

Cognitieve gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis

A. HAUWAERT, G. PIETERS

ACHTERGROND Tot onlangs kreeg het concept ‘persoonlijkheid(sstoornis)’ in de gedragstherapie weinig aandacht en bleef het in ieder geval therapeutisch buiten schot. Recent kwam daar verandering in.

DOEL Een overzicht bieden van de verschillende stromingen die zich binnen de cognitieve gedragstherapie van persoonlijkheidsstoornissen hebben afgetekend.

METHODE Literatuuroverzicht.

RESULTATEN Gedragstherapeutische benaderingen voor persoonlijkheidsstoornissen hebben met elkaar gemeen dat er minder belang wordt gehecht aan conditioneringsmodellen en omgevingsdeterminisme, en dat er meer aandacht is voor onbewuste en emotionele processen en de therapeutische relatie. De Schemagerichte Therapie van Young en de Dialectische Gedragstherapie van Linehan richten zich, in tegenstelling tot andere, specifiek op de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Beide modellen worden door de auteurs op een overdraagbare, gestructureerde manier gepresenteerd.

CONCLUSIES Deze benaderingen verschillen in de mate waarin ze door onderzoeksgegevens worden ondersteund. Ze ontstonden onafhankelijk van elkaar, doch vertonen een aantal raakpunten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 1, 31-40]

TREFWOORDEN borderline persoonlijkheidsstoornis, cognitieve gedragstherapie

Ten gevolge van de hoge incidentie, de belangrijke comorbiditeit en de therapieresistentie zien we de laatste tijd een toenemende interesse voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Recent groeide ook vanuit de cognitief-gedragstherapeutische hoek interesse voor het concept persoonlijkheid(sstoornis) (Schacht & Peeters 1999).

Radicale behavioristen stellen vragen bij het concept ‘persoonlijkheid’, omdat dit wellicht een onnodig construct is; en zij stellen vragen bij de term ‘stoornis’, omdat die uitgaat van een medisch model van psychopathologie. Volgens Pretzer & Fleming (1989) is het wel mogelijk om

over persoonlijkheid te spreken binnen een gedragstherapeutisch kader en om de als persoonlijkheidsstoornis beschreven gedragspatronen in beschouwing te nemen. Turkat & Maisto (1995) menen dat het ontkennen van het belang van deze patronen overeenkomt met het negeren van belangrijke variabelen die met therapie kunnen interfereren.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE BIJ PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN

Binnen de cognitieve gedragstherapie hebben zich verschillende stromingen afgetekend,

met elk een min of meer uitgesproken eigen visie op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Wessler 1993). Als gemeenschappelijk kenmerk stellen we vast dat er minder belang wordt gehecht aan conditioneringsmodellen en omgevingsdeterminisme, en dat er toenemende aandacht is voor onbewuste processen, emoties en de therapeutische relatie. Een integratie van inzichten uit de analytische hoek en technieken van de experiëntiële therapie kan niet worden ontkend. Alle modellen zijn in eerste instantie gericht op de behandeling van ambulante patiënten.

Achtereenvolgens bespreken we kort de cognitieve therapie van Beck (Beck & Freeman 1990; Beck 1996), de cognitieve interpersoonlijke therapie van Safran (Safran & McMain 1992) en Wesslers 'cognitive appraisal therapy' (Wessler 1993). Daarna bekijken we meer uitgebreid de schemagerichte therapie van Young (Young 1990; McGinn & Young 1996; Arntz & Kuipers 1998; Schacht & Peeters 1999) en de dialectische gedragstherapie van Linehan (1993a, 1993b; Van den Bosch 1998), aangezien beide zich, in tegenstelling tot de andere, specifiek richten op de behandeling van de BPS.

Beck & Freeman (1990) ontwikkelden uit Becks kortetermijn cognitieve therapie, in eerste instantie bedoeld voor depressie en later ook voor angststoornissen, een variant voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. In deze visie beïnvloeden cognities, emoties en gedrag elkaar onderling in sterke mate. In de therapie worden de cognitieve elementen die deel uitmaken van deze onderlinge beïnvloeding, geïdentificeerd en ter discussie gesteld. Cognitieve distorsies, gerelateerd aan cognitieve schema's, worden gecorrigeerd. Een schema is een verzameling van cognitieve structuren die hiërarchisch georganiseerd zijn, en is nodig om gebeurtenissen en ervaringen in hun verband te kunnen plaatsen en te kunnen interpreteren. Schema's worden aangeleerd tijdens de kinder- en jeugd jaren en zijn daarna zelfbevestigend, omdat ze de interpretatie van gebeurtenissen gaan bepalen, waardoor de geloofwaardigheid van het bestaande

schema voor de persoon alsmaar gaat toenemen.

