

'Ik haat van jou'; epistemisch wantrouwen bij mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis

A.J.A. Kaasenbrood, M. Steendam, E. van Meekeren, S. Knapen, I.M. de With-Heeling, G. Free, C. Jansen-Loffeld, B. van Luijn, N. van Bunningen

- Achtergrond** In de diagnostiek en behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is de laatste decennia aanzienlijke winst geboekt. Die winst geldt voor de grote groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, maar helaas minder voor hen die ook voldoen aan de criteria voor een ernstige psychiatrische aandoening (EPA-PS).
- Doel** Beschrijven van de relatie tussen huidige paradigma's over persoonlijkheidsstoornissen en de praktijk van behandeling van patiënten met EPA-PS en onderzoeken wat de toegevoegde waarde kan zijn van een recent ontwikkeld paradigma, namelijk epistemisch vertrouwen en wantrouwen.
- Methode** Als podium EPA-PS van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen organiseerden wij een literatuurstudie, een invitational conference en consensusbesprekingen om te komen tot een analyse van de problemen in de behandeling van patiënten met EPA-PS en suggesties voor de praktijk.
- Resultaten** Het paradigma epistemisch vertrouwen en wantrouwen heeft toegevoegde waarde en maakt helder hoe leren van behandeling verloopt voor patiënten met EPA-PS. Dat wordt uitgewerkt in praktische suggesties voor vijf contexten.
- Conclusie** Het paradigma epistemisch vertrouwen en wantrouwen biedt een veelbelovend kader om te komen tot verbeteringen van de huidige moeizame behandelpraktijk van patiënten met EPA-PS.

Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) staan het laatste decennium uitgebreid in de aandacht. De EPA-populatie heeft een geschatte omvang van 210.000 (Delespaul e.a. 2013). Kenmerkend voor patiënten met EPA is dat ze op allerlei terreinen van het leven kunnen vastlopen: zo is er vaak sprake van een scala aan psychische en lichamelijke problemen, lukt het hun zelden om aan het werk te komen en te blijven, hebben ze veelal een ongezonde leefstijl, gebruiken ze vaak verdovende middelen, hebben ze moeite om hun financiële zaken te regelen en is het aangaan en onderhouden van sociale relaties een groot probleem. De context van deze EPA-groep kenmerkt zich door veelvuldige en langdurige betrokkenheid van een breed spectrum aan professionals, zoals huisartsen, specialistische ggz, sociale wijkteams, maatschappelijk werkers, budgetbeheerders,

jobcoaches en ingeval van overlast of wetsovertreding ook politie en justitie (Delespaul e.a. 2013). Overigens hoeft EPA niet 'levenslang' te zijn. Patiënten kunnen een periode van hun leven aan de criteria voldoen en door herstel weer afscheid nemen van de groep. Aanvankelijk werd ervan uitgegaan dat de EPA-groep voornamelijk bestond uit patiënten met een psychotische stoornis. Echter, drie op de tien patiënten met EPA voldoen ook aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis (Delespaul e.a. 2013). We duiden deze groep verder aan met EPA-PS. Het Podium EPA-PS van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen – bestaande uit de auteurs – besteedde in eerdere publicaties al aandacht aan deze groep om een aanzet te geven tot een adequatere bejegening en behandeling (Steendam e.a. 2013; Van Meekeren e.a. 2015). Dit mede omdat de recente

AUTEURS

Ad Kaasenbrood, psychiater/psychotherapeut in ZZP-praktijk, Utrecht.

Martin Steendam, klinisch psycholoog/psychotherapeut en programmamanager suicidepreventie, Lentis, Groningen.

Erwin van Meekeren, psychiater, BuurtzorgT.

Saskia Knapen, psychiater/MBT-therapeut, AMBIT Altrecht Zeist, inhoudelijk leidinggevende zorgseenheid Persoonlijkeidstoornissen, Altrecht.

