveau van de individuele behandelaar. In GIT-PD ligt het accent op een transparante en samenwerkende basishouding en interventies waarin *common factors* centraal staan, zoals het aandacht geven aan emoties, het bevorderen van motivatie en zelfreflectie en het monitoren van de therapeutische relaties.

Bij GIT-PD besteedt men daarnaast veel aandacht aan een duidelijke structuur van de behandeling, waaronder fasering van de behandeling, het opstellen en evalueren van gezamenlijke doelen en het voortdurend werken aan generalisering door samenwerking met de context van de cliënt en het uitgaan van een model van episodische zorg.

Samengevat: GIT-PD is een pragmatisch, op principes gebaseerd kader, gecentreerd rond psychotherapeutisch-geïnformeerde gemeenschappelijke factoren. Bij GIT-PD benadrukt men vooral het belang van een duidelijk kader waarbinnen zorg geleverd wordt. Wat men precies aanbiedt aan behandelonderdelen is ondergeschikt aan de wijze waarop men dit doet en hoe men dit afstemt met de cliënt en diens naasten. Dit biedt ruimte voor een flexibele benadering op maat, die aangepast wordt aan de specifieke hulpvraag en kenmerken van de cliënt.

In de meeste instellingen is GIT-PD een modulaire behandeling, waarbij de middenfase van de behandeling gevormd wordt door specifieke behandelmodules die ingrijpen op specifieke probleemgebieden van cliënten, zoals emotieregulatie, interpersoonlijke vaardigheden en zelfbeeld. Deze flexibiliteit resulteert er dan ook in dat GIT-PD-programma's in de praktijk doorgaans tussen instellingen enigszins verschillen, afhankelijk van lokale tradities, voorkeuren en affiniteiten van de behandelaren.

Effectiviteit van specifieke behandelingen

Specifieke psychotherapeutische behandelingen, zoals DGT, MBT, ST en TFP, worden bewezen effectief genoemd omdat hun werkzaamheid is aangetoond in door randomisering gecontroleerde studies (RCT). Deze vier behandelingen werden dan ook opgenomen in alle nationale en internationale richtlijnen voor de behande-

ling van (borderline)persoonlijkheidsstoornissen (bijv. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ 2008; Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen 2017). Maar hoe sterk is hun basis van evidentie werkelijk?

In de recentste cochrane review over borderlinepersoonlijkheidsstoornissen uit 2020 wordt niet alleen een overzicht gegeven van de diverse gepubliceerde studies, maar wordt ook de kwaliteit van de evidentie gewaardeerd (Storebø e.a. 2020). De auteurs concluderen dat veruit de meeste evidentie van lage tot zeer lage kwaliteit is, waardoor het lastig is om duidelijke conclusies te trekken over de werking van deze vormen van psychotherapie. Ze besluiten dat er alleen duidelijke evidentie bestaat dat psychotherapie tot klinisch betekenisvolle verbeteringen leidt in vergelijking met reguliere zorg op het gebied van de ernst van de symptomen van een persoonlijkheidsstoornis (effectgrootte verschil met treatment as usual (TAU): $d = 0,52$; absolute doelmatigheid: $d = 0,50$ tot $1,28$, vergeleken met geen behandeling). Voor andere uitkomsten, zoals zelfbeschadiging, suicidaliteit, psychosociaal herstel of depressiviteit, is de evidentie van te lage kwaliteit. Dat geldt ook voor de mogelijke meerwaarde van deze specifieke psychotherapieën in het voorkomen van uitval tijdens behandelingen in vergelijking met standaardzorg.

Voor afzonderlijke psychotherapeutische behandelvormen zijn de conclusies door het geringe aantal studies en de lage kwaliteit ervan nog onzekerder. Alleen voor DGT en in wat mindere mate MBT is er een substantieel aantal studies, maar zelfs voor deze behandelingen concludeert de review dat de kwaliteit van de evidentie te zwak is om overtuigende uitspraken te doen.

