

LASTIGE PATIËNTEN BESTAAN NIET

'Het is niet meer zo erg om borderline te hebben'

Borderline wordt nog vaak beschouwd als onbehandelbaar. Onterecht. Het aantal succesvolle psychotherapeutische behandelmethoden neemt toe. Wel zijn behandelingen intensief en vereisen ze tolerantie en doorzettingsvermogen van de hulpverlener.

HENK MAASSEN

Persoonlijkheidsstoornissen 'bestaan' nog niet zo lang. Het is 26 jaar geleden dat ze een plaats kregen (op As II) in de DSM-systematiek. Sindsdien weten we dat ongeveer 10 procent van de mensen met zo'n stoornis door het leven gaat. Borderline, met een prevalentie van 2 tot 2,5 procent, trekt de meeste aandacht. Waarschijnlijk omdat in de perceptie van hulpverleners en omstanders borderlinepatiënten zoveel last en onrust veroorzaken.

De mogelijkheden om een borderlinestoornis langs psychotherapeutische weg te behandelen, zijn de laatste tijd sterk toegenomen. Zo wordt volgend jaar van 19 tot en met 22 september in Den Haag een wereldcongres gehouden onder de betekenisvolle titel 'Development and Changeability of Personality Disorders' en zal halverwege 2007 de eerste Nederlandse richt-

'Eenderde van de GGZ-patiënten heeft borderline'

lijn voor diagnostiek en behandeling van de borderlinestoornis verschijnen - een gezamenlijke productie van huisartsen, psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, vaktherapeuten, verpleegkundigen en patiënten. *Last but not least* vergastte de Maastrichtse gezondheidswetenschapper Josephine Giesen-Bloo ons een maand geleden in haar proefschrift op de stelling: 'De borderlinepersoonlijkheidsstoornis is volledig te behandelen.'¹ Veel dokters en sociaalverpleegkundigen denken daar heel anders over.

KINDERSCHOENEN

Psychiater Thomas Rinne, medisch directeur van het Pieter Baan Centrum in Utrecht en gepromoveerd op de neurobiolo-

gie van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, vindt dat er in de Nederlandse academische psychiatrie nog steeds te weinig belangstelling is voor wetenschappelijk onderzoek naar borderline en andere persoonlijkheidsstoornissen. 'Terwijl een derde van de psychiatrische patiënten in de GGZ een borderlinestoornis heeft. Misschien vinden collega's het geen echte psychiatrie. Ook zijn deze patiënten niet altijd even bereidwillig om aan onderzoek mee te doen.' Dit heeft het onderzoek naar de neurobiologie van persoonlijkheidsstoornissen ook geen goed gedaan. 'Dat staat absoluut in de kinderschoenen en wordt in Nederland schromelijk verwaarloosd.'

Roel Verheul, hoogleraar Persoonlijkheidsstoornissen (UvA) en verbonden aan het psychotherapeutisch centrum De Viersprong in Halsteren, somt de oorzaken op van deze stand van zaken. 'Tot in de jaren tachtig', zegt hij, 'was er geen therapie. Toch bestaat nu onder veel hulpverleners en artsen nog steeds het idee dat deze patiënten onbehandelbaar zijn. Het is een self-fulfilling prophecy: je onthoudt patiënten een adequate behandeling of verwijst ze niet door, waardoor ze niet verbeteren. En dat versterkt het geloof in de onbehandelbaarheid weer. Patiënten krijgen dat ook mee en ondernemen dus ook zelf niets. Daarbij komt dat lang de gedachte gold: als een behandeling niet aanslaat bij een patiënt met psychiatrische problematiek, dan zal er wel een persoonlijkheidsstoornis in het spel zijn. Ook ontstond zo een krachtige associatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en onbehandelbaarheid. Ik denk bovendien dat er een soort chroniciteitsillusie bestaat in de GGZ. De patiënten die het minst profiteren van behandelingen, vallen het meest terug en consumeren een fors deel van je tijd; de succesgevallen zie je niet meer terug. Dat vertekent het beeld. Verder is er het hardnekkige geloof dat er zoiets bestaat als een gefixeerde persoonlijkheid, waaraan niets te veranderen valt. Dat klopt niet.'

