

Focus

De rol en betekenis van farmacotherapie in de therapeutische relatie met patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis

door E. van Meekeren

Samenvatting

Dit artikel beschrijft de betekenis van psychofarmacotherapie in de therapeutische relatie met patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. De conclusie is dat vele interactionele aspecten die bekend zijn uit de psychotherapeutische behandeling ook een rol spelen bij het voorschrijven van medicijnen.

Inleiding

In de vakliteratuur gaat bij de behandeling van patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) veruit de meeste aandacht naar psychotherapeutische aspecten. De laatste jaren wordt farmacotherapie steeds meer gezien als een belangrijk maar tevens complex adjuvans, mede als gevolg van instabiel en onregelmatig gebruik van medicatie door patiënten. De vraag is of psychotherapeutische inzichten van nut zijn bij het bevorderen van de therapietrouw ten aanzien van het gebruik van medicijnen.

Psychofarmacotherapie 'in engere zin'

Het wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van psychofarmaca wordt bemoeilijkt door verscheidene factoren (Paris 1994; Simonsen e.a. 1994). Een aantal van die factoren zijn: heterogeniteit van de stoornis, comorbiditeit, overlap met andere stoornissen, symptoomwisselingen in relatief korte tijd, onduidelijke relatie tussen As I- en As II-fenomenen, therapie(on)trouw van patiënten, hoog percentage uitvallers, hoge placeborespons en gelijktijdig gebruik van verschillende medicamenten. Vooralsnog zijn er over medicamenteuze behandeling meer vragen (wanneer welke medicatie, dosering, onderhouds- versus intermitterende behandeling, responspredictie, polyfarmacotherapie) dan antwoorden (Brinkley 1993). Samengevat (Paris 1994) is bekend dat neuroleptica die met name geïndiceerd zijn bij acute en ernstige

symptomatologie, een non-specifiek, breed en middelmatig effect hebben. Antidepressiva en stemmingsstabilisatoren tonen wisselend effect, en benzodiazepines worden ontraden in verband met het gevaar van misbruik, verslaving en paradoxale reacties. Er is nauwelijks een indicatie voor onderhoudsbehandeling (Dulz 1994).

Uitvoering

Bij toepassing van farmacotherapie moet men zich afvragen of de verantwoordelijkheid daarvoor gescheiden moet worden van die van de psychotherapie. Hieraan zijn voordelen en nadelen verbonden (Brinkley 1993; Waldinger en Frank 1989b). Mogelijke voordelen van het scheiden van beide therapeutische middelen zijn onder andere: het verhogen van de kwaliteit van zorg door specialisatie, het vermijden dat de aandacht overmatig wordt gericht op medicatie (als afweer), en het voort kunnen zetten van de behandeling bij afwezigheid van een van de behandelaars. Nadelen kunnen zijn: een grotere kans op splitsen, waarbij één behandelaspect wordt geïdealiseerd respectievelijk gedevalueerd, hogere kosten omdat meer overleg nodig is, de noodzaak van vertrouwen tussen de behandelaars en het 'zitten op één lijn' van de behandelaars.

Een ander punt is de continuïteit. Patiënten zijn gekenmerkt door instabiliteit, waaronder de neiging tot wisselen van behandelaar. De behandelsetting dient daarom zo veel mogelijk stabiliteit en continuïteit te bieden. Wisseling van arts-assistenten kan een groot probleem vormen.

Kenmerkende aspecten in de therapeutische relatie

Aspecten die aan de orde zijn in een psychotherapeutische behandeling bij patiënten met BPS, zullen ook een rol spelen in de arts-patiëntrelatie als het gaat om medicatie. Enkele voorbeelden van factoren die het medicatiebeleid kunnen beïnvloeden zijn: idealisering en kleinering, verlatingsangst, leegte en affectlabiliteit, impulsiviteit, en zelfdestructief en suïcidaal gedrag. Dit vraagt om enige toelichting.

