



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

Psychofarmacotherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen: mogelijkheden en beperkingen

Erwin van Meekeren en Kees Korrelboom*

Samenvatting

In dit artikel worden de mogelijkheden en beperkingen besproken van psychofarmacotherapie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Er wordt tevens aandacht besteed aan de wijze waarop rekening gehouden kan worden met de eigenaardigheden van de patiënt bij het voorschrijven van geneesmiddelen.

Inleiding

De aandacht bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen richtte zich tot betrekkelijk kort geleden voornamelijk op psychotherapeutische aspecten. In het *Handboek voor de behandeling van borderline patiënten* (Derksen & Groen, 1994) bijvoorbeeld valt nauwelijks iets te lezen over farmacotherapie. Tegenwoordig wordt daar wel aandacht aan besteed (Silk, 1999a). Daar is een aantal redenen voor. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen melden zich in het algemeen omdat zij klachten hebben. Een belangrijk deel daarvan zal worden geclassificeerd als 'as-I'-stoornissen waarbij farmacotherapie geïndiceerd kan zijn. Bovendien is er een toegenomen wetenschappelijke belangstelling voor farmacotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. Hierbij wordt de categorale indeling van de DSM veelal verlaten en richt de aandacht zich op (deels genetische bepaalde) dimensies, met bijbehorende neurotransmissie, welke ook medicamenteus beïnvloedbaar zouden zijn. De tijdgeest speelt ook een rol. Het biomedische model is 'in' en patiënten zijn geïnteresseerd in behandeling met geneesmiddelen. Dit heeft niet in de laatste plaats te maken met de sterke positie en lobby van de farmaceutische industrie.

Dit artikel geeft een overzicht van mogelijkheden en beperkingen van farmacotherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en eindigt met aanbevelingen op grond van de huidige kennis van zaken. Het artikel bevat twee delen. Er zal eerst een overzicht worden gegeven van de ontwikkelingen op het gebied van de farmacotherapie. De wetenschappelijke belangstelling is pas recent op gang gekomen en de kennis over deze complexe problematiek is dan ook nog beperkt. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben zodanige eigenaardigheden, dat problemen kunnen ontstaan in de arts-patiëntrelatie. Dit kan bijvoorbeeld therapietrouw negatief beïnvloeden. Farmacotherapie is geen louter biologische behandelmethode (Van Houten & Vogtlander, 1997) en gaat om een combinatie van fysiologische, interpersoonlijke

* Drs. E. van Meekeren, psychiater, is belast met de portefeuille Kwaliteit en medisch zorgbeleid van de Stedelijke functie Persoonlijkheidsstoornissen van het psycho-medisch centrum Parnassia.
Dr. c.w. Korrelboom, psycholoog/psychotherapeut, is hoofd behandelen van de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen van Parnassia.

en andere psychologische reacties (Silk, 1999b). Psychotherapeutische technieken kunnen van nut zijn (Gutheil, 1982). Het tweede deel handelt daarom over motiveringstechnieken. Een symptoom kan men nu eenmaal niet buiten de persoonlijkheid om bestrijden (Van der Velden, 1992).

Farmacotherapie

Men kan zich afvragen welke plaats psychofarmaca in 'strikt farmacotherapeutische zin' bij de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis innemen. Het probleem bij het beantwoorden van die vraag is vooral het ontbreken van voldoende degelijk wetenschappelijk onderzoek (Links, Herslegrave, & Vilella, 1998; Moleman, Van Dam, & Dings, 1998; Silk, 1999b). Er doen zich volgens Cloninger (1999), Hellinga (1999), Moleman et al. (1998), Silk (1999a) en Silk (1999b) bij het onderzoek de volgende problemen voor:

- De categorale indeling heeft tot nu toe weinig opgeleverd. Er bestaat veel overlap tussen de categorieën en er zijn nauwelijks empirische bewijzen die het gebruik van een bepaald psychofarmakon bij een specifieke persoonlijkheidsstoornis rechtvaardigen. Het is daarbij moeilijk te voorspellen welke patiënten op welk geneesmiddel zullen reageren en de respons van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen op een bepaald medicament wijkt nogal eens af in vergelijking met patiënten zonder die stoornis; de respons is evenmin consistent. Zelfs voor de veruit meest onderzochte stoornis, de borderline persoonlijkheidsstoornis, is de farmacologische behandeling 'een bron van onzekerheid'.
- De verwevenheid en slechte afbakening tussen 'as-I' en 'as-II'-stoornissen; bijvoorbeeld tussen sociale fobie en ontwijkende persoonlijkheid. Het gaat ook om de terughoudendheid die betracht moet worden met het stellen van een as-II-diagnose in de aanwezigheid van een prominente as-I-stoornis, bijvoorbeeld ontwijkende persoonlijkheidsstoornis bij een depressieve stoornis. Regelmatig blijkt vermeende persoonlijkheidspathologie te 'verdwijnen' indien de as-I-stoornis effectief is behandeld.
- Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak meerdere symptomen en bepaalde groepen geneesmiddelen hebben een 'brede' werking; antipsychotica verbeteren bij borderline patiënten niet alleen de psychotische symptomen, maar ook affectieve, cognitieve en impulsgerelateerde symptomen; antidepressiva (SSRI's) zijn ook werkzaam bij angststoornissen zoals sociale fobie, paniekstoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, maar ook bij impulsiviteit en eetstoornissen. De vraag wordt dan wat behandeld wordt of waar de patiënt van opknap: is er minder angst, depressiviteit of meer controle over de impulsen?

Het antwoord op de vraag over de plaats die farmacotherapie inneemt, zal bescheiden moeten zijn. Er zijn wel bemoedigende ontwikkelingen. Er wordt in toenemende mate onderzoek verricht en de belangstelling voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen neemt toe. Over die ontwikkelingen volgt een korte uiteenzetting. Vervolgens wordt stilgestaan bij organisatorische problemen in de dagelijkse praktijk, culturele aspecten en enkele misverstanden die betrekking hebben op het onderwerp. Dit eerste deel wordt afgesloten met een beschouwing.

