

Groepsschematherapie voor patiënten met verslaving en comorbide persoonlijkheidsstoornis. Een mixed-methods pilotstudie naar haalbaarheid en klinisch potentieel

Gepubliceerd: 10-07-2024 Laatste bijgewerkt: 27-12-2024

Het doel van deze studie is om GST + CRA te onderzoeken bij poliklinische patiënten met PS en SIM. Daarnaast onderzoeken we de relatie tussen vroegkinderlijke traumatisering, de ernst van SIM en PS en de respons op de behandeling. De verwachting is...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving nog niet gestart
Type aandoening	Overige aandoening
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON56878

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

Groepsschematherapie voor verslaving en persoonlijkheidsstoornis.

Aandoening

- Overige aandoening
- Persoonlijke- en gedragsstoornissen

Synoniemen aandoening

stoornis in middelengebruik, verslaving

Aandoening

stoornis in middelengebruik

Betreft onderzoek met Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: De Grift (verslavingszorg, Arnhem)

Overige ondersteuning: Ministerie van OC&W, Het onderzoek wordt gefinancierd door IrisZorg en middels een subsidie van 10.000 euro die verstrekt is door de Vereniging voor Schematherapie.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Groepsschematherapie, Persoonlijkheidsstoornis, Verslaving

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

De haalbaarheid van GST zal worden onderzocht en kwalitatief worden uitgedrukt in termen van:

1. Beschrijvingen van de aard van de belemmeringen en bevorderende factoren ervaren door deelnemers, zoals beoordeeld tijdens een semi-gestructureerd interview op basis van het Patients Perceptions of Corrective Experiences in Individual Therapy interview protocol (PPCEIT), dat afgenomen zal worden een week na afronding van de interventiefase.
2. Ervaringen van deelnemende therapeuten met het behandelprogramma, suggesties voor verbetering en aanbevelingen voor verdere implementatie, zoals in kaart gebracht tijdens een focusgroepinterview nadat de gegevensverzameling bij deelnemende cliënten is afgerond. Als een deelnemende therapeut besluit voortijdig te stoppen met deelname aan het onderzoek, zal hij/zij benaderd worden voor een individueel interview over zijn/haar ervaringen met GST.

De haalbaarheid van GST zal worden onderzocht en kwantitatief worden uitgedrukt in termen van:

- Het gemiddelde aantal (en SD + range) gemiste ST en GST sessies.
- Het aantal deelnemers dat uitvalt uit de behandeling (afwezigheid van 30% of meer van de GST sessies (negen of meer van het totaal aantal gemiste GST sessies) wordt beschouwd als uitval uit de behandeling. Er wordt dan aangenomen dat een patiënt er te veel heeft gemist en dat dit het effect van de therapie negatief beïnvloedt)
- Protocoltrouw: na elke GST-sessie moeten de deelnemende therapeuten opschrijven in hoeverre ze zich aan de behandelhandleiding hebben gehouden en zo niet, hoe ze daarvan zijn afgeweken en wat de reden daarvoor was. De gegevens hiervan worden gebruikt als gespreksonderwerpen voor het focusgroepinterview.

Secundaire uitkomstmaten

Veranderingen in kwantitatieve uitkomsten van wekelijkse herhaalde metingen (vanaf baseline (T0), gedurende de behandeling (T1-T4)), met betrekking tot de potentiële klinische werkzaamheid van GST:

- Gemiddeld middelengebruik (in grammen (drugs) of eenheden (alcohol)) in de afgelopen week, beoordeeld met de MATE, deel 1.
- Gemiddeld verlangen in de afgelopen week, beoordeeld met de MATE-Q1.

