



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Dimensies in de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen: aangrijpingspunt, context en therapeutische eenheid

Dimensies in behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Kees Korrelboom *

Samenvatting

Als inleiding op het themanummer Persoonlijkheidsstoornissen worden drie dimensies toegelicht, die kunnen worden onderscheiden aan behandelingen. Bij het behandelen van patiënten met persoonlijkheidspathologie legt men op deze dimensies andere accenten dan wanneer men patiënten behandelt met symptoomstoornissen. De dimensie therapeutisch aangrijpingspunt betreft de aspecten van het doen en laten van de patiënt die moeten veranderen. De dimensie therapeutische context gaat over aspecten die de kans verhogen dat de patiënt daadwerkelijk verandert. De dimensie therapeutische eenheid onderscheidt personen en instanties uit de omgeving van de patiënt, die bij de behandeling moeten worden betrokken om de verandering zo groot en duurzaam mogelijk te laten zijn.

Inleiding

Bestaan persoonlijkheidsstoornissen echt? Of zijn zij alleen in het leven geroepen om selectief indicatiebeleid te legitimeren en om behandelaars te excuseren voor hun mislukte behandelingen (Van der Velden, 1992)? Hoewel twijfels over validiteit en betrouwbaarheid van het concept niet helemaal zijn verdwenen, is men het erover eens dat persoonlijkheidsstoornissen bestaan, dat ze kunnen worden vastgesteld en dat ze een eigen behandeling rechtvaardigen (Arntz, 1999). Waarin onderscheidt de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zich van die van patiënten met symptoomstoornissen? Dat is de vraag die centraal staat in deze inleidende bijdrage aan dit themanummer.

Veel patiënten die uiteindelijk de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' krijgen toebedeeld, melden zich in eerste instantie aan vanwege klachten die als as -I-stoornissen in het DSM-systeem worden geclassificeerd. Volgens diverse auteurs kunnen zulke klachten adequaat worden behandeld met de daarvoor ontwikkelde behandelprotocollen (Brown, Heimberg, & Juster, 1995; Dreessen & Arntz, 1998; Dreessen, Arntz, Lutjels, & Sallaerts, 1994; De Haan et al., 1997; Van Velzen, Emmelkamp, & Scholing, 1997). Andere auteurs vinden juist dat mensen met persoonlijkheidspathologie moeilijk zijn te behandelen met een standaardprotocol, voor bijvoorbeeld angsten, depressies en impulsproblemen (Baer et al., 1992; Reich, 1988; Reich & Vasile, 1993; Rush & Shaw, 1983; Shea, Widiger, & Klein, 1993). Deze controversie wordt gedeeltelijk verklaard uit het feit dat de ene vorm van persoonlijkheidspathologie (met name cluster A)

* Dr. C.W. Korrelboom is hoofd behandelingen van de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen van psycho-medisch centrum Parnassia. Correspondentieadres: Leggelostraat 85, 2541 HR, Den Haag.

waarschijnlijk negatievere invloed heeft op de behandeling van as-I-stoornissen dan de andere (met name cluster C) (Baer et al., 1992; Baer & Jenike, 1992; Joyce, 1994).

De verschillende opvattingen hebben geleid tot twee benaderingen van patiënten met as-I-klachten en comorbide persoonlijkheidspathologie. In de ene wordt een primaire of aanvullende behandeling toegepast voor de persoonlijkheidspathologie zelf, in de andere wordt de klacht waarvoor de patiënt hulp zoekt rechtstreeks behandeld. Sommige menen dat een behandelaar altijd uitsluitend klachten moet behandelen, ook als het gaat om klachten van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. De therapeut moet dan wel een context creëren waarbinnen hij de lastige kanten van de patiënt meekrijgt of zelfs benut om diens klachten te reduceren (Van der Velden, 1992). Ook elders doet men aanbevelingen om bij zo'n 'klachtgerichte' benadering een context te scheppen waardoor de therapeutische relatie verbetert (Keijsers, Schaap, Keijsers, & Hoogduin, 1990; Melis & Korrelboom, 2000; Van der Velden & Van Dyck, 1977).