Irene de With-Heeling, verpleegkundig specialist ggz, ZuidOostZorg en van Andel Ouderenpsychiatrie, onderdeel van GGZ Friesland.

Gieke Free, verpleegkundig specialist GGZ, AMBIT Persoonlijkeidstoornissen van Altrecht.

Cora Jansen-Loffeld, psychiater, Psychiatrische polikliniek regio Dalarna, Zweden.

Bert van Luijn, klinisch psycholoog-systeemtherapeut, GGNet.

Nina van Bunningen, pedagoog, beleidsmedewerker, Kenniscentrum Persoonlijkeidstoornissen.

Correspondentie

Ad Kaasenbrood (akaasenbrood@hotmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(11):816-821

vorderingen in de diagnostiek en behandeling van de grote groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (AKWA GGZ 2017) slechts zeer ten dele opgaan voor de patiënten met EPA-PS.

Patiënten met een PS willen meestal wat de gemiddelde burger ook wil, namelijk: werk of zinvolle dagbesteding, een huis om te wonen, een partner om mee samen te leven, en wellicht kinderen om voor te zorgen. Is dat voor patiënten met een minder ernstige PS met enige moeite nog haalbaar, dat geldt niet voor patiënten met EPA-PS. (Wij schrijven 'minder ernstige' aangezien 'mild' geassocieerd wordt met 'weinig last ervaren'. Naar onze mening heeft de grote meerderheid van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis daar veel last van.) Niet alleen kunnen zijn, heftige stemmingsschommelingen, impulsiviteit, het ontwijken van problemen of het verzanden in details, automutilatie, suïcidepogingen en frequente crises inclusief de relationele problemen die van al deze heftige emoties het gevolg zijn, bepalen het dagelijks leven zodanig dat het halen van deze doelen niet mogelijk is. Hoe hard ze het ook steeds weer proberen, patiënten met EPA-PS raken meestal in een sociaal isolement, wat gevoelens van somberheid en suïcidaliteit aanwakkert en versterkt.

Om de problemen van patiënten met een PS te begrijpen en te behandelen maken onderzoekers en hulpverleners gebruik van paradigma's. In de literatuur worden meerdere indelingen hiervan gegeven (Wiggins 2003; Lenzenweger & Clarkin 2005; Mulay e.a. 2018; Meehan e.a. 2018). In deze indelingen komen paradigma's die voornamelijk theoretisch en wetenschappelijk van belang zijn voor naast paradigma's die ook voor de directe

diagnostiek en behandeling in de dagelijkse praktijk van belang zijn.

Paradigma's zijn bepalend voor de manier waarop we naar patiënten met een PS en hun context kijken, de wijze waarop we hen bejegenen, behandeldoelen kiezen en behandelingen uitvoeren.

In dit artikel noemen we drie recente paradigma's die voor de diagnostische en therapeutische praktijk voor patiënten met PS van belang zijn: het categoriale, het relationele en het *attachment*paradigma. We duiden deze drie aan als klassieke paradigma's. Na verkenning van de huidige 'stugge' behandelpraktijk die in het verlengde van deze klassieke paradigma's ligt, komen we uit bij het meest recente en momenteel meest belovende paradigma: epistemisch vertrouwen en wantrouwen. Gegeven de problemen die er zijn in de behandeling van patiënten met EPA-PS, komen we tot de volgende vraag voor dit artikel: Aan welke voorwaarden moet de behandeling van patiënten met EPA-PS voldoen om deze zo kansrijk mogelijk te maken en hoe kan het paradigma epistemisch vertrouwen daarbij helpen?

Wij hebben ons ter beantwoording van deze vraag laten leiden door uitkomsten uit literatuurstudie, een voor de beantwoording van deze vraag georganiseerde *invitation conference* en consensusediscussies onderling om de uitkomsten te analyseren en interpreteren.