Ontwikkelingen

Verheul (1998) werkt de door Van Praag (1990; 2000) gepropageerde tweetrapsbenadering voor diagnostiek uit. Een categorale of nosologische diagnose wordt gevolgd door een dimensionele of functionele diagnose. Hierbij worden verschillende relevante biologisch en psychologisch disfunctionele componenten van de pathologie beschreven. Dit leidt dan tot een indicatiestelling die is toegespitst op de specifieke problemen van de individuele patiënt. In het psychobiologisch onderzoek lijkt het onderzoek naar dimensies van psychopathologie vruchten af te werpen. Farmacotherapie wordt dan niet alleen gebaseerd op aanwezige as-I-stoornissen, maar ook op het vermoedelijk biologisch substraat dat ten grondslag ligt aan bepaalde dimensies. Iedere dimensie wordt gerelateerd aan een neurotransmittersysteem, waarbij vervolgens een op dat systeem inwerkend farmacon wordt gezocht (Silk, 1999b). Twee bekende namen op dit gebied zijn Cloninger en Siever (Millon & Davis, 2000). Cloninger (1998) spreekt over de volgende dimensies — die hij genetisch bepaalde temperamenen noemt — met daaraan gekoppelde neurotransmissie: *novelty seeking* (dopamine), *harm avoidance* (GABA; serotonine), *reward dependence* (noradrenaline) en *persistence* (serotonine). Siever onderscheidt een cognitief-perceptieve dimensie (dopamine), een impulsiviteit-agressiviteit dimensie (serotonine), een stemmingsinstabiliteitsdimensie (cholinerg en noradrenerg) en een angst-inhiberende dimensie (afwijkende lactaat- en yohimbinetests). Moleman et al. (1998) gebruiken een soortgelijke indeling voor hun beslisboom voor farmacotherapie voor borderline patiënten. Zij relativeren echter deze beslisboom op basis van het ontbreken van voldoende empirische ondersteuning voor iedere stap die zij beschrijven.

Een volgende stap is het verder onderzoeken van de verschillende aspecten van een dimensie of klinisch probleem. Zo blijkt vaak dat een gedetailleerdere blik leidt tot differentiëring en daarmee tot potentiële verschillen in de behandeling. Er worden enkele voorbeelden gegeven. Impulsiviteit herbergt een variëteit aan psychopathologie (Links et al., 1998). Niet zelden is er bij klinische verschijnselen een mix van impulsieve en compulsieve elementen te vinden (Oldham, Hollander, & Skodol, 1996). Ook aan een ogenschijnlijk duidelijke impulscontrolestoornis als automutilatie kunnen compulsieve aspecten zitten. Sommige patiënten verwonden zich voortdurend, maar ervaren na de handeling weinig tot geen verlichting (Zanarini & Weinberg, 1996). Hoewel er de nodige overeenkomsten zijn tussen impulsieve en compulsieve stoornissen en sommige geneesmiddelen (SSRI's) bij beide stoornissen effectief kunnen zijn (Zanarini & Weinberg, 1996), is er verschil in farmacotherapiebeleid (Hollander & Cohen, 1996; Kavoussi & Coccaro, 1996). Mogelijk heeft dit te maken met verschillen in serotonine subsystemen en verschillen in de verbintenissen met andere neurotransmittersystemen. Recent staat ADHD bij volwassenen sterk in de belangstelling. Indien impulsiviteit daar een onderdeel van is, staan weer andere geneesmiddelen ter beschikking.

Een ander voorbeeld is affectabiliteit. Er lijkt een klinisch onderscheid te kunnen worden gemaakt tussen mensen bij wie de stemmingswisselingen vooral een reactief karakter hebben en bij wie sprake lijkt van 'endogene' stemmingswisselingen. Deze laatste groep kent differentieel-diagnostische problemen met de bipolaire stoornis (Knoppert, Hoogduin, Nolen et al., 1997). Bij mensen die vooral sterk reageren op andere mensen zijn psychotherapeutische interventies waarschijnlijk meer aangewezen.

Stemmingsregulerende geneesmiddelen zijn in elk geval aangewezen bij mensen met meer 'autonome' stemmingswisselingen.

Ook aan zelfverwonding kan een subtypering worden gegeven (Ingenhoven, 1998; Van Meekeren, 1999). Het kan een uiting zijn van zelfbestrafing of een afweer tegen desintegratie. Het kan een uiting zijn van depressie of suïcidaliteit. Het kan voorkomen bij intoxicaties (verslavingen) en zwakzinnigheid. Er kan sprake zijn van impulsieve stoornissen of compulsieve. Sommige vormen gaan gepaard met uitgesproken analgesie. Al deze verschillen leiden tot diversiteit in aanpak, hetgeen ook geldt voor de farmacotherapeutische behandeling (Ingenhoven, 1998).

Er is dus een ontwikkeling gaande die ertoe zal leiden dat niet alleen de uitingsvorm (symptomen) van de stoornis bepaalt welke medicamenten worden voorgeschreven, maar ook de deels genetisch bepaalde psychopathologische dimensies die aan de stoornis ten grondslag liggen. Het is dus voorstelbaar dat sommige dwangpatiënten in de toekomst nog steeds met een SSRI zullen worden behandeld, terwijl bij andere dwangpatiënten een geheel ander middel zal zijn geïndiceerd, afhankelijk van de psychopathologische dimensie die de dwangstoornis als het ware aanstuurt. Deze ontwikkeling zal kunnen leiden tot andere behandelprotocollen dan die we nu kennen.

Organisatorische aspecten

In veel praktijksituaties zal de farmacotherapeut niet de hoofdbehandelaar zijn, maar is die rol weggelegd voor degene die de (psychotherapeutische) gesprekken voert met de patiënt, bijvoorbeeld een psychotherapeut of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Aan het scheiden van psychotherapie en farmacotherapie zitten voordelen, maar vooral ook belangrijke nadelen (Balon, 1999; Goldsmith, Paris, & Riba, 1999; Linehan, 1993; Silk, 1999a; Tasman, Riba, & Silk, 2000; Van Meekeren, 1999). Hierover valt veel te zeggen. Er wordt hier volstaan met een aantal opmerkingen. De twee benaderingen moeten op elkaar afgestemd worden en er moet wederzijds respect bestaan tussen de therapeuten over de werkwijze van de ander, aldus Silk (1999b). Hij acht het verder raadzaam dat de psychotherapeut al vroeg in de behandeling het idee introduceert dat het ergens in de behandeling zinvol en nuttig kan zijn om medicatie voor te schrijven. Hij meent dat de twee behandelaars vragen te beantwoorden hebben, waarvan in dit bestek slechts enkele worden genoemd:

- Met welke frequentie overleggen de twee therapeuten met elkaar?
- Worden beslissingen om de dosering of hoeveelheid van de voorgeschreven pillen te veranderen door de psychofarmacotherapeut alleen genomen, of gebeurt dat in gezamenlijk overleg met de psychotherapeut?
- Voor welke problemen verwijst de arts of psychiater die de medicijnen voorschrijft naar de psychotherapeut en stelt hij deze daarvan op de hoogte?