NATUURLIJK HERSTEL

Vijf zogeheten 'tweepolige dimensies' bepalen ieders persoonlijkheid: emotionele stabiliteit versus instabiliteit, extravertie versus introvertie, openheid versus rigiditeit, prettige versus onprettige omgangsstijl en consciëntieusheid versus impulsiviteit. Verheul: 'Over het algemeen worden mensen emotioneel stabiel, consciëntieuzer, vriendelijker, coöperatiever. Maar

introverte mensen zullen niet ineens veranderen in extraverte persoonlijkheden.'

Van een persoonlijkheidsstoornis is sprake als een of meer van die persoonlijkheidstrekken *in extremo* aanwezig zijn en wel zodanig inflexibel en onaangepast dat ze persoonlijk welzijn en een goede omgang met anderen in de weg staan. De psychiatrie onderscheidt tien persoonlijkheidsstoornissen die alle zijn te beschrijven in termen van de vijf tweepolige dimensies. Verheul: 'Je kunt aan die eigenheid, aan die persoonlijkheidstrekken of *traits* niet zoveel doen. Maar mensen kunnen er wel mee leren omgaan. En dat is wat psychotherapie beoogt.'

Van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is bekend dat ze een natuurlijk herstel kent. Per jaar verliest ongeveer 4 procent van de patiënten zijn diagnose. Na tien jaar zou dan ongeveer de helft zijn hersteld, hetgeen overigens met behulp van therapie veel eerder het geval is. Verheul: 'Zoals ik al zei, mensen worden stabiel en milder in de loop van hun leven. Dat is een kwestie van leren en verklaart waarom een aantal patiënten niet meer zo symptomatisch zal zijn dat ze nog voldoen aan de diagnose borderline. Ze zullen wel altijd emotioneel sensitiever en kwetsbaarder blijven - trekken die overigens ook heel functioneel kunnen zijn. Een borderlinepatiënt voelt haast te veel, maar wie daarmee leert omgaan, houdt iets over wat goed is te gebruiken. Een goede psychotherapeut moet bijvoorbeeld heel sensitief zijn.'

Maar ook bij asymptotische patiënten kan de kernpathologie - een hechtingsstoornis - nog steeds bestaan, aldus Verheul. 'En dus lijden ze nog.'

SPIEGELBEELDIG

Die hechtingsstoornis ligt aan de basis van zowel de borderline-, als aan de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis - die verder enigszins spiegelbeeldig zijn. Zo zijn er driemaal zoveel vrouwelijke als mannelijke borderliners (behalve bij verslaafden) en is die verhouding precies omgekeerd bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Genetische factoren spelen bij beide stoornissen zeker een rol, maar het spel tussen gen en omgeving is uiterst subtiel. Verheul geeft een voorbeeld uit de wetenschappelijke literatuur. 'In een land waar een bepaalde persoonlijkheidstrekk niet wordt gestimuleerd door de omgeving, kunnen alleen sterk genetisch belaste individuen de stoornis krijgen. Zo leven Noren in een rustige, overzichtelijke, sociaal geordende samenleving. Elders heb je desintegrerende samenlevingen, zoals in de binnensteden van de VS. Daar tref je een veel hogere prevalentie van de antisociale en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis aan dan in Noorwegen. Want in de VS zullen ook individuen met een lagere genetische belasting de stoornis ontwikkelen, omdat er meer psychogene risicofactoren zijn.'

Thomas Rinne van het Pieter Baan Centrum heeft gekeken naar de gevolgen van vroege traumatisering - door chronisch ernstige mishandeling of langdurig seksueel misbruik - bij borderlinepatiënten. Hij vond stoornissen in het serotonerge neurotransmittersysteem in de hersenen en ontdekte dat het stresshormoonsysteem (de HPA-as) hyperreactief is bij deze patiënten. Rinne: 'We vonden dat niet bij de groep zonder een vroeg trauma. Conclusie: de neurobiologische en neuro-endocriene afwijkingen gaan niet op voor de hele groep van borderlinepatiënten. Ongeveer 60 procent van hen is inderdaad vroeg in het leven getraumatiseerd, maar 40 procent niet.'

INDELING

PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

DSM-IV kent drie groepen (clusters) van persoonlijkheidsstoornissen.

