

**Trefwoorden**

- Psychiatrie
- Ggz
- Persoonlijkheidsstoornis

# Schijnbaar onbehandelbare cluster B-persoonlijkheidsstoornis

**Sommige patiënten met een persoonlijkheidsstoornis lijken nauwelijks behandelbaar. De meest voorkomende interventies die bij deze patiënten worden toegepast zijn beheersen en afschuiven, waarbij het streven is om risico's te voorkomen en de situatie te beheersen. Het beheersen werkt zelden, waardoor een multidisciplinair team dat verantwoordelijk is voor de zorg van deze patiënten onder grote druk komt te staan.**

We weten dat beheersen contraproductief is en dat we ons moeten richten op de interactie met de patiënt (Shapiro, 2009). Doordat het beheersen zelden werkt, komt een multidisciplinair team onder enorme spanning te staan. En na lang zoeken is er dan altijd wel een andere afdeling, een forensisch traject of een andere regio waar de patiënt, en dus de problematiek, naar verplaatst kan worden. In dit artikel beschrijven we eerst

wat wordt verstaan onder 'patiënten met een schijnbaar onbehandelbare cluster B-persoonlijkheidsstoornis'. Vervolgens wordt gekeken naar de huidige evidence based behandeling voor deze patiëntencategorie. Tot slot wordt in dit artikel een aantal mogelijke interventies beschreven, zoals het verbeteren van de therapeutische relatie, het aanpassen van het behandelplan of het gebruiken van elementen van mentalization based treatment.

**Auteurs**

**Thijs Beckers** is werkzaam als verpleegkundig specialist ggz i.o. bij Mondriaan.

**Annemiek Straatsma** is verpleegkundig specialist ggz i.o. bij Emergis.

**Correspondentie**

**Thijs Beckers**, Mondriaan  
thijsbeckers@me.com

**Annemiek Straatsma**,  
Emergis  
straatsma@emergis.nl

Ineke is een 47-jarige patiënte met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Ze verblijft sinds enkele maanden op een gesloten opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Voor deze opname was ze enkele jaren opgenomen op een open afdeling voor langerdurend verblijf van hetzelfde psychiatrische ziekenhuis. Vanuit die situatie is ze zonder succes overgeplaatst naar een beschermde woonvorm. Binnen twee weken werd Ineke weer opgenomen na een suïcidepoging. Oorspronkelijk was de bedoeling dat ze slechts een nacht zou blijven, maar door herhaaldelijke incidenten is dit niet gelukt. Op dit moment is in het toestandbeeld van Ineke geen enkele sprake van evenwicht. Ineke manipuleert de andere patiënten en de teamleden. Hierdoor ontstaan dagelijks conflicten waarin ze een rol speelt en waaruit regelmatig agressieve incidenten ontstaan. Ook is er meerdere keren per week sprake van zelfverwonding, variërend van zichzelf slaan tot het maken van wonden die gehecht moeten worden.

### Schijnbaar onbehandelbaar

De patiënten hebben een aantal kenmerken gemeen. Als eerste hebben ze allemaal een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Dit kan gaan om een borderline- of antisociale persoonlijkheidsstoornis, maar ook een toestandsbeeld waarvan het niet geheel duidelijk is wat de exacte diagnose is, terwijl het wel duidelijk is dat er sprake is van een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Ten tweede hebben de patiënten een grote behoefte aan zorg, die zelden voldoende lijkt te zijn. Ze hebben al tal van opnames achter de rug, ze zijn meestal al minimaal één keer bij een centrum voor kortdurende intensieve behandeling (KIB) geweest, ze houden het vaak niet meer dan enkele maanden uit in een ambulante setting en ze worden bovengemiddeld vaak doorverwezen (Kaasenbrood e.a., 2010). In geen van deze situaties wordt een stabiel toestandsbeeld bereikt dat langere tijd standhoudt. Een multidisciplinair team dat verantwoordelijk is voor hun zorg raakt gemakkelijk ontwricht (Kaasenbrood e.a., 2010). Er ontstaan onderlinge spanningen en de kwaliteit van de geboden zorg staat, vaak afdelingsbreed, onder druk. De uiteindelijke gevolgen van de zorg voor deze patiënten kunnen variëren van gemeenschappelijk gevoel van frustraties tot een volledige desintegratie van het team.