Bij As I-pathologie wordt een specifiek latent schema geactiveerd (bijvoorbeeld cognitief schema van gevaar bij angst), terwijl bij persoonlijkheidsstoornissen de typische verzameling van schema's (voor een specifieke persoonlijkheidsstoornis) op een meer continue wijze actief is. Hoewel elke persoon zijn eigen unieke schema's gebruikt, identificeren Beck & Freeman (1990) de inhoud van schema's voor alle in de DSM-IV beschreven persoonlijkheidsstoornissen, behalve voor de BPS.

Therapie bij persoonlijkheidsstoornissen gebeurt op dezelfde wijze als bij As I-stoornissen, namelijk door identificatie en confrontatie van schema's, weliswaar vanuit een therapeutische relatie die meer warmte en nabijheid vereist dan die bij de behandeling van As I-pathologie. Bij persoonlijkheidsstoornissen kijkt de therapeut verder dan de primaire symptomen en cognities: hij is op de hoogte van het hele levensverhaal van de patiënt, wordt zijn raadgever en leert de patient anders te reageren, vooral in interpersoonlijke relaties.

De cognitieve interpersoonlijke therapie van Safran (Safran & McMain 1992) legt nog meer nadruk op het belang van interpersoonlijke processen. Mede beïnvloed door Sullivan & Bowlby, gaat deze auteur ervan uit dat personen interne werkmodellen van zelf-ander-interacties ontwikkelen op basis van vroege interacties met belangrijke anderen. Deze interpersoonlijke schema's maken het het ontwikkelende kind mogelijk binding te behouden met sleutelfiguren. Maar het gebruik van deze soms disfunctionele schema's blijft daarna levenslang in relaties spelen. De gedragsrigiditeit, karakteristiek voor persoonlijkheidsstoornissen, kan hieraan worden toegeschreven. Bij de therapie is het belangrijk de disfunctionele interpersoonlijke schema's op te sporen en te ontcrachten.

Nieuwe elementen binnen Wesslers cognitive appraisal therapy (CAT; Wessler 1993) zijn motivationele aspecten en de visie dat gedrag eerder affectgestuurd dan schemagestuurd is. Per-

soonlijkheidsstoornissen worden eerder als dimensies gezien dan als categorieën.

Cognitieve aspecten van de persoonlijkheid worden gezien als persoonlijke leefregels, onbewuste algoritmen om sociale informatie te verwerken, die men automatisch gebruikt, zonder besef van hun inwerkingtreding. De auteurs vermoeden dat deze regels niet als schema's gerangschikt zijn, noch vermoeden zij aanwijzingen voor een hiërarchische opbouw. Morele regels worden gezien als cognitieve mediators in emotionele processen en hun functie lijkt op die van automatische gedachten. Wessler benadrukt dat affecten op hun beurt cognities beïnvloeden. Hij introduceert het begrip 'rechtvaardigende cognitie', waarbij de cognitie de gevoelens van de persoon wettigt. Als voorbeeld noemt hij een student die beweert dom te zijn, wetende dat ze hoge academische graden heeft behaald, en die op deze manier vertrouwde gevoelens van schaamte en angst onderhoudt. In dit geval heeft het affect de cognitie in zijn macht. Op dezelfde manier kan een persoon bepaalde activiteiten opzoeken die een bepaalde emotionele toestand uitlokken. Omdat dergelijke vertrouwde toestanden emotionele veiligheid inhouden, wordt dit gedrag als 'veiligheidszoekende manoeuvres' omschreven. Soms gaat het om interpersoonlijk gedrag, dat voorspelbare reacties bij anderen uitlokt. De emotionele toestand gepaard gaande met rechtvaardigende cognities en veiligheidszoekende manoeuvres is zeer vertrouwd en biedt stabiliteit. Telkens als de emotionele toestand afwijkt van de beoogde stabiele toestand, worden onbewuste processen automatisch geactiveerd die de emotionele stabiliteit opnieuw zullen herstellen. Vooruitgang in therapie wordt op deze wijze bemoeilijkt. Weerstand tegen verandering is niet alleen toe te schrijven aan rigide cognities (Beck) of schema's (Young) die moeilijk te vervangen zijn. Weerstand heeft ook te maken met de behoefte aan het vertrouwde emotioneel veilige gevoel, uitgelokt bij bepaalde ervaringen. Patiënten die zijn opgegroeid in een sfeer van repetitieve afwijzingen, hebben dit, in eerste instantie

onprettige, gevoel als vertrouwd en veilig leren ervaren, waardoor ze het gevoel moeilijk kunnen loslaten en dit mogelijk ook actief gaan uitlokken.

