

# Indicatiestelling en behandelingsmodaliteiten bij persoonlijkheidsstoornissen

*door J.N. Voorhoeve*

## Samenvatting

Centraal staat in dit artikel de vraag wat de parameters zijn voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Anders gezegd: welke zijn de afwegingen in het proces van indicatiestelling en welk behandelaanbod is geïndiceerd. Ontwikkelingen binnen twee therapeutische hoofdstromen, de cognitieve gedragstherapie en de psychoanalytische psychotherapie, worden behandeld. Op grond van theoretische uitgangspunten en praktijk worden keuzemomenten behandeld voor het aangrijpen op het niveau van de symptomatologie dan wel de structuur van de persoonlijkheid. In de praktijk soms lastige differentiaaldiagnostische terreinen worden besproken, evenals de betekenis van het contact bij het indicatiestellingsonderzoek. Een aantal modaliteiten in het behandelaanbod passeren de revue. Conclusie is dat indicatiestelling en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen expertise vereist in biologische, psychologisch/psychodynamische en sociaal/interactionele aspecten van de pathologie. De noodzaak methodieken te combineren en theoretische kaders te integreren tekent de contouren van wat kan worden aangeduid als 'psychiatrische psychotherapie'.

## Inleiding

Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens de systematiek van DSM-IV (APA 1994) wordt gekenmerkt door twee soorten indelingscriteria: een categoriale indeling op grond van persoonlijkheidskenmerken of karaktertrekken én criteria voor het onderscheid tussen gezond en ziek, normaal en stoornis. Het eerstgenoemde betreft een indeling op grond van een aantal karaktertrekken ('personality traits'), die in drie clusters kunnen worden gegroepeerd. Deze karaktertrekken worden gedefinieerd als: 'duurzame patronen in het waarnemen, zich verhouden tot en denken over de omgeving en zichzelf, die tot uiting komen op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties'. Het betreft dus het descriptieve niveau. Het tweede betreft het onderscheid tussen gezond en ziek. Een aantal criteria geven aan wat de markering is tussen persoonlijkheidsstijl (gezond) en persoonlijkheidsstoornis (ziek). In

de handleiding wordt vermeld, dat dit clustersysteem, hoewel bruikbaar voor research en voorlichting, ook beperkingen heeft, hetgeen onder meer tot uiting komt in comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen van de verschillende clusters. Het aldus geformuleerde onderscheid in klinische syndromen heeft de bruikbaarheid voor research vergroot, waardoor diverse aspecten van persoonlijkheidsstoornissen onderzocht kunnen worden. Dit heeft tot gevolg dat meer bekend is en wordt over de biologische factoren die een rol spelen bij diverse persoonlijkheidsstoornissen (Cloninger e.a. 1993) en de effecten van diverse behandelingsstrategieën bij de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Naast de descriptieve diagnostiek zijn er theorieën geformuleerd over de psychodynamische structuur van de persoonlijkheid en daarop te baseren behandelingsstrategieën. Voor overzichten kan worden verwezen naar Derksen (1993), Stone (1993) en Sperry (1995).

Persoonlijkheidsstoornissen gaan gepaard met een variatie aan psychopathologie en gedragsontregeling, hetgeen sterk afhankelijk is van de setting. Dit betekent dat een zorgvuldige weging noodzakelijk is van de juiste keuze van het behandelaanbod. 'Baadt het niet, het kan wel degelijk schaden' (de Jonghe 1993). Dit betekent dat bij de indicatiestelling bij persoonlijkheidsstoornissen expertise vereist is in biologische, psychologisch/psychodynamische en sociaal/interactionele factoren. Dat geldt ook voor het uitvoeren van behandeling omdat steeds de effecten van en het indiceren van interventies – inclusief medicatie – vanuit de diverse perspectieven beoordeeld moeten worden. Steeds duidelijker wordt hoe groot het belang is van een combinatie en integratie van strategieën. Sperry (1995) spreekt in dit verband van een 'paradigm shift' met betrekking tot de wijze van kijken (conceptualiseren), onderzoek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Hoewel de notie oud is dat biologie en aanlegfactoren bij de persoonlijkheidsontwikkeling een rol spelen, werd het denken over karaktertypologieën en persoonlijkheidsstoornissen gedomineerd door psychodynamische concepten. Onder 'paradigm shift' wordt in dit verband de verschuiving verstaan die plaatsvindt wanneer karakter (psychodynamiek) en temperament (biologie) meer expliciet bij de conceptualisering en de daarop te baseren strategieën worden betrokken. De praktijk leert voorts dat de differentiaaldiagnose tussen een persoonlijkheidsstoornis en andere psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie, stemmingsstoornissen en andere vaak niet eenvoudig is.

