



# Ernstige psychische aandoening

## *Kwaliteit van de relatie ligt in de reparatie*

DOOR ERWIN VAN MEEKEREN, NINA VAN BUNNINGEN, AD KAASENBROOD, SASKIA KNAPEN, BERT VAN LUYN, BEN NIJMEIJER & MARTIN STEENDAM

Hoe kan een mens die verwaarloosd, misbruikt, verslaafd of suïcidaal is toch begeleid en behandeld worden? Patiënten die kampen met een ernstige vorm van een persoonlijkheidsstoornis vallen meestal overal buiten de boot. Voor deze specifieke groep zijn er richtlijnen noch effectieve interventies. De recent verschenen best practice *Meedoen* brengt hierin verandering.

Ernstige psychische aandoeningen (EPA) behoren tot het kerndomein van de psychiatrie (zie kader). Er is een serieus plan van aanpak voor de zorg voor mensen met EPA.<sup>1</sup> Oorspronkelijk behoorden voornamelijk de (chronisch) psychotische stoornissen daartoe, inmiddels is er ook nadrukkelijk aandacht voor andere stoornissen. In deze bijdrage staan mensen met een ernstige vorm van een persoonlijkheidsstoornis centraal. Ook zij zijn behandelbaar. Dit artikel richt zich vooral op aanbevelingen voor de klinische praktijk. Het is een bewerking van de best practice *Meedoen. Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS*, samengesteld door de werkgroep EPA-persoonlijkheidsstoornissen (EPA-PS) van het kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen.<sup>2</sup>

Esther, een 43-jarige, gehuwde vrouw met een stiefdochter van 15 jaar, is al vele jaren bekend in de GGZ en de verslavingszorg met een ernstige borderline-persoonlijkheidsstoornis. Ze is chronisch suïcidaal, deed meerdere suïcidepogingen en werd daarvoor vele keren opgenomen. Ze is zeer vermijdend en angstig, en hoort daarmee tot de groep BPS-patiënten met een

slechte prognose. Daarnaast heeft ze ernstige lichamelijke kwalen waarvoor ze zich niet durft te laten behandelen. Sinds 15 jaar gebruikt ze grote hoeveelheden cannabis. Het is de enige manier om haar angsten voor anderen te bestrijden. Er is voortdurend strijd en spanning binnen haar gezin. Esther ervaart haar partner en diens kind als een blok dat zich tegen haar keert. Ze heeft een geschiedenis van misbruik en emotionele verwaarlozing. Volgens haar ouders was ze bezeten van de duivel. Om die reden deden ze duiveluitdrijving bij haar. Tweemaal is ze langdurig seksueel misbruikt door intimi. Haar huwelijk was haar redding uit het gewelddadige gezin. Ze heeft nauwelijks gewerkt.

## Na ongeveer tien sessies is er een broos begin van vertrouwen

De evidence-based behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis (PS) is de laatste tien jaar aanzienlijk verbeterd. Hiervan profiteert slechts een beperkte groep. Patiënten met ernstige vorm van persoonlijkheidsstoornis, EPA-PS genoemd, mensen zoals Esther, vallen buiten de boot. Zij komen niet in behandeling. Ook passen ze niet goed in de pro-



## CRITERIA

De door Delespaul en de Consensusgroep EPA<sup>3</sup> gehanteerde criteria voor EPA zijn:

- \* Er is sprake van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (dus geen symptomatische remissie);
- \* en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (dus geen functionele remissie);
- \* en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis;
- \* en niet van voorbijgaande aard is;
- \* en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Specifiek voor patiënten met EPA-PS hebben de auteurs dit aangevuld met:

- \* Grote mate van ernst zoals kan blijken uit het aantal inclusiecriteria voor de persoonlijkheidsstoornis waaraan is voldaan, de mate waarin de cliënt voldoet aan het criterium, de mate van invaliditeit (As V van de DSM, GAF meestal < 40) en/of het aantal levensgebieden waarop problemen zijn (As IV van de DSM);
- \* Het veelvuldig voorkomen van comorbiditeit, met name andere persoonlijkheidsstoornissen, PTSS, kortdurende psychosen, stoornis in het gebruik van middelen, depressie, angst;
- \* Verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenissen, vaak als gevolg van ernstige hechtingsproblemen en andere factoren zoals een beperkt mentaliserend vermogen, impulsiviteit en suïcidaal gedrag.

gramma's van de langdurige zorg, zoals in wijk- en FACT-teams, die qua inhoud en opzet beter aansluiten bij patiënten met een psychotische stoornis. Door hun interpersoonlijke kwetsbaarheid, meestal een gevolg van hechtingsproblemen, hebben ze vaker dan anderen relationele problemen op alle belangrijke levensdomeinen zoals werk, intieme relaties en vrije tijd. Hierdoor belanden deze patiënten bovendien gemakkelijk in gevaarlijke crisissituaties. Omdat eerdere behandelingen meer dan eens niet succesvol verlopen, staan deze patiënten vaak wantrouwend tegenover professionele hulpverlening. Zij en hun naastbetrokkenen ervaren forse lijdensdruk en de medische consumptie is hoog. Daarbij horen ze bij veel professionals niet tot hun meest geliefde groep patiënten; de relationele problemen doen zich immers namelijk ook voor in hulpver-

leningsrelaties. Met als gevolg dat naastbetrokkenen de eerstverantwoordelijken dreigen te worden voor de zorg. En die zijn vaak overbelast en krijgen zelf psychische klachten.<sup>4</sup>

## GEEN SPECIFIEK ONDERZOEK

Een door de schrijvers verrichte literatuursearch naar effectief gebleken interventies voor mensen met specifiek EPA-PS leverde weinig op: geen kwantitatief onderzoek, geen gerandomiseerde studies. Richtlijnen, best practices en andere leidraden voor praktisch handelen bevatten evenmin aanbevelingen die specifiek gericht zijn op de groep EPA-PS. Intussen is de behandeling van mensen met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis de laatste tien jaar aanmerkelijk verbeterd.<sup>5</sup>

Structured Clinical Management<sup>6</sup> en Good Psychiatric Management<sup>7</sup> zijn nieuwe effectieve behandelprogramma's die niet specifiek voor de mensen met EPA-PS op effectiviteit zijn onderzocht, maar gezien de beschrijvingen van deze programma's kunnen ze voor deze groep patiënten aanvullend zijn op het bestaande aanbod. Daarnaast doen professionals in Nederland op verschillende plaatsen in ambulante behandelprogramma's pogingen om bewezen effectieve behandelingen geschikt te maken voor de groep EPA-PS.<sup>8,9</sup>

In onze aanbevelingen voor organisatie, diagnostiek, behandeling en bejegening van patiënten met EPA-PS kozen we voor 'de beste ingrediënten' uit:

- de effectief bewezen interventies en organisatievormen uit de langdurige zorg voor mensen met complexe psychiatrische en psychosociale problemen (zoals FACT en ACT);
- de effectief bewezen interventies en organisatievormen voor persoonlijkheidsstoornissen algemeen;
- recente (op elkaar lijkende) integratieve modellen voor mensen met PS;
- klinische praktijkervaringen.

## ALGEMENE AANBEVELINGEN

Behandeling is gericht op verandering, ook bij deze groep die ogenschijnlijk weinig verandermogelijkheden heeft. Veranderingen kunnen ook verschuivingen zijn van zeer slecht naar matig. Als mensen met EPA-PS stabiel en minder destructief zijn en minder



medische consumptie hebben, is dat vaak grote winst. Niet uitvallen uit behandeling en het minder belasten van naastbetrokkenen zijn voorbeelden van waardevolle veranderingen.