Young (1990) en Linehan (1993a; 1993b) ontwikkelden beiden een specifieke visie en een therapeutische aanpak voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Veel van de hierboven beschreven inzichten vinden we terug in de schemagerichte therapie van Young en de dialectische gedragstherapie van Linehan.

SCHEMAGERICHTE THERAPIE VAN YOUNG

De schemagerichte therapie van Young is een aanpassing en uitbreiding van de cognitieve gedragstherapie zoals deze door Beck in 1979 werd ontwikkeld, aangevuld met inzichten uit de analytische hoek en met technieken van de experiëntiële therapie. In tegenstelling tot de eigenschappen die goede kandidaten voor (cognitieve) therapie moeten bezitten, zijn patiënten met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis rigide in hun denken en gedrag. Ze vermijden zowel op cognitief als op affectief vlak en er zijn belangrijke interpersoonlijke problemen. De schemagerichte therapie is een individuele therapie waarbij schema's eerder worden gebruikt als een werkinstrument voor patiënten dan als een theorie van psychopathologie. De schema's stellen de patiënt en de therapeut in staat te communiceren over fenomenen op een niveau dat eerder niet in de cognitieve therapie werd geïntegreerd. Met behulp van emotiegerichte, interpersoonlijke, cognitieve en gedragsmatige interventies wordt schemaverandering nagestreefd. De emotiegerichte technieken worden vooral in het begin van de behandeling gebruikt, met als doel de schema's meer flexibel en voor verandering vatbaar te maken. Interpersoonlijke technieken worden gedurende de hele behandeling gebruikt wanneer schema's binnen de therapeutische relatie opduiken. Cognitieve technieken systematiseren het proces van schemaverandering. Ze

leren patiënten hun eigen emotionele overtuigingen uit te dagen met rationele argumenten. Gedragsverandering verloopt bij deze patiënten zeer moeizaam wegens vaak al lang bestaande zelfondermijnende gedragspatronen.

Young (1990) beschrijft Vroeg Maladaptieve Schema's (VMS) en definieert ze als 'extreem stabiele en persisterende thema's (betreffende zichzelf en de relaties met anderen) die zich ontwikkelen tijdens de kinderjaren en zich verder uitbreiden gedurende het leven en de leidraad vormen voor de verwerking van de latere ervaringen'. VMS lijken het resultaat van een samenspel van het temperament van de patiënt en vroege disfunctionele ervaringen met belangrijke anderen (ouders in eerste instantie). VMS veroorzaken verstoord affect, zelfondermijnende gedragspatronen en destructief interpersoonlijk gedrag. Ze interfereren met basisbehoeften, staan centraal in de zelfbeleving en zijn zeer moeilijk te veranderen, zeker met kortdurende therapie. Ze worden geactiveerd door gebeurtenissen die relevant zijn voor een welbepaald schema of door een (biologisch bepaalde) stemmingstoestand.

Young beschrijft binnen zijn model verschillende manieren om met de VMS om te gaan, met name schemabehoud, schemavermijding en schemacompensatie. Schemabehoud is verantwoordelijk voor het hardnekkige karakter van persoonlijkheidsstoornissen en gebeurt via cognitieve vervormingen en zelfondermijnd gedrag. Het gaat hier om een circulair proces, in die zin dat schema's het gedrag sturen en op hun beurt onderhouden worden door het resultaat van het gedrag.

Wanneer VMS worden geactiveerd, ontstaan intense affectieve reacties, zoals intense kwaadheid, angst, triestheid of schuld. Schemavermijding (eigenlijk een gevolg van aversieve conditionering) maakt het voor patiënten mogelijk onaangename affecten te voorkomen.

Schemacompensatie verwijst naar processen die overcompenseren voor VMS. Sommige patiënten gaan cognitieve en gedragsmatige mechanismen gebruiken die tegengesteld zijn aan

wat we zouden voorspellen vanuit de aanwezige VMS. Schemacompensatieprocessen kunnen gezien worden als gedeeltelijk succesvolle pogingen om eigen schema's uit te dagen. Jammer genoeg houdt schemacompensatie vaak in dat de onderliggende kwetsbaarheid wordt ontkend, en dit leidt vaak tot hevige emotionele pijn bij een onvoorbereide patiënt wanneer schemacompensatie faalt.

Voor het identificeren van VMS wordt een beroep gedaan op de Schema Questionnaire (SQ; Young 1990), naast het in kaart brengen van symptomen en problemen, aangevuld met een gerichte persoonlijke voorgeschiedenis. De SQ is een zelfrapportagevragenlijst waarbij patiënten aangeven welke uitspraken hen het beste karakteriseren. Omdat schema's heel vaak onbewust zijn, zijn patiënten niet altijd betrouwbare rapporteurs van hun schema's. Om dit gedeeltelijk op te lossen, vraagt Young verbeeldingsoefeningen uit te voeren, zoals scènes waarbij de patiënt met een van beide ouders converseert, waaruit de therapeut VMS probeert te distilleren. Ten slotte vormt ook de therapeutische relatie een bron van informatie voor het zoeken naar VMS: bepaalde emotionele reacties ten opzichte van de therapeut wijzen op onderliggende VMS.