Klassieke paradigma's

Een PS ontstaat als gevolg van een interactie tussen het temperament waarmee iemand wordt geboren en hoe de omgeving vervolgens met dit temperament omgaat in de vorm bijvoorbeeld van een problematische socia-

lisatie. Bij dat laatste kunnen met name *adversive childhood experiences* (ACE), zoals mishandeling, misbruik, verwaarlozing en pesten, ertoe leiden dat er problemen ontstaan in het vertrouwen in anderen (Raposo e.a. 2014). Dit kan uiteindelijk leiden tot een onevenwichtige ontwikkeling en als dat allemaal maar ernstig genoeg is, tot een persoonlijkheidsstoornis.

Er worden meerdere persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, elk met specifieke kenmerken en gedragingen. In deze beschrijving is het categoriale paradigma te herkennen (zoals tot op heden gebruikt wordt in de DSM-5). Dit paradigma is nog actueel, al zijn veel behandelaars van patiënten met een PS er in de praktijk toe overgegaan om persoonlijkheidsproblematiek te begrijpen in relationele termen (interpersoonlijk paradigma). In die visie zijn patiënten met een PS interpersoonlijk kwetsbaar (Gundersons & Links 2014) en beschrijven de criteria van een specifieke stoornis hoe die kwetsbaarheid zich bij deze ene patiënt toont. De laatste jaren komen hechtingsproblemen als verklarend paradigma in beeld (attachmentparadigma; Nicolai 2001). Nicolai verbindt attachment en het vermogen om te reflecteren en mentaliseren oorzakelijk aan elkaar. Zonder veilige attachment een slecht of matig vermogen tot mentaliseren. En een slecht of matig vermogen tot mentaliseren is volgens Nicolai kenmerkend voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Stugge praktijk

Onderliggende gedachte bij de huidige therapievormen is dat behandeling gaat herstellen wat eerder tijdens het opgroeien beschadigd of niet goed ontwikkeld werd. De verwachting is dat patiënten na verwerking van trauma's en met alsnog aangeleerde vaardigheden hun leven weer beter kunnen vormgeven: werk wordt weer een optie, relaties aangaan en onderhouden is opnieuw mogelijk, conflicten thuis worden tot normale proporties teruggebracht, de betrokkenheid van politie en justitie neemt af en schuldhulpverlening is niet langer nodig. In de praktijk blijkt deze verwachting van beterschap meer hoop te zijn dan realiteit, en als zodanig vaak ijdel (Zanarini e.a. 2018). Daar zijn verschillende verklaringen voor aan te voeren. We noemen er drie: de eerste twee verklaringen gelden voor mensen met een PS in het algemeen, de derde verklaring is met name bij mensen met EPA-PS aan de orde.

Transferprobleem. De huidige evidence-based behandelingen voor patiënten met een PS zijn in belangrijke mate op het individu gericht. Met als gevolg dat de omgeving onveranderd blijft, omdat die niet actief bij de behandeling betrokken wordt, laat staan daaraan heeft deelgenomen. Bovendien generaliseert datgene wat geleerd is in de therapie maar beperkt naar de eigen omgeving. Het risico is dat de patiënt in interactie met deze onveranderde context gemakkelijk terugvalt in het oude gedrag waarvoor nu juist behandeling werd gestart. Dit wordt het transferprobleem genoemd.

Beperkte focus. Een behandeling richt zich met name op

afname van symptomen en veel minder op het verbeteren van relaties, het krijgen van werk en het vinden van een passende vrijetijdsomgeving. De functionaliteit en de kwaliteit van leven blijven – zo is de laatste tien jaar in verschillende onderzoeken aangetoond (Zanarini e.a. 2018) – aanzienlijk achter bij het verbeteren van de klinische toestand.