Dit alles neemt niet weg dat men er in de klachtgerichte benadering niet altijd aan ontkomt om de persoonlijkheidspathologie zelf tot aangrijpingspunt van de behandeling te maken. Of de therapie van de as-I-klachten nu wel succesvol is verlopen of niet, patiënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek houden vaak (andere) klachten over (Arntz, 1999). Maar het is niet zonder meer duidelijk waaruit de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis zelf zou moeten bestaan en waarin deze zich moet onderscheiden van de behandeling van symptoomstoornissen. Men stelt wel dat bij patiënten met persoonlijkheidspathologie meer basale aannamen over zichzelf, de wereld en anderen beïnvloed moeten worden. Bij patiënten met symptoomstoornissen kan volstaan worden met het beïnvloeden van minder basale, zogenaamd conditionele en instrumentele aannamen (Bögels & Arntz, 1996).

De derde dimensie – naast aangrijpingspunt en context – waarop de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zich onderscheidt van die van patiënten met symptoomstoornissen, is de eenheid van behandeling. De vraag is hierbij of de behandeling op meerdere personen en instanties, of uitsluitend op de aangemelde patiënt gericht moet worden. Vooral bij sterk agerende patiënten, zoals die uit het B-cluster (borderline, theatrale en antisociale persoonlijkheidsstoornissen), is het noodzakelijk of op z'n minst wenselijk om relevante derden uit de omgeving van de patiënt bij de behandeling te betrekken.

Het aangrijpingspunt van de behandeling is het antwoord op de vraag welke aspecten van de patiënt moeten veranderen. De context van de behandeling bepaalt hoe succesvol dat aangrijpingspunt kan worden beïnvloed. De eenheid van behandeling betreft de vraag welke andere personen of instanties naast de patiënt moeten veranderen om tot een duurzame verbetering te komen. In vier van de bijdragen aan dit themanummer komen deze begrippen terug. Van Meekeren spreekt zich vooral uit over context en eenheid van behandeling. Corstens en Arntz, maar ook Van Meekeren en Korrelboom gaan in op context en aangrijpingspunt. De bijdrage van Korrelboom zal uitsluitend over het aangrijpingspunt gaan. De drie dimensies worden in het volgende toegelicht.

Therapeutisch aangrijpingspunt

Iedere therapie of interventie is gericht op een of ander aangrijpingspunt. Men richt zich op mechanismen die, naar men veronderstelt, de problemen instandhouden. Een eerste grove indeling is die tussen biologische en psychologische mechanismen. Op de eerste grijpt men aan met medicatie, diëten, chirurgie en licht. Op de tweede met voorlichting, gedragsadviezen, herinterpretatie, begrip en differentiële bekrachtiging. Bij biologische interventies moet men vervolgens kiezen om – bijvoorbeeld – aan te grijpen op het serotonerge dan wel op het noradrenerge neurotransmittersysteem. Bij psychotherapie lijkt het zinvoller om de traditionele categorieën, de klachten die de patiënt heeft versus de persoon die de patiënt is, op te vatten als twee extremen op één dimensie (Korrelboom, 1999). Interventies aan de klachtgerichte pool zijn maatregelen die de patiënt helpen om anders tegen de problemen aan te kijken en er anders mee om te gaan. Het uitdagen van catastrofale interpretaties van lichamelijke sensaties, blootstelling aan angstwekkende openbare ruimten en responspreventie van dwangrituelen zijn voorbeelden van klachtgerichte interventies voor respectievelijk: paniekstoornis, agorafobie en dwangstoornis. Persoonsgerichte interventies helpen de patiënt om zich adequater in de wereld te handhaven en om de manier waarop hij tegen zichzelf aankijkt, met problemen en frustraties omgaat, van dingen geniet en met anderen verkeert, te verbeteren. Het 'rationeel-emotioneel rollenspel' (Beck, 1996), het identificeren van 'zou moetens' ('shoulds'; Linehan, 1993) en het doorbreken van interactionele gedragspatronen ('behavioral pattern breaking'; McGinn & Young, 1996) zijn persoonsgerichte interventies om respectievelijk het zelfbeeld, de waarden en normen en het wereldbeeld van de patiënt te beïnvloeden. Zelfbeeld, wereldbeeld, interpersoonlijke stijl, besef van en omgaan met normen en waarden, affectieve expressie en een teveel of tekort aan impulsiviteit zijn belangrijke aangrijpingspunten voor persoonsgerichte interventies (Abraham, 1997; Beck et al., 1990; Millon & Everly, 1985).

