

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Angstbehandeling bij patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis

Marisol J. Voncken¹, Remco van der Wijngaart² en Hannie van Genderen²

SAMENVATTING

Een wijdverbreid en hardnekkig misverstand is dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis een klachtgerichte angstbehandeling stagneert. Gecontroleerd onderzoek in een onderzoeksetting vindt namelijk geen bewijs voor deze stelling. Echter in een klinische setting is mogelijk meer ruimte voor de 'therapist drift' (de neiging te gaan praten in plaats van CGT technieken te gebruiken) dan in een onderzoeksetting. Wanneer het basis arsenaal van een CGT therapeut tekort schiet om vat te krijgen op deze 'therapist drift' kunnen technieken uit de schematherapie helpen de angstbehandeling te continueren.

Na intake werd bij Annet een sociale angststoornis, een recidiverende depressieve stoornis en een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Na een discussie in de staf of het wel zinvol is te starten met een angstbehandeling bij een comorbide persoonlijkheidsstoornis is hier toch voor gekozen. Tijdens de behandeling ervaart Annet elk goedbedoeld compliment als kritiek en maakt zij vrijwel nooit haar huiswerk. De sessies raken steeds meer gevuld met het praten over haar worsteling met het leven. De therapeut voelt zich inadequaar, denkt haar tekort te doen met deze klachtgerichte angstbehandeling en verwijst haar door naar het team persoonlijkheidsstoornissen.

INTRODUCTIE

Een wijdverbreid en hardnekkig misverstand is dat comorbide persoonlijkheidsstoornissen een klachtgerichte angstbehandeling stagneren. Het eerste deel van dit artikel beschrijft dat gecontroleerd onderzoek weinig tot geen

¹ Maastricht University, Faculty of Psychology and Neuroscience
Department Clinical Psychological Science, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht
Correspondentie: m.voncken@maastrichtuniversity.nl
² Riagg Maastricht, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht

bewijs vindt voor deze stelling. Dit onderzoek vond echter plaats in een gecontroleerde onderzoeksetting. In een klinische setting is mogelijk meer ruimte voor de 'therapist drift': de neiging te gaan praten in plaats van CGT technieken te gebruiken. Het tweede gedeelte richt zich op het hanteren van deze 'therapist drift' binnen een klachtgerichte angstbehandeling. Het basis arsenaal van de CGT therapeut wordt aangevuld met technieken uit schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen.

WETENSCHAPPELIJK KADER

In de klinische praktijk heerst de overtuiging dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis een angstbehandeling zou stagneren. De redenen die hiervoor genoemd worden zijn dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis intolerant zijn voor het ervaren van sterke emoties, niet kunnen of willen meewerken aan huiswerk, geen goede motivatie hebben om te veranderen, een problematische therapeut-patiënt interactie veroorzaken en dat hun klachten gerelateerd zijn aan diep gewortelde, inflexibele, inadequate patronen (Dreessen, Arntz, Luttels & Sallaerts, 1994). Er zijn echter geen aanwijzingen uit gecontroleerd onderzoek dat persoonlijkheidsstoornissen leiden tot een stagnatie van klachtgerichte angstbehandeling. In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van zes Nederlandse studies naar dit onderwerp. Gelijke conclusies komen ook van Amerikaanse bodem (zie bijvoorbeeld Telch, Kamphuis & Schmidt, 2011).

Consistent werd gevonden dat patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen, zowel voor als na behandeling, meer angstklachten rapporteerden. Deze groep patiënten is er dus ernstiger aan toe. Echter wat betreft effectiviteit van behandeling vonden slechts twee studies een licht nadelig effect van een comorbide persoonlijkheidsstoornis op de verbetering van angstklachten (Van den Hout, Brouwers & Oomen, 2006; Weertman, Arntz, Schouten & Dreessen, 2005). De conclusie van de betreffende auteurs was dat de nadelige effecten van comorbide persoonlijkheidsstoornissen zo minimaal waren dat zij niet het klinische beeld bevestigden dat persoonlijkheidsstoornissen de behandeling stagneren. Tegenover deze twee studies staan vier studies (Dreessen, et al., 1994; Kampman, Keijsers, Hoogduin & Hendriks, 2008; Van Velzen, Emmelkamp & Scholing, 1997) die geen effect vonden van de comorbide persoonlijkheidsstoornis op de verbetering van angstklachten. De laatste en grootste studie vond zelfs dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis samenhang met een sterkere verbetering in angstklachten (Vos, Arntz & Huibers, aangeboden). Het is belangrijk te vermelden dat in deze studies patiënten met een cluster c persoonlijkheidsstoornis oververtegenwoordigd waren. Cluster c persoonlijkheidsstoornis en in het bijzonder de vermijdende persoonlijkheidsstoornis, is de meest voorkomende comorbide persoonlijkheidsproblematiek bij angststoornissen (Friborg, Martinussen, Kaiser,

Øvergård & Rosenvinge, 2013). Cluster A en B persoonlijkheidsstoornissen kwamen zo weinig voor dat geen uitspraken gedaan kunnen worden over de effecten van klachtgerichte behandeling bij deze persoonlijkheidsstoornissen.