Door deze kenmerken vinden professionals vaak dat deze patiënten niet op hun plaats zijn in de klinische geestelijke gezondheidszorg (Fiselier, 2006). De literatuur geeft echter geen eenduidig antwoord op de vraag of opname een juiste benadering is. De tendens is echter wel dat te allen tijde voorkomen van opname niet gepast is (Kaasenbrood e.a., 2002;

Koekkoek, 2004; Fallon, 2003). En soms, bijvoorbeeld bij aanhoudende suïcidaliteit, is een opname ook bij een cluster B-persoonlijkheidsstoornis gewoon noodzakelijk (Kerkhof & Van Luyn, 2010).

### Huidige evidence based behandeling

In Nederland bestaat sinds enkele jaren een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de ggz, 2008). Ondanks dat de evidence voor de meeste theorieën nog beperkt is (Koelen & Eurelings-Bontekoe, 2008), geeft deze richtlijn wel richting aan de behandeling van deze patiëntencategorie. Deze richtlijn raadt aan om gebruik te maken van de dialectische gedragstherapie of schema-therapie. Ook zijn er handreikingen voor verpleegkundige zorg, farmacotherapie en andere behandelingen. Deze richtlijn zegt echter weinig over de behandeling van deze zeer specifieke patiëntencategorie, waar de standaardbehandeling niet afdoende is. Tot nu toe is er slechts weinig gepubliceerd over patiënten die klem zitten op een gesloten afdeling. De vraag is welke mogelijkheden er nog zijn voor deze categorie.

### De therapeutische relatie

Bij patiënten die als 'moeilijk' worden ervaren, is meestal sprake van een gebrekkige samenwerking tussen de patiënt en professionals (Koekkoek e.a., 2007). Daarnaast wordt bij deze patiënten de diagnose borderline vier keer vaker genoemd dan welke andere diagnose ook (Koekkoek e.a., 2007) en is er

vaak sprake van andere cluster B-persoonlijkheidsstoornissen.

Wat in de therapeutische relatie tussen deze patiënten en hun zorgverleners over het algemeen misgaat, is dat het standaardproces waarlangs de zorg wordt georganiseerd niet van de grond komt; er is sprake van stagnatie in de verleende zorg (Kaasenbrood e.a., 2010). Door terug te kijken en te reflecteren op de interactie tussen professionals en 'moeilijke' patiënten kan een groeiproces ontstaan waarmee een behandelteam zijn zorg kan verbeteren en kan voorkomen dat een neerwaartse spiraal ontstaat in de patiëntenzorg (Boeckhorst, 2003). Hierbij moet oog zijn voor wederzijdse emoties, cognities en preoccupaties (Van Den Bosch, 2005). Dit reflecteren, eventueel met hulp van andere professionals, is bijvoorbeeld ook een belangrijk aspect bij dialectische gedragstherapie. Als de dynamieken binnen deze interacties duidelijker worden, kan het behandelteam hierop anticiperen en voorkomen dat deze het verloop van de behandeling gaan bepalen (Bland e.a., 2007).

Van belang blijft het uitgangspunt dat dit mensen zijn met een beperking en geen mensen die de intentie hebben om teams te ontwrichten. Het is onze taak als professionals om deze patiënten te behandelen voor deze beperkingen en ons in te zetten om ons niet van de wijs te laten brengen door de gevolgen van deze beperkingen. Een veelvoorkomende valkuil is dan ook het hebben van irreële verwachtingen met betrekking tot deze patiënten.

### Behandelovereenkomst

De behandelovereenkomst is de basis van elke behandeling en wordt bij de

start van de behandeling in relatieve rust opgesteld. Het vormt de leidraad van de behandeling, ook op het moment dat de rust ver te zoeken is. Daarnaast is het een handreiking aan collega's die met de patiënt te maken krijgen in een moment van crisis (Van Luyn, 2001). Tijdens een langdurige opname van deze patiëntencategorie kan de behandelovereenkomst gemakkelijk achterhaald raken. De situatie van patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis verandert immers voortdurend. Als de behandelovereenkomst dan niet meeverandert, verliest deze steeds meer van zijn waarde.