### Twee hoofdstromen

Bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn vanuit psychotherapeutisch perspectief twee hoofdstromen te onderscheiden: die van de cognitieve gedragstherapie en die van de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie. Grofweg is te zeggen dat in aanzet de cognitieve

gedragstherapie uitgaat van de behandeling van omschreven symptomen en denkpatronen (cognities), en dat de psychoanalytische psychotherapie uitgaat van behandeling van de onderliggende persoonlijkheidsstructuur. Van de diverse psychodynamische theorieën die betrekking hebben op deze onderliggende structuur, is die van Kernberg (1984) lange tijd populair geweest. Het aantrekkelijke van de structurele diagnostiek van Kernberg is de koppeling die wordt gemaakt tussen de klinische manifestaties en de structurele organisatie van de persoonlijkheid. Globaal overlappen persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-classificatie dat wat binnen structurele diagnostiek als de borderline-persoonlijkheidsorganisatie en deels dat wat als de psychotische persoonlijkheidsorganisatie wordt beschreven. In de opvatting van Kernberg ligt in essentie een model van conflict, afweer en overdracht besloten, hetgeen leidt tot een volstrekt andere therapeutische benadering dan bijvoorbeeld Kohut (1977), die de aandacht richt op de ontwikkeling van een cohesief Zelf. Hier staan op de voorgrond: empathie en tactvolle realiteitsconfrontatie, ofwel 'optimale non-traumatische desillusionering' (Gedo 1993). Er zijn modificaties van de psychoanalytisch psychotherapeutische techniek, die het toepassingsgebied van psychodynamisch georiënteerde behandeling van ernstige persoonlijkheidsproblematiek uitbreiden, de psychoanalytische steungevende psychotherapie (De Jonghe 1993; Van der Mast e.a. 1994). Persoonlijkheden met een primitieve, minder ontwikkelde structuur, zijn niet vanuit een conflictmodel te begrijpen. De primitieve (archaische) persoonlijkheidsstructuur is gekenmerkt door een zodanige organisatie van de cognitieve rijping, dat er geen sprake kan zijn van beleving van een intern conflict (Robbins 1989; Hummelen 1992).

Vanuit het kader van de cognitieve gedragstherapie is een veelbelovende ontwikkeling bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen die van de, door Linehan (1993 a, b) ontwikkelde, 'dialectische cognitieve gedragstherapie'. Van den Bosch en anderen (1995) rapporteren over hun ervaring met de training in deze methode. De cognitieve gedragstherapie heeft twee wortels: de gedragstherapie met de empirische attitude en de methodologie, en de psychodynamische therapie met aandacht voor de 'onbewuste' interne dialoog en het proces van de patiënt (Schacht 1996). De cognitieve therapie is gebaseerd op het idee dat disfunctionele cognitieve schema's verantwoordelijk zijn voor het ontstaan en in stand houden van stoornissen. Deze disfunctionele schema's zijn de informatieverwerking gaan overheersen en leiden tot eenzijdige en vervormde interpretatie, met als gevolg extreme emoties en probleemgedrag. Bij As II (persoonlijkheidsstoornissen) wordt verondersteld dat de disfunctionele schema's meestal zeer vroeg in de kindertijd ontstaan (Bögels en Arntz 1996). Zie ook Beck, Freeman en anderen (1990) en Arntz (1994). Tevens is er binnen de gedragstherapie toegenomen aandacht voor de betekenis van de relatie, zoals blijkt uit

de organisatie van een congres over dit thema door de Vereniging voor Gedrags Therapie (1996). Beide 'hoofdstromen' integreren aspecten die tot voor kort geacht werden te behoren tot het domein van elke stroom afzonderlijk.

Naast deze twee 'hoofdstromen' wordt in de Noord-Amerikaanse literatuur aandacht besteed aan de interpersoonlijke psychotherapie (Benjamin 1993), die zijn oorsprong vindt in het werk van Sullivan (1953). In toenemende mate is er consensus dat behandeling van persoonlijkheidsstoornissen combinatie van behandelingsmodaliteiten en integratie van therapeutische referentiekaders vraagt (Stone 1993; Sperry 1995). Gedo (1993) formuleert een hiërarchische ordening van theoretische kaders waaraan indicatiestelling en geïntegreerde behandeling ontleend kunnen worden (Hummelen 1995).

### Aangrijpen bij symptomatologie of structuur?

Allereerst wordt vastgesteld of er sprake is van een toestandsbeeld dat in principe – ongeacht de onderliggende persoonlijkheidsstoornis – behandeld moet worden. Bijvoorbeeld toestandsbeelden waarvan de 'state of the art' medicamenteuze behandeling voorschrijft, zoals een depressie in engere zin of een psychotisch toestandsbeeld. Er kunnen omstandigheden zijn, die om oplossing vragen voordat behandeling van de persoonlijkheidsstoornis mogelijk is, zoals een acute crisis of een traumatische situatie. Pas nadat de passende maatregelen zijn genomen, kan er aanleiding zijn behandeling van de persoonlijkheidsstoornis te overwegen. Vaak kan met deze primaire interventies worden volstaan. Met het verdwijnen van de actuele problematiek is er dan geen indicatie voor verdere behandeling. De lijdensdruk en/of motivatie is er niet meer.