Hoewel deze argumenten gelden voor alle patiënten, is het aannemelijk dat deze bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen nadrukkelijk een rol spelen.

Culturele aspecten

Een toenemend aantal patiënten met een niet-Nederlandse culturele achtergrond verschijnt op de spreekuren in de GGZ. Daar zitten mensen tussen met een persoonlijkheidsstoornis. De diagnostiek kan echter een probleem zijn. In de DSM-IV (APA, 1994) wordt gewaarschuwd voor het stellen van de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' bij mensen uit een andere cultuur dan die van de diagnosticus. Uit onvrede met de belangstelling voor transculturele problemen werden in de Verenigde Staten diverse *task forces* (APA/NIHM) ingesteld, waarbij de bevindingen werden gedocumenteerd in een lijvig boek: *Personality disorders and culture* (Alarcón, Foulks, & Vakkur, 1998).

Vooraf bij de hoogte van het doseren van psychofarmaca speelt etniciteit een rol (Kortmann & Oude Voshaar, 1998; Lin, Poland, & Nakaski, 1993). Gezien de bevindingen formuleerden Kortmann en Oude Voshaar (1998) een algemeen uitgangspunt: 'Start slow, go slow'.

Misverstanden

Er bestaan over mensen met persoonlijkheidsstoornissen allerlei mythen. Zo zouden zij een hoge placeborespons hebben en therapieontrouw zijn. Twee publicaties uit de serie *Geneesmiddelenbulletin* spreken dit tegen.

De resultaten van farmacotherapeutische interventies behoren tot de categorie 'specifieke effecten van interventies'. Deze bepalen samen met 'het natuurlijk beloop' en de 'niet-specifieke effecten', waaronder de placebo-effecten, het beloop van een stoornis (Bügel, 1997). Het is volgens Bügel onjuist te bewaren dat bepaalde persoonlijkheidstypen gevoeliger zijn voor placebo-effecten. De gemoedsgesteldheid van de patiënt is van groter belang. Erg angstige patiënten vertonen de grootste placebo-effecten. Overigens lopen placebo-effecten uiteen van nul tot honderd procent en hebben ook werkzame middelen beduidende placebo-effecten.

'Voorschrijven en innemen zijn twee' (Blom & Paes, 1992; Book, 1987). Dat geldt ook voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Therapieontrouw is bepaald niet exclusief voor deze groep. Het komt veel voor, maar niet meer dan in andere situaties. Ook wanneer patiënten weten dat therapieontrouw ernstige gevolgen kan hebben (bij bijvoorbeeld ernstige somatische aandoeningen), blijken soms hoge percentages patiënten de voorschriften van de arts niet op te volgen (Blom & Paes, 1992). Ras, sekse of opleiding zijn geen kenmerken op grond waarvan therapietrouw voorspelbaar is. Artsen zijn volgens Blom en Paes, ongeacht hun opleiding en ervaring, niet in staat vooraf diegenen te identificeren die wél en die niet therapietrouw zullen zijn.

Beschouwing

De medicamenteuze behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis heeft op puur farmacologische gronden vooralsnog een sterk individueel, persoonsgebonden karakter (Links et al, 1998). Dat komt niet alleen door het ontbreken van kennis, maar

ook door de heterogeniteit van de (categoraal ingedeelde) stoornissen. In feite is 'farmacotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen' geen zinnige term.

In sommige gevallen krijgen mensen met persoonlijkheidsstoornissen (in het bijzonder borderline patiënten) veel medicijnen voorgeschreven. Dat kan het gevolg zijn van pessimisme over de behandelingsmogelijkheden (Waldinger & Frank, 1989), van het zich ten onrechte laten verleiden door eisen van de patiënt of diens omgeving, of wellicht van gemakzucht. In andere gevallen wordt hen juist medicatie voor een adequate as-I-behandeling onthouden. Er lijkt consensus te bestaan over de aanbeveling om as-I-stoornissen bij mensen *met* persoonlijkheidsstoornissen te behandelen volgens de richtlijnen voor mensen met as-I stoornissen *zonder* persoonlijkheidsstoornissen. Silk (1999a) stelt dat dit ook het geval moet zijn indien bekend is dat de effectiviteit lager zou zijn bij comorbide persoonlijkheidspathologie.

De meningen verschillen over de uiteindelijke effectiviteit van die behandelingen. In sommige gevallen wordt melding gemaakt van verminderde effectiviteit, daarentegen worden door anderen geen verschillen gevonden. Het probleem is meestal dat appels met peren worden vergeleken. De methodologie verschilt sterk, met name in de wijze waarop de diagnostiek heeft plaatsgevonden. Er is vrijwel altijd uitgegaan van de categorale indeling van persoonlijkheidsstoornissen. Eerder is betoogd dat dit in feite weinig oplevert. Wel is inmiddels bekend dat sommige psychofarmaca voor as-I-stoornissen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen niet zonder meer kunnen worden voorgeschreven. Er kunnen namelijk negatieve effecten optreden (Moleman et al., 1998). Tricyclische antidepressiva geven bij borderline patiënten soms juist verslechtering van de depressieve symptomatologie en/of agitatie. In het algemeen wordt terughoudendheid aanbevolen met betrekking tot het voorschrijven van benzodiazepinen in verband met het risico van verslaving of misbruik en op agressieve doorbraken (desinhibitie).