Veranderingen in kwantitatieve uitkomsten van periodieke herhaalde metingen (vanaf baseline (T0), gedurende de behandeling (T1-T4) en follow-up (T5)), met betrekking tot de potentiële klinische werkzaamheid van GST:

- Ernst en behandelbehoeften van verslaving, beoordeeld met de MATE-1.
- Kwaliteit van leven, beoordeeld met de WHOQoL-BREF.
- Ernstindices in persoonlijkheidsproblemen, beoordeeld met de SIPP-SF.
- De 16 kernovertuigingen (vroeg maladaptieve schema's), onderzocht met de YSQ-S3.
- Schemamodi, beoordeeld met de SMI.

Andere parameters in deze studie:

- De ernst en het type van het doorgemaakte jeugdtrauma, beoordeeld met de CTQ (alleen baseline).

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Stoornissen in middelengebruik (SIM) en persoonlijkheidsstoornissen (PS) komen vaak samen voor. Onder patiënten in de verslavingszorg is de prevalentie van een comorbide PS 34% tot 73% (Verheul, 2001). De lifetime prevalentie van comorbide stoornissen in alcoholgebruik is ongeveer vijf keer hoger onder patiënten met een PS dan in de algemene bevolking, terwijl het risico op het ontwikkelen van een comorbide stoornis in drugsgebruik zelfs 12 keer hoger is (Trull et al., 2010). In een onderzoek van Walter et al. (2015) werd een comorbide PS gezien bij 46% van de patiënten met SIM, waarbij antisociale persoonlijkheidsstoornis (16%) en borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) (13%) het meest voorkwamen, gevolgd door cluster C (met name vermijdend) en cluster A (met name paranoïde) PS (Rounsaville et al., 1998). Kienast e.a. (2014) vonden bijvoorbeeld dat ongeveer 78% van de volwassenen met BPS op enig moment in hun leven een afhankelijkheid van middelen ontwikkelt. Het meeste onderzoek is gedaan naar BPS en verslaving.

De behandelprognose van comorbide SIM en PS is ongunstig. SIM zijn ernstiger en recidieven komen vaker voor. Daarnaast ervaart deze groep meer psychiatrische symptomen en impulsief en risicovol gedrag. Er zijn meer interpersoonlijke problemen, negatieve gevoelens en een lagere kwaliteit van leven. Deze patiënten zijn gemiddeld ook minder therapietrouw (Hasin et al., 2011;

Newton-Howes & Foulds, 2017). Kienast e.a. (2014) vonden ook dat patiënten vaker hun behandeling voortijdig beëindigden en kortere abstinentieperiodes hadden, en pleitten daarom voor een geïntegreerde aanpak van de combinatie van SIM en BPS. Ook de Nederlandse Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van PS beveelt een geïntegreerde behandeling van SIM en PS aan, omdat behandeling van slechts één van beide stoornissen beperkte resultaten geeft (Bosch & Verheul, 2007; Fridell & Hesse, 2006; Zanarini et al. 2004b). Er is echter beperkt onderzoek gedaan naar geïntegreerde behandeling van SIM en PS.

Er zijn verschillende verklaringen geopperd voor deze hoge mate van comorbiditeit. Eén daarvan is de relatie met vroegkinderlijke traumatisering, de zogenoemde Adverse Childhood Experiences (ACE's). Dijkhuizen (2013) schreef onder andere dat gemeenschappelijke etiologische factoren zoals genetische of neurobiologische kwetsbaarheid (impulsiviteit, emotieregulatie) en vroegkinderlijke traumatische ervaringen de ontwikkeling van zowel PS als SIM kunnen verklaren. Edwards e.a. (2003) noemen ook de relatie tussen ACE's en de kans op psychische problemen later in het leven als een verklaring voor hoge niveaus van comorbiditeit. Een meta-analyse van Porter et al. (2019) bevestigde ook dat blootstelling aan ACE's geassocieerd is met BPS. Bevindingen uit een meta-analyse van Pilkington e.a. (2020) ondersteunen de theorie dat verwaarlozing en traumatisering in de vroege kindertijd geassocieerd is met vroege maladaptieve schema's, de zogenoemde Early Maladaptive Schemas (EMS), op volwassen leeftijd. EMS worden door Young (2003) beschreven als diep ingesleten patronen van gedachten, gevoelens en gedrag die zich ontwikkelen tijdens de kindertijd en kunnen blijven bestaan tot in de volwassenheid. Met name het verband tussen emotionele mishandeling in de kindertijd en EMS wordt empirisch het meest ondersteund. Daarnaast vonden Borgert e.a. (2022) dat ACE's een grotere kans geven op het ontwikkelen van SIM. De relatie tussen ACE's bij zowel persoonlijkheidsproblematiek als verslaving is dus een mogelijke verklaring voor de hoge co-morbiditeit. Het is daarom belangrijk om een effectieve behandeling voor deze co-morbiditeit te onderzoeken die rekening houdt met de traumageschiedenis.