Kortom, hoewel patiënten met comorbide (cluster c) persoonlijkheidsstoornissen er zowel voor de start van de behandeling als na therapie ernstiger aan toe zijn, profiteren zij evengoed van een klachtgericht angstbehandeling als angstpatiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis. Dit sluit aan bij de resultaten uit een recente meta-analyse van Olatunji, Cisler en Tolin (2010). Ook zij vonden geen tot zelfs positieve effecten van comorbiditeit bij angststoornis behandelingen. Er zijn evenmin aanwijzingen dat patiënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek eerder een klachtgerichte behandeling staken. Zowel Weertman en collega's (2005) als Hofmann en Suvak (2006) vonden dat het percentage van deelnemers met een comorbide persoonlijkheidsstoornis even hoog was in de groep patiënten die eerder afhaakten als patiënten die de behandeling afmaakten.

Ondanks dat gecontroleerd onderzoek geen bewijs levert, blijft het een wijdverbreid, hardnekkig idee in de klinische praktijk dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis leidt tot stagnatie van een klachtgerichte angstbehandeling. Het kan zijn dat therapeuten een moeizaam therapie proces onterecht toeschrijven aan persoonlijkheidsproblematiek. Dreessen en Arntz (1999) vonden hier aanwijzingen voor. In dit onderzoek beoordeelden therapeuten bij patiënten met een angststoornis zowel het therapie proces als de ernst van persoonlijkheidsproblematiek. Voor de start van de behandeling werd ook een klinisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID II, Weertman, Arntz & Kerkhofs, 2000) afgenomen door een onafhankelijke beoordelaar. Hoe moeizaam de behandelaar het therapie proces vond verlopen kwam slechts minimaal overeen met de uitkomst van dit SCID II interview. Er was echter een grote samenhang tussen het oordeel van de behandelaar over de ernst van persoonlijkheidsproblematiek en de moeizaamheid van het therapie proces. Therapeuten leken dus geneigd een moeizaam verlopende behandeling onterecht toe te schrijven aan de persoonlijkheidsproblematiek van de patiënt.

Een andere reden waarom dit idee ondanks het wetenschappelijke bewijs blijft bestaan is dat behandelaren menen dat de resultaten uit gecontroleerd onderzoek niet generaliseerbaar zijn naar de praktijk. Bijvoorbeeld omdat de patiënten die geïncludeerd worden in wetenschappelijk onderzoek een mildere populatie zouden zijn of omdat therapeuten hoger opgeleid zijn dan in de klinische praktijk. Echter Emmelkamp (2011) betoogt in zijn overzichtsartikel dat zowel patiënten als therapeuten in klinische trials vergelijkbaar zijn met de dagelijkse reguliere klinische praktijk. Zo ook in de zes studies vermeld in Tabel 1. Patiënten werden voornamelijk via de reguliere weg doorverwezen voor een tweedelijns angstbehandeling, en in één studie voor een derdelijns (Van den Hout et al., 2006) angstbehandeling. In totaal werden tegen de 2000

Tabel 1

	Waar	Setting	Patiënt instroom	Stoornis	N
Weertman et al. (2005)	RIAGG Maastricht	Ambulant	Reguliere 2 ^{de} lijn	Alle angststoornissen	398
Vd Hout et al. (2006)	Vincent van Gogh	Opname	Reguliere 2 ^{de} lijn	As I breed 62% angst	421
Van Velzen et al. (1997)	Universiteit Groningen	Ambulant	Reguliere 2 ^{de} lijn en advertenties	Sociale angststoornis	61
Kampman et al. (1998)	Radboud Universiteit Nijmegen ¹	Ambulant	Reguliere 2 ^{de} lijn en advertenties	Paniekstoornis	161
Dreessen et al. (1994) Studie 1	RIAGG Maastricht	Ambulant	Reguliere 2 ^{de} lijn	Paniekstoornis	31
Dreessen et al. (1994) Studie 2	RIAGG Maastricht	Ambulant	Reguliere 2 ^{de} lijn	Alle angststoornissen	57
Vos et al. (aangeboden)	RIAGG Maastricht	Ambulant	Reguliere 2 ^{de} lijn	Alle angst	865

¹ angstpoli GGZ Nijmegen en Ambulatorium Radboud Universiteit

² Mix van individueel toegesneden cgt, protocollen, farmacotherapie, interpersoonlijke therapie, familie en groepstherapie

³ Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen (Weertman, et al., 2000)

patiënten met een grote variatie aan angststoornissen geïncludeerd, dus de generaliseerbaarheid van de resultaten is groot. De behandelaren in de studies waren niet per se hoog opgeleid (stagiaires, net afgestudeerde psychologen en psychologen met een afgeronde postdoctorale cgt opleiding).