Bij het behandelen van patiënten met persoonlijkheidspathologie zal men, naast klachtgerichte interventies, vaak dergelijke interventies uit het persoonsgerichte spectrum toepassen. Stel dat een patiënt zich aanmeldt vanwege terugkerende depressieve klachten. Stel dat men veronderstelt dat die klachten deze keer grotendeels voortkomen uit werk- en relatieproblemen. En stel dat men denkt dat die problemen op hun beurt nauw samenhangen met een beperkte impulsbeheersing en een negatief zelfbeeld. Weinig therapeuten zullen zo'n patiënt uitsluitend willen leren om zijn automatische negatieve gedachten te corrigeren en om de actuele conflicten op te lossen op zijn werk en in zijn relatie. Er zal ook moeten worden ingegrepen in de impulsiviteit van de patiënt en in diens zelfbeeld. Omdat die laatste twee interventies betrekking hebben op gedrag en attitudes die een breder terrein beslaan dan dat van de actuele klachten, kan men spreken van betrekkelijk persoonsgerichte interventies.

Therapeutische context

Therapeutische interventies vinden – als elk menselijk gedrag – plaats binnen een zekere context. Die context bepaalt de wijze waarop de therapeutische interventies zijn ingebed en georganiseerd. De aard van de therapeutische relatie is onderdeel van die context. Het maakt verschil of men het zelfbeeld wil versterken door middel van directe adviezen en opdrachten, of dat men hetzelfde doel nastreeft via zelfexploratie.

Het aangrijpingspunt (zelfbeeld) is hetzelfde, maar de therapeutische relatie waarbinnen men dit aangrijpingspunt benadert, verschilt. Hetzelfde geldt voor de setting waarin de behandeling plaatsvindt en voor de intensiteit ervan. Het zelfbeeld kan men trachten te versterken in een groepsetting, maar ook in een individuele setting. Men kan een dagelijkse training volgen, of een training die één keer per week plaatsvindt. Steeds tracht men hetzelfde aangrijpingspunt te beïnvloeden, steeds doet men dat binnen een andere behandelcontext. Of de behandeling enkelvoudig is (regulier contact met één en dezelfde therapeut) of meervoudig (er zijn meerdere behandelaars tegelijkertijd aan het werk) is weer een ander aspect van de behandelcontext. Men kan proberen de impulscontrole (aangrijpingspunt) te verbeteren in één individuele of groepstherapie, men kan ook tegelijkertijd impulsiviteit tot onderwerp maken van diverse non-verbale therapievormen en van de feedback in gesprekken tussen de patiënt en diens persoonlijk begeleider.

Bij meervoudige behandelingen (of modulair opgezette behandelingen) is regievoering wéér een ander aspect van de behandelcontext. Is iedere behandelaar verantwoordelijk voor de onderdelen die hij of zij verzorgt, of is er een centrale regisseur, een hoofdbehandelaar, die zorgt voor de afstemming? Vindt er geregeld overleg plaats tussen de diverse behandelaars, of is dat niet het geval? Hoe vrij is de patiënt om zelf te kiezen uit het aanbod van behandelmodules? Een speciaal geval van regievoering is aan de orde bij het regelen en voorkómen van crises. In veel instellingen fungeert de crisisdienst als een betrekkelijk zelfstandige eenheid. Deze grijpt in als al sprake is van crisis. Functionarissen van de crisisdienst kennen de patiënt doorgaans niet of nauwelijks en zijn evenmin op de hoogte van het behandelplan. Sommige behandelafdelingen proberen de crisisregelingen zo veel mogelijk in eigen beheer te houden. Met de patiënt worden vooraf afspraken gemaakt over de wijze waarop hij moet handelen, indien hij onverhoopt in crisis zou geraken. Op die wijze tracht men meer regie te voeren over het voorkómen en beheersen van crises (Linehan, 1993; Van Meekeren, 1998).