Schematherapie (ST) biedt een interessante mogelijkheid voor de behandeling van patiënten met SIM en co-morbide PS, omdat het expliciet ACE's aanpakt. ST werd in de jaren 1980 ontwikkeld door Jeffrey Young als een baanbrekende integratie van cognitieve gedragstherapie met gestalt, objectrelaties en psychoanalytische benaderingen (Young, 1990). Het is gebaseerd op het concept van EMS en er wordt verondersteld dat deze schema's ontstaan uit onvervulde behoeften (fysieke en emotionele verwaarlozing) of traumatische ervaringen (seksueel, fysiek en emotioneel misbruik) in het vroege leven. Deze vroege maladaptieve schema's maken mensen op hun beurt kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische aandoeningen (Masley et al., 2012). Het verwerken van jeugdherinneringen door middel van ervaringsgerichte technieken staat centraal in schematherapie (Hoffart, Lunding & Hoffart, 2016). Deze focus op vroege levenservaringen onderscheidt schematherapie van traditionele cognitieve benaderingen (Simard et al., 2011).

De DFST-benadering (Dual Focus Schematherapy) werd specifiek ontwikkeld voor patiënten met SIM en PS door Ball (1998). De fundamentele aanname die ten grondslag ligt aan DFST is dat mislukte pogingen om belangrijke basisbehoeften te bevredigen kunnen leiden tot de ontwikkeling van maladaptieve schema's en schadelijke copingstrategieën zoals verslavingsgedrag. Daarom richten patiënten en therapeuten zich op het identificeren en afremmen van schema's, gevolgd door het opsporen van de onderliggende basisbehoeften en het op de juiste manier bevredigen daarvan. DFST interpreteert middelengebruik als een disfunctionele copingstrategie om met "moeilijke" stemmingen of conflicten om te gaan.

Enkele onderzoeken naar geïntegreerde behandeling van SIM en PS hebben zich gericht op de DFST-aanpak van Ball (1998) en Ball & Young (2000). Verschillende onderzoeken vonden echter wisselende resultaten (Ball, 2007, Ball et al., 2011). Kritiek van Lee & Arntz (2013) op het onderzoek van Ball et al. uit 2011 was dat het moeilijk was om betrouwbare conclusies te trekken, deels vanwege een hoog uitvalpercentage en omdat de behandeling niet werd uitgevoerd zoals bedoeld. Er werd bijvoorbeeld geen gebruik gemaakt van schemamodi, wat wel wordt gebruikt en aanbevolen in gepubliceerde onderzoeken naar de behandeling van een PS met ST (Farrel et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). Schemamodi kunnen worden gezien als intense gemoedstoestanden die ontstaan wanneer een of meer schema's worden geactiveerd. Werken met schema modi in therapie biedt gemeenschappelijke taal en concrete aanwijzingen voor verandering omdat ze vaak gemakkelijk te identificeren zijn (Farrell e.a., 2015).