Echter er zijn wel een aantal verschillen tussen de onderzoekssetting en de reguliere klinische praktijk aan te wijzen. Hoewel er ook individueel toegesneden cgt werd gebruikt (Dreessen et al., 1994; Van den Hout et al., 2006; Vos et al. aangeboden), waren de behandelingen in de meeste gevallen geprotocolleerd en in tijd gelimiteerd (10-14 sessies). Verder werden therapeuten voor de protocollaire behandelingen specifiek getraind en kregen de behandelaren in vrijwel alle studies wekelijks supervisie. Onze ervaring is dat sterk geprotocolleerde behandelingen, specifieke trainingen en protocolgerichte supervisie

Therapie	Type	Protocol	Therapeuten	Super-visie	Meting AS II	Effect ⁵
+14 sessies, 1 uur	Ind.	Protocol	Startende, of therapeuten met CGT opleiding	Wekelijks 1 uur	SCID II ³	Negatief
+ 127 dagen	Ind./groep	Mix ²	Grote variatie		Open interview	Licht negatief
10-14 sessies 1,5 uur	Ind.	Protocol	Stagiaires getraind voor protocol	2 wekelijks 2 uur	SCID II ³	Geen
15 sessies, 50 min	groep	Protocol	Stagiaires en ervaren therapeuten	Wekelijks	Vragenlijst ⁴	Geen
12-14 sessies, 1 uur	Ind.	Protocol	Startende, of therapeuten met CGT opleiding	Wekelijks	SCID II ³	Licht positief
+ 25 sessies, 1 uur	Ind.	Individueel toegesneden CGT	Startende, of therapeuten met CGT opleiding	Wekelijks	SCID II ³	Licht positief
12-25 sessies, 1 uur	Ind.	Protocol of ind. toegesneden CGT	Startende, of therapeuten met CGT opleiding	Wekelijks	SCID II ³	Positief

⁴Nederlands Personality Disorder Questionnaire Revised (Ouwensloot, Van den Brink, De Boer en Hoogduin, 1989)

⁵De richting van het effect van comorbide persoonlijkheidsstoornis op effectiviteit van de angstbehandeling. De toevoeging 'licht' geeft aan dat enkel binnen subanalyses maar niet binnen de hoofdanalyses een effect is gevonden

voor therapeuten in de dagelijkse klinische praktijk vaak niet voorhanden zijn. Verder is de vraag of in de gewone klinische praktijk het aantal sessies voor (protocolaire) behandeling beperkt blijft tot 10-14 sessies.

Er zijn ook aanwijzingen dat behandeling binnen een onderzoekssetting andere effecten heeft dan binnen een klinische setting. In een recente meta-analyse (Swift & Greenberg, 2012) werden predictoren van drop-out onderzocht. Hier werd onderscheid gemaakt tussen een onderzoeksetting waarin specifiek getrainde en gesuperviseerde therapeuten een protocol volgen met een gedetailleerde handleiding en gestructureerde sessies en een gangbare klinische setting waarbij dit soort eisen niet aan therapeut en behandeling gesteld werden. In een onderzoeksetting was het drop-out percentage beduidend lager (17%) dan in een klinische setting (26%). Dit duidt erop dat effecten

binnen een gecontroleerde onderzoekssetting niet zomaar generaliseerbaar zijn naar de reguliere klinische praktijk. Maar, stellen Swift en Greenberg (2012), dit neemt niet weg dat het juist zinvol is voor de klinische praktijk om een aantal procedures uit de onderzoeksetting over te nemen om de dropout te verminderen.

Twee procedures die Swift en Greenberg (2012) binnen de klinische praktijk aanbevelen is het gebruik van geprotocolleerde behandeling en het stellen van een tijdslimiet: de dropout was aanzienlijk lager bij geprotocolleerde behandelingen dan bij behandelingen zonder protocol (18% versus 28%) en bij behandelingen met tijdslimiet dan bij ongelimiteerde behandelingen (18% versus 29%). Deze suggesties sluiten aan bij de aanbevelingen van de eerder genoemde studie van Weertman et al. (2006) waarin de rol van comorbide persoonlijkheidsstoornissen bij angstbehandeling onderzocht werd. Deze auteurs suggereren dat de structuur van CBT therapeuten en patiënten een concrete focus biedt waardoor ze niet afgeleid worden door de complexiteit van de problemen bij mensen met comorbide persoonlijkheidsstoornissen. Dit past ook bij een interessante bevinding in de eerder genoemde meta-analyse van Olatunji en collega's (2010). Comorbiditeit bleek in deze meta-analyse geen effect te hebben bij angststoornis patiënten maar had wel een negatief effect bij een 'neurotische' groep patiënten. Bij deze groep kon geen specifieke angststoornis worden vastgesteld. Hierdoor waren volgens de auteurs de doelen van de behandeling waarschijnlijk minder gefocust dan in de behandeling van een angststoornis. De auteurs concluderen dan ook dat in deze minder gefocuste behandelingen comorbiditeit veel meer invloed had op de stagnatie van de behandeling. Wellicht heeft binnen de reguliere klinische praktijk persoonlijkheidsproblematiek wel een negatief effect op de angstbehandeling. Mogelijk is binnen de gecontroleerde onderzoekssetting minder ruimte voor afwijken van het protocol en ongelimiteerd doorgaan met de behandeling waardoor persoonlijkheidsproblematiek minder vrij spel heeft.