Continuïteit van zorg verdient bij deze groep extra aandacht vanwege het verhoogde risico op het afbreken van behandelrelaties. Er zal steeds actief geprobeerd moeten worden breuken in de behandelrelatie te herstellen door te streven naar contact, juist en ook als de patiënt dit afwijst. Bijvoorbeeld door consequent te bellen als een patiënt niet op afspraken verschijnt of door hem niet uit te schrijven als hij een paar keer niet verschijnt.

Het FACT-team waar Esther in zorg is, besluit met de komst van een nieuwe behandelaar intensief te investeren in de – verstoorde – behandelrelatie. De eerste vijf gesprekken met de nieuwe behandelaar zijn hectisch en sterk wisselend. Haar gemoedstoestand varieert van wanhopig suïcidaal, razend, schijnbaar aangepast tot opgeven (omdat ze zegt verliefd te zijn op de iets oudere behandelaar, waarmee voor haar het bewijs wordt geleverd dat zij zelf schuldig is aan het misbruik door oudere mannen). Als ze de eerste keer ontredderd wegloopt, gaat de behandelaar achter haar aan, hij toont compassie met de onmacht en weerhoudt haar er tegelijk van weg te gaan. Als ze tijdens de tweede sessie razend is en niet komt, belt hij haar op en probeert hij te achterhalen waarom ze boos is. Als ze het contact verbreekt, laat hij haar even met rust, maar belt de volgende dag weer. Wanneer ze zegt verliefd te zijn, mailt hij haar, valideert haar toestand en nodigt haar uit vooral toch weer te komen met haar echtgenoot. Na ongeveer tien sessies is er een broos begin van vertrouwen, komt patiënte op elke afspraak, en is ze tot haar eigen verbazing blij met een toegevoegde verpleegkundige die haar begeleidt in contacten met medisch specialisten om de veelheid aan somatische klachten aan te pakken.

Het brede palet aan problematiek vraagt om goede samenwerking en deskundigheid op verschillende terreinen: psychotherapie (het uitvoeren van behandelingen, inter- en supervisie, het creëren van een adequaat therapeutisch milieu), psychiatrie (diagnostiek, medicatie, somatiek), sociale psychiatrie/casemanagement



Beeld: Thinkstock

(crisis, samenhang), herstel/rehabilitatie (maatschappelijke participatie) en systeemvisie.

Voor mensen met EPA-PS verdient *split treatment* (het delen van de behandeling met een andere hulpverlener) een serieuze overweging. Werken met twee (of meer) hulpverleners maakt het mogelijk heftige emoties en acting out beter te verdragen. Binnen een team is er altijd wel iemand die een 'observerend ego' kan behouden in tijden van crisis en hoge arousal. *Shared caseload*, bekend binnen FACT- en ACT-teams, heeft overeenkomsten met *split treatment*. Het delen van de

## Start met kansrijke projecten

zorgen en lasten verlicht de arousal, niet alleen bij de patiënt maar ook bij hulpverlener.

Het creëren van succes ter vergroting van het vertrouwen in de behandeling en ter versteviging van de therapeutische relatie is voor deze vaak gedemoraliseerde patiënten een goede eerste stap in iedere behandeling. Start dus met kansrijke projecten die zichtbare winst opleveren. Vaak zijn dit strategisch gekozen, kleine en haalbare verbeteringen in leefsituatie thuis of contacten met de behandelaar.

### DIAGNOSTIEK

Mensen met EPA-PS kennen vaak een langdurige behandelgeschiedenis, al dan niet regelmatig onderbroken. Vaak zijn er meerdere hypothesen en classificaties in het dossier te vinden die lang niet altijd



zorgvuldig zijn getoetst. Hulp aan mensen met EPA-PS start dan ook met een adequaat (her)diagnostisch onderzoek, waarin comorbiditeit en somatiek zijn opgenomen. Daarbij vindt ook diagnostiek van de sociale rolbeperkingen plaats, zowel ten aanzien van zelfstandig wonen en financiën als van dagbesteding/werk. Vanzelfsprekend wordt ook het sociale steunsysteem – naastbetrokkenen – in kaart gebracht, inclusief de kwaliteit van de verschillende relaties en de mate waarin steun van buiten de behandelsetting beschikbaar is.