*Weging van factoren* – Is er een indicatie voor verderreikende behandeling, dan volgt een weging van factoren. Hierbij geldt zowel de inschatting van de behandelbaarheid van bestaande klachten en symptomen, alsook de inschatting van de behandelbaarheid van de structuur. Hier past een kosten-batenanalyse, waarbij wensen en haalbaarheden worden afgewogen. Het vaststellen van de mate van behandelbaarheid is essentieel voor het opstellen van een adequaat behandelplan en bevordert een zo gunstig mogelijk behandelresultaat. Sperry (1995) formuleert als basaal behandeldoel het faciliteren van een proces van functioneren als persoonlijkheidsstoornis naar persoonlijkheidsstijl. Globaal komt dit erop neer dat veranderingen mogelijk zijn op het niveau van omgaan met de omgeving (adaptatie), in meer of mindere mate op het niveau van het karakter (psychodynamiek), maar dat er basale niet te veranderen aspecten blijven (temperament). Eerst wordt ingeschat welke cognitieve gedrags-therapeutische strategieën, en/of medicatie, adequaat en voldoende zijn voor behandeling van de symptomatologie. Het lijkt zo te zijn dat

de behandeling kan worden belemmerd als de symptomatologie in hoge mate samenhangt met de persoonlijkheidsstoornis. Dan is de persoonlijkheidsstoornis als aangrijpingsmoment aan te bevelen. Soms wordt dit pas duidelijk nadat eerdere symptoomgerichte behandelingen onvoldoende hebben opgeleverd. Zorgvuldige anamnese van het effect van voorgaande behandelingen is dus gewenst. Daarbij spreekt vanzelf dat bezien wordt of die behandelingen ook adequaat zijn uitgevoerd. Soms worden bij zorgvuldige anamnese aanwijzingen gevonden hoe symptomen een functie hebben, hetzij als afweer, hetzij als overlevingsstrategieën van de patiënt. Meestal heeft dan een combinatie van behandelingsmodaliteiten en integratie van benaderingen de voorkeur. Het komt voor dat de symptomatologie zeer dominant is en als het ware 'een eigen leven is gaan leiden'. Er kan dan een gefaseerd behandelplan worden opgezet, waarbij eerst het meest belemmerende symptoom wordt behandeld, waarna, mits de indicatie blijft, alsnog een behandeling gericht op de persoonlijkheidsstoornis volgt. Dit is een werkwijze die enkele malen gevolgd wordt bij ernstige dwang en/of fobie, die eerst in een kliniek voor gedragstherapie wordt behandeld, waarna behandeling in een kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen geïndiceerd is. Vanzelfsprekend dient hierbij een goede inschatting gemaakt te worden opdat niet in de tweede fase alsnog de positieve effecten van de voorgaande fase weer teniet worden gedaan. Anders gezegd: was het symptoom als zodanig de belemmering voor verdere behandeling, óf betekende de symptomatologie een functionele afweer tegen desintegratie, zoals dwang als afweer van psychose. Een vergelijkbare fasering geldt de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en tevens symptomatologie samenhangend met ernstige traumatisering in het verleden. Vuistregel is de behandeling eerst te richten op het vestigen van een relatie, structureren, begrenzen en symptoombehandeling. Pas daarna kan, afhankelijk van de cognitieve en integratieve capaciteiten van de patiënt, traumabewerking plaatsvinden. Sperry stelt dat naarmate de behandelbaarheid beperkter is, het combineren van modaliteiten en integreren van benaderingen meer aangewezen is.

### Differentiaaldiagnose

Bij het indicatiestellingsonderzoek voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn er enkele moeilijke differentiaaldiagnostische gebieden. Dit klemt temeer, daar verschillende diagnoses tot zeer verschillende therapeutische strategieën kunnen leiden. Vanuit de praktijk worden enkele differentiaaldiagnostische problemen besproken.

*Schizofrenie* – De differentiaaldiagnose tussen schizofrenie en een persoonlijkheidsstoornis is soms moeilijk. Wat wordt opgevat als een persoonlijkheidsstoornis met passief-agressieve en vermijdende kenmerken

kan samenhangen met negatieve symptomatologie bij schizofrenie; soms ten onrechte aangeduid als 'adolescentie- of puberteitsproblematiek'. Er zijn andere symptomen die het bestaan van een psychotische structuur en mogelijk een schizofreen proces kunnen maskeren, zoals ernstige obsessief-compulsieve symptomatologie. Het bizarre van de inhoud, bijkomende problemen in de realiteitstoetsing en een nauwkeurige anamnese kunnen aanleiding zijn de diagnose schizofrenie te stellen. Belangrijk punt is dat de diagnose makkelijk gemist kan worden, indien de onderzoeker niet meermalen meegemaakt heeft hoe een beginnende schizofrenie zich kan ontwikkelen, ook bij jonge (juist!), intelligente en aantrekkelijke mensen met wie het contact goed aan kan voelen. Dit kan worden gecompliceerd indien de onderzoeker dat wat zich voordoet eenzijdig waarneemt en begrijpt vanuit de optiek van een neurotisch conflict. Bij patiënten met een diffuse identiteit en zeer zwakke integratie (psychotische persoonlijkheidsorganisatie) kan het gedrag samenhangen met afweer van desintegratie. Voorbeeld is de sterk vermijdende of zich aanpassende patiënt. Ook kunnen 'neurotische' symptomen, zoals dwang, de functie hebben psychotische desintegratie te voorkomen. Dan helpt geen gedragstherapie maar moet anti-psychotische medicatie overwogen worden. Dat op zich niet-psychotische symptomen en gedrag samen kunnen hangen met psychose en de prodromen kunnen zijn van schizofrenie is een oude klinische ervaring: 'In manchen Fällen drückt sich die eigentliche Krankheit durch allmähliches Versagen der Fähigkeiten und der Arbeitskraft aus; in anderen werden neurasthenische, hysterische oder zwangsneurotische Symptome jahrelang als die Krankheit angesehen und vergeblich behandelt' (Bleuler 1923).