In aansluiting op dit idee beschrijft Waller (2009) de 'therapist drift' als de neiging van therapeuten om bij moeizame behandelingen over te schakelen op praten in plaats van het toepassen van bewezen effectieve CGT technieken. In een strakke onderzoekssetting is het voor therapeuten vrijwel niet mogelijk om van het behandelprotocol af te wijken en worden zij gestimuleerd om CGT technieken consequent toe te passen. Verder worden in wekelijkse supervisiecontacten therapeuten uitgedaagd om bij een moeizame behandeling toch aan het protocol vast te houden. In 'gewone' behandelingen is meer ruimte om daar van af te wijken. Iedere therapeut kent toch wel sessies waarvan hij zich achteraf realiseert dat hij zijn CGT technieken niet heeft toegepast? Illustratief hierbij is het onderzoek van Becker, Zayfert en Anderson (2004). Van de therapeuten die getraind waren in imaginaire exposure paste 46% deze techniek helemaal niet meer toe bij hun PRSS patiënten en slechts 33% gebruikte deze techniek nog regelmatig. Waller (2009) noemt als redenen

voor de 'therapist drift': een te drukke agenda, teveel patiënten in korte tijd moeten zien, geen tijd voor supervisie of intervisie en te weinig tijd en geld beschikbaar voor opleiding. Ook wijst Waller erop dat cognities als externe attributie (het komt door persoonlijkheidsstoornis van de patiënt), verontschuldige gedachten (deze ene sessie maakt het niet uit dat ik geen technieken heb gebruikt) of gevoelens van schaamte, voorkomen dat therapeuten consequent de technieken gebruiken. Verder hebben volgens Waller therapeuten de neiging om patiënten te beschermen voor vervelend huiswerk en heftige exposure oefeningen. Wat vooral naar voren komt in het pleidooi van Waller is dat we onze patiënten, ook onze complexe patiënten, tekort doen als we niet consequent CGT technieken toepassen.

Uit het voorgaande overzicht van onderzoeksresultaten blijkt dat binnen een gecontroleerde onderzoeksetting het zeker mogelijk is om angstpatiënten met comorbide (cluster c) persoonlijkheidsstoornis adequaat voor hun angst te behandelen. In de dagelijkse klinische setting is mogelijk meer ruimte voor de 'therapist drift' waardoor comorbide persoonlijkheidsproblematiek meer kans heeft de behandeling te stagneren. Niet het afwijken van bestaande protocollen maar juist een gefocuste behandeling, het adequaat en consequent toepassen van CGT technieken, gestuurd door supervisie of intervisie, lijken vooralsnog de duidelijkste richtlijnen om deze patiënten van goede zorg te voorzien.

DE KLINISCHE PRAKTIJK

Er lijken aanwijzingen te zijn dat in de alledaagse klinische praktijk de 'therapist drift' ons afhoudt om bij comorbiditeit een klachtgerichte behandeling uit te voeren. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek kunnen zeker gedrag vertonen dat de 'therapist drift' uitlokt. In dit deel van het artikel worden naast de gebruikelijk CGT interventies ook methoden ontleend aan de schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen beschreven. Binnen schematherapie worden 'moeilijke' emotionele reacties of gedrag benoemd als kanten van de persoon (schemamodi in schematherapie). Hierdoor worden deze reacties voor zowel therapeut als patiënt meer egodystoon en hanteerbaar. Zo komt er ruimte voor de CGT therapeut om de angstbehandeling bij deze patiënten te continueren.

Het opzetten van het behandelkader

De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kan gepaard gaan met meerdere comorbide klachten. Gedurende de behandeling kan de lijdensdruk wisselen tussen deze verschillende klachtgebieden. De ene sessie vertelt de patiënt over zijn sociale angst maar de week erop kan de somberheid op de voorgrond staan, of de arbeidsgerelateerde problematiek. Deze wisselingen stimuleren de 'therapist drift'. Door vooraf aan de therapie het behandelkader expliciet te bespreken is het voor zowel patiënt als therapeut makkelijker om

niet in de 'therapist drift' verzeild te raken en de angstbehandeling te continueren. De volgende onderwerpen worden hierbij met de patiënt besproken:

1. *De keuze voor een gefocuste angstbehandeling:* Hier wordt uitgelegd dat het behandelen van één klacht eerder succesvol is dan een behandeling waarin verschillende klachten elkaar afwisselen, net zoals je een berg stenen niet in één keer kan verplaatsen maar wel steen voor steen. Verder is het zinvol te noemen dat de geleerde technieken transporteerbaar naar andere klachtgebieden en dat onderzoek aantoont dat een klachtgerichte angstbehandeling effectief is bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.
2. *Wat de doelstelling is van deze behandeling:* De doelstelling is *niet* dat de patiënt klachtenvrij is maar *wel* dat de patiënt een vaardigheid leert waarmee hij op een andere, betere, manier kan omgaan met klachtsituaties.
3. *Voor welk tijdsplan en methode wordt gekozen:* Het is nodig het aantal sessies van tevoren vast te leggen en dit bij elke sessie te herhalen. Hierdoor raken zowel patiënt als therapeut gefocust op het afronden van de behandeling binnen dit tijdsplan zonder af te wijken van het behandelplan. Daarnaast moet de patiënt tijd inruimen voor huiswerk en andere oefeningen. Wanneer een patiënt hier niet mee akkoord gaat, kan niet worden gestart met de behandeling.
4. *Welke problemen verwacht kunnen worden.* Hier moet uitgelegd worden dat de therapie niet meteen werkt en dat in het begin van de behandeling de klachten erger kunnen worden. Verder kunnen tijdelijk andere klachten op de voorgrond komen te staan. Ook dan is belangrijk te blijven focussen op de angstbehandeling waarvoor gekozen is.

Omgaan met sterke emotionele reacties

De 'therapist drift' kan ook worden gestimuleerd door sterke emotionele reacties. Zo kan een ontwijkende patiënt elk compliment als kritiek ervaren; roept een afhankelijke patiënt irritatie op door het altijd eens te zijn met de therapeut en wordt een dwangmatige patiënt boos bij elk klein foutje wat de therapeut maakt. Hieronder volgt een voorbeeld uit de behandeling van Annet.

Nadat het huiswerk al enige sessies moeizaam liep heeft Annet 3 dagboeken ingevuld. De therapeut wil Annet daarmee complimenten: 'Hartstikke goed Annet; je hebt 3 dagboeken weten in te vullen! Wat knap! Je hebt ook goed opgeschreven wat je hebt gedaan in die situaties, mooi. Ik zie ook wel dat het soms nog lastig is om gedachten van gevoelens te onderscheiden maar dat is logisch, het is de eerste keer dat je met deze dagboeken werkt. Heel goed gedaan!'

In plaats van complimenten hoort Annet de volgende boodschap:

'Annet, je hebt maar 3 dagboeken weten in te vullen! Je hebt alleen opgeschreven wat je hebt gedaan in die situaties. Ik zie dat het nog steeds lastig is

om gedachten van gevoelens te onderscheiden. Wat stom! Dat is ook logisch want je snapt er ook niets van! De therapie gaat dus nooit lukken en dat is jouw schuld!

Hierdoor reageert Annet met verdriet en moedeloosheid in plaats van de complimenten te ontvangen. De therapeut wordt hierdoor gestimuleerd haar verder te overladen met complimenten en raakt zo het contact met Annet kwijt. Dit draagt bij aan het mislukken van een adequate angstbehandeling.

De sterke emotionele reacties van een patiënt reflecteren de geïnternaliseerde leerervaringen oftewel de UCS/UCR representaties die hieraan ten grondslag liggen. Wanneer die geheugenbestanden geactiveerd zijn raakt de patiënt overspoeld door de bijbehorende emoties. Door te begrijpen dat deze heftige emotionele reacties voortkomen uit de leergeschiedenis van de patiënt roepen deze reacties minder irritaties en onbegrip op. Zo komt er ruimte om de angstbehandeling te continueren.

De CGT therapeut beschikt over een scala aan technieken om te reageren op heftige emotionele reacties van patiënten tijdens een sessie. Hij zal allereerst de patiënt geruststellen en complimenten geven voor het delen van deze emotie. Vervolgens kan binnen het kader van de angstbehandeling de negatieve automatische gedachte die een rol speelde bij deze heftige emotionele reactie geïdentificeerd en uitgedaagd worden. Daarnaast is het samen bespreken van de holistische theorie een bruikbaar hulpmiddel om deze heftige emotionele reacties beter te begrijpen.

Bovengenoemde verbale aanpak is bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek niet altijd afdoende. Een verbeeldingsoefening ofwel imaginatie kan bij een vastgelopen angstbehandeling helpen om beter inzicht te krijgen in de UCS/UCR representaties die ten grondslag liggen aan deze heftige emoties. Deze meer ervaringsgerichte, experiëntiële techniek is een veelgebruikte techniek binnen de schematherapie (Van Genderen & Arntz, 2010, p 73-98; Young, Klosko & Weishaar, 2005, p. 117-153). Een diagnostische imaginatie doorloopt de volgende stadia. Een voorbeeld uit de behandeling van Annet verduidelijkt dit verder.

- 1 De therapeut benoemt de sterke emotionele reactie en nodigt de patiënt uit om te begrijpen wat hem zo geraakt heeft.
- 2 De therapeut geeft kort informatie over het doel en de werkwijze van de oefening en vraagt de ogen te sluiten. Hij legt uit dat de ogen sluiten helpt om zich beter te concentreren op ervaringen, dat de patiënt altijd de controle behoudt en de oefening kan stoppen als hij dat wil.
- 3 De therapeut vraagt de patiënt een beeld op te roepen van een veilige plek. Deze start dient als warming up en helpt de emoties van onprettige herinneringen te verdragen.