### BEHANDELING EN BEJEGENING

Belangrijke behandeldoelen zijn: beter leren omgaan met de stoornis (patiënt en omgeving); verbeteren van sociale vaardigheden en sociale netwerk; maatschappelijk participeren (zinnvolle dagvulling); schade beperken (minder riskant gedrag, minder medische consumptie).

Het aanstellen van een hoofdbehandelaar en duidelijkheid over wie wat doet in het behandelteam zijn essentieel. Een hoofdbehandelaar voert een deel van de behandeling zelf uit, zorgt voor de regie van de verschillende elementen in een behandeling, bewaakt de voortgang en stemt in geval van crisis de zorg op elkaar af. Psychotherapeutische, systemische, farmacologische en interventie gericht op herstel en revalidatie vinden geïntegreerd plaats. De hoofdbehandelaar zorgt voor een *continuous intermittent treatment*.<sup>10</sup>

Therapeutische relaties met mensen met EPA-PS zijn kwetsbaar voor het optreden van emotionele reacties van de therapeut die haaks staan op een adequate behandelattitude.

Soms is het mogelijk dat het mentaliserende vermogen (zelfreflectie) van een therapeut tijdelijk iets minder is, bijvoorbeeld doordat hij schrikt van agressie, heftige automutilatie of suïcidale uitingen van de patiënt. Het is belangrijk dat hij dit registreert om zo weer op het goede spoor te komen en er effectief mee om te kunnen gaan, met oog voor de kwaliteit van de relatie.

Van therapeuten wordt verwacht dat ze een houding hanteren die het midden houdt tussen een gepaste afstand en warme betrokkenheid. Zoals Gunderson dit kort en krachtig verwoordt: 'jezelf zijn in een therapeutisch kader'. Enige mate van openheid en betrokkenheid is noodzakelijk, zonder dat dit leidt tot een



relatie waarin therapie onmogelijk is en reflectie op de relatie niet meer plaatsvindt.

Crisissituaties komen veel voor. Daarom maakt een crisis (preventie-/signalerings)plan altijd een geïntegreerd deel uit van het behandel- en revalidatieplan.<sup>11-13</sup> Het gevaar is dat de geboden crisisinterventie de lopende behandeling ondergraaft. Ongerichte, ongelimiteerde opnames in een algemeen psychiatrische setting hebben meestal een averechts effect. Essentieel is dat iedereen in de triade – patiënt, familie en naasten en alle (potentieel) betrokken professionals – goed met elkaar samenwerkt.

Soms zijn opnames onvermijdelijk, evenals dwangmaatregelen (IBS, RM), want: gevaar is gevaar. Idealerweise zouden opnames plaats moeten vinden op afdelingen waar men 'verstand' heeft van deze doelgroep.

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis trekken een grote wissel, niet alleen op familie en andere naastbetrokkenen, maar ook op andere vormen van hulp en maatschappelijk aanbod. Het aan tafel krijgen van deze partijen maakt dat niet alleen zichtbaar, maar geeft tevens gelegenheid om alle partijen te steunen. Betrek altijd naasten bij behandeling<sup>14</sup>: familie, vrienden, maar ook, als dat nodig is, de reclassering, wijkagent, voogd, jeugdzorg et cetera.

Nog enkele praktische tips: maak heldere afspraken op vaste momenten, maar wees ook flexibel; maak duidelijk wanneer je te bereiken bent en wat te doen wanneer je er niet bent; gebruik maar begrens communicatie via sociale media (Facebook!).