De recentste cochrane review over psychologische interventies bij antisociale persoonlijkheidsstoornissen (ASPS) (Gibbon e.a. 2020) laat een vergelijkbaar, mogelijk nog problematischer, beeld zien. Ten eerste bestaan er erg weinig studies en ten tweede is op de studies die zijn uitgevoerd, nogal wat af te dingen. Zo is de evidentie voor de effectiviteit van psychologische interventies bij ASPS van lage tot zeer lage kwaliteit, wat betekent dat de auteurs weinig vertrouwen hebben in de gerapporteerde effectschattingen. In deze review nam men ook twee studies op waarin gekeken werd naar de werkzaamheid van DGT en ST in deze doelgroep. Schematherapie zou mogelijk enige voordelen opleveren wat psychosociaal herstel betreft ten opzichte van de reguliere zorg, maar niet wat de andere hersteldomeinen betreft. Bovendien meldden de auteurs dat de evidentie van zeer lage kwaliteit is. DGT zou mogelijk zelfbeschadigend gedrag kunnen reduceren, al is ook hiervoor de evidentie van zeer lage kwaliteit, aangezien de betreffende studie slechts 14 deelnemers telde.

Er bestaan geen cochrane reviews voor de andere types van persoonlijkheidsstoornissen. In een meta-analytische review bleek de evidentie voor de psychotherapeutische behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen van zeer lage kwaliteit (Simon 2009).

In deze review nam de auteur studies op waarin de werkzaamheid werd onderzocht van diverse vormen van psychotherapie, waaronder cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie en interventies gericht op het aanleren van vaardigheden. Uit de review blijkt dat elke vorm van psychotherapie effectief is in het verbeteren van persoonlijkheidssymptomen, zonder dat er aanwijzingen zijn dat een model superieur is aan een ander.

In een recentere review nam men alleen psychodynamische behandelingen mee (Keefe e.a. 2020). Kortdurende psychodynamische behandelingen lijken het wat beter te doen dan standaardzorg, al is ook hier de kwaliteit van de evidentie matig.

De reden voor de lage waardering van de evidentie voor de specifieke psychotherapeutische behandelingen heeft te maken met een hele reeks aan methodologische beperkingen, zoals kleine steekproeven, blinderingsproblemen, gebrek aan follow-upmetingen, vertekening door selectieve uitval, uiteenlopende resultaten tussen studies, indirectheid van evidentie, mogelijke vooringenomenheid van de onderzoeksgroepen en publicatiebias.

Samenvattend kunnen we stellen dat er wel degelijk evidentie is voor de specifieke behandelingen zoals DGT, MBT, ST en TFP, maar dat de kwaliteit van die evidentie doorgaans nog laag is. Daardoor zijn de conclusies over de effectiviteit van deze behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen nog steeds onzeker.

Generaliseerbaarheid van evidentie voor specifieke behandelingen

Algemene problemen

Eén van de redenen waarom men de evidentie laag inschat, is het vaak beperkte aantal kwalitatief goede studies die uitgevoerd zijn naar de werkzaamheid van behandelingen. Bovendien worden deze onderzoeken uitgevoerd door een gering aantal onderzoeksgroepen. Een probleem in de wetenschappelijke literatuur is verder dat de nuance vaak verloren gaat: in de eindconclusies wordt MBT of DGT an sich bewezen effectief genoemd.