- 4 De therapeut vraagt het beeld voor ogen te nemen van de concrete aanleiding waarin de patiënt zo van streek raakte. De therapeut vraagt de patiënt zich zo goed mogelijk in te leven met alle zintuiglijke waarnemingen die bij die situatie horen: Wat ziet hij? Welke geuren en geluiden horen bij dit beeld? Vervolgens vraagt de therapeut de patiënt zich te richten op de emotionele gewaarwordingen: Wat voelt hij? Waar in zijn lichaam voelt hij deze emoties?
- 5 De therapeut vraagt dit beeld te laten vervagen en zich te blijven richten op de emotionele ervaring van die situatie. De emotionele beleving vormt zo een gevoelsbrug naar het verleden. Welke herinneringen uit het verleden komen bij de patiënt op? Het is niet de bedoeling dat de patiënt hier over gaat nadenken, hij hoeft zich enkel te richten op de gevoelsbeleving en af te wachten welke beelden vanuit het verleden opkomen.
- 6 Wanneer een herinnering uit het verleden opkomt wordt de patiënt gevraagd zich opnieuw in te leven in die situatie dat het lijkt alsof hij er op dit moment daadwerkelijk weer is.
- 7 Wanneer deze gebeurtenis uit het verleden is doorgenomen wordt terug gekeerd naar het beeld van de veilige plek.
- 8 In de nabespreking wordt de ervaring benoemd als een kant van de patiënt en krijgt deze letterlijk een naam en plek in de ruimte.

De therapeut en Annet bespreken de sterke emotionele reactie die volgde op de huiswerkbespreking. Na een korte uitleg wordt gestart met een imaginatie waarbij Annet zich richt op het ervaren gevoel van kritiek en mislukken. De therapeut vraagt om gefocust op deze emotionele beleving beelden uit het verleden naar boven te laten komen. Annet ziet zichzelf dan als 9-jarig meisje oefenen met rekensommen terwijl haar vader haar helpt. Hij raakt steeds geïrriteerder wanneer Annet niet het goede antwoord geeft. Hij barst uit in woede en noemt haar dom.

Therapeut: 'Ik begrijp nu waarom je zo van streek raakte toen we je huiswerk bespraken Annet. Het bespreken van huiswerk lijkt op situaties waarin je vader boos werd en je dom noemde. Het gebeurde vaak dat je vader zo straffend tegen je deed. Daarmee is het straffende stuk van je vader in zekere zin 'in je gekropen'; het is alsof hij nog steeds over je schouder meekijkt en commentaar geeft op zijn straffende manier. Dus toen ik complimenten gaf hoorde je niet mijn aardige woorden maar hoorde jij je vader (hier wijst de therapeut naar een plek naast patiënt) die jou opnieuw strafte. We gaan proberen te herkennen wanneer je vader (therapeut wijst opnieuw naar plek naast patiënt) er weer tussendoor komt met die straffende woorden van hem. Als jij en ik hem leren herkennen kunnen we die straffende vader in jou ook beter aan de kant zetten, zodat we onze aandacht kunnen richten op waar het werkelijk om gaat; hoe jij anders kan leren omgaan met je angstklacht. Zullen we nu opnieuw naar het huiswerk kijken?'. Tijdens de bespreking die volgt is

er opnieuw een moment waarop de patiënt angstig begint te kijken. De therapeut benoemt dit en checkt of vader (wijst opnieuw naar de plek naast patiënt) opnieuw commentaar geeft. In de sessies die hierop volgen leren de therapeut en Annet te herkennen wanneer vader 'langs komt'. Ze zetten vader dan samen in een hoek in de kamer en spreken hem toe zich niet met de sessie te bemoeien. Samen gaan ze weer verder met de andere agenda punten van de angstbehandeling.

Voor de continuering van de angstbehandeling worden de leerervaringen benoemd als toestandsbeelden of kanten van de persoon die geactiveerd worden (schemamodi in schematherapie). Door de UCS/UCR representatie een naam te geven en te benoemen als een externe realiteit waar letterlijk naar gewezen wordt zal de geïnternaliseerde boodschap uit het verleden als meer egodystoon ervaren worden. Daarmee zijn deze heftige emotionele reacties voor zowel therapeut als patiënt beter te begrijpen en komt er ruimte om de angstbehandeling te continueren.

Omgaan met moeilijk gedrag

Een patiënt kan zich ook op een manier gedragen die anderen, en dus ook de therapeut, als lastig ervaren. Een ontwijkende patiënt vermijdt bijvoorbeeld het maken van huiswerk. De afhankelijke patiënt geeft zich bij eenvoudige exposure over aan een allesomvattende angst voor het leven en de dwangmatige patiënt vertelt zeer gedetailleerd over zaken die niet relevant zijn voor de therapie. Doordat de patiënt als het ware niet meewerkt aan de behandeling wordt de 'therapist drift' gestimuleerd. Hieronder volgt een voorbeeld uit de behandeling van Annet.