Voortbouwend op het onderzoek van Ball (1998, 2000, 2007), waarin de kritiek van Lee en Arntz (2013) is verwerkt, is recent een multiple baseline onderzoek van ST bij 20 patiënten met een alcoholgebruiksstoornis en BPS uitgevoerd (Boog, 2022). Drie maanden na beëindiging van ST vertoonde 68% van de patiënten remissie van BPS en een significante afname van het aantal drinkdagen. Dit suggereert dat ST effectief kan zijn bij de behandeling van patiënten met deze comorbiditeiten. Onderzoek naar groepsgewijze ST (GST) bij patiënten met een PS zonder gediagnosticeerde SIM laat positieve resultaten zien op herstel van de PS en verbetering in algemeen functioneren, psychopathologische symptomen en kwaliteit van leven (Dickhaut et al. 2014; Farrell et al. 2009). Tot op heden is er echter geen onderzoek gedaan naar GST bij patiënten met SIM en PS. Arntz e.a. (2022) toonden aan dat de combinatie van individuele ST en GST de meest effectieve ST-vorm is bij BPS, vergeleken met TAU (de best beschikbare behandeling op de onderzoekslocatie op dat moment (TFP, MBT, CCT, STEPPS, DBT, CBT of CAT)) en GST zonder individuele ST. Gezien de hoge prevalentie van PD bij patiënten met SIM, de slechte behandelprognose van deze comorbiditeit en de voorlopige bevindingen die suggereren dat GST een effectieve behandeling kan zijn voor deze doelpopulatie, is er een duidelijke klinische relevantie voor verder verkennend onderzoek naar behandeling door middel van individuele

Doel van het onderzoek

Het doel van deze studie is om GST + CRA te onderzoeken bij poliklinische patiënten met PS en SIM. Daarnaast onderzoeken we de relatie tussen vroegkinderlijke traumatisering, de ernst van SIM en PS en de respons op de behandeling.

De verwachting is dat GST, gegeven naast CRA klinisch potentieel heeft en geassocieerd is met significante reducties in SIM en verbetering van persoonlijkheidsfunctioneren en een toename in kwaliteit van leven van baseline tot follow-up.

We onderzoeken ook de ervaringen van deelnemers en therapeuten met GST (naast CRA) en identificeren welke factoren zij als bevorderend of belemmerend hebben ervaren.

Onderzoeksopzet

Deze pilotstudie maakt gebruik van een single group, repeated measures A (baseline)-B (intervention) follow-up design. Dit combineert zowel herhaalde metingen op groepsniveau (binnen proefpersonen, T0-T5, van baseline tot drie maanden follow-up) als een Single Case Experimental Design (SCED; binnen proefpersonen, wekelijkse beoordelingen tijdens het A-B deel van het onderzoek). Er wordt gebruik gemaakt van een gemengde methode voor gegevensverzameling waarbij kwalitatieve gegevens worden verzameld bij een gerichte selectie van deelnemers binnen een week na afronding van de B-fase met behulp van een semigestructureerd interview, en een focusgroep met therapeuten aan het einde van de gegevensverzamelingsfase van het onderzoek.

De dataverzameling start in maart 2024 bij drie poliklinieken verslavingszorg van IrisZorg in Nijmegen, Arnhem en Doetinchem/Zevenaar en is eind 2025 afgerond. De dataverzameling is verdeeld over verschillende fasen en meetmomenten (zie figuur 1):

T0 (start nulmeting).

Fase A (baseline, duur 3-10 weken): CRA + 3 pre-sessies casusconceptualisatie

T1 start interventie

Fase B (junior fase (weken 1-10 interventiefase)): GST + CRA

T2 (tussen fase B en B')

'Fase B' (fase medior (week 10-20 interventiefase): GST + CRA

T3 (tussen fase B' en B'')

'Fase B' (fase senior (week 20-30 interventiefase): GST + CRA

T4 einde interventie

T5: follow-up 3 maanden na einde GST: CRA (of uitschrijving)

