Psychotherapie bij depressie en co-morbide persoonlijkheidsstoornissen

Rien Van
Opleider Psychiatrie, directeur behandelzaken NPI

Arkin

npi

1

Onderwerpen

- 1. Geschiedenis
- 2. Verwevenheid van depressie en persoonlijkheidspathologie:
- 3 Gevolgen persoonlijkheidspathologie voor de therapeutische relatie
- 4. Hebben geïntegreerde behandelingen de toekomst?
- 5. Aanbevelingen voor de praktijk
- 6. Conclusies

2

2

1. Geschiedenis

3

3

2. Verwevenheid van depressie en persoonlijkheidspathologie

4

4

REVIEW

What we do, do not, and need to know about comorbid depression and personality disorders

Integrated treatment for patients with comorbid depression and personality disorders

Henricus Van and Mark Kool

- Wat weten we?
- Redenen van onderschatting

5

5

1. Wat weten we over depressie en PS?

- Prevalentie
  - Depressie: >50% PS
  - PS: 90% depressie (life-time)
- Beloop depressie
  - Duur: langer
  - Recidief: vaker
  - PS functioneren: slechter
  - Vaak ernstiger, meer co-morbide angst, trauma, verslaving etc

6

Wat weten we over depressie en PS? (2)

- Behandelresultaten
  - Depressie
    - 2 x < succes
    - Mogelijk al bij enkele symptomen (bv leegheid bij borderline)
  - PS
    - Behandeling minder effectief
- (Invloed) van persoonlijkheidsstoornis wordt iha onderschat*

7

Redenen van onderschatting en onderbehandeling PS bij depressie

- 1. Organisatorisch
  - Diagnostiek lastig en kostbaar, of geen instrumenten beschikbaar
  - Verwijsmoment bij actuele symptoom klachten
- 2. Maatschappelijk stigma
- 3. Neglect
  - Te weinig evidentie / richtlijnen
  - Wat te doen in de praktijk??

Journal of Affective Disorders

Review article

The identification, assessment and management of difficult-to-treat depression: An international consensus statement

8

Redenen van onderschatting en onderbehandeling PS bij depressie (vv)

- 4. Differentiaal diagnostische knelpunten
  - Gebiaste rapportage van de patiënt (over en onderrapportage)
  - Sterk wisselende presentaties
  - Extreme (chronische) psychosociale situatie
  - Secundaire persoonlijkheidsproblematiek bij chronische depressie
  - Conceptuele verwarring rond persoonlijkheidsstoornissen (DSM discussie)

9

Redenen van onderschatting en onderbehandeling PS bij depressie (vv)

- 5. Te weinig inhoudelijk anticiperen
  - Microkosmos waarin de persoonlijkheid van de patiënt zich ontvouwt
    - Therapeutische relatie lastiger,
      - Oa meer breuken / drop out door onveilige hechting
    - Overdracht en tegenoverdracht domineert

10

3. Gevolgen van persoonlijkheidspathologie voor de therapeutische relatie

11

Complicaties per PS

	Vermijdend	Afhankelijk	Dwangmatig
Therapeutische relatie			
Tegenoverdracht			

12

12

Complicaties per PS

	Vermijdend	Afhankelijk	Dwangmatig
Therapeutische relatie	• Schaamte (voor alles) • Projectie	• Angst voor breuk • Idealisatie	• Nooit goed genoeg • Rationaliseren
Tegenoverdracht	• Te meegaand • Irritatie	• Niet kunnen afsluiten	• 'Underinvolved'

13

13

Complicaties per PS

	Borderline	Narcisme
Therapeutische relatie		
Tegenoverdracht		

14

14

Complicaties per PS

	Borderline	Narcisme
Therapeutische relatie	• Overdracht overheerst: • Wisselend idealisaties en devaluaties	• Wordt als krenkend ervaren • Overheerst door devaluaties

Tegenoverdracht	• In projectieve identificatie belanden	• Veel!
		  • Niet competent voelen
		  • Onmachtig
		  • Onzeker

15

15

□ 4. Hebben geïntegreerde behandelingen de toekomst?

