



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Hoe effectief klachtgericht handelen bij persoonlijkheidsproblematiek?

Annemiek de Kock en Rita van Royen

---

**SAMENVATTING** Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek worden veelal getypeerd door een eenzijdige, hardnekkige en extreme interactionele opstelling. Het realiseren van een constructieve werkrelatie is niet vanzelfsprekend. Dit kan het moeilijk maken om klachtgerichte protocollen gericht uit te voeren en effectief te laten zijn bij deze doelgroep.

Het artikel beschrijft een probleemanalysemodel en een analysemodel voor de interactiestijl. Deze modellen kunnen behulpzame kaders bieden om de complexe probleemgebieden van cliënten met zowel as-I- als as-II-problematiek te ordenen, te blijven focussen op de klachten, en iedere boodschap van de cliënt te kunnen beantwoorden met een respons die bijdraagt aan een goede werkrelatie. Voorgesteld wordt om cliënten aan het eind van een succesvolle as-I-behandeling een vervolgbehandeling aan te bieden gericht op de persoonlijkheidsproblematiek, bij dezelfde therapeut. Deze werkwijze heeft implicaties voor de opleiding van therapeuten en de zorgprogrammering van ggz-instellingen.

---

### Inleiding

Klachtreductie bereiken bij cliënten met bijkomende persoonlijkheidsproblematiek is mogelijk. Aan handleidingen geen gebrek: voor nagenoeg iedere as-I-stoornis bestaan wel een of meerdere uitgeschreven en wetenschappelijk onderzochte protocollen. Toch blijft het voor de therapeut in de praktijk nogal eens zoeken hoe het beste te werk kan worden gegaan om een bepaald protocol effectief uit te voeren. Zeker bij een cliënt met persoonlijkheidsproblematiek of een perva-

Drs. A. de Kock is gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot psychotherapeut en cognitief gedragstherapeut VGct. Ze is werkzaam bij de GGzE, jeugd- en volwassenenpsychiatrie. Correspondentieadres: GGzE, lokatie 'de Grijze Generaal', postvak WC 7502, Winston Churchillaan 75, 5623 KW Eindhoven. E-mail: a.de.kock@ggze.nl.

Drs. R. Van Royen is klinisch psycholoog-psychotherapeut en supervisor en leertherapeut VGct. Ze is werkzaam in een eigen psychotherapiepraktijk te Beuningen (www.psychotherapie-meerenroyen.nl). E-mail: r.vanroyen@hetnet.nl.

sieve ontwikkelingsstoornis. Hoe een cliënt die zich op rigide wijze opstelt naar de therapeut toe zo ver te krijgen het onderdeel 'gedrags-activatie' uit een depressieprotocol uit te voeren of 'exposure' in geval van angstklachten? De klachtgerichte protocollen laten zich door- gaans slechts summier en zijdelings uit over de vraag hoe de thera- peut een cliënt kan bewegen een benodigd onderdeel van een protocol uit te voeren.

Hoe kan bewerkstelligd worden dat cliënt en therapeut het spoor van een klachtgerichte behandeling kunnen volgen wanneer er ook sprake is van persoonlijkheidsproblematiek? Hoe kan de therapeuti- sche relatie zo vormgegeven en ingezet worden dat het behandelen van de klachten effectief kan gebeuren? Op deze vragen gaat dit artikel in.

#### Effectiviteit van klachtgerichte behandeling bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek

Er zijn diverse studies uitgevoerd naar het effect van een klachtge- richte behandeling bij cliënten met ook een persoonlijkheidsstoornis, vooral bestaand uit cluster-c-problematiek. Wij beperken ons hier tot studies uitgevoerd bij cliënten met angststoornissen en depressies (Arntz, 2006; Dreessen & Arntz, 1998; Dreessen, Arntz, Luttels & Sallaerts, 1994; Dreessen, Hoekstra & Arntz, 1997; Mulder, 2002; Van den Hout, Brouwers & Oomen, 2006).

De algemene tendens die uit de methodologisch betere onderzoeken naar voren komt, is dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis evenveel vooruitgang boeken met een klachtgerichte behandeling als cliënten zonder een bijkomende as-II-stoornis. Cliënten met een per- soonlijkheidsstoornis beginnen met hogere klachtenscores en eindigen daar na de behandeling ook mee, maar de netto vooruitgang is even groot als bij cliënten zonder as-II-stoornis. Gesteld kan dus worden dat klachtgerichte behandelingen effectief zijn, ook bij cliënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis.

Tegelijkertijd kan de uitkomst gezien worden als een oproep om te onderzoeken in welke mate de effectiviteit van een klachtgerichte behandeling bij deze doelgroep verder toeneemt indien de behandel- duur wordt verlengd.

### Volgorde van behandelen bij cliënten met as-I- en as-II-problematiek

Waar de behandeling als eerste op te richten bij cliënten die zich melden met as-I-klachten, maar bij wie er ook sprake blijkt te zijn van een as-II-stoornis?

Aangezien cliënten met zowel een angststoornis als een persoonlijkheidsstoornis goed kunnen profiteren van een op de angststoornis gerichte behandeling, adviseren Visser en Van Balkom (2007) bij angststoornissen en persoonlijkheidspathologie de behandeling als eerste te richten op de angstklachten in geval van cliënten met comorbide cluster-c-problematiek (ontwijkende, afhankelijke, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) of comorbide antisociale, theatrale of narcistische problematiek, om het lijden te verminderen. Hetzelfde advies geldt voor cliënten met angststoornissen en bijkomende borderline problematiek mits deze persoonlijkheidsproblematiek niet ernstig op de voorgrond staat.

Vergelijkbaar met angststoornissen en as-II-problematiek raden Kool, Dekker en Schroevers (2007) in geval van depressie en persoonlijkheidspathologie aan eerst behandelingen gericht op de depressie te starten als deze op de voorgrond staat, te meer daar gebleken is dat een snelle remissie van de depressie een van de voornaamste positieve voorspellers is voor het succes van behandeling van depressie.

### De uitvoering van klachtgerichte behandelingen in de praktijk

Al toont wetenschappelijk onderzoek aan dat klachtgerichte behandelingen ook bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek effectief zijn, in de praktijk is het zo gemakkelijk niet. Therapeuten blijken klachtgerichte behandelingen niet consequent volgens de regelen der kunst uit te voeren. Zo krijgen bijvoorbeeld cliënten met een angststoornis lang niet altijd exposure, terwijl dit een kerninterventie is in de behandelprotocollen voor deze klachten (Becker, Zayfert & Anderson, 2004; Freiheit, Vye, Swan & Cady, 2004). Van Minnen (2008) noemt tien misverstanden over exposure bij de behandeling van cliënten met een PTSS, misverstanden die er vermoedelijk toe leiden dat deze behandelmethode in de praktijk te weinig toegepast wordt. Zo kunnen therapeuten afzien van het uitvoeren van exposure vanuit het misverstand dat deze behandeling niet geschikt is voor cliënten met PTSS die als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt zijn, of vanuit het misverstand dat door een exposurebehandeling comorbide klachten zullen verergeren. Van Minnen is van mening dat het er vooral om gaat dat therapeuten over durf beschikken om

cliënten gericht bloot te stellen aan hun herinneringen aan de trauma's, en dat ook zelf te durven verdragen.