Cliënten worden ingedeeld in een baselineperiode van minimaal drie tot maximaal 10 weken op basis van het moment van inschrijving versus de lengte van de wachtlijst.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Voorafgaand aan de groepssessies, tijdens de baseline fase, hebben deelnemers drie wekelijkse pre-sessies met een van de groepstherapeuten om een globale casusconceptualisatie te maken, waarbij een model van de primaire modi met de deelnemer wordt opgesteld en doelen voor de groep worden geformuleerd. Boog en collega's (2022) vonden geen effect op persoonlijkheidsfunctioneren of middelengebruik tijdens deze fase van casusconceptualisatie. GST wordt fase gericht aangeboden. In totaal worden 30 wekelijkse sessies aangeboden, voornamelijk gebaseerd op Farrel en Shaw (2012, 2014) en Tjoa en Muste (2021). De opzet komt uit het behandelhandboek van Tjoa en Muste (2021) dat ontwikkeld is voor mensen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Voor deze studie hebben we elementen toegevoegd die specifiek gericht zijn op verslaving met behulp van schematherapeutische technieken. De eerste 10 GST sessies vormen de 1e (junior) fase, gevolgd door 10 sessies voor de 2e (medior) fase en vervolgens 10 sessies voor de 3e (senior) fase. De junior fase richt zich voornamelijk op bewustwording en heling. Vervolgens is er in de volgende fasen een geleidelijke verschuiving naar het zelfstandig herkennen van actieve modi in verschillende situaties (medior fase) en het managen ervan (senior fase). Alle fasen omvatten een mix van cognitieve, ervaringsgerichte en gedragsinterventies. In eerste instantie ligt de nadruk op begrip (cognitie), gevolgd door ervaringsverwerking in de middenfase, en tot slot, in de laatste fase, ligt de nadruk op het omgaan met verschillende modi (gedragsverandering) (Tjoa & Muste, 2021). Het uiteindelijke doel van ST is om verbinding te maken met 'het kwetsbare kind' binnenin en zo 'de gezonde volwassene' te versterken. In alle fasen wordt er extra aandacht besteed aan de manieren waarop cliënten middelen gebruiken. In elke interventiefase wordt hier een sessie aan gewijd, waarbij technieken worden gebruikt zoals stoelwerk rondom verslaving. Het is een halfopen groep met de mogelijkheid om in te stromen nadat een interventiefase is afgerond (na 10 sessies). Individuele evaluatie met de groepstherapeuten is gepland na elke interventiefase, in aanwezigheid van de reguliere verslavingsbehandelaar (om aan te sluiten bij de individuele verslavingsbehandeling), en belangrijke anderen. De evaluatie richt zich op de vooraf gestelde doelen en het aanscherpen of bijstellen daarvan gericht op de volgende fase. Naast GST krijgen deelnemers 10 individuele ST-sessies met een van de groepstherapeuten. In de 1e fase vinden deze sessies om de twee weken plaats, in de 2e fase om de drie weken en in de 3e fase om de vijf weken. Deze sessies gaan dieper in op de groepssessies, bijvoorbeeld met extra ervaringsgerichte oefeningen of traumaverwerking. Gezien de complexiteit van deze doelgroep wordt een relatief hoge uitval verwacht. Afwezigheid van 30% of meer van de GST sessies (negen of meer van het totaal aantal gemiste GST sessies) wordt beschouwd als uitval uit de behandeling. Er wordt dan aangenomen dat een patiënt er te veel heeft gemist en dat dit het effect van de behandeling negatief beïnvloedt. Co-interventie: De Community Reinforcement Approach (CRA) is een gedragstherapeutische methode die wordt toegepast bij verslavingsbehandeling (Meyers & Smith, 1995). Het richt zich op het veranderen van de bestaande levensstijl door het integreren van alternatieve, versterkende elementen, zoals het deelnemen aan plezierige en sociale activiteiten, waardoor een gezondere en meer lonende levensstijl wordt bevorderd die in de plaats komt van een levensstijl die wordt gekenmerkt door overmatig middelengebruik. De nadruk wordt gelegd op samenwerking tussen de patiënt, de therapeut en belangrijke anderen van de patiënt om positieve bekrachtiging voor middelengebruik te elimineren en positieve bekrachtiging voor alternatief gedrag te versterken. De fundamentele procedures van CRA voor de behandeling van verslavingsstoornissen omvatten: -Een vragenlijst over levenskwaliteit gebruiken om persoonlijke behandeldoelen te formuleren en de voortgang te volgen, -Functionele analyse