Discontinuïteit in behandeling. Naast het transferprobleem en de beperkte focus in de behandeling is behandel-discontinuïteit specifiek voor patiënten met EPA-PS een derde verklaring voor de matige effectiviteit van behandeling. Uitval uit behandeling en breuken in de behandelrelatie zijn bij deze groep patiënten meer regel dan uitzondering. Dat hangt niet zozeer samen met type of ernst van de symptomen, maar meer met de verstoring van hechtingsrelaties en het daarmee samenhangende ontregelde gedrag als gevolg. Deze hechtingsproblemen doen zich niet alleen thuis voor, maar ook in de therapeutische context.

Voor hulpverleners is het niet gemakkelijk om met professionele distantie te reageren op gedrag passend bij onveilige, vooral gedesorganiseerde hechting. Zeker als deze gedragsstijlen qua ernst en heftigheid het niveau hebben zoals bij patiënten met EPA-PS. Gestructureerd en met warme betrokkenheid uitvoeren van (geprotocolleerde) behandelingen wordt bemoeilijkt door intermitterende crises, vormen van zelfbeschadiging, automutilatie, ontwijken, vijandigheid et cetera. Hulpverleners lopen het risico uit hun professionele rol te vallen (Betan e.a. 2005), zich uitend in abrupte beëindiging van hulpverlening (bijvoorbeeld omdat 'de patiënt niet gemotiveerd is'), in polyfarmacie als verlegenheidsmedicatie, in het vermanend aanspreken van patiënten op bij de stoornis passende gedragingen (denk aan impulsief gedrag) of in het doorverwijzen van patiënten als de spreekwoordelijk hete aardappel.

Door deze verstoringen van en breuken in therapeutische relaties hebben patiënten met EPA-PS weliswaar soms jaren behandeling gevolgd, maar zelden werd deze voldoende lang en intensief uitgevoerd om duurzaam effect te hebben op de symptomen, laat staan op het herstel van functioneren in de praktijk. Discontinuïteit (breuken) in de behandeling van patiënten met EPA-PS draagt zo naast het genoemde transferprobleem (het toepassen van het geleerde) en de beperkte behandel-focus (symptomatisch herstel) bij aan de beperkte effectiviteit van behandelingen.

Epistemisch wantrouwen als paradigma

Hoe kunnen we deze stugge praktijk het beste begrijpen? Een eerste verklaring is om deze praktijk te accepteren als eigen aan de complexiteit en hardnekkigheid van de problematiek. En dus accepteren dat de kansen op behandel-succes klein zijn. Een tweede, aanvullende verklaring is ervan uit te gaan dat de huidige behandeling in de kinderschoenen staat. We moeten dus stug doorgaan met zoeken naar betere en succesvollere behandelvormen, die patiënten met minder uitval kun-

nen volgen en die ze met meer resultaat voor de praktijk kunnen afsluiten. De twee verklaringen (accepteren en ontwikkelen) sluiten aan bij de huidige wijze van denken en handelen, zijn zeker van betekenis, maar analyseren onvoldoende waarom de vigerende aanpak een forse uitval heeft en slechts beperkte successen oplevert.

In deze visie houdt men onvoldoende rekening met wat epistemisch wantrouwen wordt genoemd. Wie, zoals de meeste patiënten met EPA-PS, opgroeit in een onveilige omgeving, heeft vaak geleerd dat je in zo'n omgeving beter kan overleven als je je afsluit voor anderen en hen niet vertrouwt. Binnen de context waarin deze onveilige hechtingsstijlen ontstaan is het vaak de enige strategie om overeind te blijven. Deze onveilige hechting gaat dan vaak gepaard met lagere niveaus van mentaliseren, grotere agressiviteit en hogere gevoeligheid voor dreiging (Fonagy & Allison 2014; Fonagy e.a. 2015). Maar waar wantrouwen aanvankelijk hielp om te overleven, is het later niet nuttig meer en maakt het mensen existentieel eenzaam en rigide.