Ook cliënten met een depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis krijgen lang niet altijd een adequate behandeling gericht op de as-I-klachten (Kool et al., 2007; Mulder, 2002).

Waller (2009) geeft concrete voorbeelden waarin therapeuten verzaken in het adequaat uitvoeren van cognitief gedragstherapeutische behandelingen gericht op as-I-klachten. Bijvoorbeeld therapeuten die herhaaldelijk het behandelprotocol loslaten als de cliënt aan het begin van een sessie aandacht vraagt voor zijn sociale problematiek, of die verzuimen het vermijdingsgedrag van de cliënt voldoende aan de orde te stellen omdat ze de cliënt hiervoor te kwetsbaar achten. Voorts blijkt het geregeld te ontbreken aan scherpe behandel-doelen die bovendien sturend worden ingezet voor de behandeling (Hellenbrand, Tiemens & Appel, 2007).

Onderdelen zoals het herhaaldelijk geven van psycho-educatie over de rationale van elk behandel-element, het gezamenlijk opstellen en bewaken van een agenda, het doornemen van gemaakt huiswerk en het op een respectvolle manier aan de orde stellen van therapie-interfererende gedragingen, behoren tot de kern van cognitief gedrags-therapeutische behandelingen. Worden dergelijke onderdelen losgelaten, dan dreigt het risico dat de behandeling van '(ook) doen' vervalt in 'alleen maar praten' (Waller, 2009).

Geconcludeerd kan dus worden dat er effectieve klachtgerichte behandelingen bestaan, maar dat deze cliënten te vaak worden onthouden.

#### De invloed van de therapeutische relatie

Wij veronderstellen dat, zeker bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek, de therapeutische relatie een belangrijke rol speelt in het niet adequaat uitvoeren van klachtgerichte behandelingen. Immers, het gericht doorwerken van een behandelprotocol vereist een constructieve werkrelatie tussen cliënt en therapeut. Zeker bij cliënten met as-II-problematiek is het tot stand komen van deze therapeutische relatie bepaald geen vanzelfsprekendheid. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek functioneren immers vanuit starre en disfunctionele overtuigingen over zichzelf en de ander (Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004), met communicatiepatronen die getypeerd worden door eenzijdigheid en hardnekkigheid. Ze zijn over het algemeen slecht in staat deze patronen flexibel aan te passen aan wat de interpersoonlijke situatie vraagt. Ze kunnen over het algemeen maar weinig omschakelen naar andere patronen, en ook de sterkte van hun

communicatiepatronen kunnen ze niet soepel laten variëren naar wat het contact met een ander vraagt. De eenzijdige, hardnekkige en uitgesproken interactionele opstelling brengt de cliënt ook in de therapeutische situatie in. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld herhaaldelijk op zo'n dwingende manier aandacht vragen voor 'crises' die hij mee-gemaakt heeft, dat de therapeut zich laat verleiden daarin mee te gaan en de klachtgerichte behandeling loslaat. Of de therapeut kan in een strijdpositie met een cliënt terechtkomen als deze op zeer stellige wijze zijn visie op zijn klachten poneert en de therapeut zich hierdoor laat uitlokken tot het overtuigen van de cliënt van een andere visie. In dergelijke gevallen komen cliënt en therapeut samen terecht in een interactioneel patroon dat ondermijnend werkt voor het adequaat uitvoeren van de klachtgerichte behandeling.

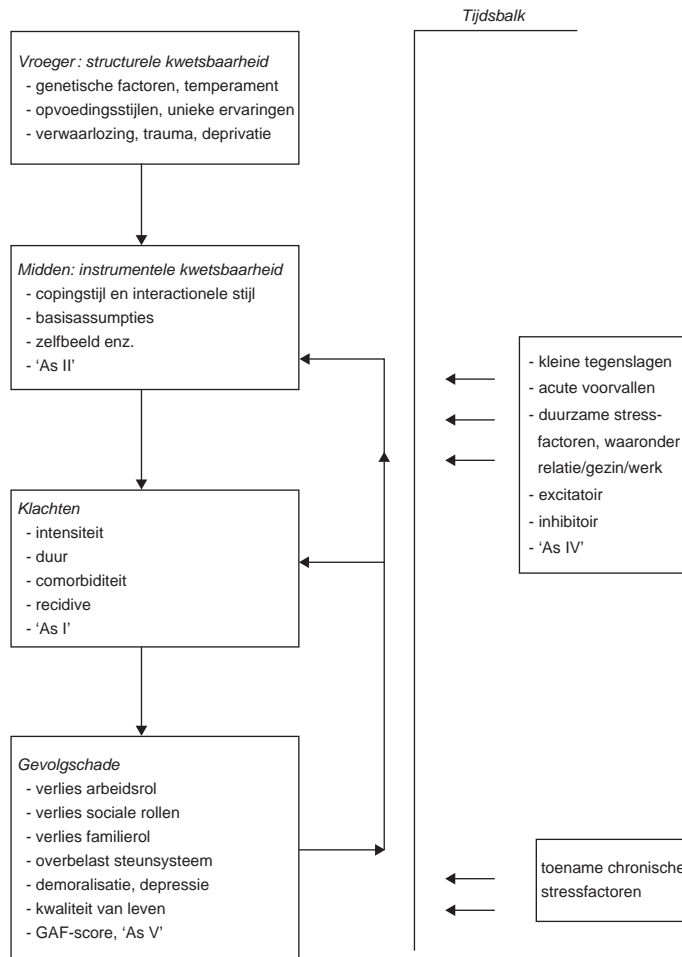
#### Hulpmiddelen voor klachtgericht behandelen bij comorbide persoonlijkheidsproblematiek

We stellen de therapeut twee hulpmiddelen voor om effectief een klachtgerichte behandeling uit te voeren bij cliënten met bijkomende persoonlijkheidsproblematiek: een probleemanalysemodel en een analysemodel voor de interactionele stijl tussen cliënt en therapeut.