*Dissociatiestoornissen en posttraumatische stressstoornis* – De differentiaaldiagnostiek tussen psychose, posttraumatische stressstoornis, dissociatieve stoornissen en de borderline-persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV) is niet altijd eenvoudig. Er is sprake van comorbiditeit en overlap (Boon en Draaijer 1993). Bij deze stoornissen voorkomende symptomen, zoals derealisatie en herbeleving, zijn vaak moeilijk te onderscheiden van psychose. De waarnemingen (beelden, stemmen) hebben voor de patiënt een sterk realiteitskarakter en voldoen niet aan het criterium: 'alsof-beleving bij pseudo-hallucinatie'. Wat helpt, is het beoordelen van de verschijnselen in het gehele kader en het onderscheid tussen bizar en in de context begrijpelijk. Hallucinatoire waarnemingen in het kader van een traumaherbeleving zijn meestal direct gekoppeld aan de traumatische situatie. Definitief uitsluitel is soms moeilijk te geven. Als belangrijkste differentiaaldiagnosticum voor de dissociatieve identiteitsstoornis wordt door Boon en Draaijer (1996) de amnesie genoemd.

*Stemmingsstoornissen* – Het bestaan van een depressie kan bij indicatie-

stellingsonderzoek voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis gemist worden. De somberheid is soms zo 'invoelbaar', gegeven de levensgeschiedenis. Agitatie en stemmingswisselingen kunnen worden opgevat als inherent aan de borderline-stoornis, terwijl er sprake kan zijn van depressie met agitatie of 'rapid cycling'. Ook kunnen derealisatie, een vlak affect, afgenomen vitaliteit en slaapstoornissen toegeschreven worden aan hetzij de persoonlijkheidsstoornis, hetzij de levensomstandigheden van de patiënt. Is een ontwikkelingsstoornis gepaard gaande met een negatief zelfbeeld vastgesteld, dan sluit dit het bestaan van een medicamenteus te behandelen depressie niet uit. Een chronisch depressief beeld is soms moeilijk te onderscheiden van een persoonlijkheidsstoornis met passief-agressieve kenmerken.

*Ernstige Zelf-pathologie* – Bij vroege ontwikkelingsstoornissen waarbij de ontwikkeling van de regulering van het zelfgevoel ernstig is belemmerd, kunnen achterdocht en een negatief zelfbeeld de differentiaal-diagnose met een psychose moeilijk maken. De beleving slecht, niets waard, te zijn en de wijze waarop dit wordt verwoord kan soms niet te onderscheiden zijn van een waan. Het is de context die uitsluitel moet bieden. In onze ervaring is dat niet altijd mogelijk. Dat is lastig omdat het gaat om de vraag of er sprake is van een zich ontwikkelende schizofrenie dan wel een ernstige ontwikkelingsstoornis van het Zelf. De conclusie kan het verschil uitmaken tussen zeer verschillende behandelingsstrategieën.

Het komt voor dat ernstige Zelf-pathologie verscholen gaat achter redelijk ontwikkelde Ik-functies, zoals sociale intelligentie, hoog schoolingsniveau en verbale vaardigheden. Hierdoor kan een te optimistische kijk op de behandelingsmogelijkheden in de hand worden gewerkt. Het juist bij deze stoornissen vaak voorkomende sterk ontwikkelde vermogen aan te voelen wat in het contact verwacht wordt kan tot gevolg hebben dat in het indicatiestellingsonderzoek juist dat aspect van aanpassing gezien wordt, met als gevolg een te positieve inschatting van de behandelingsmogelijkheden.

#### Betekenis van het contact bij het indicatiestellingsonderzoek

Bij het indicatiestellingsonderzoek is de aard van het contact een belangrijk richtsnoer. Contact is een graadmeter voor de mogelijkheid tot het vestigen van een werkrelatie. Hierin liggen een aantal voetangels en klemmen besloten, die samenhangen met de psychodynamische structuur van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Gedrag is situatieafhankelijk en wordt dus mede door de intakesituatie gegeven. Het maakt veel uit of de onderzoeker het gesprek sterk structureert dan wel ongestructureerd voert. Het kan zinvol zijn de patiënt door verschil-



lende intakers te laten beoordelen of meer dan één gesprek te voeren. Ook het aanbieden van verschillende niveau's van contact aan de patiënt kan verhelderend zijn. Bijvoorbeeld een oriëntatiedag in een kliniek. Op grond van ervaringen mag worden gesteld dat intervisie bij indicatiestellingsonderzoek bij persoonlijkheidsstoornissen aan te bevelen is; ook bij ervaren diagnostici. In de wijze waarop de intaker verslag doet van zijn ervaringen herkennen anderen soms eigenaardigheden, die in het contact zijn opgeroepen en samen kunnen hangen met de pathologie (Voorhoeve en Van Putte 1993). Psychodiagnostisch testonderzoek is een belangrijk hulpmiddel. Het kan bevindingen opleveren die niet naar voren kwamen in het diagnostisch gesprek of die waarnemingen nuanceren. Hieronder worden enkele voorbeelden van kenmerkende contactname besproken.