Annet maakt al een aantal weken amper huiswerkopdrachten. De therapeut heeft herhaaldelijk uitleg gegeven over het nut en doel van huiswerk. Samen hebben ze duidelijke afspraken gemaakt over hoe laat en waar Annet haar huiswerk maakt en strategieën bedacht zodat Annet de dagboeken niet vergeet (zoals herinneringen in haar telefoon en briefjes op haar kamerdeur). Dit heeft niet geholpen. De therapeut ziet geen verdere mogelijkheden. Dit is de aanleiding haar door te verwijzen naar het team persoonlijkheidsstoornissen.

Zoals hiervoor besproken reflecteren de emotionele reacties van een patiënt de geïnternaliseerde leerervaringen. Wanneer die geheugenbestanden geactiveerd reageert de patiënt niet alleen emotioneel maar ook met gedrag dat hij in het verleden geleerd heeft. Het leren herkennen van deze oude copingstijlen helpt de therapeut om het 'lastige' gedrag in de sessie beter te verdragen; het is

een begrijpelijke reactie op emotionele reacties die de therapie oproept bij de patiënt.

De CGT therapeut heeft verschillende mogelijkheden om met dit soort gedrag om te gaan. Bij een ontwijkende patiënt is het behulpzaam om duidelijke afspraken te maken over het huiswerk en het vermijden daarvan van te voren te bespreken. De dwangmatige patiënt kan gevraagd worden of de therapeut hem in het vervolg mag onderbreken als hij teveel uitweidt. Tenslotte kan de therapeut met behulp van de holistische theorie het gedrag bespreken als een oude copingstijl die ontstaan is in een belast verleden.

Deze strategieën zijn echter niet altijd voldoende om de angstbehandeling te kunnen continueren. Een experiëntiële techniek uit de schematherapie kan helpen om op een andere manier om te gaan met de copingstijl die de angstbehandeling stagneert. Dit is de meerstoelentechniek. Binnen schematherapie worden disfunctionele copingstijlen ook wel copingmodi genoemd; kanten van de patiënt die de functie hebben de patiënt te helpen overleven in de omstandigheden waarin de patiënt opgroeide en de mogelijkheden die hij destijds had (Van Genderen & Arntz, 2010, p. 111-119; Young, Klosko & Weishaar, 2005, p. 42-47). De meerstoelentechniek kent de volgende stadia. Aan de hand van een voorbeeld uit de behandeling van Annet wordt dit geïllustreerd.

1. De therapeut vraagt in detail uit wat er gebeurt wanneer het 'lastige gedrag' plaats vindt. De therapeut herformuleert dit als een interne worsteling van de patiënt tussen een kant die aan de therapie wil werken en de andere kant die hem tegenhoudt.

De therapeut vraagt gedetailleerd wat er gebeurt wanneer ze het huiswerk zag liggen maar niet invulde. Annet beschrijft een worsteling in zichzelf; bij het zien van het huiswerk wil ze dit maken maar is bang dat ze het niet goed zal doen. Vervolgens gaat ze tv-kijken en vergeet het huiswerk weer.

- T: *'Oké, dus toen je de dagboeken zag liggen begint er een worsteling in jezelf. Een kant van jou wil huiswerk maken maar een andere kant van je is bang dat je het niet goed doet. Die kant van Annet gaat vervolgens tv kijken en vergeet het huiswerk. Het klinkt alsof dat een kant is die de boel wat probeert te redden als het moeilijk of ingewikkeld wordt, vind je ook niet?'*

2. De therapeut onderzoekt door middel van vragen wat de functie is van die copingstijl die de behandeling stagneert. Hiertoe vraagt de therapeut de patiënt in een tweede stoel plaats te nemen en zich volledig in te leven in deze copingstijl. De copingstijl wordt benoemd als één kant van de patiënt en krijgt een naam.

- T: *'Ik zou die kant van je wat beter willen leren kennen door haar wat vragen te stellen. Zou je nu op die stoel willen gaan zitten? Door de ver-*

schillende kanten in die worsteling letterlijk een plek te geven in deze kamer kan ik wat beter met je meekijken wat er zich afspeelt in die worsteling en kan ik je dan ook beter helpen. Ik snap dat het wat gek klinkt maar het helpt ons echt.'

(Annet gaat op de andere stoel zitten)

T: 'Oké, op deze stoel wil ik je vragen contact te maken met die kant van jezelf waarin je afleiding zoekt op het moment dat je het huiswerk ziet liggen. Wees die kant en vertel vanuit die beleving waarom het op die momenten beter is om iets anders te gaan doen dan wat Annet van plan was? Hoe help jij Annet?'

A: 'Nou gewoon, dan voel ik me niet meer zo slecht'

T: 'Oké, dan voelt Annet zich niet meer zo slecht wanneer jij het overneemt. Wat zou er dan mis gaan als je haar niet zou afleiden?'

A: 'Ja, ik weet niet, ik voel me dan gewoon niet fijn en als ik ga tv-kijken dan gaat het wat beter met me'

T: 'Ja dat snap ik, ik kan me voorstellen dat jij Annet beschermt tegen de spanning en angst die het huiswerk oproept. Dat doet je door de aandacht op andere zaken te richten toch? Hoe zullen we je noemen als we je een naam willen geven?'