##### *1. Probleemanalysemodel*

Het probleemanalysemodel van Rombouts en Scholing (2003) kan een bruikbaar kader bieden voor de grondige en brede analyse van de problematiek van de cliënt. Inzet van dit model kan de therapeut helpen zich niet alleen systematisch een beeld te vormen van de klachten waarmee de cliënt kampt, maar ook van de samenhang met de gevolgen waar deze klachten in diens leven toe leiden, en met welke kwetsbaarheden in de persoonlijkheid hij te maken heeft. Het geheel kan de therapeut ondersteunen in het ontwarren en ordenen van de veelheid aan gegevens die de cliënt inbrengt, en in het blijven focussen op de klachten gedurende de therapie. Indien de behandeling onverhoopt niet succesvol verloopt, kan het model voor de therapeut en diens intervisiecollega's behulpzaam zijn om systematisch te analyseren wat daar de verklaring voor kan zijn.

Ook al is het model van Rombouts en Scholing oorspronkelijk bedoeld voor ordening van de gegevens van cliënten met persisterende angststoornissen, wij zijn van mening dat het model ook bruikbaar is als er sprake is van andere as-I-klachten.



Figuur 1. Probleemanalysemodel. Uit: Rombouts & Scholing, 2003

Het model (zie figuur 1) stelt dat iemand die in de loop van zijn leven geconfronteerd wordt met acute of duurzame stressfactoren, klachten kan ontwikkelen (DSM-IV as I) als hij deze stressfactoren niet goed kan hanteren. Als deze klachten voortduren, ontstaat gevolgschade: de persoon in kwestie is door zijn klachten niet langer in staat zijn oorspronkelijke activiteiten te verrichten, hetgeen tot uiting komt in verlies van of minder functioneren in de arbeidsrol, de sociale rollen, de relatie- en gezinsrol (DSM-IV as V).

Er zijn mensen die extra kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische klachten. Het model maakt onderscheid tussen structurele

en instrumentele kwetsbaarheid. De structurele kwetsbaarheid wordt gevormd door genetische factoren, de wijze waarop de persoon in kwestie werd opgevoed, *life-events* en unieke ervaringen. In de adolescentie of jonge volwassenheid komen deze factoren tot uiting in relatief vaststaande basisassumpties en copingstrategieën: de instrumentele kwetsbaarheid, ook op te vatten als persoonlijkheidskenmerken (DSM-IV as II). Hiertoe worden copingstijlen gerekend, de mate van ervaren controle, reactiepatronen bij stress en dergelijke, oftewel de uitingvormen in het dagelijks leven. De structurele kwetsbaarheid wordt gezien als een stabiele, relatief onveranderlijke factor die iemand als het ware in het leven met zich meedraagt; de instrumentele kwetsbaarheid wordt beschouwd als dynamisch en aan verandering onderhevig. Zo kan de instrumentele kwetsbaarheid bijvoorbeeld verminderen als de persoon in kwestie taken aangaat en ervaringen opdoet die leiden tot een positief resultaat en waarbij hij zelfcontrole en sociale steun ervaart.

Op de tijdsbalk staan acute of duurzame stressfactoren zoals belasting tijdens werk, studie of opleiding, omgang met leeftijdgenoten, relationele en gezinsproblemen, faseovergangen, verlieservaringen, traumatische voorvallen (DSM-IV as IV). Onderscheid wordt gemaakt tussen het optreden van excitatoire of uitlokkende factoren en het verlies van voorheen beschermende of compenserende factoren, ook wel aangeduid als inhibitoire factoren. Wanneer iemand die toch al kwetsbaar was, geconfronteerd wordt met acute of duurzame stressfactoren die hij vanwege zijn instrumentele kwetsbaarheid niet goed kan hanteren, kan hij min of meer tijdelijke klachten ontwikkelen.

Als de klachten blijven voortduren, ontstaat er gevolgschade. Voor de instrumenteel kwetsbare persoon zijn ook deze nieuwe stressfactoren moeilijk te hanteren. Zijn klachten nemen toe. Zijn zelfbeeld verslechtert, zijn copingstrategieën worden steeds angstiger of depressiever gekleurd: zijn instrumentele kwetsbaarheid neemt toe. Dit kan ertoe leiden dat een genetisch bepaalde aanleg tot depressie (opnieuw) manifest wordt, of dat vroegere traumatische gebeurtenissen hun invloed weer doen gelden, vooral omdat de persoon in kwestie onvoldoende copingvaardigheden heeft om deze succesvol te hanteren.

Het geschetste model kan de klachtgerichte therapeut helpen de cliënt te zien met zijn kwetsbaarheden (vanaf hier 'persoonlijheidsproblematiek' genoemd) die aan de klachten vastzit, net zo goed als het de therapeut die zich richt op de aanpak van de persoonlijkheidsproblematiek kan helpen ook de behandelbare klachten en gevolgschade te zien waar de cliënt mee kampt.



## 2. *Analysemodel interactionele stijl*

Rombouts en Scholing (2003) plaatsen de interactionele stijl van een cliënt in hun probleemanalysemodel onder de instrumentele kwetsbaarheid. Het analyseren van deze interactionele stijl is behulpzaam voor de therapeut om tot een constructieve therapeutische werkrelatie met de cliënt te komen, een voorwaarde of middel om samen gericht aan de klachten te kunnen werken. De cliënt zal zo'n therapeutisch contact doorgaans beleven en verwoorden in termen van een ervaren 'klik' met de therapeut. Het omvat aspecten als: zich gerespecteerd, begrepen en gewaardeerd voelen. Het komt tot uiting in het trouw verschijnen op behandelafspraken en het samen met de therapeut gericht kunnen werken aan een aanpak van de klachten.

Vandenbergh (2009) kijkt vanuit een neurobiologische invalshoek naar het belang van het creëren van een therapeutische vertrouwensrelatie. Hij meldt dat uit neurowetenschappelijk onderzoek blijkt dat stress die gepaard gaat met een gevoel van oncontroleerbaarheid, onvoorspelbaarheid en onveiligheid, leidt tot snelle vrijzetting van stresshormonen en tot onderdrukking van de plasticiteit in bepaalde regio's van de hersenen. Dit betekent, aldus Vandenbergh, dat men in omstandigheden van dergelijke negatieve stress minder kan leren of dat leren zich beperkt tot het aanleren van vermijding en dat bij chronische stress het leervermogen en de weerbaarheid worden aangetast. Psychotherapie beschouwd als een bijzonder leerproces, kan werken voor zover het in een veilige en voorspelbare context gebeurt.

Het tot stand laten komen van een veilige en voorspelbare context is, gezien de eenzijdige, hardnekkige en extreme interactionele opstellingen die cliënten met persoonlijkheidsproblematiek ook binnen een therapie typeert, bepaald geen sinecure, en bij uitstek een professionele aangelegenheid. Inzet van een model op het gebied van de interactionele stijl kan de therapeut ondersteunen in het gericht tot stand laten komen van de benodigde constructieve werkrelatie en, indien de behandeling niet naar wens verloopt, in het samen met intervisiecollega's systematisch analyseren wat er mis dreigt te gaan in het therapeutische contact.