De focus van de therapie is schemaverandering door schema's te identificeren en uit te dagen, bijvoorbeeld door VMS te activeren met bijhorende emotionele reacties. Om herinneringen en gevoelens uit te lokken, wordt vaak gebruikgemaakt van verbeeldingsoefeningen en rollenspel.

Om zelfinzicht te stimuleren, legt de therapeut uit hoe schema's zich vormen en worden onderhouden. De therapeut maakt samen met de patiënt geschreven geheugensteuntjes in verband met zijn VMS, de emoties verbonden aan deze VMS, alsook het typische resulterende interpersoonlijk gedrag.

Young beschrijft bij borderline patiënten vier zijnswijzen of modi. Hij definieert een zijnswijze als 'een facet van het zelf, dat niet geheel geïntegreerd is met andere facetten en dat

bestaat uit een natuurlijk geheel van (hogerbeschreven) schema's, copingstijlen en stemmingen'. Het gaat hier niet om 'alters', maar om hulpmiddelen, 'beelden' die als instrument in de therapie worden gebruikt. Young beschrijft de zijnswijze van het verlaten kind, de onthechte beschermer, het kwade kind en de bestraffende ouder, waarbij er een voortdurende wisseling optreedt tussen de verschillende zijnswijzen. Als vijfde zijnswijze, eigenlijk het doel van de therapie, noemt hij de *gezonde volwassene*.

De zijnswijze van het *verlaten kind* is hopeloos op zoek naar bescherming en tegemoetkoming in zijn behoeften. Symptomen van deze zijnswijze zijn depressie, hopeloosheid, angst, gevoelens van waardeloos, verloren en ongeliefd zijn. Patiënten doen verwoede pogingen om verlaten te voorkomen en zij creëren een geïdealiseerd beeld van de mensen die willen helpen en zorgen. Deze zijnswijze wordt gezien als 'het echte zelf' en daarom wordt vooral hiermee tijdens de therapie gewerkt. De therapeut helpt om de behoefte aan veiligheid, geborgenheid en zorg te identificeren en te aanvaarden en er gedeeltelijk aan tegemoet te komen ('limited reparenting').

De *bestraffende ouder* straft de patiënt voor het uitdrukken van behoeften, gevoelens of voor gemaakte fouten of vergissingen. De bestraffende ouder komt overeen met de invaliderende omgeving rond de patiënt. De (gezins)omgeving wordt door borderline patiënten ervaren als onveilig op fysiek, verbaal of seksueel vlak. Er is een continue dreiging (of gevoel van dreiging) van explosieve kwaadheid of geweld. Daarnaast is de omgeving depriverend, bestraffend en onderwerpend (bijvoorbeeld verdriet mag niet geuit worden). Symptomen zijn zelfhaat, zelfbestrafing (automutilatie), zelfkritiek, zelfverloochening, kwaadheid op zichzelf gericht wegens eigen behoeften. Bij de therapie wordt deze zijnswijze aangepakt door de patiënt te helpen een gevoel van eigenwaarde op te bouwen en booschappen van zelfverloochening, zelfhaat en bestraffing, komende van de verinnerlijkte ouder, te verwerpen.

Het *kwade kind* reageert impulsief om aan zijn behoeften tegemoet te komen, ventileert gevoelens op een inadequate manier. Doordat alle behoeften en gevoelens verdrukt worden in de zijnswijze van de onthechte beschermer, wordt spanning opgebouwd. Deze spanning ontladt zich op een destructieve, intensieve en ongecontroleerde wijze. De zijnswijze van het kwade kind is een van de gezondere zijnswijzen, omdat de patiënt in staat is behoeften en gevoelens te ervaren; er volgt alleen een onaangepaste reactie om aan de behoeften te voldoen. Symptomen van het kwade kind zijn intense kwaadheid, impulsiviteit, veeleisendheid, manipulatie, controle, misbruik, suïcidedreiging en promiscuïteit. De taak van de therapeut bestaat erin grenzen aan te geven en meer aangepaste manieren aan te reiken om met kwaadheid om te gaan en aan behoeften te voldoen.