Daarnaast blijft de behandelovereenkomst vaak erg algemeen als de crisisdienst deze behandelovereenkomst tijdens een opname opstelt en later niet meer aanpast. Het opnieuw opstellen van een behandelovereenkomst kan dan een kans zijn om een frisse start te maken met de behandeling. Het behandelteam krijgt hierdoor handvatten om de behandeling voort te zetten en deze op het goede spoor te continueren. De behandelovereenkomst beschermt de behandeling als het ware tegen de destructieve impulsen van de patiënt. Zodra de hulpverlener in de reddersrol terechtkomt, is de therapeutische rol nauwelijks meer te handhaven (Van Luyn, 2001). Bij dit opnieuw opstellen van een behandelovereenkomst is het van belang om dit zorgvuldig te doen. Het is dan verstandig om aandacht te besteden aan verschillende aspecten van de behandelovereenkomst. Koekkoek (2004) beschrijft een aantal punten waar aandacht aan besteed moet worden. Als eerste is het belangrijk om het doel vast te stellen. Een doel moet concreet zijn en aansluiten bij de crisis van de

patiënt. Het doel kan dan uiteindelijk zijn dat de patiënt tot rust wil komen of dat de vakantie van iemand uit het steunsysteem moet worden overbrugd. Hoewel veiligheid een van de belangrijkste doelstellingen van een gesloten opnameafdeling is, is het niet verstandig om dit als doel te stellen bij patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Een opname kan immers automutilatie of een suïcide niet voorkomen. Als veiligheid het doel van de opname is, kan het gebeuren dat een patiënt het behandelteam door zijn destructieve impulsen dwingt om verantwoordelijkheid over te nemen om zo die veiligheid te waarborgen. Dit is meestal het begin van een neerwaartse spiraal waarbij steeds meer verantwoordelijkheden worden overgenomen en die vaak zeer moeizaam te keren is (Koekkoek, 2004).

Als tweede moet een periode gekoppeld worden aan dit doel. Bij elk concreet doel hoort een termijn; die termijn moet duidelijk zijn en uitonderhandeld worden. Als de behandelaar deze periode eenzijdig vaststelt, is de kans groot dat de patiënt met een destructieve daad laat zien dat deze termijn uiteindelijk niet gehaald kan worden. Bij een gezamenlijk uitonderhandelde periode is deze kans een stuk kleiner (Koekkoek, 2004).

Het laatste en waarschijnlijk belangrijkste punt van de behandelovereenkomst is het afspreken van de wederzijdse verantwoordelijkheden. Belangrijk is hierbij dat professionals niet meer verantwoordelijkheden overnemen dan strikt noodzakelijk. Zo moet veiligheid overwegend de verantwoordelijkheid van de patiënt blijven. Zodra deze verantwoordelijkheid wordt overgenomen, bijvoor-

beeld door de patiënt te vragen suïcidale neigingen altijd te komen melden, wordt ook de verwachting geschapen dat het behandelteam dit gaat oplossen (Koekkoek, 2004).

## **Mentalization based treatment**

Mentalization based treatment (MBT) is, ondanks de oorsprong in de jaren zestig, een relatief jonge stroming in de psychotherapie die vooral wordt gebruikt voor het behandelen van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Koelen & Eurelings-Bontekoe, 2008). Zoals de benaming al doet vermoeden, draait deze behandeling om het verminderen van crisis en het stabiliseren van de interpersoonlijke interacties door het doen toenemen van mentaliseren.

Mentaliseren is de vaardigheid om zowel de eigen gemoedstoestand als die van anderen te begrijpen op basis van openlijk waarneembaar gedrag. Het wordt gezien als een mentale activiteit die ons in staat stelt menselijk gedrag waar te nemen en te interpreteren en deze te linken aan de gemoedstoestand van de ander. Denk hierbij aan de wensen, verlangens, gevoelens, doelen, redenen van de ander. Bij mentalization based treatment wordt ervan uitgegaan dat mensen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis deze vaardigheid niet voldoende hebben aangeleerd, in tegenstelling tot de meeste mensen. De oorzaak hiervan kan bijvoorbeeld liggen in een inadequate hechting of in psychotrauma's (Bateman & Fonagy, 2004). Mentalization based treatment wordt steeds vaker gebruikt, met name in ambulante trajecten en deeltijdtrajecten, en is dan ook bijzonder effectief gebleken

in het verminderen van problemen. Dit geldt zowel voor problemen die worden gerapporteerd door patiënten als voor klinisch relevante problemen zoals suïcidepogingen en opnames (Bateman & Fonagy, 2009). Mentalization based treatment biedt echter ook mogelijkheden voor de multidisciplinaire behandeling van patiënten die zijn opgenomen. Om dit te illustreren een aantal voorbeelden van universeel bruikbare principes uit de mentalization based treatment.