Een voorbeeld van een analysemodel op het gebied van de interactionele stijl, is de interpersoonlijke cirkel van Kiesler (Hafkenscheid, 2004). Dit model gaat ervan uit dat de meeste intermenselijke communicatie vrij uitputtend beschreven kan worden aan de hand van slechts twee dimensies: de gevoelsdimensie en de machtsdimensie. De gevoelsdimensie beweegt zich tussen de polen 'vriendelijk' en 'vijandig', de machtsdimensie tussen de polen 'overheersend' en 'volgzaam'. Aangenomen wordt dat complementaire of elkaar aanvullende interacties op de gevoelsdimensie het principe van de overeen-

komstigheid volgen: het uitzenden van 'vriendelijke' communicatieve boodschappen door de een zal waarschijnlijk leiden tot beantwoording met 'vriendelijke' reacties door de ander, terwijl de zending van 'vijandig' gekleurde communicatieve boodschappen door de een waarschijnlijk 'vijandig' gekleurde reacties bij de ander zal uitlokken. Op de machtsdimensie, zo wordt verondersteld, volgen complementaire interacties het principe van de wederkerigheid: 'overheersing' door de een lokt waarschijnlijk 'volgzaamheid' bij de ander uit, en 'volgzaamheid' door de een verhoogt de kans op 'overheersing' door de ander. Wat betreft de sterkte van de communicatieve boodschappen wordt aangenomen dat bijvoorbeeld gematigd 'vriendelijk-overheersende' boodschappen gematigd 'vriendelijk-volgzame' reacties uitlokken, heftige 'vijandige-overheersende' boodschappen verhogen de kans op heftige 'vijandige-volgzame' reacties (Hafkenscheid, 2004).

Wil een therapeut komen tot een constructieve werkrelatie met een cliënt, dan zal hij iedere interactionele zet of boodschap van de cliënt op zich moeten laten inwerken en er een respons op dienen te geven die bijdraagt aan deze therapeutische relatie. Dit betekent bijvoorbeeld doelbewust afzien van de neiging een 'vijandig' gekleurde boodschap van een cliënt te beantwoorden met een 'vijandig' gekleurde actie, maar juist reageren met een 'vriendelijke' boodschap. Of een cliënt die herhaaldelijk op dwingende wijze de therapie sessies begint met frustraties over zijn ervaringen op het werk, laten merken hem te horen en te zien in zijn ervaringen en gevoelens, hem er serieus in nemen, gevolgd door het toewerken naar toepassing van exposure voor zijn PTSS-klachten. Het uiteindelijke doel blijft immers om vanuit het constructieve therapeutische contact samen gericht en effectief de klachtgerichte behandeling uit te voeren.

Ongeacht welke interactionele opstelling gekozen wordt, de noodzaak van het toepassen van de Rogeriaanse grondhoudingen, te weten onvoorwaardelijke aanvaarding, empathie en echtheid (Lietaer, 2008), blijft te allen tijde van kracht. Volgens Lambert zijn het immers deze therapiefactoren die een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van cliënten, meer dan specifieke technieken (Colijn, Snijders & Trijsburg, 2009). Keijsers, Schaap & Hoogduin (2000) hebben het belang van de Rogeriaanse grondhoudingen aangetoond specifiek bij cognitief gedragstherapeutische behandelingen.

#### Casusbeschrijvingen

Roy en Veronica zijn cliënten met persoonlijkheidsproblematiek bij wie een as-I-behandeling tot klachtreductie heeft geleid. Met de beschrijving van deze cliënten en de behandelwijze willen we

laten zien op welke manier de therapeute gebruik heeft gemaakt van het probleemanalysemodel van Rombouts en Scholing (2003) en van de interpersoonlijke cirkel van Kiesler (Hafkenscheid, 2004), als hulpmiddelen om doelgericht tot een effectieve uitvoering van de klachtgerichte behandelingen te komen.

Casusbeschrijving: *Roy*

### **Klachten**

Roy is een 15-jarige jongen die aangemeld wordt vanwege angstklachten. Hij is bang een ernstige ziekte onder de leden te hebben. Vooral 's avonds tegen bedtijd voelt hij vreemde dingen in zijn keel, en raakt hij in paniek van de overtuiging dood te zullen gaan. Hij is iedere avond meer dan een uur bezig zijn keel te bekijken in de spiegel, te bevoelen met zijn vingers, zijn aandacht te richten op wat hij er ziet of voelt. Zijn ouders en vooral zijn moeder moeten hem vele malen verzekeren dat hij niets mankeert voordat hij kan gaan slapen.

### **Gevolgschade**

Roy raakt erg gestrest door zijn klachten: hij is van mening dat zijn leven weinig waard is als hij zich iedere avond zo angstig voelt. Hij slaapt slecht in waardoor hij zich overdag niet optimaal fit voelt, iets dat zijn concentratie niet ten goede komt. Hij gaat niet uit logeren, hij gaat niet mee op tienertoer met een vriend, hij wil per se het risico uitsluiten dat hij 's avonds geen beroep kan doen op zijn moeder als hij zich angstig voelt. Zijn moeder geeft aan het steeds moeilijker te vinden rustig te blijven als Roy almaar weer om geruststelling vraagt, ze ervaart overbelast te raken.

### **Kwetsbaarheid**

Roy is eerder gediagnosticeerd met PDD-NOS, ADHD, dyslexie en hoogbegaafdheid. Hij wil het hier absoluut niet over hebben omdat hij 'normaal' wil zijn. Hij is sterk controlebehoefstig. Onzekerheden of onduidelijkheden verdraagt hij slecht. Hij is perfectionistisch ingesteld.

### **Eerdere hulpverlening**

Roy heeft eerder cognitieve gedragstherapie voor zijn angsten

gehad. Volgens Roy werkte dit niet. Hij vond het 'niet klikken' met de therapeute. Hij kreeg de opdracht zijn gedachten op te schrijven als hij vreemde dingen in zijn keel voelde, op te schrijven wat hij dan zelf dacht en wat anderen mogelijk zouden kunnen denken; bij de nabesprekingen had Roy het idee dat de therapeute hem probeerde te overtuigen dat er niets met hem aan de hand was, terwijl hij zelf sterkere argumenten had om te denken dat hij wel degelijk een ziekte of afwijking had. Zijn angsten verminderden niet.