'Epistemisch' slaat op wantrouwen in 'onzichtbare' en moeilijk te toetsen, vaak sociale en culturele informatie. Het vertrouwen dat deze informatie betrouwbaar is en generaliseerbaar en van toepassing op het zelf. Bij patiënten met EPA-PS is dit vertrouwen op hun omgeving vrijwel volledig afwezig en ze durven daarom niets meer van die omgeving 'aan te nemen'. Zij kunnen daarom moeilijk sociaal leren, wat leidt tot rigiditeit. Tot die context behoort ook de therapeut.

Door epistemisch wantrouwen ontstaan er verstoringen in de behandelrelatie. Deze verstoringen komen aan de oppervlakte in de vorm van beschuldigen aan het adres van de therapeut, diskwalificeren van de behandeling, niet komen opdagen, zwijgen, boos bellen tijdens avonden, et cetera. Dit kan vervolgens bijdragen aan inadequate, tegenoverdrachtelijke responsen van de behandelaar. Door de heftigheid van de reactie van de patiënt met EPA-PS doet de behandelaar niet wat wijs zou zijn, namelijk containen van het affect en het later in de behandeling terugbrengen als materiaal voor reflectie. De therapeut neigt ertoe zich te gaan verdedigen, te verontschuldigen, de samenwerking op te zeggen, zelfs in de tegenaanval te gaan en/of moedeloos te worden. Epistemisch wantrouwen wordt vooral getriggerd in relaties waarin het gehechtheidssysteem geactiveerd wordt, zoals in hulpverleningsrelaties. Vanuit wantrouwen ontstaan disadaptieve interacties tussen patiënt en hulpverlener. De inadequate responsen van behandelaars bekrachtigen – ongewild – het epistemisch wantrouwen, omdat patiënten ze ervaren als traumatiserende herhalingen: ACE in de spreekkamer.

De patiënt oscilleert tussen de wens tot verbetering en beginnend vertrouwen enerzijds en verstoringen in de relatie en geschonden vertrouwen anderzijds. De trefzekere uitdrukking die de patiënte van een van de auteurs gebruikt 'Ik haat van jou', omschrijft pregnant deze ambivalentie. Epistemisch wantrouwen verheldert waarom patiënten moeizaam iets van de therapeut

aannemen en leren: ze vertrouwen het aangereikte 'lesmateriaal' en de 'docent' niet. Als we epistemisch wantrouwen als vierde paradigma aan de voorgaande drie toevoegen, dan doen we dat dus niet zonder de vaststelling dat deze vierde in feite een verdere uitwerking is van de derde.

Epistemisch vertrouwen in de behandelcontext

Voor de dagelijkse praktijk is een visie die de houding ten opzichte van patiënten en hun problematiek bepaalt, van groot belang. Een visie of paradigma waarin epistemisch wantrouwen centraal staat, heeft gevolgen voor de behandeling van patiënten met EPA-PS. 'Context' is hierin het sleutelwoord en het antwoord op de vraagstelling van dit artikel. We illustreren dat hierna met vijf voor een patiënt relevante omgevingen.

Context

De persoonlijke context – waaronder naastbetrokkenen, maar ook 'de buurt' – heeft meestal last van het destructief gedrag dat zich naar buiten (agressie) of binnen (zoals suicidaliteit) keert. Daarmee trekken mensen met EPA-PS een wissel op de familie en andere naastbetrokkenen, maar ook op andere vormen van hulp en maatschappelijk aanbod (denk aan bijvoorbeeld de politie). Het aan tafel krijgen van deze partijen maakt dat niet alleen zichtbaar, maar geeft tevens gelegenheid om die context te steunen in de omgang met de patiënt, het evenwicht tussen die betrokkenen in het dagelijks leven te herstellen en te beschermen tegen eventuele toxische interacties.