Daarnaast is er het bekende verschijnsel dat initiële studies naar nieuwe behandelvormen vaak veel hogere effecten laten zien dan wanneer ze nadien worden gepubliceerd door andere onderzoeksgroepen. Doorgaans blijkt dat effecten vaak worden overschat, in het bijzonder wanneer initiële studies kleine steekproeven bevatten en grote effecten lieten zien, wat nagenoeg voor alle oudere studies in het veld van persoonlijkheidsstoornissen geldt. Dit zijn echter juist de studies waar de eerste richtlijnen op gebaseerd zijn. Voor de terugval in effecten in de loop der jaren zijn vermoedelijk verschillende redenen. Naast de reeds aangehaalde methodologische problemen spelen er allerhande inhoudelijke redenen mee: nieuwe onderzoekslocaties zijn vaak minder getraind of gesuperviseerd dan de oorspronkelijke loca-

ties. Daarnaast is de context waarbinnen de onderzochte ‘nieuwe’ behandeling moet worden geïmplementeerd vaak wat minder gunstig, zoals minder betrokkenheid van het management en gebrek aan consultatie bij ingewikkelde problemen.

Bevindingen voor specifieke behandelvormen

Dergelijke factoren worden ook teruggevonden in studies naar de implementatie van specifieke behandelvormen voor persoonlijkheidsstoornissen in de praktijk. Zo toonden Van den Bosch en Sinnaeve (2015) aan dat minder dan de helft van de behandelaars die in een DGT-team werken ook opgeleid zijn in DGT. Bovendien stelden ze vast dat DGT vaak in ‘verdunde’ vorm wordt aangeboden.

Bales e.a. (2017) toonden aan dat de werkzaamheid van MBT in hoge mate afhangt van de organisatiecontext. Hoe minder stabiel die context, des te minder effectief bleek MBT, ook al werden alle behandelaars uitvoerig getraind en gesuperviseerd in MBT. Deze bevinding komt overeen met een bredere bevinding dat de instelling waarin een cliënt zorg krijgt een belangrijke impact heeft op de behandelresultaten (Firth e.a. 2019).

Alles samengenomen, lijkt de evidentie voor specifieke behandelingen enigszins voorwaardelijk: DGT, MBT en andere specifieke modellen lijken inderdaad werkzaam te kunnen zijn, op voorwaarde dat ze uitgevoerd worden door de goede behandelaars, die voldoende zijn opgeleid en werkzaam zijn in een context van stabiliteit en deskundigheid. Implementatiestudies laten zien dat aan deze voorwaarden vaak niet of onvoldoende wordt voldaan in de klinische praktijk, wat wellicht impact heeft op de generaliseerbaarheid van de in RCT's vastgestelde effecten naar de dagelijkse klinische praktijk. Zeker wanneer deze behandelingen in verdunde vorm worden uitgevoerd, is het onduidelijk of ze wel even effectief zijn als de oorspronkelijk onderzochte varianten.

De evidentie voor generieke behandelvormen

GIT-PD is geïnspireerd door andere generieke behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, zoals *structured clinical management* (SCM; Bateman & Krawitz 2013), *good psychiatric management* (GPM; Gunderson & Links 2014) en *good clinical care* (GCC; Chanan e.a. 2008). Deze behandelingen werden ontwikkeld in het kader van goed opgezette gerandomiseerde studies naar de werkzaamheid van specifieke behandelingen. Het accent van deze behandelvormen ligt, net als binnen GIT-PD, op generieke vaardigheden en competenties, op algemene principes van goede zorg en op een algemeen, maar weinig theoretisch uitgewerkt, concept van persoonlijkheidsstoornissen. Met elk van deze behandelingen behaalde men uitstekende resultaten in de betreffende studies, waarin ze werden vergeleken met een van de specifieke behandelingen. Noch in de review van Storebø e.a. (2020), noch in een eerder gepubliceerde meta-analyse van Cristea e.a. (2017) vonden de auteurs significante verschillen tussen de genoemde specifieke

behandelingen en deze generieke behandelingen. Dat suggereert dat ze een volwaardig alternatief vormen voor de specifieke behandelvormen, zoals DGT en MBT. Wat betreft voorgaande conclusies over de drie onderzochte generieke behandelvormen, moeten we opmerken dat het niet om ‘standaardzorg’ gaat. Elk van deze generieke behandelvormen is namelijk goed beschreven in een behandelhandleiding, behandelaars kregen duidelijke handvatten hoe om te gaan met specifieke terugkerende problemen en de behandeling werd uitgevoerd binnen de context van een instelling waarbinnen ook bredere deskundigheid aanwezig was.