*De sterk gemotiveerde patiënt* – Deze patiënt klamp zich vast en wil zich overgeven aan de behandeling. Dit met voorbijgaan aan soms vele teleurstellingen met diverse behandelingen in het verleden. Dit kan samenhangen met een psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Psychotische desintegratie wordt afgeweerd door het vastklampen en claimen in contact. Zolang de patiënt erin slaagt de contacten te controleren is er geen probleem. Wordt deze patiënt opgenomen, dan is er een grote kans dat desintegratie optreedt. Ook een te intensieve, op interpretatie van conflict gerichte behandeling kan averechts uitwerken. Een intensievere behandeling betekent in zo'n situatie een desorganiserende traumatische situatie in plaats van de noodzakelijke structurering.

*Autonomie/afhankelijkheid* – Soms worden in de contactname van de patiënt merkwaardige tegenstrijdigheden waargenomen, die de onderzoeker in verwarring kunnen brengen. Naast de vraag om hulp en behandeling (motivatie) zijn er gedragingen en uitlatingen die daarmee in strijd zijn. Bijvoorbeeld: niet antwoorden op vragen, achterdochtige uitlatingen, incidenten waardoor afspraken mislopen, of gewoon zeggen: 'ik wil niet'. Vaak kunnen deze fenomenen begrepen worden als pogingen autonomie te bevestigen en de vrees dat in het contact afhankelijkheid wordt opgeroepen. Het gevolg kan zijn dat de onderzoeker meegaat met de afwerende signalen en vaststelt dat de patiënt onvoldoende gemotiveerd is. Of de onderzoeker wordt verleid de patiënt te overtuigen van diens eveneens geuite vraag om hulp; hij neemt dan de verantwoordelijkheid over. Een interventie kan zijn de tegengestelde signalen vast te stellen met de vraag hoe die te begrijpen, of te zeggen: 'daar- en daaruit begrijp ik dat u hulp wilt, maar tegelijk merk ik dat u ertegen opziet; klopt dat?'

*Misleidende belevingen bij de intaker* – Gewezen is op inschattingsproblemen die kunnen worden opgeroepen bij een patiënt met ernstige Zelf-



pathologie, maar met een goed ontwikkelde presentatie. Ook blijkt in de praktijk dat soms duidelijke aanwijzingen voor schizofrenie in de anamnese worden gemist, wanneer de patiënt sensitief aansluit bij de intaker en daarmee de beleving van een goed contact oproept. Voorbeeld is de uitspraak van een intaker: 'Toen ik de vóórinformatie las, dacht ik te maken te hebben met schizofrenie; in het contact vind ik daarvan echter niets terug'. Dit berust op de vooronderstelling dat schizofrenie zonder meer vervreemding in de contactname zou oproepen. Reeds tijdens het eerste indicatiestellingsonderzoek kunnen misleidende belevingen worden opgeroepen bij de onderzoeker, die samenhangen met vroege afweer, waaronder projectieve identificatie. De patiënt die het contact en de intaker wantrouwend beleeft, kan bij de onderzoeker te grote voorzichtigheid oproepen om dóór te vragen. Het lastige bij projectieve identificatie is dat deze nauw kan aansluiten bij karaktereigenschappen van de onderzoeker, waardoor het oordeelsvermogen wordt beïnvloed.

#### Ambulant, deeltijdklinisch of klinisch?

Variëteiten in de aan te bieden hoeveelheid en intensiteit van behandeling vloeien niet zonder meer voort uit het spectrum: begeleiden, structurerende behandeling, cognitieve gedragstherapie of gemodificeerde psychoanalytische psychotherapie tot psychoanalyse. Ambulant kunnen al deze modificaties worden toegepast. Deeltijdbehandeling kan variëren van structurerend tot psychodynamisch inzichtgevend. Klinische behandeling kent een variatie van crisisopvang, structurering, rehabilitatie en begeleidende woonvormen, maar ook gespecialiseerde intensieve klinisch-psychotherapeutische behandeling. Naast andere parameters is de betekenis van het contact en het prikkelniveau van het behandelaanbod van belang, niet te veel en niet te weinig. Na vaststelling van het aangrijpingspunt, symptoom of structuur, en in welke mate symptoom en/of structuur, ligt de vraag voor welke de adequate variëteit is middels welke de behandeling wordt aangeboden. De setting die wordt aangeboden past bij die keuze. Vaak is een fasering van modaliteiten aangewezen. Derksen en Groen (1994) concluderen in het nawoord van hun handboek, dat dé behandeling voor dé borderline-patiënt niet bestaat. Wel stellen zij vast dat een overeenkomst kan worden waargenomen: alle beschreven afdelingen en behandelvormen kennen structuur, hetzij in de vorm van een sociotherapeutisch raamwerk, hetzij door behandelcontracten. Het motief is steeds: begrenzing en sturing van ondermeer de mate van regressie, het ageren en de afstand/nabijheid in het therapeutisch proces. Sperry (1995) maakt in zijn handleiding de volgende indeling van modaliteiten in het behandelingsaanbod: individuele psychotherapie (psychodynamisch (lang- of kortdurend), cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie), groepspsycho-

therapie, relatietherapie, medicatie, gecombineerde/geïntegreerde behandeling. Vaak is het laatste geïndiceerd; met name naarmate de behandelbaarheid problematischer is.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van ambulante, deeltijdklinische en klinische behandelmogelijkheden. Het uitgangspunt dat bij beperktere mogelijkheden combinatie en integratie is gewenst, wil niet zeggen dat het aanbod ook 'zwaarder', intensiever of 'méér' moet zijn. Ervaring in consultatie en indicatiestellingsonderzoek leert dat vaak minder intensieve behandeling is geïndiceerd dan in aanzet door de consultvrager/verwijzer verondersteld werd. Het gaat om een optimaal aanbod van contact, 'prikkelniveau' en structurering, én een adequate combinatie van modaliteiten.