#### **Interactionele stijl: analyse**

Al snel blijkt dat Roy een intelligente jongen is en dat hij rigide is ingesteld. Uitspraken die de therapeute doet stelt hij ter discussie of haalt hij onderuit. Hij stelt uitdrukkelijke voorwaarden om gesprekken aan te gaan: hij komt alleen omdat hij niet zo angstig wil zijn iedere avond; hij komt niet voor andere zaken en 'dus' wil hij het per se niet hebben over zijn PDD-NOS en ADHD. Ook wil hij geen vragen krijgen over zijn emoties, daar kan hij niks mee. Verder wil hij alleen komen als zijn moeder bij de gesprekken aanwezig mag zijn: hij is er van overtuigd dat hij zelf zijn problemen niet goed zal kunnen verwoorden en zal dichtklappen. Het idee van individuele gesprekken met alleen de therapeute is voor hem onbespreekbaar. Roy lijkt in eerste instantie overwegend een intense vijandig-overheersende positie in te nemen.

#### **Behandeling inclusief therapeutische werkrelatie**

Roy wil het liefst dat hij die rare gevoelens in zijn keel nooit meer voelt. Als dat niet kan, wil hij ten minste bereiken dat hij kan gaan slapen zonder zich zo bang en paniekerig te voelen. Dit zou hem een betere nachtrust opleveren en overdag een betere concentratie.

Roy krijgt opnieuw een cognitief-gedragstherapeutische behandeling aangeboden gericht op zijn panieklachten, door de therapeute nadrukkelijk vormgegeven vanuit een vriendelijk-volgzame positie. De therapeute maakt gebruik van technieken zoals de Socratische dialoog en gedragsexperimenten, expliciet vanuit een houding van 'samen onderzoeken'.

Zo gaat ze in gesprek met Roy over zijn klachten, ze be vraagt wat hij merkt en denkt als hij die vreemde dingen in zijn keel voelt. Roy blijkt de stellige overtuiging te zijn toegedaan dat hij niets bijzonders in zijn keel zou voelen als hij gezond zou zijn,

en maakt de therapeute duidelijk dat hij nooit rustig zal worden als hij niet absoluut zeker weet dat wat hij voelt in zijn keel, ongevaarlijk is.

De therapeute vraagt Roy eens uit te proberen wat er gebeurt als hij een tijdlang zijn aandacht richt op zijn keel, een andere keer wat er gebeurt als hij tegelijkertijd intensief zijn keel bevoelt. Zal zijn keel precies hetzelfde aanvoelen en er uitzien als daarvoor? Of zal het anders worden? Roy weigert aanvankelijk aan het onderzoek mee te doen, hij vindt het stom. De therapeute respecteert de keuze van Roy. Vervolgens stelt ze Roy's moeder voor dat zij samen met haar het onderzoek aangaat. Hierop besluit Roy alsnog mee te doen, en gedrieën voeren ze het onderzoek uit. De onderzoeken worden gedurende de therapie enkele malen herhaald. Roy wil ze niet thuis uitvoeren, hij weet immers al wat de uitkomst is aangezien hij ze meerdere keren in de therapie heeft uitgevoerd. De therapeute bevestigt dit, om vervolgens de vraag op te werpen of de uitkomsten misschien anders zouden zijn als hij de onderzoeken thuis zou uitvoeren? Of 's avonds in plaats van overdag?.. Of als hij de onderzoeken alleen uitvoert? Het zou interessant kunnen zijn dit te onderzoeken: het zijn immers nieuwe vragen die nu opkomen. Roy besluit aan het eind van de sessie het onderzoek een keer thuis te doen, overdag, samen met zijn moeder.

Andere keren staat de therapeute stil bij de uitspraak van Roy dat hij nooit rustig zal kunnen blijven als hij niet absoluut zeker weet dat wat hij voelt in zijn keel, ongevaarlijk is. Ze vraagt zich hardop denkend af of het überhaupt mogelijk is iets honderd procent zeker te weten. Hoe weet Roy dat het gebouw waar ze nu zijn niet zal instorten? Ze vraagt hem hoe groot hij de kans inschat dat het pand over vijf minuten nog precies zo overeind staat als nu. Die kans is volgens Roy geen honderd procent. Waarom, zo vraagt de therapeute zich af, blijft dan toch iedereen op z'n stoel zitten? En hoe weet hij dat hij niet van de trap zal vallen als hij na dit gesprek naar beneden loopt? Hoe groot is volgens hem de kans dat hij zonder te vallen beneden komt? Ook deze kans is volgens Roy geen honderd procent. Hoe lukt het hem dan toch om steeds weer rustig de trap te nemen? En hoe weet Roy dat hij geen hartinfarct zal krijgen? Hoe groot is de kans dat zijn hart het over een maand nog zo goed doet als nu? Ook deze kans is volgens Roy geen honderd procent. Hoe komt het dan toch dat hij zich geen zorgen maakt over zijn hart, dat hij daar niet mee bezig is?

Roy voelt in de therapie sessies herhaaldelijk dat zijn spanning toeneemt, om vervolgens te merken dat de spanning ook weer

afneemt. De therapeute vraagt zich af hoe dit kan: zij immers stelt hem niet gerust, zijn moeder ook niet. Roy geeft aan dat hij dit zelf doet: op een gegeven moment heeft hij er genoeg van en dan is het over. Dan zegt hij tegen zichzelf dat het afgelopen is. Hij benadrukt dat wat hij merkt in de therapie, altijd anders is dan wat hij 's avonds thuis in zijn keel voelt. De therapeute geeft hem hiervoor erkenning: Roy heeft gelijk, het 'echte therapiewerk' zal thuis gedaan moeten worden. Heeft hij een idee hoe hij dit zou kunnen doen? Hoe zou hij zichzelf thuis gerust kunnen stellen? Zou het iets zijn als hij zich thuis bepaalde vragen naar kansen en procenten gaat stellen, net zoals in de therapie? Of dat hij zijn aandacht op zijn keel blijft richten, heel intensief? Net zo lang tot hij er genoeg van heeft en zichzelf gaat zeggen dat het afgelopen moet zijn? Stel dat hij zijn ouders 's avonds zou gaan vragen of hij toch niets ernstigs mankeert: wat moeten ze hem dan zeggen? Hoe kan hij zijn ouders leren om minder bezorgd te zijn? Wat wil hij doen? Vanaf wanneer? Hoe vaak, hoe lang?

Zoals uit bovenstaande blijkt, betreft de therapeute de moeder van Roy bij de behandeling. Op deze manier blijft het spanningsniveau van Roy hanteerbaar. De therapeute voorkomt een strijd over dit punt, moeder krijgt psycho-educatie, en ook zij krijgt experimenten of onderzoeken voorgesteld om Roy nu juist eens niet gerust te stellen: bovendien vergroot de aanwezigheid van moeder de kans dat Roy ook thuis met de therapie aan de slag gaat.