De conclusie is dat farmacotherapie, ook bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen, vraagt om maatwerk. Eerst dient goede diagnostiek plaats te vinden. Indicietelling voor farmacotherapie kan geschieden op basis van een tweetrapsdiagnostiek. De behandeling van as-I-stoornissen geschiedt volgens bestaande richtlijnen, waarbij rekening wordt gehouden met relatief matige effecten in sommige situaties en met bekende averechtse effecten van sommige geneesmiddelen. De nodige verbetering kan worden geboekt door farmacotherapie (of beter: mensen met persoonlijkheidsstoornissen) serieus te nemen. Dat gebeurt niet als bij de behandeling geen psychiater wordt betrokken of als deze wel betrokken wordt maar onvoldoende tijd besteed aan de patiënt. Ook hier gelden algemene regels (Blom & Paes, 1992): goede voorlichting, inclusief duidelijke instructies (mondeling en schriftelijk), regelmatige vervolgfafspraken, een beperkt aantal geneesmiddelen voorschrijven met een eenvoudig, gemakkelijk inpasbaar doseringsschema. Behandelaars, psychiater of niet, dienen op de hoogte te zijn en te blijven van ontwikkelingen (vakliteratuur). Het is niet onwaarschijnlijk dat het onderzoek naar dimensies van persoonlijkheidspathologie meer vruchten gaat afwerpen. Te denken valt dat duidelijker wordt dat bepaalde vormen van impulsief gedrag verschillende aanpak behoeven, variërend van psychotherapeutische interventies tot verschillende farmaca.

Een andere manier om farmacotherapie te optimaliseren is rekening te houden met de eigenaardigheden van de patiënt. Daar gaat het tweede deel van dit artikel over.

Motiveringstechnieken

Eigenaardigheden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen op diverse manieren invloed hebben op medicijnvoorschriften. De ene persoon is bijvoorbeeld door zijn grootheidsfantasieën a-priori tegen het slikken van medicijnen, een ander heeft het gevoel niet zonder een doktersvoorschrift door het leven te kunnen en weer een ander is een aartswijfelaar en heeft zijn medicijnkast vol staan met niet, of slechts gedeeltelijk, volgens voorschrift gebruikte medicatie. Het zal duidelijk zijn dat de eigenaardigheden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis vooral een uitvergroting zijn van die van andere mensen. Aan deze persoonlijkheidskenmerken wordt in de literatuur over het voorschrijven van psychofarmaca opvallend weinig aandacht besteed. Sowieso wordt voor het 'aan de man brengen' van het 'product' geneesmiddel niet veel ruimte gemaakt in opleidingen of vakliteratuur. Dit terwijl de arts-patiëntrelatie als belangrijkste determinant wordt gezien van therapietrouw (Blom & Paes, 1992; Bügel, 1997; Tasman et al, 2000; Van Houten & Vogtländer, 1997). Er is nog een andere reden om rekening te houden met de relatie arts-patiënt. Gezagsverhoudingen zijn veranderd en de consument is kritischer, beter geïnformeerd en veeleisender geworden. Via media als kranten, radio en tv, maar vooral ook via internet, kunnen patiënten enorm veel informatie opdoen. Via dezelfde media en via de overheid en wetgeving (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, Patiënten Vertrouwens Persoon, Klachtencommissie) worden patiënten aangemoedigd een 'sterkere' positie in te nemen tegenover artsen. De tegenwoordige patiënt zal minder dan vroeger geneigd zijn om louter uit respect voor het gezag van de arts of diens autoriteit, zijn aanwijzingen uit te voeren.

Zeker bij patiënten voor wie de nodige wetenschappelijke kennis ontbreekt voor een optimale farmacotherapie 'in engere zin', moeten alle middelen worden ingezet om tot een zo goed mogelijk resultaat te komen. Daarom zal besproken worden hoe met behulp van algemene en meer specialistische motiveringstechnieken rekening kan worden gehouden met de persoonlijkheidskenmerken van degene aan wie medicijnen worden voorgeschreven. De bedoeling is dat hierdoor conflicten verminderen, patiënten minder onnodige of op een onverstandige manier medicijnen krijgen voorgeschreven en dat de therapietrouw wordt bevorderd.

Algemene motiveringstechnieken

Het aan de man brengen van een willekeurig product (stofzuigers, auto's) verschilt niet van het verkopen van een geneesmiddel. Artsen kunnen profiteren van elders beschreven verkoopstechnieken. Goldmann (1990) beschrijft in zijn beroemde praktijkboek over succesvol verkopen de oorzaken van mislukkingen:

- Velen en niet in de laatste plaats de ervaren en geroutineerde verkopers geloven dat de 'eigen methode' de enige juiste is. 'Niemand hoeft mij nog iets te leren.'
- De schuld van mislukkingen wordt door verkopers graag aan andere oorzaken geweten, bijvoorbeeld de klant, het product, maar niet aan zichzelf! De nodige zelfkritiek ontbreekt.
- In hun vreugde dat zij geen definitief 'neen' te horen hebben gekregen, vergeten vele verkopers dat zij geen order hebben geboekt.

- De meesten zijn veel slechtere verkoopspsychologen dan zij geloven. Zij overschatten hun mensenkennis, behandelen hun klanten verkeerd, zonder het te merken.
- Slechts weinigen nemen deel aan een systematische verkooptraining.

Deze oorzaken gelden ook als het gaat om het ‘verkopen’ van geneesmiddelen.