### Ambulant

*Begeleiding* – Inherent aan de problematiek van veel persoonlijkheidsstoornissen is het veelvuldig voorkomen van 'acting out' en 'drop out'. Mogelijk hangt hiermee samen dat meer omvattende behandeling in praktijk in veel gevallen niet wordt overwogen. Het blijft dan bij crisis-interventie en zo mogelijk sociaal-psychiatrische begeleiding door een psychiatrisch verpleegkundige of maatschappelijk werker. Daardoor worden deze patiënten, voor wie een eventuele intensievere behandeling juist een hoge graad van opleiding en ervaring vereist, niet vanuit die kennis en ervaring behandeld. Deze situatie kan verbeterd worden indien meer expliciet dan nu het geval lijkt te zijn psychiatrische expertise reeds vroeg in het proces wordt aangewend om de indicatie te stellen voor begeleiding of een meer intensieve behandelingsmodaliteit. Indien de keuze begeleiding is, kan dit door een ervaren niet-psychiater worden gedaan. Dan is wel aan te bevelen dit geprotocolleerd te doen superviseren. Dit op grond van de vaak moeilijk te hanteren primitieve afweer en tussentijdse manifestaties, die bijstelling van het beleid, waaronder medicatie of heroverweging van de indicatie, vergen.

*Behandeling* – Veel ambulante behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen is symptoomgericht en kortdurend. Dit betreft zowel gedragstherapeutisch-cognitieve als psychodynamisch georiënteerde focale behandeling. Daarnaast zijn er langerdurende vormen van behandeling. Binnen diverse behandelingsmodaliteiten worden beide benaderingswijzen toegepast.

*Cognitieve therapie* – Bögels en Arntz (1996) spreken van tien à twintig sessies bij de behandeling van een As I-probleem en twee à vier jaar bij As II-problematiek. Zij vermelden dat symptoomgerichte behandeling vaak mogelijk is zonder de persoonlijkheidsstoornis te behandelen. Bijzondere aandacht verdient de dialectische cognitieve gedragstherapie

(Linehan 1993 a en b). Deze vereist een behoorlijke inzet van de patiënt: gedurende een jaar tweeënehalf uur groepspsychotherapie per week plus huiswerk in combinatie met wekelijks individuele therapie. Het contract vervalt indien men meer dan viermaal achtereen verzuimt.

*Psychoanalytische psychotherapie* – Onderscheid kan worden gemaakt tussen kortdurende behandelingen (Pierloot 1986) met een behandelfocus, en langdurige behandeling. Psychoanalytische psychotherapieën kunnen worden toegepast volgens een continuüm van: steungevende psychoanalytische psychotherapie, inzichtgevende psychoanalytische psychotherapie tot en met psychoanalyse (Pierloot en Thiel 1986; De Jonghe 1993). Mogelijkheden patiënten te behandelen vanuit psychoanalytisch kader is uitgebreid met de steungevende psychoanalytische psychotherapie (De Jonghe e.a. 1994; Van der Mast e.a. 1994; Hebrecht 1995). De indicatie voor deze behandeling betreft persoonlijkheidsstoornissen waarbij intensiever contact gecontraïndiceerd is. De setting van deze behandeling bestaat uit een laag frequent contact, eenmaal per week tot eenmaal per enkele maanden, terwijl tussentijdse variatie in frequentie mogelijk is. Een duidelijke structuur wordt geboden. Interventies zijn gericht op steun, structurering en begrenzing. Verheldering is gewenst in concrete, bij de actuele situatie passende termen. De Jonghe en anderen (1994) noemen als belangrijk kenmerk van deze behandeling: 'groeï door ervaring', en niet in de eerste plaats 'groeï door inzicht'. Het vormen van een werkrelatie is hier eerder doel dan middel. De psychoanalytische steungevende psychotherapie is goed te combineren met medicamenteuze behandeling en interventies uit andere kaders. Zo geformuleerd kan men intussen spreken van *geïntegreerde behandeling*.

### Deeltijdbehandeling

Indien een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis is gemotiveerd voor intensievere behandeling, biedt de deeltijdbehandeling grote voordelen. De behandeling kan intensief zijn met een variatie aan modaliteiten, terwijl de sociale context van de patiënt minder wordt aangetast dan bij klinische behandeling. Daarnaast is er de mogelijkheid de hoeveelheid en intensiteit van prikkelaanbod en contact te doseren. De toets met de dagelijkse realiteit vormt een tegenwicht tegen de door de behandelingssetting geprovoceerde regressie.

### Klinisch

Sprekend over 'het wenselijke en het mogelijke' is duidelijk dat indien ambulante behandeling adequaat is, deze de voorkeur heeft boven een

opname. Het is echter te simpel uit te gaan van de gedachte: 'gaat het niet ambulantly, dan moet het maar (deeltijd)klinisch'. Het gaat niet om het 'maximale', maar om het 'optimale'. Voor de klinische behandelingsmodaliteit is een duidelijke en gewogen indicatiestelling vereist.