De zijnswijze van de *onthechte beschermer*, tot slot, verdrukt alle behoeften en gevoelens, stelt zich gewillig en gehoorzaam op om straf te voorkomen. Dit is de meest gebruikte zijnswijze door de angst en de pijn die optreden in andere zijnswijzen. Uitingen van deze zijnswijze zijn innerlijke leegte, depersonalisatie, verveling, middelmisbruik, automutilatie (hier niet als straf, wel om toch iets te voelen, om weer in contact te treden met zichzelf), en psychosomatische klachten. De therapeutische strategie bestaat erin te helpen emoties te ervaren als ze optreden, de patiënt opnieuw te leren hechten aan mensen en behoeften te doen gelden.

Young hecht, ten opzichte van de klassieke cognitieve gedragstherapie van Beck, meer belang aan de therapeutische relatie, copingstijlen en een 'dieper' niveau van cognities. Via verbeeldingsoefeningen en rollenspel komt er meer nadruk te liggen op het affect. Er wordt tevens meer tijd besteed aan de bespreking van ervaringen uit de kinder- en jeugd jaren en aan ontwikkelingsprocessen.

DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE VAN LINEHAN

Linehan beschrijft borderline patiënten als 'stabiel onstabiel' op emotioneel, interpersoonlijk, gedragsmatig en cognitief vlak, en ook wat betreft het zelfbeeld. Hiermee sluit Linehan zich aan bij de visie van Grotstein (1987), die BPS omschrijft als een pervasieve stoornis van zowel regulatie als perceptie van het zelf.

Met emotionele disregulatie wordt de affectabiliteit bedoeld, waarvoor men een biologische voorbeschiktheid vermoedt. Emotionele responsen worden gekenmerkt door een hoge sensitiviteit (onmiddellijke reacties, lage drempel), een hoge reactiviteit (extreme reacties, de hoge arousal disreguleert cognitieve processen) en een langzame terugkeer naar de baseline (de reacties duren lang, dit draagt tevens bij tot de hoge sensitiviteit voor de volgende emotionele stimulus). Patiënten zijn episodisch depressief, angstig, snel geïrriteerd. Er is tevens een probleem met de agressiehuishouding, met het uiten van kwaadheid en woede. Linehan sluit zich hiermee gedeeltelijk aan bij het psychobiologisch persoonlijkheidsmodel van Cloninger (1987).

Bij BPS ontbreekt de continuïteit in de interpersoonlijke relaties. Zonder deze continuïteit wordt identiteit gedefinieerd in termen van elk apart moment en worden interacties beleefd in isolatie en dus eerder variabel en onvoorspelbaar dan stabiel. Er is voor borderline patiënten geen ander (vroeger) moment in de tijd dat het indringend effect van het huidige moment kan corrigeren, wat tevens de hevige emoties op bepaalde momenten (emotionele ontregeling) gedeeltelijk kan verklaren. Kwaadheid, bijvoorbeeld, wordt niet gebufferd door andere relaties, waarin mensen niet kwaad zijn, of door andere momenten, waarop de persoon die kwaadheid uitte, niet kwaad was. Men zou kunnen spreken van een falen van het autobiografisch geheugen. Hierdoor worden relaties chaotisch, met een alterneren van idealisatie en devaluatie, aange-

zien bufferende ervaringen niet ter beschikking zijn. De werkrelatie is vanuit de patiënt ontwikkend, deels veroorzaakt door verlatingsangst (zijnswijze van het verlaten kind bij Young). Er zijn vaak sterke gevoelens van isolatie, niet passen bij, niet in contact zijn met ... Borderline patiënten zoeken aansluiting via onderdrukking of niet ontwikkelen van een eigen identiteit omdat ze de paradox van het 'anders zijn en toch deel uitmaken van een geheel' niet vatten.

Bij de gedragsontregeling staan impulsiviteit (zijnswijze van het kwade kind bij Young) en parasuïciditeit (kan bij elk van de verschillende zijnswijzen optreden) op de voorgrond. De impulsiviteit uit zich meestal in de vorm van agressie en risicovol gedrag. Parasuïciditeit verwijst naar niet-fataal, intentioneel zelfdestructief gedrag, resulterend in weefselbeschadiging, ziekte of risico van sterven. De introductie van de term parasuicide heeft als voordeel dat er geen motivationele hypothese (vaak geïnterpreteerd als manipulatie) bij het gedrag wordt geformuleerd en dat parasuicide hierdoor een minder ongunstige bijklank krijgt.

De cognitieve ontregeling betreft kortdurende, niet-psychotische gedachtenontregelingen zoals depersonalisatie, dissociatie (onthechte beschermer), magisch denken en waanachtige, paranoïde (verlaten kind) ideatie in stressvolle situaties, bijvoorbeeld bij verlaten.

