



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

Van de bomen en het bos

Martin Appelo*

Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum. 470 pagina's. ISBN 90 313 3840 0. € 51,50.

Zeggen dat iemand een persoonlijkheidsstoornis heeft, is een externe attributie van je eigen onvermogen om een goede werkrelatie aan te gaan met mensen die onder ingewikkelde as-I-problematiek lijden. Dat is al heel lang mijn mening. Collega's zeggen dat juist iemand die zoiets beweert het levende bewijs is van het bestaan van deze stoornissen: 'Als je er zelf aan lijdt, zie je het niet', en 'Wie het dichtst onder de vuurtoren staat, ontvangt het minste licht.' Als reactie benadruk ik dan weer hoe slecht ze mij begrijpen en hoe fout ze met mij omgaan.

Om deze discussie in mijn nadeel te beslechten, moest ik van de *Dth*-redactie het *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie* van Adriaan Sprey lezen en bespreken. Dat zou mij voor eens en voor altijd doen geloven dat persoonlijkheidsstoornissen bestaan en ook specifieke behandeling nodig hebben. En omdat ik ben opgevoed met het principe dat je een vijand pas mag doden nadat je hebt geprobeerd vrienden met hem te worden, deed ik dat graag.

Echt waar, ik ben met een open, belangstellende attitude aan het boek begonnen. Ik was er helemaal klaar voor mijn ongelijk toe te geven. Al was het alleen maar vanwege de enorme klus die de auteur heeft geklaard. Vierhonderdzeventig bladzijden met ontzettend veel informatie, heel veel schema's en voorbeelden. En dan nog in het 'woord vooraf' beweren dat het boek een onvoltooid proces is. Tegenover zo'n combinatie van gedrevenheid, doorzettingsvermogen en flexibiliteit kun je alleen maar een vriendelijke, accepterende houding aannemen. Jammer dat daar al snel niet veel meer van over was.

Algemeen

Dit praktijkboek bestaat uit drie delen. Het eerste is een algemene verhandeling over diagnostiek, functieanalyse, betekenisanalyse, therapeutische relatie en cognitieve-gedragstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. Het tweede deel behandelt dezelfde onderwerpen maar nu specifiek per stoornis. Het laatste gaat over de wetenschappelijke evidentie van cognitieve-gedragstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen.

Over het geheel genomen valt ten eerste op dat het boek veel te dik is. Er worden heel veel theorieën en technieken besproken, maar die komen lang niet allemaal terug in de uiteindelijke schema's, beslismodellen en behandeladviezen. Verwarrend daarbij is dat nooit wordt uitgelegd waarom de ene theorie of techniek wel en de andere niet wordt uitverkoren. Het heeft er sterk de schijn van dat de auteur steeds zijn persoonlijke

* Hoofd onderzoek bij GGZ Groningen en docent bij de afdeling Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen.

voorkeur benadrukt en beschrijft (hetgeen wordt versterkt door het regelmatig gebruik van de ik-vorm). Maar hij noemt dit niet.

Verder wordt er veel te veel gedragstherapeutische basisinformatie gegeven die bij de lezers van dit boek bekend verondersteld mag worden, terwijl zaken waarover in het veld nogal wat discussie bestaat (zoals systematische desensitisatie en socratische dialoog) niet worden uitgelegd. Het boek bevat ook lange series sterk op elkaar lijkende schema's met testuitslagen, functionele analyses, en behandelplannen.

De belangrijkste en meest storende dikmaker is het wollige taalgebruik en de veel te lange zinnen. Ter illustratie:

(blz. 111):

'Deze interactiestoornis is een illustratie van het feit dat bij een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis diens as-II-schema en zijn interactionele voorkeurspositie leiden tot het provoceren van een antitherapeutische reactie bij de therapeut, wat het kenmerkende gedrag van een patiënt met een bepaalde persoonlijkheidsstoornis in stand houdt doordat dit specifieke gedrag door de omgeving en in dit geval door de therapeut bekrachtigd wordt.' (62 woorden)

(blz. 137):