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

- **Cluster A** omvat de 'excentrieke en vreemde' stoornissen: de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen.
- **Cluster B** omvat de 'grillige, dramatische en onevenwichtige' varianten: de antisociale, borderline, theatrale en narcistische stoornissen.
- **Cluster C** tenslotte omvat de 'angstige' stoornissen: de ontwijkende, de afhankelijke en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen.

Er is ook nog een restcategorie die bekendstaat als 'niet anderszins omschreven'.

Onderzoek onder borderliners moet je daarom corrigeren voor die traumacomponent.'

Uit ander onderzoek is gebleken dat bij mannen een verhoogde neiging tot impulsiviteit en agressiviteit gepaard gaat met een verminderde doorbloeding van de prefrontale cortex. In dit deel van het brein zetelen onze rationele beslissingen en onze werkelijkheidszin. Storingen kunnen vervelende gevolgen hebben. Rinne legt uit hoe dat zit: 'De amygdala, een andere hersenkern, heeft tot taak razendsnel en onbewust te taxeren of er gevaar dreigt of niet en geeft bij gevaar een alarmsignaal af: vechten of vluchten. De prefrontale cortex kan dat afremmen, indien iets op gevaar lijkt, maar dat niet is. Als dat systeem niet goed werkt, kan er vrij snel agressief en impulsief gedrag ontstaan.' Onderzoekers hebben deze mannen SSRI's gegeven. Dat bleek te leiden tot een verbeterde doorbloeding van de prefrontale cortex, die ook beter ging functioneren.

Rinne acht SSRI's alleen geïndiceerd om bij mannen agressiviteit en impulsiviteit te moduleren, niet bij vrouwen. 'Bij beide seksen blijken anti-epileptica of stemmingsstabilisatoren, depakine bijvoorbeeld, goed te werken.'

GEEN TOEGEVOEGDE WAARDE

Rinne en Verheul zijn het erover eens dat psychotherapie de behandeling van keuze is bij persoonlijkheidsstoornissen. Dat is ook de communis opinio onder de meeste collega's in de psychiatrie en psychologie. Farmacotherapie is ondersteunend en alleen geïndiceerd waar symptomen als ernstige depressie, agressie of hevige angst psychotherapie tijdelijk onmogelijk maken. 'We moeten ons met medicamenten richten >>

<< op impulsiviteit, stemmingslabiliteit, cognitieve en waarnemingsstoornissen, zoals psychotische symptomen, verduidelijkt Rinne.


Gelijkwaardige combinaties van pillen en praten als therapie bieden geen toegevoegde waarde, weet Verheul. 'Het kan zelfs de werkzaamheid van psychotherapie onderdrukken.' Absoluut en in alle gevallen gecontraïndiceerd zijn benzodiazepinen, waarschuwt hij. 'Maar die middelen willen maar niet verdwijnen. Artsen, vooral huisartsen, willen waarschijnlijk de strijd niet aangaan met lastige borderliners.'

Verheul begrijpt dat wel, maar denkt dat deze patiënten juist daarom niet bij de huisarts thuishoren. Ze moeten, vindt hij, in de eerste lijn worden opgevangen door psychologen, die de specifieke motiverende gesprekstechnieken in huis hebben om ze te bewegen in behandeling te gaan in de tweede of eventueel derde lijn.

Daar kunnen ze rekenen op drie behandelingen waarvan op basis van RCT's de laatste jaren een behoorlijk goede werkzaamheid is aangetoond. De dialectische gedragstherapie (DGT), *mentalization-based-treatment* (MBT) en de schema-gerichte therapie (SGT).

LEREN MENTALISEREN

Bij DGT krijgt een patiënt gedurende een jaar elke week een uur individuele psychotherapie en 2,5 uur groepsvaardigheidstraining. Doel is de schadelijke impulsieve gedragingen te bestrijden met gedragstherapeutische technieken en door emotieregulatie vaardigheden aan te leren. In nog ongepubliceerd onderzoek toont de Duitse psychiater Sabine Herpertz (universiteit Rostock) met behulp van fMRI-opnamen aan dat deze therapie leidt tot, mogelijk zelfs duurzame, veranderingen in het prefrontale cortex-amygdalasyteem.