De ontregeling van het zelf heeft betrekking op de verwarring rond de eigen identiteit, op het zoeken en aftasten van de omgeving naar hoe te zijn, te denken en te voelen. Borderline patiënten moeten aansluiting zoeken via de onderdrukking of het niet-ontwikkelen van een eigen identiteit, omdat ze de tegenstelling 'andere' ten opzichte van 'eigen' identiteit niet aankunnen. Hierdoor ontstaat een gevoel geen contact te hebben met zichzelf, een leeg gevoel of het ontbreken van gevoel, en/of een gestoorde identiteit en een gestoord gevoel van eigenwaarde.

Bij de aanpak van Linehan staat een dialectische houding centraal, waarbij patiënten die zich voortdurend afgewezen voelen ten gevolge van

hun (legitieme) emotionele reacties, tegemoet worden getreden met een koorddans tussen radicale aanvaarding en directieve hulp (die door hen dikwijls opnieuw als een afwijzing wordt ervaren).

Dialectische visies op de aard van de werkelijkheid en menselijke gedragingen hebben drie hoofdkenmerken met elkaar gemeen.

Ten eerste legt de dialectiek, analoog aan de dynamische visie op systemen, de nadruk op de fundamentele onderlinge verbanden of de eenheid van de werkelijkheid. Dit betekent dat een dialectische benadering de analyse van de individuele delen van een systeem op zich een beperkte waarde toekent, tenzij de analyse duidelijk het deel relateert aan het geheel. Ten tweede wordt de werkelijkheid niet als statisch gezien, maar als bestaand uit interne, elkaar tegenwerkende krachten (these en antithese). Het derde kenmerk van dialectiek is de veronderstelling die volgt uit de twee bovenstaande, dat de fundamentele aard van de werkelijkheid verandering en ontwikkeling is, in plaats van inhoud of structuur. Vanuit het dialectische wereldbeeld richt de therapie zich dus niet op het in stand houden van een stabiele, evenwichtige omgeving, maar tracht ze eerder de patiënt te helpen zich comfortabel te voelen bij verandering. De belangrijkste implicatie is dat zowel een mens als zijn omgeving voortdurend verandert.

De dialectische gedragstherapie gaat uit van een vaardigheidstraining, waarbij onaangepast probleemoplossend interpersoonlijk gedrag eerst nauwgezet in kaart wordt gebracht, waarna technieken worden aangeleerd om emoties te reguleren en stressvolle situaties te verdragen. Daarnaast komt sterk de nadruk te liggen op een fasering van de behandeling. Linehan beschrijft hoe in eerste instantie onderhandeld wordt over de doelstellingen van de behandeling en hoe vervolgens een expliciet behandelingscontract wordt afgesloten (pretherapie).

In de eerste behandelingsfase (gedragscontrole) wordt uitdrukkelijk gewerkt rond (zelf-)destructief gedrag, dat immers een verdere, meer

op verwerking gerichte aanpak vrijwel onmogelijk maakt. Daarbij wordt een hiërarchie van destructief gedrag gehanteerd waarbij suïcidaal gedrag, gedrag dat met de therapie interfereert en gedrag dat de levenskwaliteit bedreigt telkens uitdrukkelijk aandacht krijgen. Ook wanneer dit gedrag in de loop van de verdere therapie weer opduikt, wordt daar vanuit dezelfde 'vaardigheidsoptiek' opnieuw op ingespeeld.

De tweede behandelingsfase benoemt Linehan als 'stille wanhoop' en is vooral gericht op emotionele ervaringen. Er wordt gepoogd posttraumatische stressresponsen hanteerbaar en leefbaar te maken, met aandacht voor vervorming en/of ontkenning van feiten in verband met het trauma, stigmatisering, zelfinvalidering, ontkenning/vermijding van traumatische triggers en de dichotome (zwart-wit, alles of niets) manier van reageren. Het uiteindelijke doel is een 'niet-traumatiserend emotioneel ervaren' mogelijk te maken en hierdoor opnieuw in contact durven te treden met de omgeving.

In de derde fase worden problemen van het dagelijkse leven aangepakt met als doel het zelfrespect te vergroten en individuele problemen te verminderen, om op die manier een aanvaardbare levenskwaliteit na te streven.

In de vierde fase staat het gevoel van onvervuldheid centraal en wordt, via een grotere bewustwording van zichzelf, verleden en heden, en van zichzelf in relatie tot de anderen, gewerkt aan de mogelijkheid tot blijvend genieten en plezier in het leven. Bij deze laatste drie behandelingsfasen kunnen volgens Linehan andere dan gedragstherapeutische technieken gebruikt worden.

In de eerste behandelingsfase wordt naast de wekelijkse cognitief-gedragstherapeutische sessies met een individuele therapeut, en de wekelijkse bijeenkomsten van een vaardigheidstrainingsgroep met de nadruk op probleemoplossing, ook gebruikgemaakt van telefonische contacten, die zowel door de patiënten als door de therapeut geïnitieerd kunnen worden. Deze telefoontjes dienen niet alleen als ondersteuning bij

huiswerkopdrachten, maar ook als crisisopvang op moeilijke momenten. Indien nodig worden farmacotherapie en/of (korte) opname overwogen. Als overlegmoment en tevens ter ondersteuning van de therapeut wordt er wekelijks een uur gepland voor casusbespreking door therapeuten onderling.