Er bestaat enige evidentie dat die kenmerken uitmaken. Zo suggereren resultaten uit de studie van Chanan e.a. (2009) dat het opschrijven van hun zorgprogramma in de zogenaamde good clinical care op zich tot een verbetering van de zorg leidde. Deze onderzoekers stelden vast dat de controleconditie uit hun studie beduidend effectiever was dan de zorg die deze jongeren historisch kregen. Het belangrijkste verschil was dat de behandeling in het kader van de studie werd beschreven in een handleiding als good clinical care. GCC deed het als generieke behandeling overigens ongeveer even goed als de specifieke behandeling uit deze studie (namelijk *cognitive analytic therapy*). Verder bleek uit de meta-analyse van Cristea e.a. (2017) dat de verschillen tussen de specifieke behandelingen en ‘generieke standaardzorg’ verdwenen wanneer die standaardzorg beschreven stond in een handleiding en wanneer de behandeling uitgevoerd werd binnen dezelfde instelling als de specifieke behandeling.

Hoe specifiek zijn deze bevindingen?

Zijn deze bevindingen nu specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen en zeggen ze iets over de beperkte werkzaamheid van specifieke behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder? Vermoedelijk niet. Vergelijkbare bevindingen worden namelijk ook op andere gebieden van de ggz teruggevonden. Zowel voor depressieve stoornissen, eetstoornissen, psychotische stoornissen als posttraumatische stoornissen blijkt dat behandelen met een psychotherapeutische behandelvorm duidelijk beter is dan niet-behandelen en wellicht soms enigszins beter is dan standaardzorg, maar dat er op verschillende hersteldomeinen tussen de meer specifieke of meer generieke behandelvormen weinig of geen verschil zit (Huhn e.a. 2014; Wampold 2015).

Diverse essentiële elementen lijken wel van belang in de effectiviteit van behandelingen: er dient een duidelijk concept te zijn van de specifieke problemen van de doelgroep in kwestie, de behandeling dient duidelijk gestructureerd en beschreven te zijn, behandelaars dienen zich voldoende competent en opgeleid te voelen in de betreffende aanpak en ze dienen gebruik te maken van behandelprincipes waarvan in het verleden herhaaldelijk de werkzaamheid werd aangetoond (Wampold 2015). Kortom, wat vijftig jaar onderzoek naar uiteenlopende vormen van behandeling voor uiteenlopende vormen

van psychiatrische aandoeningen ons leert, is dat er verschillende wegen naar Rome leiden. We hebben weinig overtuigende evidentie dat de éne behandeling op groepsniveau beter is dan de andere. Belangrijker dan specifieke interventies, theorieën of methoden, lijkt dat er voldaan wordt aan basisprincipes van goede zorg. Dat brengt ons bij een andere bron van evidentie voor de effectiviteit van generieke behandelvormen: de evidentie voor common factors.

Evidentie van common factors waar GIT-PD op is gebaseerd

GIT-PD benadrukt het belang van de gemeenschappelijke factoren in een behandeling. Voor het belang van deze factoren bestaat overtuigende evidentie. In 2018 verschenen in het tijdschrift *Psychotherapy* een reeks meta-analyses naar de effectgroottes van gemeenschappelijke factoren. Zo blijkt een echte, oprechte relatie verantwoordelijk te zijn voor een groot deel van de effecten van een behandeling ($d = 0,80$; Gelso e.a. 2018). Kenmerken van de behandelaar die bijdragen aan een echte, oprechte relatie zijn empathie ($d = 0,63$; Elliott e.a. 2018), een validerende en positieve benadering ($d = 0,56$; Farber e.a. 2018) en congruentie en oprechtheid ($d = 0,49$). Zowel consensus over doelen ($d = 0,49$) als een positieve samenwerking ($d = 0,54$) draagt bij aan positieve behandelresultaten (Tryon e.a. 2018).