Veel aanwijzingen zijn ook te vinden in de in juni 2015 door het kenniscentrum gelanceerde Geïntegreerde richtlijn behandeling (GRB).<sup>15</sup>

## TOT SLOT

Hulpverleners van mensen met EPA-PS zijn kwetsbaar voor het ontwikkelen van demoralisatie en moeilijk controleerbare tegenoverdracht. Dit maakt interventie noodzakelijk. *Split treatment* en *shared caseload* zijn voorwaarden om burn-out te bij professionals te voorkomen. Met andere woorden: zorg voor mensen met EPA-PS kan een hulpverlener niet alleen geven, dat moet in teamverband. Relaties met mensen met EPA-PS hebben een hoog risico op misverstanden en breuken, therapeutische relaties zijn daarvan niet uitgezonderd. In de praktijk blijkt het beter haalbaar misverstanden of breuken te herstellen dan die te voorkomen. Als blijkt dat een fout van de therapeut aan het misverstand of de breuk ten grondslag ligt, dan is volmondige erkenning een effectieve manier om de relatie te herstellen: de kwaliteit van de relatie ligt in de reparatie. ●

## LITERATUUR

1. Kenniscentrum Phrenos, Bipolaire Stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen en NedKad (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*.
2. Steendam, M., Luyn, B. van, Knapen, S., Nijmeijer, B., Meekeren, E. van, Kaasenbrood, A. & Bunningen, N. van (2013). *Meedoen. Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS*. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.
3. [www.kenniscentrumpsn.nl/geïntegreerde-richtlijnbehandeling](http://www.kenniscentrumpsn.nl/geïntegreerde-richtlijnbehandeling).
4. Delespaul, P. & consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 427-438.
5. Bransen, E. (2011). *Factsheet Mantelzorg voor mensen met een psychische aandoening*. Utrecht: Trimbos-instituut
6. Bateman, A. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality. *British Journal of Psychotherapy*, 177, 138-143.
7. Bateman, A. & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder, an evidence based guide for general mental health professionals*. Oxford: University Press.
8. Gunderson, J., Links, P. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for borderline personality disorder*. Arlington, American Psychiatric Publishing.
9. Knapen, S. (2013). FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen; ervaringen met de combinatie met Mentalization Based Treatment, *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 68, 1, 20-28.
10. Bosch, L.M.C. van den & Kaasenbrood, A. (2013). Mozes en de berg. De bijzondere samenwerking tussen FACT en dialectische gedragstherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 39, 4, 242-254.
11. McGlashan, T. (1993). Implications of outcome research for the treatment of Borderline Personality Disorder. In: *Borderline Personality Disorder*. Arlington: American Psychiatric Press.
12. Bie, A. de, Kaasenbrood, A., Fiselier, J. & Soons, M. (2009). Randvoorwaarden voor de sociaal-psychiatrische begeleiding van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 64, 39-52.
13. Luyn, B. van, Kaasenbrood, A. (2011). Crisisinterventie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis In: Achilles, R.A., Beerthuis, R.J., Ewijk, W.M. van (red.) *Handboek Spoedeisende Hulp*. Amsterdam: Benecke.
14. Meekeren, E. van (2011). Crisismanagement bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. In: Achilles, R.A., Beerthuis, R.J., Ewijk, W.M. van (red.) *Handboek Spoedeisende Hulp*. Amsterdam: Benecke.
15. Meekeren, E. van (2013). Persoonlijkheidsstoornissen. In: Baars, J., Meekeren, E. van (red.). *Een psychische stoornis heb je niet alleen; Praten met families en naastbetrokkenen*. Amsterdam: uitgeverij Boom.

Erwin van Meekeren is psychiater in eigen bedrijf (Meek-it.com) en Scelta, centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Den Haag. Nina van Bunningen is pedagogisch wetenschapper en beleidsmedewerker bij Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht. Dr. Ad Kaasenbrood is psychiater (FACT-team, Pro Persona, Arnhem en directeur van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht. Saskia Knapen is psychiater FACT Persoonlijkheidsstoornissen, Altrecht. Bert van Luyn is klinisch-psycholoog- systeemtherapeut, GGNet, Doetinchem. Ben Nijmeijer is sociaal psychiatrisch verpleegkundige GGZ Breburg, Tilburg. Martin Steendam is klinisch psycholoog, Popleider GGZ Friesland en promovendus VU Amsterdam.