Goldmann geeft in de opening van zijn boek zestien vuistregels voor het succesvol verkopen, die hij uitwerkt met praktische voorbeelden. Enkele voorbeelden:

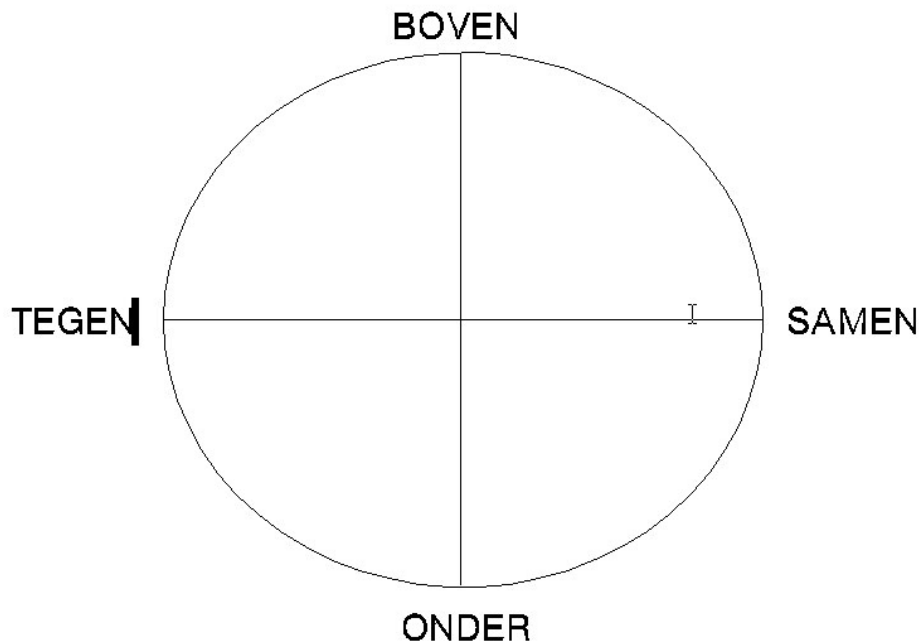
- Men verkoopt nooit een product als zodanig, maar een idee — het idee van wat het product doet voor de vervulling van de wensen van de klant.
- In de regel zijn klanten niet in uw aanbieding of uw condities geïnteresseerd, doch moeten zij daartoe geïnteresseerd worden.
- Weinig aankopen vinden plaats op grond van uitsluitend verstandelijke overwegingen.
- Energiek verkopen is niet hetzelfde als agressiviteit of ‘hogedrukverkoop’.
- Een overwinning in de discussie met de klant wordt vaak een nederlaag in de verkoop.
- Een verkoopgesprek zonder tegenwerpingen van de klant leidt zelden tot succes.
- Vele verkoopopgingen mislukken al voor ze zijn begonnen.

Artsen kunnen profiteren van boeken over succesvol verkopen (Goldmann) en onderhandelen met lastige mensen (Ury, 1992). Beide boeken (in elk geval de beschreven technieken) zullen voor vele directieve therapeuten niet onbekend zijn.

Specialistische motiveringstechnieken

Ook voor psychotherapeuten is het een probleem om patiënten te motiveren om therapeutische opdrachten uit te voeren en therapeutische regimes vol te houden. In de Verenigde Staten zijn met name binnen de zogenaamde strategische therapie (bijvoorbeeld: Haley, 1967) diverse motiveringstechnieken ontwikkeld. In Nederland werd dat vooral gedaan binnen de directieve therapie (Van der Velden, 1977). In beide gevallen ging het doorgaans niet om systematisch bedachte strategieën en technieken. Veelal waren het meer of minder ‘geniale’ invallen van de therapeut die ten grondslag lagen aan alweer een nieuwe motiveringstechniek. Later is door diverse auteurs getracht systemen te beschrijven die op meer formele wijze zouden kunnen leiden tot motivatieverhogende interventies. Sommigen deden daartoe een beroep op methoden uit de handel. Het eerder genoemde boek van Goldmann is voor een aantal psychotherapeuten bron van inspiratie geweest (Keijsers, Schaap, & Hoogduin, 1990). Anderen maakten gebruik van de zogenaamde ‘circumplex van Leary’ (Leary, 1957; Keijsers, Schaap, Keijsers et al., 1990; Melis & Korrelboom, 2000). De laatste auteurs combineren Leary’s circumplex met de persoonlijkheidstaxonomie van Beck (Beck, Freeman, & Associates, 1990) om tot richtlijnen te komen die de motivatie van patiënten om therapeutische taken uit te voeren, moeten verhogen. Steeds gaat het erom een inschatting te maken van de interactionele positie die de patiënt bij voorkeur inneemt op de circumplex en van de positie die hij juist zo veel mogelijk vermijdt. Door de ‘regels’ die gelden binnen de cirkel (de posities ‘samen’ en ‘tegen’ zijn symmetrisch: samen roept samen op en andersom; de posities ‘boven’ en ‘onder’ zijn complementair: boven roept onder op en andersom) in te vullen aan de hand van de basisovertuigingen die patiënten met persoonlijkheidspathologie volgens Beck over zichzelf en de wereld hebben, wordt de patiënt zo veel mogelijk in ‘meegaande’, de therapie bevorderende posities gemaneuvreerd. Het lijkt goed mogelijk de door Melis en Korrelboom (2000)

beschreven systematiek ook toe te passen bij het voorschrijven van medicatie aan patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Enkele voorbeelden kunnen dit wellicht illustreren.



Figuur 1 Vereenvoudigde Roos van Leary.

Narcisten worden volgens Beck graag aangesproken op hun uniciteit. Zolang dat gebeurt kan men hen een interactionele voorkeurpositie toedelen in het 'samen-boven' gedeelte van Leary's circumplex. Worden zij onvoldoende in hun uniciteit gekend, verkiezen zij de 'tegen-boven' positie. Vanuit die wetenschap zou een narcist met aarzelingen over noodzakelijk geacht medicatiegebruik moeten worden aangesproken op zijn uniciteit. De arts zal, bijvoorbeeld na enige tijd ostentatief in de boeken te hebben gekeken en een aantal keren gewichtig 'aha' en 'exact' te hebben gemompeld, een minder gangbaar maar wel effectief anxiolyticum op de volgende wijze kunnen voorschrijven: 'Dit is een moeilijk medicijn. Het doet een groot beroep op de vermogens van de patiënt. De werkzaamheid hangt namelijk sterk af van het tijdstip en de wijze van innemen. De patiënt moet dat zelf kunnen aanvoelen. U zou, bijvoorbeeld, moeten proberen het medicament in te nemen op het moment dat u dat slappe gevoel in uw benen ervaart waarover u steeds praat. Niet eerder en niet later. Als dat onvoldoende werkt, neemt u het de volgende keer vijf minuten na het begin van die sensaties, enzovoort. U kunt het medicament, bijvoorbeeld, innemen met een glas warme melk met honing. En als dat onvoldoende baat geeft met een glas hete muntthee. Kortom, u moet zelf bepalen op welke wijze tijdstip en wijze van innemen bij u het beste kunnen worden gecombineerd. Dat is beslist niet eenvoudig. Denkt u dat u dat kunt? Anders schrijf ik liever gewoon oxazepam voor.'