16

Geïntegreerd behandelen:

Depressie begrijpen vanuit ontwikkeling persoonlijkheid

- 1. Psychodynamisch
  - Kunnen inspelen (theoretisch en praktisch) op complexe therapeutische relaties
- 2. Schemafocused
  - Schema irt depressieve kwetsbaarheid

17

Kortdurende Psychodynamische Steungevende Psychotherapie (KPSP)

- Kuur model: tijd is therapeutische factor
- Doseringsvarianten
- Haalbare doelen
  - Symptoom reductie
  - Herstel sociaal functioneren
  - Inzicht: waarom depressief
  - Beperkte persoonlijkheidsverandering: Gericht op voorkomen depressie
  - Help de cliënt zichzelf (weer) te helpen

18

KPSP

- Relatief flexibel protocol:
  - Pt heeft verhaal: Verheldering en aanleiding voor depressie in verborgen
- Rol minder cq onbewuste motieven, aanleidingen, affecten
- Nadruk op achtergrond/kwetsbaarheid/ patronen
- Procesbegrippen, rekening houden met therapeutische relatie, (tegen) overdracht
- Psychoanalytische visie op depressie*

19

19

KPSP: Psychoanalytische visie op relaties

- Extern interpersoonlijke
  - met de aanwezige anderen in het heden
- Intern interpersoonlijk
  - met de afwezige anderen uit het verleden
- Intrapersoonlijke relatie
  - met mijzelf

20

20

KPSP: Steun

- Beperkt en geleid gratificeren van basale behoeften die nodig zijn voor ontwikkeling
- Criteria:
  - Therapeut bedoelt steun te verlenen
  - Pt ervaart steun en leert het te vragen
  - Bevordert groei en leert zichzelf steunen

21

21

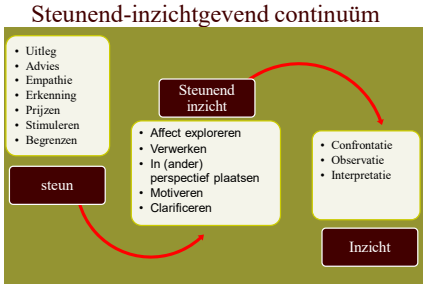
KP*S*P: Steun

- Beperkt en geleid gratificeren van basale behoeften die nodig zijn voor ontwikkeling
- Criteria:
  - Therapeut bedoelt steun te verlenen
  - Pt ervaart steun en leert het te vragen
  - Bevordert groei, leert zichzelf steunen

22

22

Steunend-inzichtgevend continuüm



23

Bespreekniveaus

1. Klachten en symptomen
2. Levensomstandigheden
3. Actuele relaties
4. Patronen
5. Eigen aandeel
6. Vroegere relationele ervaringen
7. Intrapersoonlijk
8. Therapeutische relatie en overdracht

24

Schematherapie

- Integratieve benadering voortkomend uit CGT, Gestalt en met nadruk op experientiële technieken.
- Schema: beelden/ emoties/ cognities over jezelf en de werkelijkheid geleerd in eerdere ervaringen die huidige reactie op situaties bepalen
- Doel reductie van dysfunctionele schema's

25

Schematherapie: Herkennen en veranderen van disadaptieve schema's

- Veeleisende ouder:
  - Geloof altijd te falen (ivm anderen)

- Kwetsbare kind
  - Emotioneel verwaarloosd, ik ben niet belangrijk

- Straffende ouder
  - Zelf-afkeuring, zz pijn doen

26

PSYDOS PSYCHOTHERAPY DOSAGE STUDY

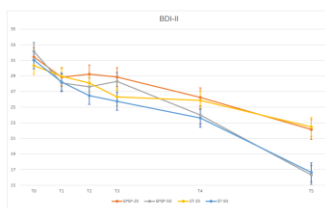
Inclusie (n=246)
-Actuele depressie DSM-IV/5 (Mini)
-Persoonlijkheidsstoornis DSM IV/5 (SCID5-P)
-3e lijns verwijzingen