De therapeutische context is, kortom, een veelomvattend en niet geheel sluitend te definiëren begrip. Aard van de therapeutische relatie, setting en intensiteit, de enkel- of meervoudigheid van de behandeling en, vooral in het laatste geval, de regievoering daarover zijn wellicht de belangrijkste facetten van de therapeutische context. Deels wordt de context bepaald door toevallige factoren als beschikbaarheid van bedden, personeel, financiën en andere faciliteiten, deels worden doelbewuste keuzes gemaakt. Het is weinig wetenschappelijk aangetoond dat behandelingen binnen de ene context beter tot hun recht komen dan in de andere. Maar velen hebben de indruk dat de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen specifieke eisen stelt aan de behandelcontext. Omdat de persoonlijkheid van de patiënt zich ook manifesteert in de therapie zelf, krijgt bijvoorbeeld de therapeutische relatie extra gewicht. Er zijn verschillende voorstellen gedaan om de therapeutische relatie te verbeteren. Keijsers beveelt het gebruik aan van de 'circumplex van Leary', aan de hand waarvan men de patiënt de gelegenheid biedt om zo veel mogelijk diens interactionele voorkeurspositie binnen de therapeutische relatie te blijven innemen (Keijsers et al., 1990). Melis gebruikt Leary's model anders en combineert dit met de persoonlijkheidstaxonomie van Beck (Beck et al., 1990). Ook haar interventies zijn bedoeld om een behandelcontext te creëren waarbij verzet en weerstand van de patiënt zo veel mogelijk worden voorkómen (Melis & Korrelboom, 2000). Van Meekeren tracht de relatie met ernstig gestoorde borderline patiënten te reguleren door, binnen strakke

kaders, uitvoerig met de patiënt te onderhandelen over alle onderdelen van de behandeling. Zo wordt de patiënt medeverantwoordelijk gemaakt voor zijn behandeling, hetgeen appelleert aan de grote autonomiebehoefte die deze patiënten hebben (Van Meekeren, 1998). Young, ten slotte, beschouwt de bereikbaarheid van de therapeut als een belangrijk kenmerk van de therapeutische context. Volgens hem moet de therapeut een ouder zijn die de patiënt helpt om alsnog op te groeien. Naast diens betrouwbaarheid, warmte en stabiliteit, is beschikbaarheid een belangrijke basisvoorwaarde voor zulke 'limited reparenting' (Arntz & Kuipers, 1998; zie ook Corstens & Arntz in dit nummer).

Duur en intensiteit van behandelingen van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek zijn doorgaans langer en hoger dan die van patiënten met symptoomstoornissen. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, vooral weer die uit het B-cluster, worden frequenter en langduriger dan de meeste patiënten met angst- en stemmingsstoornissen in een klinische of deeltijdsetting behandeld. Mede daardoor zijn zulke behandelingen vaak samengesteld in plaats van enkelvoudig. Op grond van traditie en kosteneffectiviteit, maar ook vanwege inhoudelijke argumenten, vinden veel onderdelen van de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen plaats in een groepssetting.

Ook regievoering en een strakke behandelcontext worden van groter belang geacht bij het behandelen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Ook dit geldt met name voor patiënten uit cluster B. Patiënten moeten zich, bijvoorbeeld, tijdens opname en tijdens de behandeling aan regels houden, waaraan streng de hand wordt gehouden. Zo kan automutieren een reden zijn voor (tijdelijk) ontslag uit een opname. Ook het gebruik van alcohol of drugs kan zulke gevolgen hebben (Van Meekeren, 1998). Linehan eist zelfs dat patiënten vorderingen moeten maken om in behandeling te kunnen blijven (Linehan, 1993). Ook deze eis kan worden beschouwd als een aspect van de therapeutische context.

Telkens gaat het, bij therapeutische context, niet om interventies die zijn bedoeld om de patiënt direct anders te laten omgaan met problematische situaties. Het gaat erom maatregelen te nemen die de voorwaarden scheppen, waardoor zulke interventies een grotere kans van slagen hebben.