Het betrekken van de externe context bij de behandeling is dus niet cosmetisch in de zin van een politiek correcte actie. Het betrekken van familie, vrienden, collega's, maar ook – indien van toepassing – huisarts, bedrijfsarts, reclassering, wijkagent, voogd, jeugdzorg, et cetera bij de behandeling zorgt ervoor dat het behandelresultaat ook standhoudt nadat de behandeling is afgerond, doordat het netwerk is versterkt (Baars & Van Meekeren 2013).

Behandelteam

In het behandelmilieu als context staat het behandelteam centraal. Verpleegkundigen vervullen in het faciliteren en bewaken van het behandelmilieu een spilfunctie. Met name in de dagelijkse interacties kan wantrouwen zichtbaar worden, en kan men, positief geformuleerd, oefenen in het leren vertrouwen en weer durven leren. Bij patiënten met EPA-PS vraagt het opbouwen van een relatie soms een pragmatische aanpak. Als het gas bijvoorbeeld wordt afgesloten en het huis koud is, kan de patiënt het gevoel krijgen gefaald te hebben. Vervolgens komen wellicht woede, wantrouwen en eerdere faalervaringen naar boven en neemt het gevoel van insufficiëntie toe. Wanneer het samen lukt om de afsluiting ongedaan te maken en patiënt de warmte weer voelt, kan dat bijdragen aan het opbouwen van vertrouwen.

Uiteraard moet men elke interventie zorgvuldig afwegen op haalbaarheid, maar ook op betekenis voor de relatie en de onderliggende motieven van zowel hulpverlener als patiënt. Door interventies te ‘mentaliseren’ voorkom je niet-nuttige interventies. Een valse belofte, ook al is die klein, kan onbedoeld wantrouwen in het contact weer activeren. In een adequaat therapeutisch milieu ervaart een patiënt steun en veiligheid in voorspelbare begrenzing. Epistemisch vertrouwen ontwikkelt zich in een emotioneel correctieve omgeving.

Therapeut

Het besef dat het ‘extra nauw’ luistert bij patiënten met EPA-PS hangt samen met de al genoemde epistemische waakzaamheid en interpersoonlijke hypersensitiviteit. Een therapeut kan door ‘emotionele besmetting’ zelf ook heftige en verwarrende emoties gaan ervaren. Intervisie en supervisie kunnen helpen om eigen emoties te leren onderkennen en reguleren. Niet zelden leiden tegenoverdrachtsreacties tot een breuk in de context van de therapeutische relatie.

Oog hebben voor breuken en bereid zijn om te werken aan herstel behoren tot de kern van behandeling van patiënten met EPA-PS. Daarnaast is de niet-wetende houding, beschreven vanuit het gedachtegoed van de *mentalization based treatment*, een belangrijke attitude voor therapeuten: nieuwsgierig zijn en onbevooroordeeld luisteren, ‘*not knowing but wanting to know*’ (Batesman & Krawitz 2014, p 85). Hiermee ontstaat ruimte voor de patiënt om zichzelf beter te leren kennen. Het hoopvol zijn, een algemene effectieve therapiefactor, ten slotte is ook voor patiënten met EPA-PS van waarde. Maar pas op: als de hoop ongegrond is, kan dat het wantrouwen van patiënten triggeren. Ook in een crisissituatie, wanneer een risico-inschatting nodig is, blijft voorgaande van waarde. Destructief gedrag begrijpen is belangrijker dan het willen beheersen.

Organisatie

Het behandelen van mensen met sterk ontregelend gedrag zoals patiënten met EPA-PS vraagt om een organisatie die zich daarvan bewust is en haar hulpverleners steunt en vertrouwt. Die organisatie verwijst problemen die zich met de patiënt voordoen in andere contexten – zoals bij naastbetrokkenen of bij overlast de politie – naar het behandelteam en spreekt expliciet vertrouwen uit in de behandelvisie van dit team. Incidenten zoals zelfdodingen of pogingen daartoe in het openbare domein en excessieve vormen van overlast illustreren de hoog oplopende druk die wordt uitgeoefend op een organisatie door het netwerk rondom patiënten, bijvoorbeeld met een verzoek of eis om over te gaan tot klinische opname.