'Hoewel de therapeut door zijn diagnose en functieanalyse vaak snel een hypothese vormt over de kerngedachten van de patiënt met een specifieke persoonlijkheidsstoornis, is het belangrijk om geduldig de tijd te nemen voor het doorwerken van vele situaties met negatieve of overmatig positieve automatische gedachten, samen met de patiënt, die zich langzaam meer bewust wordt van de kern van al deze verschillende situaties en opener wordt voor de onderliggende kerngedachten.' (69 woorden)

Volgens mij staat er in de eerste zin: De cognitieve schema's van de patiënt kunnen ook de therapeutische relatie beïnvloeden. Dit kan zelfs de problematiek bekrachtigen, zeker wanneer de therapeut er net zo op reageert als anderen (29 woorden). En in de tweede: De therapeut weet vaak al snel welke kerngedachten de patiënt ongeveer heeft. Toch is het belangrijk er aan de hand van door de patiënt ingebrachte situaties, rustig en naïef-belangstellend naar door te vragen. De patiënt moet zelf zijn kerngedachten openbaren (41 woorden). In totaal besparen deze herformuleringen bijna de helft van de gebruikte ruimte.

Een tweede algemeen punt is dat nergens de discussie over het bestaansrecht van as-II of over de mogelijk dimensionale relatie tussen beide assen wordt aangehaald. Uit het boek valt wel te distilleren dat een stoornis mogelijk bepaalde kernsymptomen heeft die blijvend zijn en een kwetsbaarheid (of state) vormen voor toestandsafhankelijke symptomen (state). Maar deze theorie, zoals beschreven door bijvoorbeeld Hartlage, Alloy en Arduino (1998), en Subotnik, Neuchterlein en Green (1999), wordt nergens expliciet gemaakt.

Diagnostiek

Specifiek in relatie tot de hoofdonderwerpen valt bij diagnostiek op dat ook state-lijsten als de SCL-90 en de IOA worden opgevoerd als diagnostisch instrument. Verder gaat de auteur nergens in op de zeer droevige stand van zaken met betrekking tot (vooral test-hertest)betrouwbaarheid en validiteit van de meeste interviews en instrumenten voor het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen (zie bijvoorbeeld Van den Brink, 1993). Nergens wordt het belang van dit soort instrumenten gerelativeerd ten gunste van 'het gesprek' met de patiënt en de leden van diens netwerk.

Behandeling

Bij behandeling valt op dat de auteur herhaaldelijk beweert dat meer ernstige problemen een langere therapie nodig hebben dan minder ernstige problemen. Behalve zijn eigen onderzoek, dat in het laatste deel wordt besproken, geeft hij hiervoor geen wetenschappelijke evidentie. Ook wordt geen expliciete aandacht besteed aan het primair versterken van gezonde gedachten(schema's). Hoewel regelmatig naar Beck wordt verwezen (op de achterkant staat hij zelfs beschreven als *de grote inspirator*), komt diens opvatting hierover nergens aan bod. Volgens Beck en Freedman (1990) zijn gezonde cognitieve schema's bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis minder ontwikkeld dan bij patiënten met uitsluitend as-I-pathologie. Bij die laatste groep kan de behandeling zich expliciet richten op het beïnvloeden van disfunctionele gedachten. Men veronderstelt dat de gezonde schema's vanzelf weer actief en dominant zullen worden zodra de ongezonde effectief zijn bestreden. Bij persoonlijkheidsproblematiek moet de behandeling zich echter eerst richten op het ontwikkelen of versterken van gezonde alternatieve cognitieve schema's en assumpties.

Het meest opvallend in het behandelgedeelte is de gelijkenis van de hoofdstukken in deel twee, waar per persoonlijkheidsstoornis de cognitief-gedragstherapeutische behandeling staat beschreven. Veel paragrafen beginnen in elk hoofdstuk met letterlijk dezelfde zinnen. En de grootste verbazing betreft de behandelplannen die per hoofdstuk in een tabel zijn samengevat. Voor alle dertien persoonlijkheidsstoornissen worden ongeveer dezelfde technieken aanbevolen die stuk voor stuk zijn ontleend aan behandelingen van as-I-stoornissen.