*Circuit met vangnet* – Een bekende (beruchte) groep betreft patiënten die niet toegankelijk zijn voor een systematische behandeling. Naar aanleiding van incidenten heeft sociaal-psychiatrische interventie plaats en soms een opname. Zo'n opname wordt zo kort mogelijk gehouden omdat langere opnameduur meestal leidt tot toename van ellende door de greep die de patiënt met een borderline-persoonlijkheidsorganisatie op zijn omgeving tracht te krijgen, en het risico van regressie. Het is na opname niet altijd makkelijk deze patiënten weer te ontslaan door meer of minder verholde dreiging van impulsdoorbraken zoals suïcide of doordat de patiënt zich verzet tegen ontslag. Gevolg is na veel 'gedoe' een vergadering van hulpverleners: RIAGG-medewerker, opnamepsychiater, huisarts, maatschappelijk werker, etc., teneinde een strategie te bepalen. Als strategie heeft een 'circuit met vangnet' de voorkeur. Dit houdt in dat de hulpverleners die met de patiënt te maken hebben, eenzelfde, structurerende, lijn trekken. Duidelijk moet zijn wat van de hulpverleners wel en niet verwacht kan worden en in welke situatie zo nodig kortdurende opname plaatsvindt. Dit liefst voordat zaken ernstig uit de hand zijn gelopen en hulpverleners tegen elkaar zijn uitgespeeld. Goede afstemming van attitude, duidelijkheid over mogelijkheden en onmogelijkheden, grenzen aangeven en doseren van contact leveren de benodigde structuur.

*Gespecialiseerde klinische behandelvormen* – Schacht (1996) vermeldt toepassing van cognitieve gedragstherapie in groepsverband, zowel ambulantly als klinisch. Vanuit 'neuroseklieken' is de methodiek ontwikkeld van de kortdurende klinische psychotherapie (KKP). Vanuit diverse referentiekaders, waaronder de cognitieve gedragstherapie en de transactionele analyse, worden focale technieken toegepast met als doel in korte tijd onder hoge druk en met intensief behandelaanbod gewenste verandering teweeg te brengen. Het indicatiegebied betreft personen met een redelijk sterke Ik-structuur, matige introspectieve capaciteiten en hardnekkige belemmerende, persoonsgebonden eigenschappen. Dit betreft veelal cluster C (DSM-IV) persoonlijkheidsstoornissen en patiënten die in een latere levensfase worden geconfronteerd met beperkingen.

In Nederland bestaan een aantal klinische settings voor de gespecialiseerde behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: forensisch-psychiatrische instellingen, klinieken voor verslavingsproblematiek (Schaap 1987) en behandel eenheden voor klinische psychotherapie. Bij de behandeling van de borderline- en psychotische persoonlijkheidsorganisa-

tie is van groot belang dat door de opnamesituatie opgeroepen regressie niet te hoog is, waardoor toename van gedragsontregeling en psychopathologie zou kunnen worden geprovoceerd. Dit betekent dat de organisatie van de setting zo moet zijn, dat de klinische setting is afgestemd op de eigenschappen van de persoonlijkheidsstructuur van de te behandelen doelgroep. Belangrijk is hierbij de systematische hantering van het therapeutisch milieu: de milieutherapie. Binnen deze gespecialiseerde behandelsettings voor persoonlijkheidsstoornissen worden combinaties van behandelingsmodaliteiten en integratie van theoretische kaders toegepast passend bij de te behandelen doelgroep. Een recente ontwikkeling is de toepassing van een integratie van modellen bij de klinisch-therapeutische behandeling van 'low level borderline-stoornissen' (Hummelen 1995). Voorhoeve (1993) geeft een overzicht van drie klinisch-(psycho)therapeutische behandelsettings afgestemd op drie te onderscheiden doelgroepen. Te onderscheiden in de zin van het niveau van cognitieve ontwikkeling en de psychodynamiek van de persoonlijkheidsorganisatie.

*Fasering van modaliteiten* – Door recente organisatorische ontwikkelingen in de GGZ lijkt de mogelijkheid om ambulante, deeltijdklinische en klinische behandeling gefaseerd aan te bieden te worden bevorderd. Het is een uitdaging voor behandelaars van ernstige persoonlijkheidsstoornissen deze mogelijkheden – ondanks de belemmeringen die de nieuwe organisatorische ontwikkelingen ook met zich meebrengen – adequaat te benutten.

### Conclusie

Bij de indicatiestelling voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en de uitvoer van behandeling is voortdurende weging van factoren nodig, die expertise vereist in diverse kennisvelden van de psychiatrie. Noodzakelijk zijn kennis van en ervaring met biologische, psychologisch/psychodynamische en sociaal/interactionele aspecten. In toenemende mate wordt duidelijk, en door onderzoek onderbouwd, hoezeer deze aspecten elk hun aandeel hebben in de psychopathologie en van belang zijn voor adequate behandeling. Dominantie van een van deze benaderingswijzen is niet bevorderlijk voor behandeling 'op maat' van persoonlijkheidsstoornissen. Adequaat is meestal een combinatie van methodieken en integratie van referentiekaders. Hiermee wordt aangeduid wat in de klinische praktijk kan worden verstaan onder psychiatrische psychotherapie.

### Literatuur

American Psychiatric Association (1995), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. International Version, Washington DC.