Bij een dwangmatige patiënt daarentegen, die volgens Beck de wereld als onverantwoordelijk ziet en die interactioneel gemakkelijk voor het 'onder-tegen' kwadrant kiest in Leary's cirkel, kan de arts zich het beste beroepen op zorgvuldigheid, regelmaat en orde: 'Ik schrijf u eigenlijk het liefst oxazepam voor. Dat is een middel dat zijn waarde inmiddels ruimschoots heeft bewezen. Collega's experimenteren wel eens met meer exotische anxiolytica, die ik u overigens ook met alle liefde wil voorschrijven. Maar mijn ervaring is dat oxazepam, mits op tijd, regelmatig en in de juiste dosering ingenomen, doorgaans de voorkeur verdient. Zegt u maar wat u wilt.'

Bij een antisociale patiënt, die zichzelf volgens Beck als autonoom en sterk ziet en die in Leary's termen al snel het 'boven-tegen' kwadrant verkiest, zou men als volgt te werk kunnen gaan: 'Je hebt behoorlijk wat ervaring met pillen, dus ik kan waarschijnlijk beter maar meteen aan je vragen of je iets speciaals in gedachten hebt, of dat je liever eerst advies van mij hebt.' Naarmate de wens van de patiënt meer afwijkt van hetgeen medisch geïndiceerd of toegestaan is, moet de arts grenzen stellen. 'Je vraagt me nu iets dat ik niet zo maar kan doen. Gezien jouw klachten mag ik je die middelen eigenlijk niet voorschrijven, tenzij daar heel speciale redenen voor bestaan. In dat geval mag ik die medicatie in eerste instantie slechts in kleine hoeveelheden meegeven en dat betekent dat je voorlopig iedere week moet langskomen voor controle en herhalingsrecepten en dat er bovendien bloedbepalingen moeten worden gedaan en urinemonsters moeten worden afgenomen. Tegenwoordig moet je als arts immers overal verantwoording over afleggen. Maar goed, als het moet dan moet het. Laten we dus eens kijken wat de speciale redenen kunnen zijn om die medicatie voor te schrijven en niet gewoon oxazepam of zo.'

Indien interacties een complexer karakter krijgen wordt het gebruik van deze strategieën moeilijker. Borderline patiënten hebben vaak ingewikkelde interactiepatronen. Daarom wordt aan hen kort apart aandacht besteed. Borderline patiënten kenmerken zich vooral door instabiliteit. Dit geldt voor hun zelfbeeld, hun denken, voelen én handelen. Dawson en MacMillan (1993) hebben een bijzondere attitude ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Van Meekeren, 2000). De patiënt wordt niet alleen bejegend als een competente volwassene, maar krijgt zo veel mogelijk verantwoordelijkheid in handen, terwijl de therapeut zich terughoudend opstelt. De auteurs bevelen met betrekking tot farmacotherapie aan om met de patiënt in detail in te gaan op eerdere ervaringen met medicatie en alle mogelijke positieve en negatieve effecten van medicatie te bespreken. De behandelaar zal terughoudend zijn met suggereren, aanbevelen of promoten. Wel zal hij duidelijk maken wat zijn grenzen zijn met betrekking tot het voorschrijven: 'de hoogste dosis van dat middel is...'; 'dat middel is verslavend en ik schrijf het niet voor'; 'die middelen schrijf ik niet samen voor.' Hij is ook duidelijk over misbruik: 'Als je de middelen die ik voorschrijf misbruikt, schrijf ik geen middelen meer voor.' De bedoeling van de auteurs is om rekening te houden met de voorgeschiedenis van de patiënt. Deze is vaak gekenmerkt door schendingen van de autonomie en machtsmisbruik. Daar zijn borderline patiënten volgens hen dan ook zeer gevoelig voor. De arts moet dan ook uit het traditionele medische model stappen, dat immers — in elk geval in de attributie die de patiënt eraan geeft — autoriteit en macht in zich heeft. Hoewel geen wetenschappelijk bewijs voorhanden is voor deze aanpak, lijken elementen ervan — op basis van praktijkervaring — nuttig te zijn. De geschetste attitude geeft aanvankelijk vaak strijd ('u bent de dokter en moet mij vertellen wat ik moet doen'), maar levert later juist vermindering van strijd op. Het kan dan meer gaan over de inhoud: feitelijke

mogelijkheden en beperkingen van farmacotherapie. Over de rol en betekenis van farmacotherapie in de therapeutische relatie met patiënten met een borderline stoornis, is elders gepubliceerd (Van Meekeren, 1997; Waldinger & Frank, 1989).

Beschouwing

Het spreekt vanzelf dat deze, op de persoon van de patiënt toegesneden, motiveringstechnieken geen garantie vormen voor succes. Ze moeten worden gezien als interactionele strategieën waarmee de kans op een succesvolle medicamenteuze behandeling kan worden geoptimaliseerd. Ook mensen zonder persoonlijkheidsstoornis zullen profiteren van het rekening houden met hun eigenaardigheden. Het gebruik van bepaalde strategieën zal bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen eerder noodzakelijk zijn dan bij patiënten die niet zulke problemen hebben. Er staan behandelaars meerdere referentiekaders en psychotherapeutische interventies ter beschikking. Een aantal zal kort genoemd worden. Hiermee wordt de lezer aangemoedigd om in elk geval een referentiekader te kiezen. Niet iedereen zal het door ons gekozen kader van Beck en Leary tenslotte aanspreken.