Therapeutische eenheid

Het inzicht is groeiende dat de naaste omgeving van patiënten niet alleen van groot belang kan zijn voor het ontstaan en voortbestaan, maar ook voor het behandelen en genezen van diens emotionele en gedragsproblemen (Lange, 1994). Desondanks is het nog steeds geen algemene gewoonte om die omgeving dan ook daadwerkelijk te betrekken bij de behandeling. Terwijl de effectiviteit van de combinatie van individuele therapie met gezinstherapie bij veel stoornissen inmiddels is aangetoond, is dat nog niet het geval bij persoonlijkheidsstoornissen (Lange, 2000). Omdat persoonlijkheidspathologie zich per definitie vooral manifesteert in relaties, lijkt juist deze groep stoornissen gebaat bij een behandeling met systemische aspecten (Van Meekeren & De Jong, 1999). Zo'n systemische visie hoeft zich niet uitsluitend te richten op de partners, ouders en kinderen van de patiënten. Met name bij ernstige borderline problematiek wordt ook de ruimere omgeving van de patiënt regelmatig

geconfronteerd met diens problemen. Automutilerende borderline patiënten komen bij herhaling in contact met huisartsen en afdelingen spoedeisende hulp van algemene ziekenhuizen. Op andere manieren agerende patiënten hebben frequente contacten met de politie, met woningbedrijven, burens of andere hulpverleners, zoals de verslavingszorg of de acute dienst. In al die gevallen is het bijzonder verstandig om te proberen met alle betrokkenen een eenduidige lijn van (be)handelen ten aanzien van de patiënt af te spreken.

Het bij de behandeling betrekken van relevante derden is bijna altijd verstandig. Maar het betrekken van de omgeving van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek verloopt anders dan bij patiënten met bijvoorbeeld angst- en stemmingsstoornissen. Omdat net als bij schizofrenie, manische depressiviteit en dementie, wordt uitgegaan van een handicapmodel, zal men in de eerste plaats uitgebreide voorlichting geven over het ziektebeeld van de patiënt. Er zal nadruk liggen op ondersteuning van de omgeving, die zo kan leren omgaan met het lastige gedrag van de patiënt. Daarnaast blijft de mogelijkheid open om gangbare gezins- en relatietherapeutische interventies toe te passen.

Een ander verschil betreft het betrekken van maatschappelijke instanties als politie, huisartsen, spoedeisende hulpdiensten en ambulancediensten in de behandeling. Sommige patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben een feilloos talent om mensen op het verkeerde been te zetten. Zodra zij de kliniek zijn uitgezet wegens wangedrag, weten zij via politie of huisarts opnieuw een opname af te dwingen. Medicatie die de behandelend psychiater juist heeft stopgezet, weten zij weer te verkrijgen via een nachtdokter of een arts van de acute dienst. Om die redenen is het belangrijk om te proberen met de betrokken partijen en instanties op één lijn te komen. Soms kunnen zo heel gerichte interventies worden ontwikkeld met behulp van het uitgebreide sociale systeem voor één bepaalde patiënt. Andere keren worden met de betrokken instanties globale afspraken en procedures ontworpen.

Besluit

Ondanks de nog steeds geringe validiteit en betrouwbaarheid van de diagnose persoonlijkheidsstoornis, wordt steeds meer erkend dat zulke diagnoses gerechtvaardigd zijn. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden onderscheiden van patiënten met symptoomstoornissen. De meeste patiënten met persoonlijkheidspathologie hebben in eerste instantie klachten die zonder veel bezwaar kunnen worden behandeld met de beschikbare methodes. Maar daarnaast zullen geregeld maatregelen moeten worden genomen die zijn gericht op de persoonlijkheidsproblematiek zelf. Zulke maatregelen kunnen op drie dimensies worden ingedeeld: therapeutisch aangrijpingspunt, therapeutische context en therapeutische eenheid.

De drie dimensies kunnen niet altijd strikt van elkaar worden onderscheiden (het feit dat een partner wordt ingeschakeld 'doet' doorgaans ook iets bij de patiënt, en op specifieke aangrijpingspunten gerichte interventies vragen om een specifieke context). Toch is het verstandig om dit onderscheid in gedachten te houden. Wie een gemotiveerde patiënt behandelt voor een paniekstoornis, zal doorgaans kiezen voor een klachtgerichte aanpak binnen een enkelvoudige behandeling. De partner zal hooguit

ter ondersteuning meekomen en er zullen weinig speciale maatregelen worden genomen om de therapeutische interactie te bevorderen.