### **Effecten**

De panieklachten verdwijnen volledig. Ook als Roy in het ziekenhuis opgenomen wordt vanwege een blindedarmonsteking, komen de klachten niet terug. Hij zegt eenvoudigweg niet meer bezig te zijn met de vraag wat hij voelt, en of hij iets mankeert, waarbij hij benadrukt dat niemand zeker kan weten dat hij helemaal gezond is. Roy is zich binnen de therapeutische relatie meer gaan bewegen naar de vriendelijk-overheersende positie. De keren dat de therapeute een stellige uitspraak doet en zich begeeft op de overheersende dimensie gaat Roy de discussie met haar aan en is hij geneigd haar te corrigeren, doch 'de klik', de constructieve werkrelatie, komt niet in gevaar.

Moeder geeft aan dat het voor haar leerzaam is geweest te ervaren dat de klachten van Roy zijn verdwenen, juist toen zij hem in onzekerheid liet. De avonden verlopen nu ook voor haar stukken rustiger. Moeder is bij alle therapie sessies aanwezig

geweest; aan de laatste bijeenkomsten nam ze niet meer actief deel, Roy en de therapeute voerden samen het gesprek terwijl moeder in diezelfde ruimte een boek las.

Roy heeft een nacht gelogeed bij een vriend van hem en heeft plannen gemaakt om de komende zomervakantie een week te gaan kamperen met een andere vriend.

### **Vervolg**

Toen zijn angsten eenmaal weg waren, gaf Roy aan dat hij veel last bleef houden van concentratieproblemen. Het maakte dat hij vele uren bezig was met zijn huiswerk en nauwelijks vrije tijd had. De behandeling is voortgezet, gericht op het onderzoeken en aanpakken van deze klachten. Nu Roy eenmaal vertrouwen had in de therapeute, is het gelukt de aanwezigheid van moeder bij de gesprekken af te bouwen. Uiteindelijk is hij verwezen voor een Cogmed werkgeheugentraining voor zijn concentratieproblematiek.

Casusbeschrijving: *Veronica*

### **Klachten**

Veronica is een 43-jarige vrouw die verwezen wordt door de huisarts. Er wordt een paniekstoornis gediagnosticeerd. Ze heeft paniekaanvallen die ze aanziet voor hartaanvallen. Ze krijgt deze vooral als ze alleen is, en dus gaat ze het alleen zijn nadrukkelijk uit de weg. Ze voelt zich continu gespannen. Ze durft nagenoeg niets te doen zonder haar moeder. Ze gebruikt medicijnen om rustiger te worden. Ze voelt zich somber: ze is 43 jaar en ervaart 'geen leven in haar leven te hebben'. Bovendien maakt ze zich zorgen: haar moeder heeft niet het eeuwige leven, wat moet ze als moeder ooit zou komen te overlijden?

### **Gevolgschade**

Veronica isoleert zich. Ze woont samen met haar moeder. Ze heeft alleen contacten met familieleden mits deze naar haar toe komen. Samen met moeder doet ze de noodzakelijke boodschappen. De huishouding doet ze zeer nauwgezet, op het dwangmatige af. Voorts zorgt ze intensief voor haar moeder, ze ondersteunt haar ook bij activiteiten die moeder nog zelfstandig kan. Ze heeft geen hobby's meer en geen baan.

### **Kwetsbaarheid**

Als kind al was Veronica angstig en dwangmatig. Over haar gezin van herkomst laat ze niet zo veel los. Het vermoeden bestaat dat ze komt uit een gezin met een verwaarlozend opvoedingsklimaat, waarin ze mogelijk grensoverschrijdingen heeft meegemaakt. Ze is vroeg het huis uit gegaan. In de partnerrelaties die ze heeft gehad is ze agressief tegemoet getreden, lichamelijk en ook seksueel mishandeld. Ook over deze ervaringen wil ze weinig kwijt. Na het verbreken van de partnerrelaties is ze iedere keer ingetrokken bij haar ouders. Veronica is er van overtuigd dat ze lelijk is, niets waard is, niets alleen kan.

### **Eerdere hulpverlening**

Veronica is veelvuldig bij de huisarts geweest om zich ervan te vergewissen dat ze geen hartkwaal heeft. Onderzoeken hebben consequent geen afwijkingen aangetoond, wel is ze bekend met astma. Ze is gedurende vijf jaar in psychologische behandeling geweest. Veronica vertelt daarover dat ze gesprekken kreeg waarin ze haar verhaal kwijt kon. Ze wist echter niet waar ze het over moest hebben. Dit maakte dat ze steeds meer opzag tegen de gesprekken. Ze kon niet voldoen aan de verwachtingen van de therapeute, ze voelde zich mislukken en ging zich steeds angstiger voelen. Ze durfde niet te zeggen dat ze weinig baat ondervond bij de behandeling. Om te voorkomen dat ze de therapeute zou teleurstellen, heeft ze gezegd dat het steeds beter met haar ging, dat ze tevreden was en dat ze vond dat ze klaar was met de behandeling.

### **Interactionele stijl: analyse**

Veronica maakt een hulpeloze indruk. Ze zoekt herhaaldelijk bevestiging bij de therapeute. Meerdere onderdelen van de anamnese roepen zo veel spanning op dat ze dichtklapt. Ze voelt zich somber en heeft zelf geen idee wat daaraan te doen, anders dan misschien een verdere verhoging van de medicatie. Ideeën die de therapeute oppert, wijst ze alle met veel excuses af, ze voelt zich er te angstig voor. Confronterende interventies verdraagt ze niet. Ze geeft aan het zeer eng te vinden om in de therapiekamer te zitten. De therapeute ervaart Veronica met haar spanningen en angstklachten niet zo zeer als overheersend, wel als in staat om haar aan het werk te zetten. Op de gevoelsdynamie neemt Veronica een vriendelijk-positie in.



### Behandeling inclusief therapeutische werkrelatie

Veronica krijgt om te beginnen erkenning voor haar moed om naar de therapie te komen en aan de gesprekken deel te nemen. De onderwerpen waarover ze de deur nog veelal gesloten houdt (ervaringen in gezin van herkomst, ervaringen in partnerrelaties) worden gemedend. De therapeute neemt hiermee een vriendelijk-volgzame positie in.