Binnen de mentalization based treatment worden een aantal gemoedstoestanden (modi) beschreven waarin de patiënt zich kan bevinden. Een modus is meer dan alleen een affect zoals verdrietig, boos of vrolijk. De patiënt kan zich slechts enkele minuten in een modus bevinden, maar ook enkele maanden. Twee modi zijn de 'equivalentie-modus' en de 'alsof-modus' (Ten Kate & Muller, 2007).

Bij de 'equivalentie-modus' wordt de buitenwereld gelijkgesteld aan de binnenwereld van de patiënt. Alles wat de patiënt denkt, voelt of ervaart is echt. En doordat alles wat gedacht wordt echt is, zijn gedachten in deze modus beangstigend. Als de patiënt denkt dat de hulpverlener boos is, dan is dat zo, of de hulpverlener nu echt boos is of niet. Als deze modus wordt herkend bij een patiënt kan hierop worden ingespeeld. Doordat in deze modus alles beangstigend is voor de patiënt, moet er gefocust worden op het bieden van een veilige sfeer. Dit is niet het moment om (mentaliserende) therapeutische interventies in te zetten die als bedreigend kunnen worden ervaren.

Bij de 'alsof-modus' (pretend mode) is sprake van het tegenovergestelde van de equivalentie-modus: er is sprake van ont-

koppeling van de binnen- en buitenwereld. Wat de patiënt op dat moment van binnen voelt, denkt en ervaart staat los van de externe werkelijkheid. Op dat moment stagneert de realisatie dat deze externe werkelijkheid, inclusief de invloed van anderen, invloed heeft op de patiënt zelf. Het nadenken over deze externe werkelijkheid heeft dan dus ook geen invloed op de eigen ervaringen en belevingen. Patiënten kunnen in deze modus hun belevingen vaak goed verwoorden, maar ze ervaren de werkelijke beleving niet. Binnen een multidisciplinair team wordt deze modus vaak beleefd als een moment van relatieve rust, waarbij men ook weet dat deze rust tijdelijk is en dat een destabilisatie nadert. Een ander belangrijk aspect van mentalization based treatment is het begrip teleologische aard (teleological stance). Hierbij worden het gedrag en de intenties van anderen anders geïnterpreteerd en beleefd dan deze bedoeld zijn. Hier komt pas verandering in als er een wijziging is in de fysieke gedragingen van deze anderen (Van Gael, 2007a). Therapeuten moeten dus ervan uitgaan dat ze hun inzichten en ideeën soms tastbaar moeten maken door de juiste handelingen. Dit natuurlijk binnen de grenzen van de behandeling. Expliciete handelingen zijn dus nodig omdat de teleologische aard van de persoonlijkheidsstoornis betekent dat uit de fysieke realiteit moet blijken dat de professional aan de patiënt denkt (Bateman & Fonagy, 2007). Een voorbeeld hiervan is de patiënt die er geen enkel vertrouwen in heeft dat hulpverleners iets voor hem zullen doen tijdens de opname. Hier komt geen verandering in als hij een betrokken hulpverlener treft die hem ervan verzekert dat er hulp wordt geboden. Als deze hulpverlener de

patiënt vervolgens helpt om zijn koffer naar de kamer te dragen, kan de patiënt wel geloven in de hulp die hem geboden gaat worden door de fysieke bevestiging van het aanbod voor hulp.

Als wordt besloten om aan de slag te gaan met mentalization based treatment in een team zijn er verschillende factoren die geoptimaliseerd kunnen worden. Zo kunnen de teamleden worden geselecteerd op hun reflectieve en mentaliserende vermogen, kan de behandelvisie worden aangepast en kan kritisch worden gekeken naar de manier waarop het team (praktisch gezien) werkt. Ook kan gekeken worden naar dagelijks leiderschap (het meest mentaliserende teamlid is hier het beste geschikt voor) en naar overlegmomenten om de teamcommunicatie op peil te houden en spanningen vroeg en adequaat aan te pakken (Van Gael, 2007b).

### Scholing

Al de bovenstaande interventies zijn natuurlijk niets zonder adequate scholing. Deze scholing kan verschillen van een zelf georganiseerde casuïstiekbespreking tot het volgen van een cursus of opleiding door individuele teamleden. De centra voor kortdurende intensieve behandeling (KIB) bieden bijvoorbeeld een zeer boeiende cursus aan over ontwrichting. Scholing wordt aangegeven als een van de belangrijkste voorwaarden voor de behandeling van patiënten met een ernstige cluster B-persoonlijkheidsstoornis (De Bie e.a., 2009).