Een management dat bij problemen en incidenten eerst het team expliciet steunt en later helpt bij het analyseren en leren van de problemen en incidenten, bevordert het onderling vertrouwen binnen het team en tussen het team en de leiding van de organisatie. Daarmee vergroot

het de bereidheid om te reflecteren op wat er gebeurd is. Ook het faciliteren van ‘indirecte tijd’ in de vorm van training, intervisie en supervisie draagt bij aan dat vertrouwen.

Medepatiënten

Tot slot noemen we hier de context van de *peers* of medepatiënten. Voor hulpverleners is het van belang om niet alleen alert te zijn op destructieve interacties tussen patiënten, maar het contact tussen peers ook te zien als een proeftuin waarin opgedane inzichten getoetst kunnen worden. Epistemisch wantrouwen staat in peerrelaties minder op de voorgrond. De rol van lotgenoot kan maken dat patiënten onderling open staan voor elkaar en van elkaar leren. Dit is bekend vanuit groepstherapieën (zie bijvoorbeeld Marziali e.a.1997) en vindt zijn toepassing in bredere zin in halfopen groepen (dakpanmodel) en in de inzet van ervaringsdeskundigen. De vaak ervaren terughoudendheid binnen psychotherapeutische behandelprogramma’s om EPA-PS in groepen te behandelen is ongegrond.

Conclusie

In dit artikel hebben we een nieuw paradigma - epistemisch vertrouwen - beschreven voor de behandeling van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis, EPA-PS. Het gebrek aan (epistemisch) vertrouwen betekent dat noch de behandelaar, noch diens informatie/kennis als waardevol wordt beschouwd. Het paradigma impliceert dat behandeling van deze groep patiënten enkel kans van slagen heeft als de behandelrelatie voortdurend, maar zeker in de eerste fasen, centraal staat. Zonder vertrouwen valt elke interventie op onvruchtbare grond, en zullen vele behandelingen worden afgebroken voordat ze goed zijn begonnen.

Epistemisch vertrouwen is geen binair fenomeen - aanwezig of afwezig - maar een graadueel. Het is er in meer of mindere mate en speelt een rol bij alle patiënten met een PS. Bij de EPA-PS-populatie is het epistemisch vertrouwen echter zo beperkt dat dit kwantitatieve verschil tot kwalitatief andere relaties leidt, ook met de behandelaar: verandering beklijft slecht, elke sessie staat garant voor een reeks potentiële breuken in de therapeutische relatie, achterdocht is allesoverheersend en dus: uitval ligt voortdurend op de loer. De patiënt is niet in staat om het alsof-karakter van de therapie te begrijpen. En correctie en steun van anderen is er niet of nauwelijks, want eventuele steunsystemen overleven de destructieve kracht van de stoornis zelden of niet.

Dit heeft consequenties voor de behandeling. Door de sociale isolatie, de beperkte sociale vaardigheden en de moeite met het regelen van ondersteuning zijn er vaak op meerdere levensgebieden problemen: financieel, wonen en dagbesteding. Sociaal-psychiatrische begeleiding gericht op praktische en relationele problemen in diverse contexten is dan noodzakelijk om op verandering gerichte behandeling in de toekomst mogelijk te maken. En in die behandeling zijn het centraal stellen

van de behandelrelatie, de voortdurende bereidheid breuken te herstellen en het ontwikkelen van langetermijndenken niet alleen noodzakelijke voorwaarden om patiënten in zorg te houden, maar vormen het hart van de behandeling bij deze patiënten.