Dubbele randomisatie		
KPSP	25	50
ST	25	50

Baseline (n=246)	%
Man/ vrouw	31/ 69
BDI depressie (Gem)	33.2 (SD 9.9)
Pers st (SCID)	
Vermijdend	44
Borderline	30
Vermijdend	29
Dwangmatig	25
Ander gespec./ Overig	20

27

Resultaten depressie



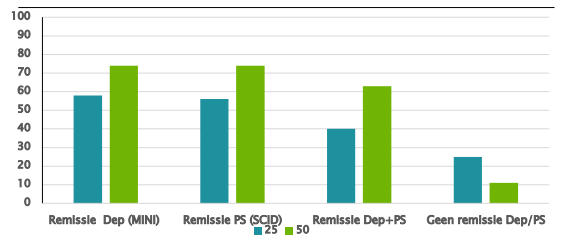
Original Article

Dosage effects of psychodynamic and schema therapy in people with comorbid depression and personality disorder: four-arm pragmatic randomised controlled trial

	ES	Remissie (MINI-D)
KPSP/ SFT 25	0.8	58%
KPSP/ SFT 50	1.4	74%

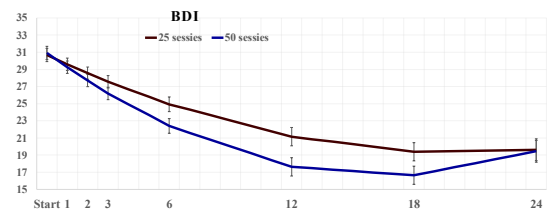
28

Resultaat depressie +PS



29

Resultaat na 1 jaar FU



Psychological Medicine

www.cambridge.org/psm

Original Article

Long-term dosage effects of psychodynamic and schema therapy in depressed patients with personality disorders: 18 and 24 months follow-up of a randomized controlled trial

30

5. Aanbevelingen voor de praktijk

31

1. Wat zeggen de nieuwe Nederlandse richtlijnen?

- Indien depressie primair aandachtspunt vormt:
  - Volg behandelstappen uit MDR depressie
- Kies een methodische vorm van pt en overweeg toevoeging van AD
- Bij onvoldoende effect:
  - Onderzoek de rol van persoonlijkheidspathologie
- Houd rekening met verminderde effectiviteit reguliere depressiebehandelingen
  - Aanpassen: vorm, dosering en intensiteit

32

2. Afwegingen bij intake

- Wat wil de pt
  - Waarin meeste vertrouwen?
- Wat heeft u beschikbaar?
- Wat is eerder geprobeerd zonder succes
- Hoe bied u en naasten hoop?

33

2. Afwegingen bij intake

- Wat wil de pt
  - Waarin meeste vertrouwen?
- Wat heeft u beschikbaar?
- Wat is eerder geprobeerd zonder succes
- Hoe bied u en naasten hoop?
  - In therapeutisch relatie
    - Personaliseer naar aard en gevolgen van persoonlijkheidsproblematiek
  - Wetenschappelijke kennis

34

4. Balans in praktijk

- Iemand is niet zijn pers st:
  - Focus op adaptieve/ gezonde kanten

35

4. Balans in praktijk

- Iemand is niet zijn pers st:
  - Focus op adaptieve/ gezonde kanten
  - Of : wendt helpende kanten aan van persoonlijkheidstrekken, bv
    - Dwangmatig: hard aan het werk gaan in activatie fase
    - Afhankelijk: vertrouwen hebben in behandelaar
    - Vermijdend: responsief op validerende interventies
    - BPS: baat bij (biografische) empathie en duidelijke behandelstructuur
    - Narcisme: uitdagen, het niet willen niet verliezen

36

6. Conclusies

37

37

Conclusies

- Wat weten we?
  - Depressie en PS zijn verweven
  - Gevolgen voor prognose en behandeling
- Wat is klinisch evident?
  - PS manifesteert zich in de therapeutische relaties: *Herken en anticipeer*
- Wat we moeten gaan weten?
  - Hebben geïntegreerde behandelbenaderingen de voorkeur?
  - Wanneer PS iez behandelen?

38

38