Bij de toepassing van medicamenten moet men erop bedacht zijn dat medicijnen wisselend geïdealiseerd en gedevalueerd kunnen worden. In ruimere zin geldt dit ook voor de subjectieve beleving van het nut van respectievelijk psychofarmacotherapie en psychotherapie. Uit angst voor verlaten kunnen symptomen worden 'gebruikt' als een mogelijkheid om contact te houden met de behandelaar. Verlatingsangst kan zo een 'reden' vormen voor relativering van medicatie-effecten en voor symptoomverschuivingen. Achter klagend, claimend en zeurend gedrag, maar ook achter heftige woede en suïcidaliteit gaat vaak angst voor verlaten schuil (Tervoort 1990). Deze angst - 'hij wil me kwijt' - kan geluxeerd worden door een voorstel om medicatie te starten of te verminderen.

De patiënt krijgt dan de gedachte dat er wellicht gestopt wordt met een deel van de behandeling respectievelijk de psychotherapie of de medicamenteuze therapie (Waldinger en Frank 1989a). Bij leegte en affectlabiliteit kunnen medicijnen reactief gebruikt worden om maar 'iets te voelen' of juist om sterke gevoelens te dempen. Voorbeelden van impulsiviteit, zelfdestructief en suïcidaal gedrag zijn het zonder overleg plotseling stoppen mét of het in één keer innemen van te veel medicijnen. Het zich niet houden aan medicatievoorschriften is overigens niet voorbehouden aan patiënten met BPS, noch aan psychiatrische patiënten in het algemeen. Patiënten bij wie het zeer gevaarlijk lijkt om medicijnen voor te schrijven in verband met suïcidaliteit of impulsiviteit, hebben deze juist het hardst nodig (Waldinger en Frank 1989b).

Van een behandelaar die langer dan kortdurend, zoals in crisissituaties, medicamenteus gaat behandelen, wordt meer gevraagd dan rekening te houden met bovengenoemde fenomenen. Patiënten met BPS kunnen op verschillende deelaspecten op uiteenlopende adaptieve niveaus functioneren, vaak ook nog wisselend in de tijd. Deze problematiek kan men bekijken met behulp van het ontwikkelingsprofiel van Abraham (1997). Hij beschrijft niet alleen gedetailleerd wat verstaan moet worden onder de genoemde thema's, zoals rijpheid, rivaliteit, symbiose en fragmentatie, maar ook de daarbij horende therapeutische interventies. In het kader van dit artikel worden hier, interpreterend, enkele voorbeelden genoemd. Een patiënt met narcistische trekken kan medicatie als 'een afgang' zien, in strijd met de beleving van een 'grandioos zelf'. De fallisch-narcistische patiënt is met zijn onzekerheid over zijn mannelijkheid wellicht bang voor een aanslag op zijn potentie ('chemische castratie'). De achtergronden van zelfdestructief gedrag zijn uiteenlopend: als zelfbestrafing, interactioneel of als afweer van desintegratie. Verschillende interventies zijn dan nodig. Verlatingsangst kan zich op het niveau van symbiose of fragmentatie afspelen, waarbij fragmentatie om concrete en onmiddellijke actie van de dokter vraagt.

Aanbevelingen en tips

Geef informatie

Conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst moet informatie verstrekt worden over de indicaties, de werking, de te verwachten effecten, de bijwerkingen en het belang van therapietrouw.

Afhankelijk van de fase waarin de therapie zich bevindt, en de mate waarin een goede werkrelatie tussen de behandelaar en de patiënt tot stand is gebracht, kunnen eerdergenoemde aspecten van de therapeutische relatie worden besproken. Timing en intonatie zijn hierbij van groot belang. Overweeg om sommige reacties te 'voorspellen': 'U zult mijn medicatievoorschriften afwisselend waarderen en waardeloos vinden'; 'U zult de neiging hebben impulsief te stoppen'.

Wees standvastig, niet halsstarrig

Maak afspraken over wat medisch verantwoord is en over de frequentie en de duur van de contacten. Dawson en MacMillan (1993) raden aan om van tevoren een contract af te sluiten over wat te doen en wat niet, en in welke omstandigheden. Met name in het begin zijn clementie en begrip voor de kenmerken van de stoornis, zoals impulsiviteit, autonomiebehoefte en splitsen, op hun plaats. U kunt uw standpunten helder uiteenzetten en deze vervolgens flexibel hanteren. Tolereer dat binnen verantwoorde medische grenzen instabiel medicatiegebruik aan het begin van de behandeling onvermijdelijk is. Dit is bijvoorbeeld als volgt te verwoorden: 'Wij hebben een probleem. Ik wil graag rekening houden met uw standpunt, en uw vertrouwen winnen, maar ik wil ook niet afwijken van wat wetenschappelijk verantwoord is...'