Linehan combineert en compenseert begrippen zoals verandering, probleemoplossing, rationaliteit, logica en experimentele methode uit de gedragstherapie met elementen uit de zen-filosofie, zoals aanvaarding, validatie, intuïtie, paradox en experiëntiële methode. Ze legt, meer dan binnen de klassieke gedragstherapie, de nadruk op aanvaarding en bevestiging van gedrag zoals het op dat moment is. Ze zoekt in de therapie een evenwicht tussen verandering en aanvaarding. Verandering benadrukken bij patiënten op een moment van intense emotionele pijn wordt als invaliderend ervaren, waardoor non-compliance, stopzetten van de therapie, of kwaadheid of agressie tegen de therapeut kunnen ontstaan. Als de therapie daarentegen vooral bestaat uit exploratie, begrip en empathie, zonder duidelijke inspanningen om door verandering de patiënt te helpen, wordt dit eveneens als invaliderend ervaren, aangezien men het ondraaglijke aspect van de huidige situatie in de ogen van de patiënt negeert. De verzoening tussen tegengestelden in een continu proces van synthese wordt erg benadrukt gedurende de hele therapie en wordt als dialectiek benoemd.

Er ligt nadruk op de therapeutische relatie, op dialectische processen en op therapie-interfererend gedrag van zowel patiënt als therapeut. Therapie-interfererend gedrag van de patiënt houdt in dat patiënten gedrag vertonen waardoor ze geen therapie kunnen krijgen (bijvoorbeeld niet naar de sessie komen, niet meewerken), dat andere patiënten stoort of dat tot uitputting van de therapeut leidt. Bij de therapeut kan een verstoring van het evenwicht tussen aanvaarding en verandering, tussen flexibiliteit en rigiditeit, tussen een te grote mate van koestering en een gebrek eraan, tussen kwets-

baarheid en gebrek aan eerbied therapie in de weg staan, evenals een weinig respectvolle houding ten opzichte van de patiënt.

ONDERZOEKSRÉSULTATEN

Over de schemagerichte therapie van Young zijn nog geen onderzoeksresultaten gepubliceerd. Gecontroleerd onderzoek met deze aanpak is in de VS en in Nederland aan de gang. Over Linehans dialectische gedragstherapie daarentegen zijn onderzoeksgegevens beschikbaar.

In een eerste publicatie van Linehan e.a. (1991) wordt een gerandomiseerd onderzoek van één jaar beschreven, waarbij de controlegroep (22 BPS-patiënten) de gebruikelijke ambulante behandeling krijgt. De experimentele patiënten (eveneens 22) bleken op de meeste meetmomenten en over het gehele jaar van het onderzoek minder parasuïcidale gedragingen te vertonen. Na zes maanden en na één jaar van naturalistische follow-up (Linehan e.a. 1993) bleven de aanwezige verschillen bestaan. In een derde onderzoek (Linehan e.a. 1994) vonden de auteurs dat niet alleen parasuïcidaal gedrag, maar ook het algemeen sociaal disfunctioneren en de woede bij de patiënten in de experimentele groep significant sterker afnamen dan bij de controlegroep. Na één jaar dialectische gedragstherapie bleek er geen significant verschil te bestaan in het algemene tevredenheidsniveau van de twee patiëntengroepen.

Shearin en Linehan (1994) trachtten in een onderzoek, waarbij ze het behandelingsproces nauwgezet bekeken, de actieve ingrediënten van hun behandeling te isoleren. Ze vonden dat de sessies waarbij therapeuten een dialectische houding aannamen – wat ze operationaliseerden doordat de therapeuten tegelijkertijd als controlerend en autonomiebevorderend werden beleefd – significant correleerden met een vermindering van het parasuïcidaal gedrag in de daaropvolgende week. Op grond van een vergelijking van de controlegroep met de patiënten die uitsluitend de vaardigheidstraining van de dia-

lectische gedragstherapie kregen, waarbij geen verschil tussen de groepen werd gevonden, besluiten de auteurs dat de socialevaardigheidstraining alléén de effectiviteit van de dialectische gedragstherapie niet kan verklaren.

Hoewel het nog om kleine groepen gaat, vormen de onderzoeken van de groep rond Linehan een eerste aanzet tot een systematische evaluatie van de behandeling van patiënten met BPS en zijn de resultaten bemoedigend. De auteurs onderstrepen evenwel dat, vanuit een model van gefaseerde behandeling, hun aanpak slechts een eerste fase van een moeizaam behandelingsproces beschrijft. De aanpak wordt nu op verschillende plaatsen in een onderzoeksopzet geïmplementeerd. Ook een Nederlands project is inmiddels gestart (Van den Bosch e.a. 1995).