In hun lijvige boek beschrijven Millon en Davis (2000) persoonlijkheidsstoornissen via een categorale indeling. Maar zij geven bij elke persoonlijkheidsstoornis een opsomming van therapeutische valkuilen en vervolgens therapeutische strategieën en technieken die bruikbaar zijn bij het voorschrijven van psychofarmaca. Vanuit het psychoanalytische kader is regelmatig gepubliceerd over het onderwerp. Overdracht en tegenoverdracht zijn gemeengoed en doen zich ook voor in de farmacotherapeut-patiëntrelatie (Van Houten & Vogtlander, 1997). Er wordt ook gesproken over medicijnen als *transitional objects*. Deze fenomenen zouden een verklaring kunnen zijn voor het feit dat de gehechtheid en weerstand tegen veranderingen van medicatie 'niet in verhouding staan tot het daadwerkelijke voordeel dat de medicijnen opleveren' (Silk, 1999b). Het ontwikkelingsprofiel van Abraham (1997), een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid, geeft vele differentiaties van persoonlijkheidskenmerken door middel van de indeling in ontwikkelingsniveaus en ontwikkelingslijnen. Een van de bruikbare onderdelen is de ontwikkelingslijn van de 'Objectrelaties' (pp. 31-35). Abraham kent hier termen toe als 'Leverancier' (anderen uitsluitend beschouwen als uitvoerder in dienst van patiënt's behoeftenbevrediging), 'Overheerser' (de patiënt ervaart de ander als iemand die hem kan manipuleren) en 'Gelijke' (de patiënt respecteert anderen daadwerkelijk).

Voor beginners is zelfs de DSM bruikbaar. De DSM-IV (APA, 1994) is een classificatiesysteem met een categorale indeling met een sterk reductionistisch karakter. Het is daarmee, zoals eerder beschreven, in feite ongeschikt voor het indiceren van farmacotherapie. Toch zijn er wel enkele nuttige opmerkingen te maken door de criteria van de diverse persoonlijkheidsstoornissen te gebruiken. Enkele voorbeelden zijn de afhankelijke persoonlijkheid ('zoekt hardnekkig naar een relatie als bron van verzorging en steun...' en 'gaat tot het uiterste om verzorging en steun van anderen te krijgen...') en de narcistische persoonlijkheid ('heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid' en 'gelooft dat hij of zij heel speciaal en uniek is...'). Indien beide patiënten zich aanmelden voor depressieve klachten en de arts besluit tot het instellen van een antidepressivum, zal het duidelijk zijn dat de afhankelijke persoon een andere 'verkoop' van dat middel vraagt dan de narcistische persoon. Artsen kunnen op basis

van deze DSM-criteria variaties aanbrengen in de timing, wijze van introduceren, verandering van medicatie en mate van uitleg en voorlichting bij de verschillende persoonlijkheden.

Eén ding lijkt zeker. Zoals de psychotherapeut voldoende kennis moet hebben van de mogelijkheden (en beperkingen) van farmacotherapie, zo moet de psychiater beschikken over motiveringstechnieken die ook gebaseerd kunnen zijn op psychotherapeutische strategieën. Farmacotherapie kost in die zin soms meer tijd bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis dan zonder.

Conclusies en aanbevelingen

Van der Velden (1992) stelde begin jaren negentig dat de 'volledige conclusie' moest zijn dat in de directieve therapie de zogenaamde persoonlijkheidsstoornis dat aspect is van de patiënt, dat de therapeut moet zien mee te krijgen in de behandeling van stoornissen op as-I. De in dit artikel geschetste ontwikkelingen laten zien dat persoonlijkheidsstoornissen niet alleen veel meer in de wetenschappelijke belangstelling zijn komen te staan, maar ook direct de focus van behandeling zijn geworden. Het gaat dan niet zozeer om de stoornis in zijn geheel, maar om aspecten daarvan, waaronder de dimensies. Ook farmacotherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen is sterk in ontwikkeling en richt zich, behalve op de klinische stoornissen die patiënten hebben, op die dimensies. Farmacotherapie met als indicatie de categorale diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' is in feite onzin.

Met de huidige kennis van zaken zijn, ondanks het gebrek aan empirie, toch de nodige aanbevelingen te doen, mede gebaseerd op Linehan (1993), Links et al. (1998) en Silk (1999b):

- 1 Denk goed na over de organisatievorm (psychotherapie en farmacotherapie al dan niet gescheiden) en de consequenties daarvan.
- 2 Besteed veel aandacht aan diagnostiek; de tweetrapsbenadering (categoraal-dimensioneel/functioneel) is een goede mogelijkheid.
- 3 Behandel as-I-stoornissen, dimensies of functionele klachten volgens bestaande richtlijnen.
- 4 Besteed voldoende tijd aan algemeen geldende regels: goede voorlichting, inclusief duidelijke instructies (mondeling en schriftelijk), regelmatige vervolgafspraken, een beperkt aantal geneesmiddelen voorschrijven met een eenvoudig, gemakkelijk inpasbaar doseringsschema. Schrijf geen gevaarlijke geneesmiddelen voor aan suïcidale patiënten.
- 5 Houdt rekening met bekende (mogelijke) averechtse effecten.
- 6 Besteed voldoende tijd aan motivering van de patiënt. Hiervoor staan diverse motiveringstechnieken ter beschikking.
- 7 Hanteer mogelijke sterke reacties (van afwijzing tot overbezorgdheid) en onterechte mythevorming ('borderline patiënten zijn therapieontrouw') die sommige patiënten oproepen.

Met name de eerste vier aanbevelingen zijn ook van toepassing op andere patiënten. De kans dat deze niet worden toegepast bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen, is groot. Als iemand de diagnose persoonlijkheidsstoornis heeft gekregen, wordt minder zorgvuldig gekeken naar behandelbare aspecten van de stoornis, of wordt

farmacotherapie gezien als een interventie van minder belang dan psychotherapie. Niet zelden wordt farmacotherapie 'er even bij gedaan'. Waarschijnlijk kan veel worden gewonnen als mensen met persoonlijkheidsstoornissen (farmacotherapeutisch) behandeld worden met de basisregels van goed hulpverlenerschap.

Abstract

In this article psychopharmacology for patients with personality disorders is discussed. Many aspects have to be taken into account. Special attention is given to ways of taking into account the patient's personality characteristics when prescribing.