Houd rekening met de autonomiebehoefte

Patiënten met BPS voelen zich snel op de huid gezeten en hebben vaak een grote behoefte aan autonomie. Dit kan meestal in het licht worden gezien van een verleden met schendingen van de autonomie. Voorbeelden hiervan zijn fysieke mishandeling of seksueel misbruik. Deze autonomiebehoefte bestaat vooral aan het begin van de behandeling en is sterk merkbaar. Het veelvuldig willen veranderen van de relatie kan worden verklaard door angst. Als de relatie losser wordt, ontstaat verlatingsangst; als deze vaster wordt, ontstaat de angst gedomineerd te worden (America en Teer 1994). Door veelvuldig over medicatie te (blijven) praten, kunnen moeilijke onderwerpen worden vermeden. Hardnekkige pogingen om als behandelaar volledige regie te krijgen hebben vaak een averechts effect. De patiënt kan zijn toevlucht nemen tot een overdosis of gaat elders 'shoppen'. Dulz (1994) citeert diverse auteurs die een 'collegiale' in plaats van autoritaire houding aanraden. Bij elke nieuwe behandelmodaliteit adviseren zij een intensieve voorbereiding. Een suggestie is om te praten in de sfeer van mogelijkheden en in termen van voor- en nadelen.

Indien een patiënt veel praat over medicatie, is het goed te bedenken dat deze afweer voor hem soms verstandig is, een overlevingsstrategie betreft. Patiënten kunnen vanuit diverse motieven de regie over hun medicamenten willen. Sommigen sparen hun medicijnen om 'iets' achter de hand te hebben of om 'even van de wereld te zijn'. Anderen hebben daarmee het gevoel de mogelijkheid te hebben om op een zachtere of 'acceptabelere' manier suicide te kunnen plegen. De ervaring van de auteur is dat dit gevoel juist het uitstellen ervan bevordert. Een beperking in kwantiteit bij het voorschrijven van medicijnen is altijd adequaat. Het willen voorkomen van sparen op basis van (te) strikte beperking is een illusie.

Leer overdrachtsfenomenen herkennen

De meeste beginnende relaties van patiënten met BPS worden gekenmerkt door onrust, uittesten en ambivalentie. Dit kunnen we ook zien in de arts-patiëntrelatie en in de 'relatie' met een nieuw medicament (Brinkley 1993). Het is vaak moeilijk in te schatten of de patiënt alleen maar geïnformeerd wil worden of wil dat de dokter een beslissing neemt. Door de instabiele overdrachtssituatie gepaard gaande met stemmingswisselingen kan deze vraag sterk fluctueren. Door deze wisselende overdrachtsfenomenen wordt van de behandelaar soms gevraagd in het verloop van de tijd verschillende posities in te nemen, variërend van directief, grenzen stellend, adviserend tot 'onderliggend' of afwachtend. Het is belangrijk de betekenis die (verandering van) medicatie voor de patiënt heeft, te exploreren.

Leer tegenoverdrachtsfenomenen herkennen

Door de aard van de stoornis zijn intense reacties bij elke vorm van contact met patiënten met BPS onvermijdelijk en is kennis daarvan noodzakelijk (Gabbard en Wilkinson 1994). Accepteert u dat patiënten niet (zomaar) doen wat u zegt? Raakt u geïrriteerd van een patiënt die telkens wat anders wil? Voelt u triomf als u uiteindelijk gelijk krijgt?

De twee belangrijkste gevaren in het kader van dit artikel zijn: het voorschrijven van medicijnen zonder dat er een duidelijke indicatie is en het niet voorschrijven ervan terwijl er wel een indicatie is (Brinkley 1993). Het voorschrijven van medicijnen zonder een duidelijke indicatie kan gebeuren uit frustratie en machteloosheidsgevoelens (America en Teer 1994). Als reden wordt aangegeven dat de behandelaar pessimistisch is over de psychotherapeutische mogelijkheden (Waldinger en Frank 1989a) of dat de patiënt dit 'opeist'. Het niet voorschrijven van medicijnen terwijl er wel een indicatie is, kan voortkomen uit angst voor misbruik of suïcide en een overwaarding van het belang van psychotherapie.