Slaagt de behandelaar erin een authentieke en positieve relatie op te bouwen met de cliënt, dan bepaalt dat dus een groot deel van de uitkomsten van een behandeling. Vinden er in die positieve relaties toch breuken plaats, dan draagt het herstel daarvan in aanzienlijke mate bij tot het succes van de behandeling ($d = 0,62$; Eubanks e.a. 2018). Een training vooraf om behandelaars te helpen beter breuken te herstellen, heeft slechts een kleine meerwaarde ($d = 0,22$). Het grootste behandel-effect zit in het aanmoedigen van de cliënt om emoties uit te drukken ($d = 0,85$), terwijl ook transparantie door de behandelaar over emoties een aanzienlijke bijdrage geeft aan het behandel-effect ($d = 0,56$; Peluso & Freund 2018).

De totale werkzaamheid van een behandeling wordt niet bepaald door de optelsom van deze capaciteiten, omdat diverse van deze kwaliteiten deels overlappen. Samen genomen dragen ze wel bij aan een beeld van een authentieke, betrokken, empathische therapeut, die de cliënt de veiligheid biedt om de eigen emoties te exploreren en die de cliënt gericht houdt op concrete, haalbare veranderingen. Slaagt een behandelaar erin deze kwaliteiten te borgen, dan is de kans groot dat een behandeling effectief is.

Behandelaars versus methodes

De gemiddelde absolute werkzaamheid van een behandeling bedraagt wellicht ongeveer $d = 0,80$ en de relatieve werkzaamheid ten opzichte van wachtlijst of placebobehandeling ongeveer $d = 0,50$ (Huhn e.a. 2014). Wanneer we uitgaan van de effectschattingen voor de common factors die we eerder citeerden, betekent dit

dus dat veruit het grootste deel van het behandel-effect op rekening van deze common factors te schrijven is. In overeenstemming hiermee blijkt dan ook dat er doorgaans slechts zeer kleine en klinisch betekenisloze verschillen zijn in effectiviteit tussen verschillende methodes (Wampold 2015). Mogelijk verklaart dit zelfs ten dele waarom er in zogenaamde ontmantelingsstudies doorgaans geen effect blijkt van het wegnemen van specifieke onderdelen van een behandeling. Nog een aanvullend bewijs in dezelfde richting zien we in het gegeven dat er in meta-analyses geen verband gevonden wordt tussen de mate waarin een behandelaar trouw is aan een specifiek behandelmodel en de behandeluitkomsten.

Al die elementen lijken erop te wijzen dat de kenmerken van de therapeut wellicht een belangrijke, mogelijk toch nog steeds onderschatte factor is in het succes van een behandelmodel, terwijl het belang van de methodiek mogelijk overschat wordt. Dit lijkt met name het geval te zijn bij crisisgevoelige cliënten: bij hen lijkt het succes van een behandeling nog meer dan bij andere cliënten samen te hangen met de kenmerken van de therapeut (Saxon & Barkham 2012).

De indirecte evidentie voor GIT-PD

Als we alle evidentie overzien, dan is de evidentie voor de specifieke behandelvormen mogelijk minder sterk dan vaak wordt verondersteld. Bovendien is het implementeren in de praktijk door de lange en dure opleidingen vaak een complexe en moeilijke aangelegenheid met matige slagingskansen op zowel korte als lange termijn, waardoor men deze behandelingen vaak niet uitvoert zoals ze werden onderzocht.

De sterkste evidentie die we hebben voor wat maakt dat een behandeling werkzaam is, is tweevoudig. Ten eerste: als we een behandeling goed opzetten, dan blijkt deze doorgaans effectief, in het bijzonder binnen de context van stabiele instellingen waarbinnen ook bredere deskundigheid aanwezig is. Goed opzetten houdt in: duidelijk beschrijven in een behandelhandleiding voor de behandelaars, baseren op common factors waarvan de werkzaamheid al eerder werd aangetoond, en behandelaars duidelijke handvatten aanreiken hoe zij om kunnen gaan met specifieke terugkerende problemen. Specifieke behandelvormen zijn onder deze voorwaarden niet overtuigend effectiever dan generieke behandelvormen. Dat geldt zo voor persoonlijkheidsstoornissen, maar ook voor een hele reeks van andere psychische aandoeningen.