Referenties

- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and systematical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Abraham, R.E. (1997). *Het ontwikkelingsprofiel; een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Alarcón, R.D., Foulks, E.F., & Vakkur, M. (1998). *Personality disorders and culture. Clinical and conceptual interactions*. New York: John Wiley & Sons.
- Balon, R. (1999). Positive aspects of collaborative treatment. In M.B. Riba & R. Balon, *Psychopharmacology and psychotherapy. A collaborative approach*. Washington: American Psychiatric Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blom, A., TH.G., & Paes, A.H.P. (1992). De therapie-trouw kan worden verbeterd. *Geneesmiddelenbulletin*, 26, 40-43.
- Book, H.E. (1987). Some psychodynamics of non-compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 115-117.
- Bügel, P.C. (1997). Placebo's en placebo-effecten. *Geneesmiddelenbulletin*, 31, 1-6.
- Cloninger, C.R. (1998). The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. In K.R. Silk (red.), *Biology of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C.R. (1999). *Personality and psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press.
- Derksen, J.J.L., & H. Groen (red.) (1994). *Handboek voor de behandeling van borderlinepatiënten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dawson, D., & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Goldmann, H.M. (1990). *Klanten maken, klanten houden. Het praktijkboek voor succesvol verkopen*. Alphen a/d Rijn: Samson Bedrijfsinformatie.
- Goldsmith, R.J., Paris, M., & Riba, M.B. (1999). *Negative aspects of collaborative treatment*. In M.B. Riba & R. Balon, *Psychopharmacology and psychotherapy. A collaborative approach*. Washington: American Psychiatric Press.
- Gutheil, T.G. (1982). The psychology of psychopharmacology. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 46, 321-330.
- Haley, J. (Ed.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy; the selected writings of Milton H. Erickson*. New York: Grune & Stratton.
- Hellinga, G. (1999). *Lastige lieden. Een inleiding over persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Hollander, E., & Cohen, L.J. (1996). Psychobiology and psychopharmacology of compulsive spectrum disorders. In J.M. Oldham, E. Hollander, & A.E. Skodol, (Eds.), *Impulsivity and compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press.
- Houten, C. van & Vögtlander (1997). Psychodynamische farmacotherapie. *Psychiatrie Bulletin*, 2, 13-16.
- Ingenhoven, T.J.M. (1998). Zelfverwondend gedrag in de psychiatrie, in het bijzonder bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In P.C.C. Duker & R. Didden (red.), *Behandelingsstrategieën bij zelfverwondend gedrag*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Kavoussi, R.J., & Coccaro, E.F. (1996). Biology and pharmacological treatment of impuls-control disorders. In J.M. Oldham, E. Hollander & A.E Skodol, (Eds.), *Impulsivity and compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press.
- 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.
- Keijsers, G., Schaap, C., & Hoogduin, C.A.L., (1990). Therapeutic relationship enhancement procedures and the social power model. In H.G. Zapotoczky & T. Wenzel (Eds.), *The scientific dialogue: from basic research to clinical intervention*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., Hoogduin, C.A.L., Nolen, W.A., & Kolling, P. (1997). Borderline of misschien toch bipolair? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 409-412.
- Kortmann, F.A.M., & Oude Voshaar, R.C. (1998). Aspecten van farmacotherapie bij etnische minderheden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 143-156.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York : Ronald.
- Lin, K.M., Poland, R.E., & Nakaski, G. (1992). Psychopharmacology and psychobiology of ethnicity. *Progress in Psychiatry*, 39. Washington: American Psychiatric Press.
- Linehan, M.M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Links, P.S., Herslegrave, R., & Villella, J. (1998). Psychopharmacological management of personality disorders: an outcome based model. In K.R. Silk (red.), *Biology of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- Meekeren, E. van (1997). De rol en betekenis van farmacotherapie in de therapeutische relatie met patiënten met een borderlinestoonis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 875-881.
- Meekeren, E. van (1999). De borderlinestoonis. *Crises in hechten en onthechten*, 2^e druk. Amsterdam: Synthesis Uitgevers.
- Meekeren, E. van (2000). De regievoering in de behandeling van borderline patiënten; context en eenheid van behandeling. *Directieve therapie*, 20, 216-228.
- Melis, P., & Korrelboom, K. (2000). Persoonlijkheidsproblematiek en therapeutische interactie. *PsychoPraxis*, 2, 67-74.
- Millon, Th., & Davis, R. (2000). *Personality disorders in Modern life*. New York: John Wiley and Sons.
- Moleman, P., Dam, K. van, & Dings, V. (1998). Farmacotherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis, 'state of art'. In W. Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz, (red.), *Behandelingstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Oldham, J.M., Hollander, E., & Skodol, A.E. (Eds.) (1996). *Impulsivity and compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press.
- Praag, H.M. van (1990). Two-tier diagnosing in psychiatry. *Psychiatry research*, 34, 1-11.
- Praag, H.M. van (2000). Status quo ante - over de noodzaak tot vernieuwing van de psychiatrische diagnostiek. *Directieve therapie*, 20, 317-345.
- Silk, K.R. (1999a). Collaborative treatment of patients with personality disorder. In M.B. Riba & R. Balon, *Psychopharmacology and psychotherapy. A collaborative approach*. Washington: American Psychiatric Press.
- Silk, K.R. (1999b). Rationele farmacotherapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. In P.S. Links (red.), *Ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek en behandeling*. Amsterdam: Synthesis Uitgevers.
- Tasman, A., Riba, M.B., & Silk, K.R. (2000). *The doctor-patient relationship in pharmacotherapy. Improving effectiveness*. New York: The Guilford Press.
- Ury, W.L. (1992). *Onderhandelen met lastige mensen*. Amsterdam: Uitgeverij Contact.
- Velden, K. van der & Dijck, R. van (1977): Motiveringstechnieken. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie deel 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Velden, K. van der (1992). Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie deel 4*. Houten/Zaventem, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verheul, R. (1998). Classificatie en differentiële diagnostiek. In W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz (red.), *Behandelingstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Waldinger R.J., & Frank, A.F. (1989). Transference and the vicissitudes of medication use by borderline patiënten. *Psychiatry*, 52, 416-427.

Erwin van Meekeren en Kees Korrelboom

Zanarini, M.C., & Weinberg, E. (1996). Borderline personality disorder: impulsive and compulsive features. In J.M. Oldham, E. Hollander & A.E. Skodol, (Eds.), *Impulsivity and compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press.