Epistemisch vertrouwen moet zijn meerwaarde als paradigma voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen nog bewijzen. De grilligheid van de EPA-PS maakt wetenschappelijk onderzoek bij deze patiënten echter moeilijk. Daarmee wordt het bepalen van de effectiviteit van de begeleiding en de behandeling van deze groep meer dan dat dit bij mensen met een minder ernstige persoonlijkheidsstoornis het geval is een kwestie van *n=1*-studies en de *collective sense of the profession* (wat de dienaangaande deskundige vertegenwoordiging van de professie ervan vindt; Stone 1989). Dat geldt niet alleen voor de effecten van de begeleiding en behandeling, maar ook voor de juistheid van de onderliggende paradigma's.

LITERATUUR

- AKWA GGZ. Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/> 2017.
- Baars J, Meekeren E, red. Een psychische stoornis heb je niet alleen: praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom; 2013.
- Bateman AW, Krawitz R. Borderline personality disorder. An evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Betan E, Heim AK, Zittel Conklin C, e.a. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 890-8.
- Delespaul P, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy* 2014; 51: 372.
- Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord* 2015; 29: 575-609.
- Gunderson JG, Links P. Good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Publishing; 2014.
- Lenzenweger MF, Clarkin JF, red. Major theories of personality disorder (2de ed.). New York: Guilford Press; 2005.
- Marziali E, Munroe-Blum H, McCleary L. The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1997; 47: 475-97.
- Meehan KB, Clarkin JF, Lenzenweger MF. Conceptual models of borderline personality disorder, part 1. Overview of prevailing and emergent models. *Psychiatr Clin North Am* 2018; 41: 535-47.
- Meekeren E van, van Bunningen N, Kaasenbrood A, e.a. Ernstige psychische aandoening: Kwaliteit van de relatie ligt in de reparatie. *PsychoPraktijk* 2015 (4): 20-5.
- Mulay AL, Cain NM, Waugh MH, e.a. Personality constructs and paradigms in the alternative DSM-5 model of personality disorder. *J Pers Assess* 2018; 100: 593-602.
- Nicolai NJ. Hechting en psychopathologie: de reflectieve functie. *Tijdschr Psychiatr* 2001; 43: 705-14.
- Raposo SM, Mackenzie CS, Henriksen CA, e.a. Time does not heal all wounds: older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22: 1241-50.
- Steendam M, van Luyn B, Knapen S, e.a. Meedoen. Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen; 2013.
- Stone AA. Law, science, and psychiatric malpractice: a response to Klerman's indictment of psychoanalytic psychiatry. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 419-27.
- Wiggins JS. Paradigms of personality assessment. New York: Guilford Press; 2003.
- Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, e.a. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res* 2018; 262: 40-5.

SUMMARY

'I'm in hate with you; epistemic distrust in patients with a severe personality disorder

A.J.A. Kaasenbrood, M. Steendam, E. van Meekeren, S. Knapen, I.M. de With-Heeling, G. Free, C. Jansen-Loffeld, B. van Luijn, N. van Bunningen

- Background** The assessment and treatment of patients with a personality disorder have made considerable progress during the last decades. Unfortunately, this progress is often limited to patients with a personality disorder in general. Patients with a personality disorder who also fulfil criteria for a severe mental illness (SMI-PD) profit less.
- Aim** To describe the relationship between contemporary paradigms about personality disorders and the current treatment practices of patients with SMI-PD, and to assess the added value of the recently introduced paradigm epistemic trust and distrust.
- Method** An expert group of mental health professionals, all members of the Expertise Centre for Personality Disorders, conducted a literature study and in addition organized an invitational conference and consensus meetings, resulting in an analysis and recommendations for treatment of patients with SMI-PD.
- Results** The epistemic trust and distrust paradigm clarifies the learning process of patients with SMI-PD and the way patients benefit from treatment. We conclude with elaborations of this paradigm for five contexts of patients with SMI-PD.
- Conclusion** The epistemic trust and distrust paradigm seems a promising concept to improve the often difficult treatment of patients with SMI-PD.