Wie echter een patiënt behandelt met klachten die deels voortkomen uit diens persoonlijkheidspathologie, zal op de genoemde dimensies andere accenten leggen. Dat geldt temeer als die patiënt wordt ingedeeld in het B-cluster van het DSM-systeem. Het is daarom aan te bevelen om steeds duidelijk te maken op welke dimensies men therapeutisch wil ingrijpen. In een aantal van de volgende bijdragen zal worden gerefereerd aan de hier beschreven dimensies.

ABSTRACT

Introducing the special issue about personality disorders three dimensions of treatment are outlined. When treating patients with personality disorders therapists emphasize different aspects of these dimensions than they would in the treatment of patients with symptom disorders. The dimension 'therapeutical point of application' refers to aspects of the patient's behaviour that must change. The dimension 'context of therapy' considers which aspects of treatment will enhance change of the patient. The dimension 'therapeutical unity' answers the question which other relevant persons and institutions in the life of the patient have to be included in the therapy to ascertain optimal and enduring change.

Referenties

- Abraham, R.E. (1997). *Het ontwikkelingsprofiel. Een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 37, 97-134.
- Arntz, A., & Kuipers, H. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz (red.), *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baer, L., & Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-831.
- Baer, L., Jenike, M.A., Black, D.W., Treece, C., Rosenfeld, R., & Greist, J. (1992). Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 862-869.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. (1996). Cognitive therapy of personality disorders. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Bögels, S., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie. Deel 3*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brown, E.J., Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467-486.
- Dressen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: best evidence synthesis. *Behaviour Research & Therapy*, 36, 483-504.
- Dressen, 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.
- Haan, E. de, Oppen, P. van, Balkom, A.J.M.L. van, Spinhoven, Ph., Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated

- with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96, 354-361.
- Keijsers, L., Schaap, C., Keijsers, G., & Hoogduin C.A.L. (1990). Interactiestijl, psychotherapie en persoonlijkheidsstoornis. In C. van der Staak & C.A.L. Hoogduin (red.), *Diagnostiek en behandeling van de persoonlijkheidsstoornis*. Nijmegen: Bureau Beta.
- Korrelboom, C.W. (1999). Open-exploratief versus klachtgericht? Dimensies voor het classificeren van psychotherapieën. In W. Trijsburg, S. Colijn, E.C.A. Collumbien & G. Lietaer (red.), *Handboek integratieve psychotherapie*. Amsterdam: Elsevier, De Tijdstroom.
- Lange, A. (1994). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. (2000). Psychische stoornissen, verstoorde gezinsverhoudingen en gezinstherapie; de stand van zaken. *Directieve Therapie*, 20, 59-96.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- McGinn, L.K., & Young, J. (1996). Schema-focussed therapy. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Meekeren, E. van (1998). *De borderline stoornis. Crises in hechten en onthechten*. Amsterdam: Synthesis.
- Meekeren, E. van, & Jong, H. de (1999). Het betrekken van de omgeving bij de behandeling van de borderlinepatiënt. *PsychoPraxis*, 1, 3-35.
- Melis, P., & Korrelboom, C.W. (2000). Persoonlijkheidsproblematiek en therapeutische interactie. *PsychoPraxis*, 2, 67-73.
- Millon, Th., & Everly, G.S. (1985). *Personality and its disorders. A biosocial learning approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Reich, J.H. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1152.
- Reich, J.H., & Vasile, R.G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181, 475-484.
- Rush, A.J., & Shaw, B.F. (1983). Failure in treating depression by cognitive therapy. In E.B. Foa & P.M.G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Shea, M.T., Widiger, T.A., & Klein, M.H. (1993). Comorbidity of personality disorders and depression. Implications for treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 857-868.
- Velden, K. van der (1992). Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie. In K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 4*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Velden, K. van der, & Dyck, R. van (1977). Motiveringstechnieken. In K. van der Velden (red.), *Directieve Therapie 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velzen, C.J.M. van, Emmelkamp, P.M.G., & Scholing, A. (1997). The impact of personality disorders on behavioral treatment outcome for social phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 35, 889-900.