Gaandeweg wordt ingezoomd op Veronica's gevoel van somberheid en uitzichtloosheid. Ze is inderdaad 43 jaar en inderdaad heeft ze veel levensgebieden niet ingevuld, er lijkt inderdaad weinig 'leven in haar leven' te zitten. Nadat hier een tijd bij stilgestaan is, stelt de therapeute haar de vraag hoe ze zou willen dat haar leven er over vijf jaar zou uitzien en welke obstakels daarvoor aangepakt moeten worden. Zo komen langzamerhand de angstklachten van Veronica meer op de voorgrond te staan. Ze ervaart vooral last te hebben van paniekaanvallen en de angst voor het krijgen van een paniekaanval. Ze zou graag boodschappen willen kunnen doen bij een grote supermarkt, alleen, en zich daar dan rustig bij voelen. Ook zou ze willen bereiken dat ze alleen en rustig door het centrum van haar woonplaats kan wandelen. De therapeute ervaart inmiddels enige mogelijkheden bij Veronica om in actie te komen. Aangezien ze de indruk heeft gekregen dat Veronica een sterke voorkeur heeft voor een vriendelijk-volgzame positie, kiest de therapeute zelf voor een vriendelijk-overheersende positie. De therapeute geeft aan dat ze een behandelmethode weet voor Veronica's angsten: deelname aan de angst- en paniekgroep waarin gewerkt wordt met onder andere interoceptieve *exposure* en andere *exposure-in-vivo*-opdrachten. De therapeute zet in op het deelnemen aan een groepsbehandeling vanwege de veronderstelling dat deze behandeling Veronica zowel klachtreductie op kan leveren als dat ze er kan gaan ervaren dat ze contacten kan aangaan met andere mensen.

De therapeute toont begrip dat Veronica zich erg angstig voelt voor die behandeling, maar straalt ook vertrouwen uit dat ze het wel zal kunnen. Bij wijze van proef worden geleidelijk aan enige interoceptieve *exposure*-oefeningen gedaan in de therapiekamer: de therapeute doet ze eerst uitgebreid voor en voert ze vervolgens samen met Veronica uit. De oefeningen ook thuis doen is nog een stap te ver, aldus Veronica, die zich hiervoor verontschuldigt. De therapeute respecteert dit. Enerzijds stuurt de therapeute actief aan op deelname aan de angst- en paniekgroep: ze neemt Veronica mee naar de trainster van deze groep om

kennis te maken, ze laat haar de groepsruimte zien en ze toont waardering voor ieder nieuw stapje dat ze zet. Anderzijds laat de therapeute de uiteindelijke beslissing om wel of niet deel te nemen nadrukkelijk bij Veronica, en benadrukt ze dat de behandelcontacten niet zullen stoppen als Veronica uiteindelijk toch afziet van het groepsaanbod. Uiteindelijk geeft Veronica aan dat ze naar de eerste groepsbijeenkomst zal gaan. De therapeute ziet haar direct na de eerste sessie en zegt een telefonisch contact toe na de tweede bijeenkomst. Dan blijkt dat Veronica het aandurft om de training te blijven volgen zonder in die periode contacten met de therapeute te hebben.

### **Effecten**

De scores op diverse angstgerelateerde vragenlijsten waren bij afronding van de groepsbehandeling aanzienlijk lager dan bij start er van, hoewel ze zeker nog klinisch verhoogd waren (zie tabel 1).

Het meeste profijt leek Veronica gehad te hebben van ademhalingsoefeningen en hulpkaartjes die haar helpen zich de geleerde technieken te herinneren. Echter, het zich expliciet blootstellen aan haar angstige verwachtingen is ze veelal blijven vermijden. Haar actieradius heeft ze uitgebreid: ze doet boodschappen alleen, ze rijdt auto alleen, wel met een angstig en opgejaagd gevoel, ze bezoekt familieleden. Veronica is trots op het feit dat ze deelgenomen heeft aan de training, ze vond het prettig te merken dat ze niet de enige is met dit soort klachten en dat ze het contact met haar medecursisten heeft durven aangaan.

### **Vervolg**

Veronica heeft de contacten met de therapeute weer opgepakt na afloop van de groepstraining. Ze vroeg nu vooral hulp om verder invulling aan haar leven te geven: activiteiten die ze vroeger leuk had gevonden wilde ze weer oppakken (zwemmen, wandelen). De therapeute heeft er voor gekozen aan te sluiten bij de hulpvraag van Veronica en heeft vriendelijk-overheersend aangestuurd op het gaan uitvoeren van oude hobby's. Dit is gelukt: Veronica voert de activiteiten uit, zij het angstig en gespannen en met elementen van vermijding er in. Ze is inmiddels contacten aangegaan met een jeugdvriend, ze gaat graag met hem om hoewel ze zich gespannen voelt in zijn bijzijn en hem ook op afstand houdt. Het is een punt van discussie of het toch niet beter was geweest Veronica opnieuw exposuresessies te

geven, expliciet gericht op de vermijdingselementen en de catastrofes die ze bleef verwachten en die haar angstig maakten. In de vervolgbehandeling heeft de therapeute deze exposure alsnog tot kern van de behandeling gemaakt. Momenteel is zij langzaam maar zeker bezig de opstelling van Veronica in hun onderlinge contact meer bespreekbaar te maken en te onderzoeken. De therapeute stelt zich hierbij minder overheersend op. Er begint ruimte te komen om de traumatische ervaringen die Veronica eerder in haar leven heeft meegemaakt voorzichtig te bespreken.

*Tabel 1. Scores van Veronica op diverse angstgerelateerde vragenlijsten voor en na deelname aan de 'angst- en paniekgroep'*

Schaal en subschaal	Voormeting	Nameting
Paniek Opinie Lijst (POL)		
– paniekverwachting	86.00	67.33
– zorgen over consequenties	51.33	30.67
– omgang met paniek (coping)	niet ingevuld	niet ingevuld
Body Sensations Questionnaire (BSQ)		
– angst voor lichamelijke gevoelens van spanning (deel 1)	4.00	3.06
– frequentie van voorkomen lichamelijke gevoelens van spanning (deel 2)	3.35	3.00
Agorafobische Cognitie Vragenlijst (ACV)		
– angstige cognities	3.13	2.47
Mobiliteit Inventarisatie (MI)		
– vermijding (met gezelschap)	3.5	2.6
– vermijding (alleen)	4.4	3.9

POL: alle schalen: min = 0, max = 100. Paniekverwachting, range: 0 = geen kans op paniek, 100 = zeker paniek. Zorgen over consequenties, range: 0 = helemaal nooit, 100 = altijd.

BSQ deel 1: 1 = net angstig of bezorgd, 2 = een beetje angstig of bezorgd, 3 = tamelijk angstig of bezorgd, 4 = erg angstig of bezorgd, 5 = heel erg angstig of bezorgd. BSQ deel 2: 1 = komt niet of nooit voor, 2 = komt zelden voor, 3 = komt soms voor, 4 = komt meestal voor, 5 = komt bijna altijd of altijd voor.

ACV: 1 = de gedachte komt nooit voor, 2 = de gedachte komt zelden voor, 3 = de gedachte komt de helft van de tijd voor, 4 = de gedachte komt vaak voor, 5 = de gedachte komt voortdurend voor.