Veel borderliners hebben niet het vermogen ontwikkeld om te reflecteren op gevoelens, gedrag en gedachten. Door psychotherapie kunnen ze dat leren.

MBT is een buitengewoon intensieve behandeling. De patiënt komt anderhalf jaar lang elke werkdag naar de kliniek voor psychotherapie en volgt daarna nog anderhalf jaar drie keer per week groepstherapie. Patiënten leren reflecteren op gevoelens, gedrag en gedachten. Veel borderliners hebben dat vermogen niet goed ontwikkeld en kunnen daarom niet goed inschatten waarom iemand iets zegt of doet. Ze kunnen bij het minste of geringste achterdochtig worden of zich onveilig voelen.

Verheul: 'Ik heb in Engeland patiënten gezien van wie ik dacht dat het halve schizofrenen waren; de ernstigste gevallen van borderline die ik ooit zag. De therapie had op deze mensen een verbluffende uitwerking. We passen de behandeling inmiddels ook in De Viersprong toe. In een pilotstudie onder 25 patiënten zien we dezelfde of zelfs grotere effecten.'

SGT kost ongeveer drie jaar, met twee sessies per week, en tracht de manier waarop patiënten traumata cognitief hebben vastgelegd (cognitieve schemata in het jargon) te toetsen op waarheidsgehalte. Het is de enige therapie waarin 'het verleden van de patiënt' een grote rol speelt. Verheul: 'De meningen zijn verdeeld over de noodzaak en nut ervan.'

Er is nog een vierde, minder wetenschappelijk onderbouwde behandeling, de *transference-focused* psychotherapie (TFP). Volgens Verheul is deze behandeling het minst makkelijk te leren door hulpverleners en ook moeilijk te begrijpen

Borderline wordt vaak slordig gediagnosticeerd

voor de patiënt. 'Het is ze vaak niet goed duidelijk wat ze nu eigenlijk leren.' In het onderzoek van de Maastrichtse groep van professor Arnoud Arntz bleek SGT onlangs superieur aan TFP.

De overeenkomsten tussen al deze behandelingen zijn groter dan de verschillen, relativeert Verheul. 'Leren mentaliseren is een essentieel onderdeel van alle therapieën.'

BIPOLAIR SYNDROOM

Borderline emancipeert snel. 'Het is bij wijze van spreken niet meer zo erg om het te hebben, juist omdat het beter behandelbaar wordt', zegt Verheul. 'Alle instellingen zijn bezig de behandelcapaciteit voor deze aandoening te vergroten.'

Toch constateert hij een paar knelpunten. 'Borderlinepatiënten houden zich niet altijd aan de therapie-regels. Een hoge tolerantie van de kant van de hulpverleners is dus een eerste vereiste. Je moet achter ze aan, je moet veel, heel veel uit de kast halen om ze te helpen. Mijn stelling is: lastige patiënten bestaan niet. Je heb lastige hulpverleners die weigeren te leren hoe je met deze patiënten moet omgaan.'

Vervolgens wijst Verheul op de kosten. Alle therapieën zijn intensief en vergen van de kant van de therapeuten een groot aantal manjaren. Verheul: 'Misschien hebben sommige borderliners voldoende profijt aan een kleinere "dosering". Wij gaan daarom onderzoeken of DGT valt terug te brengen tot een gesprek eens per twee weken plus groepsvaardigheidstraining en dat niet onder leiding van een dure, hoogopgeleide psychotherapeut.' Rinne voegt daaraan toe dat de borderlinestoonis vaak slordig wordt gediagnosticeerd. 'De goede collega's niet te na gesproken. Maar een bipolair syndroom en een borderlinepersoonlijkeitsstoornis worden nog wel eens verward. En lastige patiënten krijgen te snel het label borderline.'

Volgens Verheul kan de nieuwe richtlijn helpen. Hij is nauw betrokken bij de ontwikkeling daarvan. 'Ik wil een richtlijn die consistent is met de literatuur, maar wel een die niet alleen is gebaseerd op de uitkomsten van gerandomiseerde trials, maar ook op klinische kennis. Hij moet namelijk vooral praktisch zijn.' ■

Referentie

1. Giesen-Bloo J, *Crossing Borders*, dissertatie september 2006, Universiteit Maastricht.