### Afsluiting

Wat betekent deze kennis voor Ineke, de patiënte uit de inleiding? Interventies als kritisch kijken naar de therapeutische relatie, het vernieuwen van het

behandelplan of het gebruikmaken van interventies van mentalization based treatment scheppen ook voor haar weer mogelijkheden voor behandeling. Met mogelijkheden tot behandeling kan een multidisciplinair team de uitdaging weer aangaan. En als het team deze commitment aangaat, kan ook voor het team het plezier in het werk toenemen! ■

## Referenties

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis: praktische gids voor hulpverleners in de GGZ*. Deventer: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166, (12), 1355-1364. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Bland, A.R., Tudor, G. & McNeil Whitehouse, D. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspect Psychiatr Care* 43, (4), 204-212. doi: 10.1111/j.1744-6163.2007.00135.x
- Boeckhorst, F. (2003). *Duivelse spiralen: werkboek voor meervoudig-systemisch denken in de sociale psychiatrie*. Warnstveld: GGnet.
- De Bie, A., Kaasenbrood, A., Fiselier, J. & Soons, M. (2009). Randvoorwaarden voor de sociaal-psychiatrische begeleiding van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 64, (1/2), 39-52.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 10, (4), 393-401.
- Fiselier, J. (2006). De onbehandelbare borderlinepatiënt. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 61, (12), 1050-1052.
- Kaasenbrood, A.D., Sierink, D. & Van Luyn, B. (2002). Ervaringen van behandelaars met patiënten die lijden aan een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis. *Psychopraxis* 4, 184-190.
- Kaasenbrood, A.D., Smit, A., Nillezen, M. & Hutchemaekers, G. (2010). Misgelopen: de therapeutische relatie met 'moeilijke' patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 65, (1/2), 51-62.
- Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*. Deventer: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koekkoek, B. (2004). Tussen afwijzing en houdgreep: over het verplegen van borderline-cliënten op een gesloten opnameafdeling. *Psychopraxis* 6, (4), 130-136.
- Koekkoek, B., Van Meijel, B. & Hutchemaekers, G. (2007). Moeilijke psychiatrische patiënten: Een overzicht van de literatuur. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 62, (2), 93-108.
- Koelen, J.A. & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (2008). Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis? Een vergelijkende analyse en implicaties voor toekomstig onderzoek. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 34, (1), 5-26.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Shapiro, E.R. (2009). A view from Riggs: treatment resistance and patient authority-XII. Examined living: a psychodynamic treatment system. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 37, (4), 683-698. doi: 10.1521/jaap.2009.37.4.683.
- Ten Kate, C. & Muller, N. (2007). Mentaliseren leren om te kunnen rouwen. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 33, (5), 319-332.
- Van Den Bosch, W. (2005). De borderline persoonlijkheidsstoornis: emotie, cognities en preoccupaties. *Directieve therapie* 25, 151-164.
- Van Gael, M. (2007a). Extreem luid & ongelooflijk ver weg: Mentaliseren in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 33, (1), 6-22.
- Van Gael, M. (2007b). *Moeilijke cliënten, lastige hulpverleners en onmogelijke teams*. In: Gehechtheid en gehechtheidsproblematiek bij personen met een verstandelijke beperking (p. 181-188). Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Van Luyn, B. (2001). Crisisinterventie bij borderline patiënten. *Directieve therapie* 21, 286-307.

## SAMENVATTING

- Patiënten met een schijnbaar onbehandelbaar cluster B-persoonlijkheidsstoornis kunnen een multidisciplinair team onder grote druk zetten.
- Kritisch kijken naar de therapeutische relatie tussen professionals en 'moeilijke' patiënten bevordert een groeiproces waarmee een behandelteam zijn zorg kan verbeteren en kan voorkomen dat een neerwaartse spiraal ontstaat in de patiëntenzorg.
- De behandelovereenkomst moet met de situatie van de patiënt meeveranderen. Doel, termijn en wederzijdse verantwoordelijkheden moeten terugkomen in de behandelovereenkomst.
- Mentalization based treatment biedt mogelijkheden voor de multidisciplinaire behandeling van opgenomen patiënten.
- Adequate scholing is zeer van belang.
- Met mogelijkheden tot behandeling neemt de druk van het multidisciplinair zorgteam af en neemt het plezier in het werk toe.