A: 'Euh..., misschien de Helper? Of de Afleider?'

T: 'De Afleider, dat klinkt goed. Dus huiswerk maken is niet zo eenvoudig omdat iedere keer dat Annet erover denkt het te gaan doen, jij, de Afleider eigenlijk het roer overneemt en Annet afleidt en iets ontspannend gaat doen.'

3. De therapeut bespreekt samen met de 'gezonde' kant van de patiënt dat de copingstijl vroeger wel functioneel was als bescherming, maar nu niet meer. Daarna bedenken ze hoe ze in de therapie om kunnen gaan met die copingstijl. Hierbij spreekt de patiënt gezonde argumenten tegen de copingstijl hardop uit. De therapeut vraagt hiertoe de patiënt opnieuw op de eerste stoel plaats te nemen. Deze staat symbool voor de 'gezonde' kant van de patiënt.

T: 'Zou je weer op deze stoel willen gaan zitten' (wijst naar de stoel naast hem).

T: 'Nou Annet, ik snap beter waarom die Afleider (gebaar naar andere stoel) zo hard bezig is om afleiding te zoeken. Die probeert je te helpen door zo min mogelijk met moeilijke dingen bezig te zijn en je ontspanning te geven. Is dit wat Annet echt nodig heeft, wat denk jij? Denk jij dat die Afleider gelijk heeft?' Samen met de gezonde volwassen kant van Annet zeggen ze tegen de Afleider waarom hij vroeger misschien wel, maar nu niet meer helpt om haar problemen aan te pakken. Verder wordt gesproken over hoe zij in het vervolg kan reageren als de Afleider weer 'langs komt'.

Met de meerstoelen techniek krijgt de disfunctionele copingstijl letterlijk een naam en een plek in de kamer. Dit maakt het disfunctionele gedrag meer egodystoon en hanteerbaar. De gezonde copingstijl van de patiënt wordt versterkt door het hardop uitspreken van argumenten tegen de disfunctionele copingstijl. Hierdoor komt er ruimte om de angstbehandeling te continueren.

Samenvatting klinische deel

In dit klinische deel werden technieken besproken om de 'therapist' drift in de hand te houden. Hiertoe wordt allereerst het behandelkader expliciet besproken. Wanneer heftige emotionele reacties en probleemgedrag de angstbehandeling stagneren kunnen respectievelijk een imaginatie oefening en de meerstoelen techniek gebruikt worden. Beide technieken maken de reacties van de patiënt meer egodystoon door ze letterlijk een plek in de kamer te geven. Wanneer deze reacties opnieuw in de behandeling interfereren, kan hier letterlijk naar gewezen worden. Hierdoor komt er ruimte om de angstbehandeling voort te zetten.

SUMMARY

Anxiety treatment of a comorbid personality disorder

It is a widespread and persistent misconception that a comorbid personality disorder stagnates symptom-focused treatment for anxiety disorders. That is, controlled studies in a research setting do not support this assertion. However, in a clinical setting there might be more room for the 'therapist drift' (the tendency to talk instead of using CBT techniques) than in a research setting. If the basic techniques of a CBT therapist fall short to get hold of this 'therapist drift', techniques derived from schema therapy can help to continue the anxiety treatment.

Keywords: comorbid personality, anxiety disorders, therapist drift

DANKWOORD

Dit artikel is mede mogelijk gemaakt door de toekenning van een Veni subsidie (016.115.155) door het Nederlands Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) aan de eerste auteur, M. Voncken.

LITERATUUR

Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.

- Dreessen, L., & Arntz, A. (1999). Personality disorders have no excessively negative impact on therapist-rated therapy process in the cognitive and behavioural treatment of Axis I anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 384-394.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Emmelkamp, P.M.G. (2011). Zijn de resultaten van randomized clinical trials (RCT's) generaliseerbaar naar de klinische praktijk? *Gedragstherapie*, 44, 263-276.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K.T., & Rosenvinge, J.H. (2012). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145, 143-155.
- Hofmann, S.G., & Suvak, M. (2006). Treatment attrition during group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 961-972.
- Hout, M. van den, Brouwers, C., & Oomen, J. (2006). Clinically Diagnosed Axis II Co-Morbidity and the Short Term Outcome of CBT for Axis I Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 56-63.
- Kampman, M., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., & Hendriks, G.J. (2008). Outcome prediction of cognitive behaviour therapy for panic disorder: Initial symptom severity is predictive for treatment outcome, comorbid anxiety or depressive disorder, cluster C personality disorders and initial motivation are not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 99-112.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., & Tolin, D.F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642-654.
- Swift, J.K., & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559.
- Telch, M.J., Kamphuis, J.H., & Schmidt, N.B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 469-474.
- Van Velzen, C.J.M., Emmelkamp, P.M.G., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 889-900.
- Vos, S., Arntz, A., & Huibers, M. (submitted). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders and predictors of treatment outcome: results from 15 randomized clinical trials.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M. (2000). *Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen*. Lisse: Swets test publishers.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 936-944.