Ten tweede: behandelen werkt beter wanneer de behandelaar een samenwerkingsrelatie aangaat op basis van transparantie, authenticiteit en openheid en wanneer de behandeling actief gericht is op het uiten van emoties. Het in Nederland ontwikkelde GIT-PD-kader is ontwikkeld op basis van een uitgebreide analyse van juist deze kenmerken. Op basis daarvan werd vervolgens samen met experts en de triade van het Kenniscentrum PS (een samenwerkingsverband van (ex-)cliënten, naasten en

behandelaars), een kader voor goede zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld. GIT-PD voldoet bij uitstek dan ook aan al deze voorwaarden. Het biedt een duidelijk kader van principes, gebaseerd op de besproken gemeenschappelijke factoren. Dat kader staat beschreven in een handleiding en behandelaars worden getraind in de toepassing van deze gemeenschappelijke factoren. Bij GIT-PD probeert men dan ook kwaliteiten van goede behandelaars zoveel mogelijk te versterken door hun slechts een beperkt kader aan te bieden en niet een hele reeks van technieken of interventies die mogelijk slechts een kleine meerwaarde hebben in behandelresultaten, maar wel veel training en supervisie en daarmee kosten vergen om ze goed uit te voeren.

GIT-PD versus of naast specifieke behandelingen?

GIT-PD werd ontwikkeld toen duidelijk werd dat het volume aan specifieke behandelingen nooit toereikend zou kunnen zijn om tegemoet te komen aan de vraag naar goede behandelingen voor deze doelgroep (Hermens e.a. 2011). Daarvoor zijn deze behandelingen te duur en vragen ze te veel hoogopgeleide behandelaars. GIT-PD was bedoeld om het gat op te vullen tussen de klassieke standaardzorg en deze specifieke behandelingen. De methode biedt een eenvoudiger te implementeren kader, waarbij men bovendien uitgaat van het bestaande gebruikelijke zorgaanbod. GIT-PD is in feite een upgrade van de bestaande zorg en daardoor ook makkelijker breed te verspreiden.

Betekent dit dat GIT-PD straks de bestaande behandelprogramma's dient te vervangen? Nee, dat is zeker niet de suggestie die we hier willen wekken. De complexiteit van sommige cliënten maakt dat het ongetwijfeld meerwaarde heeft om als behandelteam een zeer duidelijk theoretisch en methodisch kader te gebruiken. De kracht van de specifieke behandelingen lijkt te zitten in het zeer duidelijke kader dat ze bieden aan de behandelaar en cliënt. Zo'n duidelijk kader biedt houvast voor het hanteren van de soms zeer complexe dilemma's waar de behandeling van vooral cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen een behandelteam kan plaatsen. Voorlopige onderzoeksresultaten lijken erop te wijzen dat de verschillen tussen specifieke en generieke behandelingen inderdaad verschijnen wanneer er sprake is van zeer ernstige persoonlijkheidsstoornissen (Bateman & Fonagy 2013).

Daarnaast zijn er – zoals genoemd – beginnende aanwijzingen dat de context van deskundigheid waarbinnen generieke behandelingen werden onderzocht, een rol speelt in hun werkzaamheid. De vraag die ertoe doet, is niet zozeer of generieke behandelingen wel of niet (gemiddeld genomen) even goed zijn als specifieke behandelingen, maar hoe we de beperkte capaciteit van de specifieke behandelingen het beste kunnen inzetten. Een hypothese zou kunnen zijn dat we specifieke behandelingen dienen te reserveren voor cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, terwijl we de

generieke behandelingen, zoals GIT-PD, zouden kunnen inzetten bij matige tot ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen kunnen we bijvoorbeeld denken aan de aanwezigheid van ingewikkelde comorbiditeit of ernstig risicogedrag of een combinatie van diverse risicofactoren, zoals complex interpersoonlijk trauma, genetische belasting en het ontbreken van enig steunsysteem.