Bij het beïnvloeden van de uitlokkende gebeurtenis wordt altijd graduele exposure, voorlopig vermijden of de stopregel geadviseerd. Gedachten worden behandeld met continuümtechnieken, een cognitief dagboek, een historische toets, of de neerwaartse-pijltechniek (alleen bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornis kan cognitieve therapie voor wanen worden toegevoegd). Gevoel wordt steeds met contraconditionering, relaxatie, hypnose of EMDR (???) behandeld, behalve bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (alleen relaxatie) en de borderline persoonlijkheidsstoornis waar emotionele-regulatietraining kan worden toegevoegd. Gedragsbeïnvloeding geschiedt bij elke stoornis door gedragsexperimenten, rollenspel en assertiviteits- of sociale-vaardigheidstraining, soms aangevuld met zelfcontrole (vooral cluster B), intimiteitstraining (cluster A), responspreventie en zelfexposure. Gevolgen moeten tenslotte bij elke stoornis met bewustmaken en andere reinforcementstechnieken worden behandeld.

Kortom, hoe uitgebreid en specifiek de diagnostiek volgens de auteur per stoornis ook moet zijn, de behandeling komt altijd min of meer op hetzelfde neer en betreft nooit een specifieke as-II-interventie. Waarom alles overal zou kunnen werken, wordt overigens niet uitgelegd of onderbouwd, net zo min als waarom bij sommige stoornissen technieken worden weggelaten of aangevuld. De vraag die aan het eind van het behandelgedeelte rest, is dan ook waarom er 213 bladzijden nodig zijn om in dertien aparte hoofdstukken te vertellen dat de behandeling per persoonlijkheidsstoornis bijna altijd op hetzelfde neerkomt. Als de behandeling zo eenduidig is, waarom dan niet een hoofdstuk met per stoornis een specifieke paragraaf?

Therapeutische relatie

Sprey geeft zelf aan, en onderbouwt dat in het laatste deel gelukkig ook met vergelijkend onderzoek, dat therapeutische technieken niet het belangrijkste verschil vormen tussen het behandelen van as-I- en as-II-stoornissen. Het centrale verschil is volgens hem gelegen in de therapeutische relatie, die dan ook veel aandacht krijgt. Daarbij valt op dat de therapeut er te goed vanaf komt. Steeds is het in eerste instantie de stoornis van de patiënt en nooit het manifeste probleem, de latente kwetsbaarheid of het verdrongen hulpverlenersyndroom van de therapeut die de relatie voor problemen stelt. De therapeut wordt bij relatieproblemen door Sprey op zelfanalyse gestuurd,

Martin Appelo

maar nooit wordt de suggestie gegeven om die zelfanalyse openlijk met de patiënt te bespreken en er een therapeutisch effect mee te sorteren. Bijvoorbeeld in de trend van:

(bij een therapeut met een autoriteitsprobleem)

Th: Ik merk dat we ons aan elkaar zitten te ergeren.

Pt: Ja, dat kun je wel zeggen.

Th: Volgens mij hebben we dezelfde valkuil.

Pt: Welke dan?

Th: We denken allebei dat we het beter weten en we zijn allebei koppig.

Pt: Ja, dat is zo.

Th: We moeten een manier bedenken om geen ruzie te krijgen want anders gebeurt er tussen ons hetzelfde als jij en ik ook met anderen meemaken en dat schiet niet op.

Pt: Heb jij dan ook zo vaak ruzie?

Th: Vroeger wel, want ik ben ontzettend eigenwijs en kan niet tegen autoriteiten, maar ik heb een manier ontwikkeld om er beter mee om te gaan.

Pt: Hoe dan?

(bij een therapeut die snel verliefd wordt)

Pt: Ik heb het gevoel dat jij mij echt begrijpt. Eindelijk eens een therapeut die naar mijn verhaal luistert. Al die andere therapeuten komen meteen met pillen.

Th: Ik merk dat ik jou ook heel aardig vind.

Pt: Echt waar?

Th: Ja, en dat is raar. We kennen elkaar nauwelijks.

Pt: Ja.

Th: En dan kan het zomaar omslaan.

Pt: Hoezo?

Th: Nou, als ik iemand ineens heel leuk vind terwijl ik hem of haar nog maar net ken, dan is het goede gevoel nog maar op heel weinig contact gebaseerd. Je kent iemand nauwelijks en toch vind je hem of haar al heel erg leuk.