DISCUSSIE

Linehan en Young introduceren elk een therapievorm, specifiek gericht op de behandeling van de BPS, die vooral poogt bepaalde aspecten van de BPS, zoals suïcidaliteit en andere gedragsstoornissen, beter behandelbaar te maken. Hoewel beide auteurs zich uitdrukkelijk binnen de cognitieve gedragstherapie situeren, geven ze beiden aan dat elementen uit andere therapeutische stromingen geïntegreerd worden, met een sterke nadruk op de therapeutische relatie die binnen de gedragstherapie wel eens stiefmoederlijk behandeld wordt.

Ten opzichte van de klassieke cognitieve therapie, waarbij vooral wordt uitgegaan van de beïnvloeding van affect door onderliggende cognities, wijzen zij meer op het tweerichtingsverkeer tussen affect en cognities. Bij het toepassen van cognitief-gedragstherapeutische technieken bij BPS geven vooral het gsystematiseerde en gefaseerde gebruik ervan een nieuwe dimensie aan de therapie.

Met de mogelijkheid tot telefonische consultaties, met permanente beschikbaarheid van de therapeut of cotherapeut, creëert men een nieuw therapeutisch instrument. De beschreven

therapieën zijn erg arbeidsintensief en vooral gericht op een ambulante populatie.

Hoewel deze twee benaderingen op een aantal vlakken verschillen, hebben ze een onderliggende behandelingsfilosofie gemeen, die maakt dat ze ons inziens goed te integreren zijn.

LITERATUUR

- Arntz, A., & Kuipers, H. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz (red.), *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 42-64). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, J.S. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P.M. Salkovskis & S. Rachman (red.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 165-181). New York, London: Guilford Press.
- Bosch, W. van den, Egberts, T., Ingenhoven, T., e.a. (1995). Tussen Amsterdam en Seattle: de methode van Linehan. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 50, 1096-1103.
- Bosch, W. van den (1998). Dialectische gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz (red.), *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 32-41). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Grotstein, J.S. (1987). The borderline as a disorder of self-regulation. *The borderline patient: Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment* (pp. 347-384). New York, Hillsdale: The Analytic Press.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, London: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, London: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., e.a. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

- Linehan, M.M., Tutek, D.A., & Heard, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- McGinn, L.K., & Young, J.E. (1996). Schema-focused therapy. In P.M. Salkovskis & S. Rachman (red.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 182-207). New York, London: Guilford Press.
- Pretzer, J.L., & Fleming, B. (1989). Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *The Behavior Therapist*, 12, 105-109.
- Safran, J.D., & McMain, S. (1992). Cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 59-68.
- Schacht, R., & Peeters, R. (1999). *Schemagerichte therapie voor 'moeilijke mensen'. Een nieuwe uitdaging voor de cognitieve gedragstherapie*. Leuven, Apeldoorn: Garant.
- Shearin, E.N., & Linehan, M.M. (1994). Dialectal behavioral therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 379), 61-68.
- Turkat, I.D., & Maisto, S.A. (1995). Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation of personality disorders. In D. Barlow (red.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Wessler, R.L. (1993). Cognitive psychotherapy approaches to personality disorders. *Psicologia Conductal*, 1, 35-48.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Revised edition. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.

AUTEURS

A. HAUWAERT was psychiater in opleiding en G. PIETERS is diensthoofd gedragstherapie in het UC Sint-Jozef te Kortenberg.

Correspondentieadres: G. Pieters, UC Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517, B3070 Kortenberg, België.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-2-2000.

SUMMARY

Cognitive behaviour therapy in borderline personality disorder – A. Hauwaert, G. Pieters –

BACKGROUND Until recently the concept of 'personality (disorder)' has received little attention in behaviour therapy.

AIMS To describe several cognitive-behavioural approaches to personality disorders that have been developed.

METHOD Literature review.

RESULTS Cognitive-behavioural approaches to personality disorders are characterised by a declining confidence in conditioning models and environmental determinism, and increasing acceptance of nonconscious processes, emotional processes and the importance of the therapeutic relationship. Young's Schema-Focused Therapy and Linehan's Dialectical Behavioral Therapy specifically target patients with borderline personality disorder. They are both presented by their authors in a well structured way.

CONCLUSIONS Cognitive-behavioural approaches to personality disorders differ in the amount of outcome research they have generated. They were developed independent of each other and share several common features.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 1, 31-40]

KEYWORDS borderline personality disorder, cognitive behaviour therapy