Mogelijk kunnen generieke behandelingen daarnaast ook een rol spelen als kader in de ondersteuning van begeleidingen van cliënten met slechts zeer beperkte verandermogelijkheden. Toekomstig onderzoek naar deze hypothese is aangewezen.

LITERATUUR

- Bales DL, Timman R, Luyten P, e.a. Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment. *Personal Ment Health* 2017; 11: 266-77.
- Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 221-7.
- Bateman AW, Krawitz R. *Borderline personality disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford: Oxford University Press; 1993
- Bosch LMC Van Den, Sinnaeve R. *Dialectische gedragstherapie in Nederland: Implementatie en consolidatie*. Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 719-27.
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, e.a. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 477-84.
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, e.a. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder: quasi-experimental comparison with treatment as usual. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 397-408.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, e.a. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 319-28.
- Elliott R, Bohart AC, Watson JC, e.a. Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)* 2018; 55: 399-410.
- Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)* 2018; 55: 508-19.
- Farber BA, Suzuki JY, Lynch DA. Positive regard and psychotherapy outcome: a meta-analytic review. *Psychotherapy (Chic)* 2018; 55: 411-23.
- Firth N, Saxon D, Stiles WB, e.a. Therapist and clinic effects in psychotherapy: A three-level model of outcome variability. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87: 345-56.
- Gelso CJ, Kivlighan DM, Markin RD. The real relationship and its role in psychotherapy outcome: a meta-analysis. *Psychotherapy* 2018; 55: 434-44.
- Gibbon S, Khalifa NR, Cheung NH, e.a. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 9: CD007668.
- Gunderson JG, Links P. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
- Hermens ML, van Splunteren PT, van den Bosch A, e.a. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 1381-3.
- Huhn M, Tardy M, Spinelli LM, e.a. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 706-15.

- Hutsebaut J, Willemsen E, Bachrach N, e.a. Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: the guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2020; 7: 16.
- Keefe JR, McMain SF, McCarthy KS, e.a. A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personal Disord* 2020; 11: 157-69.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Peluso PR, Freund RR. Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)* 2018; 55: 461-72.
- Saxon D, Barkham M. Patterns of therapist variability: therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 535-46.
- Simon W. Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2009; 13: 153-65.
- Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, e.a. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5(5): CD012955.
- Tryon GS, Birch SE, Verkuilen J. Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chic)* 2018; 55: 372-83.
- Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015; 14: 270-7.
- Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. (zorgstandaard 2017). <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen-zorgstandaard-2017>.

SUMMARY

How evidence-based is the guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD)?

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

- Background** The guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) was developed as an alternative to the specific treatments for personality disorders. Even though this form of treatment is widely used in health care and has been included in the Health Care Standard for Personality Disorders, its scientific evidence remains unclear.
- Aim** To review the indirect evidence for GIT-PD and compare it with the evidence for specific treatments.
- Method** Literature review including reviews and meta-analyses in the field of personality disorders.
- Results** Although there is increasing evidence for specific treatments, the amount of studies remains limited and the quality of the evidence is rather low. There are indications that specific treatments are poorly implemented in clinical practice, which may detract from their efficacy. There is no clear evidence that specific treatments are on average no more effective than well-designed generic treatments that are similar to GIT-PD. There is considerable evidence for the role of the common factors on which GIT-PD is based.
- Conclusion** There is indirect evidence for the efficacy of GIT-PD. Good care on a broad scale needs both specific and generic forms of treatment, whereby the most relevant question becomes how clients can be optimally allocated to both forms of treatment.