- Arntz, A. (1994), Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive-behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 419-430.
- Beck, A.T., en A. Freeman e.a. (1990), *Cognitive Therapy of personality disorders*. The Guilford Press, New York.
- Benjamin, L. (1993), *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford Press, New York.
- Bleuler, E. (1923), *Lehrbuch der Psychiatrie*, Vierte Auflage. Julius Springer, Berlin.
- Boon, S., en N. Draijer (1993), The differentiation of patients with MPD or DD NOS from patients with a Cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.
- Boon, S., en N. Draijer (1996), Knelpunten in de differentiële diagnostiek van de dissociatieve identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2, 38, 108-122.
- Bosch, W. van den, T. Egberts, T. Ingenhoven e.a. (1995), Tussen Amsterdam en Seattle: de methode Linehan. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 1096-1103.
- Bögels, S., en A. Arntz (1996), Persoonlijkheidsstoornissen. In: W. Vandereyken, C.A.L. Hoogduin, P.G.M. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie deel 3*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, 242-264.
- Cloninger, C.R., D.M. Svrakic en Th.R. Przybeck (1993), A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Derksen, J.J.L., en H. Groen (1994), *Handboek voor de behandeling van borderlinepatiënten*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Derksen, J.J.L. (1993), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Gedo, J.E. (1993), The Hierarchical Model of Mental Functioning. In: A. Wilson and J. Gedo (red.), *Hierarchical Concepts in Psychoanalysis*. Guilford Press, New York.
- Hebbrecht, M. (1994-1995), Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1994-1995*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, p. 194-206.
- Hummelen, J.W. (1992), Het cognitieve organisatieniveau van de borderlinepatiënt. Implicaties voor de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 18 (2), 59-69.
- Hummelen, J.W. (1995), Een toepassing van het metamodel van Gedo bij de behandeling van borderline patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 343-355.
- Jonghe, F. de (1993), Over het stellen van de indicatie: psychoanalytische therapie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In: Jan Derksen en Roos van der Mast (red.), *Psychoanalytische psychotherapie en persoonlijkheidsstoornissen*. Acco, Amersfoort.
- Jonghe, F. de, S. Kool en P. Reinierse (1994), Bijdrage aan de theorievorming van psychoanalytische steungevende psychotherapie. In: Derksen en Markx (red.), *Steungevende psychotherapie op psychoanalytische basis*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*. Yale Universities Press, New Haven/Londen.
- Kohut, H. (1977), *The restoration of the Self*. International Universities Press, New York.
- Linehan, M.M. (1993a), *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York/Londen.
- Linehan, M.M. (1993b), *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York/Londen.
- Mast, R. van der, J.M.J. Smorenburg en F. de Jonghe (1994), Psychoanalytische steungevende psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 254-264.
- Pierloot, R.A. (1986), Kortdurende psychodynamische therapie. In: R.A. Pierloot en J.H. Thiel (red.), *Psychoanalytische therapieën*. Van Loghum Slaterus, Deventer,

- p.106-134.
- Pierloot, R.A., en J.H. Thiel (1986), *Psychoanalytische therapieën*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Robbins, M. (1989), Primitive personality organization as an inter-personally adaptive modification of cognition and affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 443-459.
- Schaap, G.E. (1987), *De therapeutische gemeenschap voor alcoholisten*. Van Gorcum, Assen.
- Schacht, Herwig (1996), Cognitieve gedragstherapie in groepen. In: T.J.C. Berk, M.P.B. Bolten, E. Gans e.a. (red.), *Handboek groepspsychotherapie*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten, C 5, p. 1-26.
- Sperry, Len (1995), *Handbook of diagnosis and treatment of the DSM-IV personality disorders*. Bruner/Mazel Publishers, New York.
- Stone, M. (1993), *Abnormalities of personality: Within and beyond the realm of treatment*. Norton, New York.
- Sullivan, Harry Stack (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York.
- Vereniging voor Gedragstherapie (1996), *De therapeutische relatie in de gedragstherapie*. Veldhoven, 24 en 25 oktober.
- Voorhoeve, J.N. (1993), Psychotherapeutische behandeling van psychose en borderline in klinische setting. Een overzicht. *Psychoanalytisch Forum*, 11, 73-90.
- Voorhoeve, J.N., en F.C.A. van Putte (1994), 'Parallel Proces' in Supervision when Working with Psychotic Patients. *Group Analysis*, 27, 459-466.

### Summary: The indications and the methods of treatment for personality disorders

This article focuses on the question what the parameters are for the treatment of personality disorders. In other words: what are the considerations in the process of assessment for treatment and which treatment approach is indicated. Developments with regard to the treatment of personality disorders from two therapeutic methods will be described: The cognitive-behavioral therapy and the psychoanalytic psychotherapy. Based on theoretical concepts and clinical experience keymoments in the treatment in which one intervenes on a symptomatologic level or on the level of the structure of the personality are discussed. Some rather difficult differential diagnostic fields in clinical practice are discussed, as well as the meaning of contact during the assessment process. Modalities in the treatment are reviewed. The conclusion of this article is that assessment and treatment of personality disorders requires expertise in biological, psychological/psychodynamic and social/interactional aspects of the pathology. The necessity to combine various methods of treatment and to integrate approaches creates a design for 'psychiatric psychotherapy'.

---

J.N. Voorhoeve, psychiater, is hoofd van de kliniek voor indicatiestellingsonderzoek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen 'De Venne' en opleider psychotherapie. Correspondentieadres: De Venne, PC De Wellen, Postbus 928, 7301 BD Apeldoorn.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-11-1996.