Pt: Ja, dat herken ik.

Th: De keerzijde is dat zo iemand vaak maar een klein dingetje fout hoeft te doen of je gevoel slaat om. Dan vind je hem ineens een enorme hufter.

Pt: Dat herken ik ook.

Th: Daarom heb ik geleerd om dat soort snelle gevoelens niet al te serieus te nemen. Het is te veel gevoel op basis van te weinig feiten.

Pt: Hoe doe je dat dan?

Als bewijs dat de persoonlijkheid van de therapeut wel degelijk een bepalende rol kan spelen, in elk geval bij de diagnostiek, was het leuk geweest de studie van Morey en Ochoa (1989) te bespreken. Daaruit blijkt dat bij de borderline persoonlijkheidsstoornis vrouwelijke klinici overrapportereren en mannen juist onderrapportereren omdat ze gecharmeerd zijn van 'die leuke meisjes'. Uit dezelfde studie blijkt dat minder ervaren klinici, uit angst een fout te maken, op basis van te weinig criteria tot een diagnose op as-II komen, terwijl ervaren klinici juist de diagnose uitstellen wanneer wel aan alle criteria is voldaan. Zo kan *splitting*, wat vaak aan de patiënt wordt toegeschreven, ook worden verklaard doordat klinici op basis van hun eigen persoonlijkheid of zelfbeeld tegenstrijdige boodschappen aan patiënten geven.

Wat levert dit boek op?

Los van alle kritiek wordt toegewerkt naar strakke, goed te gebruiken schema's voor diagnostiek en behandeling. Verder is het boek vooral koren op de molen van de as-II-critici. De diagnostiek wordt naast kerngedachten en kerngevoelens vooral gericht op manifest, aan as-I gerelateerde symptomen en problemen, maar blijkt voor de therapie van te verwaarlozen belang omdat de toe te passen technieken voor elke stoornis op hetzelfde neerkomen. De (ten dele onbedoelde) boodschap is dan ook: 'Stel uw eigen valkuilen ter discussie, en richt u, ook bij zogenaamde persoonlijkheidsstoornissen op diagnostiek en behandeling van as-I.'

Conclusie

Helaas, mijn voorgenomen bekering is mislukt. Meer dan ooit ben ik door dit boek gesterkt in de overtuiging dat zogenaamde as-II-problematiek hetzelfde is als langdurige as-I-problematiek, dat de behandeling ervan om exact dezelfde technieken vraagt als de behandeling van as-I-stoornissen en dat hooguit iets meer wordt gevraagd van de manier waarop de therapeut zich opstelt. Ook heb ik met terugwerkende kracht een beetje spijt van mijn nogal kritische bespreking van het boek *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* van Bögels en Van Oppen (Appelo, 2000). Daarin staat veel duidelijker en objectiever wat er cognitief-therapeutisch bij as-I-stoornissen moet gebeuren.

Er rest mij daarom niets anders dan te hopen dat er binnenkort een boek verschijnt over cognitieve-gedragstherapie bij as-III-stoornissen. Dat zal ik dan ook weer

bespreken. Misschien dat ik bij het lezen en bespreken van dat boek dan ook spijt krijg van het negatieve karakter van dit commentaar.

Referenties

- Appelo, M.T. (2000). Fraai, veel en overdreven. Boekbespreking: S.M. Bögels & P. van Oppen, Cognitieve therapie, theorie en praktijk. *Dth*, 20(4), 398-400.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (red.) (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brink, W. van den (1993). Measurement and Diagnosis of DSM-III-r and ICD-10 Personality Disorders. A Review of Available Instruments in the Netherlands. *State of the Art in Clinical Psychiatry*, 1(8), 4-11.
- Hartlage, S., Alloy, L.B., & Arduino, K. (1998). Depressive Personality Characteristics: State Dependent Concomitants of Depressive Disorder and Traits Independent of Current Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 349-354.
- Morey, L.C., & Ochoa, E.S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality disorders*, 3, 80-192.
- Subotnik, K.L., Neuchterlein, K.H., & Green, M.F. (1999). Tyrant versus state aspects of the MMPI during the early course of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 275-284.