Schrijf medicatie veilig voor

Beschouw de verhouding hoofdwerking, bijwerkingen en gevaar bij overdosering. Schrijf eventueel weekrecepten. Apothekers zijn in het algemeen bereid mee te werken, bijvoorbeeld door een maandrecept per week (in een weekbox) te verstrekken. Telefonisch overleg is dan wel noodzakelijk. Soms is het nodig met bepaalde medicamenten te wachten tot er een goede werkrelatie is tussen arts en patiënt.

Overweeg een kortdurende hospitalisatie

Het is raadzaam bij ernstige symptomatologie of risico's gerelateerd aan het medicament de patiënt kortdurend op te nemen (Linehan 1993). Wel moeten dan strakke afspraken worden gemaakt en dienen de am-

bulante therapeutische activiteiten gecontinueerd te worden (De Bie en Gitsels 1994).

Conclusie

Psychofarmacotherapie bij patiënten met BPS is een veel complexere aangelegenheid dan zich op het eerste gezicht laat aanzien. Het is noodzakelijk kennis te hebben van psychodynamische aspecten en de betekenis hiervan voor mogelijke interacties tussen arts en patiënt. Het is ten slotte belangrijk na te denken over de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt. Moeten de verantwoordelijkheden van psychotherapie en farmacotherapie gescheiden worden? Beide opties hebben voor- en nadelen en worden mede bepaald door de samenwerkingsmogelijkheden, de beschikbaarheid van deskundige behandelaars en wellicht vooral door de voorkeur van de hoofdbehandelaar. Het is de ervaring van de auteur dat patiënten met BPS over het algemeen goed in staat zijn zich aan de voorschriften te houden, mits er een goede werrelatie is. De auteur houdt bij voorkeur psychotherapeutische en farmacotherapeutische interventies in één hand.

De auteur dankt prof. dr. R.E. Abraham, prof. dr. H.G.M. Rooijmans en dhr. H. Rijns voor hun waardevolle bijdragen.

Literatuur

- Abraham, R.E. (1997), *Het ontwikkelingsprofiel; een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Van Gorcum, Assen.
- America, H.P., en W. Teer (1994), Verwarrend hechtingsgedrag bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen: een netwerkbenadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 427-439.
- Bie, A.J.H.T. de, en R.T. Gitsels (1994), De behandeling van de borderlinepatiënt op een crisisunit. In: J.J.L. Derksen en H. Groen (red.), *Handboek voor de behandeling van borderlinepatiënten*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Brinkley, J.R. (1993), Pharmacotherapy of borderline states. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 4, 853-884.
- Dawson, D., en H.L. MacMillan (1993), *Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment*. Brunner/Mazel Inc., New York.
- Dulz, B. (1994), Farmakotherapie bei Borderlinestörungen. *Nervenarzt*, 65, 755-761.
- Gabbard, G.O., en S.M. Wilkinson (1994), *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Press Inc., Washington DC.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press, New York.
- Paris, J. (1994), *Borderline personality disorder. A multidimensional approach*. American Psychiatric Press Inc., Washington DC.
- Simonsen, E., R. Rosenberg en M. Birket-Smith (1994), Proceedings of the Scandinavian symposium on borderline conditions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 379, 89.
- Tervoort, M.G.A. (1990), Ambulante individuele psychotherapie bij cliënten met bor-

De rol en betekenis van farmacotherapie in de therapeutische relatie met patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis

derline problematiek: houding en gedrag van een psychotherapeut. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen*, 16, 201-240.

Waldinger, R.J., en A.F. Frank (1989), Transference and the vicissitudes of medication use by borderline patients. *Psychiatry*, 52, 416-427.

Waldinger, R.J., en A.F. Frank (1989), Clinicians' experiences in combining medication and psychotherapy in the treatment of borderline patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 712-718.

Summary: The position of psychopharmacotherapy in the therapeutic relation with patients with a borderline personality disorder

This article describes the position of psychopharmacotherapy in the therapeutic relation with patients with a borderline personality disorder. Many of the interpersonal aspects known in psychotherapeutic situations are recognized while describing medication.

E. van Meekeren is als psychiater verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest. Correspondentieadres: PZ Endegeest, Postbus 1250, 2340 BG Oegstgeest.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-6-1997.