van middelengebruik, -Training in communicatievaardigheden, -Training in probleemoplossende vaardigheden, -Training in sociale netwerken, -Sobriety sampling (toewerken naar periodes van kortere of langere onthouding om de effecten van onthouding te ervaren en evalueren), -Leren om middelen te weigeren, -Begeleiding bij sociale en recreatieve activiteiten, -Terugvalpreventie, -medicatie, en -Relatiebegeleiding (Roozen, Meyers & Smith, 2022). De CRA-therapeut en de patiënt bepalen samen welke modules worden ingezet op basis van de doelen van de patiënt en de vereiste begeleidingsfrequentie. In een ambulante setting omvat de intensiteit meestal één sessie per week, waarbij de duur wordt bepaald door de voortgang in het bereiken van de doelen. Naast deze wekelijkse sessies kan gebruik worden gemaakt van medicamenteuze behandeling, groepsbehandeling, CRA en systeemtherapie. Binnen IrisZorg wordt een e-health platform gebruikt om de behandeling verder te ondersteunen.

Inschatting van belasting en risico

De belasting voor deelname aan dit onderzoek bestaat uit het invullen van vragenlijsten. Deelnemers worden hiervoor beloond / gecompenseerd doordat ze waardebonnen kunnen krijgen voor ingevulde vragenlijsten. Er worden geen risico's verwacht door deelname aan dit onderzoek.

Contactpersonen

Publiek

De Grift (verslavingszorg, Arnhem)

Meester B.M. Teldersstraat 7
Arnhem 6842 CT
NL

Wetenschappelijk

De Grift (verslavingszorg, Arnhem)

Meester B.M. Teldersstraat 7
Arnhem 6842 CT
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)

65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Deelnemende patiënten, gebaseerd op de dossierinformatie van de patiënt:

- Gediagnosticeerd met een of meer stoornissen in middelengebruik volgens DSM-5 criteria.
- Volgt een actieve verslavingsbehandeling, ten minste tijdens groepsschematherapie
- Gediagnosticeerd (of werkhypothese) met een persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-5 criteria
- Leeftijd tussen 18 en 70 jaar
- Ten minste gedeeltelijke controle over middelengebruik; dat wil zeggen dat deelnemers de sessies nuchter kunnen bijwonen.
- Schriftelijke geïnformeerde toestemming.

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

gebaseerd op informatie uit het patiëntendossier is er geen bewijs van:

- Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.
- Ernstige, onbehandelde ADHD symptomen door overlappende kenmerken met een persoonlijkheidsstoornis.
- Psychotische stoornis (met uitzondering van kortdurende reactieve psychoses die consistent zijn met de persoonlijkheidsstoornis).
- Neurocognitieve functionele stoornissen.
- Bipolaire stoornis.
- Aanzienlijk middelengebruik zonder de wens om abstinentie te bereiken.
- IQ lager dan 80

Onderzoeksopzet

Opzet

Fase onderzoek:	2
Type:	Interventie onderzoek
Blinding:	Open / niet geblindeerd
Controle:	Geen controle groep
Doel:	Behandeling / therapie

Deelname

Nederland	
Status:	Werving nog niet gestart
(Verwachte) startdatum:	01-04-2024
Aantal proefpersonen:	0
Type:	Verwachte startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	10-07-2024
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	CMO regio Arnhem-Nijmegen (Nijmegen)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register

CCMO

ID

NL86152.091.24