MI: 1 = ik vermijd het nooit, 2 = ik vermijd het zelden, 3 = ik vermijd het soms, 4 = ik vermijd het meestal, 5 = ik vermijd het altijd.

## Discussie

Roy en Veronica: twee cliënten met as-I-klachten waarvoor ze, na een eerdere mislukte therapie, opnieuw hulp zoeken, twee cliënten ook met bijkomende persoonlijkheidsproblematiek. Beiden zijn nu behandeld door een therapeute die gebruikgemaakt heeft van het probleem-analysemodel van Rombouts en Scholing (2003) en van het analyse-

model voor de interactiestijl van Kiesler (Hafkenscheid, 2004), als hulpmiddelen om van daaruit de klachtgerichte behandeling effectief uit te voeren.

Heeft het gebruik van genoemde analyses een meerwaarde gehad in de behandelingen?

We zijn van mening dat inzet van het probleemanalysemodel van Rombouts en Scholing (2003) duidelijk heeft gemaakt wat de betekenis of impact was van een algemeen geformuleerde angstklacht zoals 'paniekstoornis' in alle dimensies van het leven van Roy en Veronica. Alleen al daardoor heeft de therapeute voeling gekregen met de individualiteit van deze cliënten. Er vloeiden behandeldoelen uit voort die voor het leven van Roy en Veronica relevant waren en waar de therapeute samen met hen aan kon werken. Zo bleek het bij Roy belangrijk te zijn dat hij leerde zelf zijn paniek het hoofd te bieden, wilde hij in staat worden activiteiten buitenshuis te kunnen ondernemen. Bij Veronica was het uitbreiden van haar actieradius in de vorm van het ondernemen van sociale activiteiten van belang. Ook het herkennen en vaststellen van doelen die voor de cliënten van belang waren, hielp de therapeute daadwerkelijk contact met en begrip voor hen te krijgen.

De interpersoonlijke cirkel van Kiesler hielp de therapeute de reacties van Roy en Veronica te kaderen als horend bij hen en hun problematiek. Dit maakte het voor de therapeute gemakkelijker een professionele respons op het gedrag van de cliënten te geven: reacties die de constructieve werkrelatie met Roy en Veronica bevorderden, om van daaruit gericht aan de as-I-klachten te kunnen werken.

De casusbeschrijvingen maken duidelijk hoe de therapeute dit in de praktijk heeft gebracht bij cliënten die bij aanvang nadrukkelijk een gereserveerde of voorwaardelijke houding aannamen tegenover therapie.

We hebben ons beperkt tot de constatering dat er bij Roy en Veronica sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. We denken dat de twee hulpmiddelen die we gepresenteerd hebben, zinvol ingezet kunnen worden bij alle cliënten bij wie de klachten ingrijpend interfereren in het leven, en bij wie de therapeut merkt dat hij het spoor van een gerichte as-I-behandeling dreigt kwijt te raken.

Na een effectieve klachtgerichte behandeling resteert de persoonlijkheidsproblematiek. De therapeut zal gaandeweg de as-I-behandeling steeds meer zicht gekregen hebben op en contact gekregen hebben met deze problematiek. De therapeut kan diagnostiek en behandeling hiervan als vervolgenterventies aan de cliënt voorleggen. Veronder-

steld kan worden dat dit voorstel meer kans van slagen heeft als de cliënt inmiddels ervaren heeft dat 'het klikt' met de therapeut en dat 'behandeling helpt'. De therapeut zal dan waarschijnlijk voldoende goodwill en knowhow opgebouwd hebben om de starre en disfunctionele overtuigingen van de cliënt over zichzelf en anderen aan de oppervlakte te mogen brengen en ze zorgvuldig te mogen objectiveren. Vervolgens kan voorgesteld worden te gaan werken aan de eenzijdige en hardnekkige interactionele opstelling. Optimaal hiertoe is dat de therapeut deskundig en organisatorisch inzetbaar is om zowel as-I- als as-II-problematiek te behandelen. Dit vraagt de nodige reflectie op de opleiding van therapeuten en de zorgprogrammering van ggz-instellingen.

---

**ABSTRACT** Clients with personality problems are characterized by interactional positions that are limited in variety, rigid, and extreme in intensity. This makes a constructive therapeutic work alliance a more difficult matter. For that purpose we propose for the therapist the use of two models: a model for problem analysis and a model for the analysis of the interpersonal patterns. Those models can be helpful frameworks for ordering clients' complex problem areas, keeping the focus on the axis I problems, and replying to the clients' messages in ways that contribute to a constructive therapeutic working alliance. While constructively working on the axis I problems, we propose to offer the client further treatment with the same therapist aimed at the personality problems. This approach has implications for the education of therapists and the health care organization of mental health institutions.

---

#### *Referenties*

- Arntz, A. (2006). Is depressie met comorbide persoonlijkheidsstoornissen moeilijker te behandelen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 647-650.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guildford Press.
- 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.
- Colijn, S., Snijders, H. & Trijsburg, W. (2009). Wat is integratieve psychotherapie? In S. Colijn, H. Snijders, M. Thunissen, S. Bögels & W. Trijsburg (Red.), *Leerboek psychotherapie* (pp. 159-168). Utrecht: de Tijdstroom.

- Dreessen, L. & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504.
- 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.
- Dreessen, L., Hoekstra, R. & Arntz, A. (1997). Personality disorders do not influence the results of cognitive and behavior therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 503-521.
- Freiheit, S.R., Vye, C., Swan, R. & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *Behavior Therapist*, 27, 25-32.
- Hafkenscheid, A. (2004). De interpersoonlijke communicatietheorie van Donald J. Kiesler (1). De theorie. *Psychopraxis*, 06, 15-19.
- Hellenbrand, I., Tiemens, B. & Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: Een exploratief onderzoek naar mogelijkheden voor verkorting van de wachtlijst. *Psychopraxis*, 09, 90-93.
- Hout, M. van den, Brouwers, C. & Oomen, J. (2006). Geen effecten van klinisch vastgestelde as-II-comorbiditeit op resultaten van cognitieve gedragstherapie. *Directieve therapie*, 26, 203-214.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. & Hoogduin, C.A.L. The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Kool, S., Dekker, J. & Schroevers, R. (2007). Depressie en persoonlijkheidspathologie. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (Red.), *Handboek Persoonlijkheidspathologie* (pp. 353-369). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lietaer, G. (2008). Contouren van het cliëntgericht-experiëntiële paradigma. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J.A. Snijders & R.J. Takens (Red.), *Handboek Gesprekstherapie. De persoonsgerichte experiëntiële benadering* (pp. 11-24). Utrecht: de Tijdstroom.
- Minnen, A. van (2008). Wie durft? Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS-patiënten. *Gedragstherapie*, 41, 313-329.
- Mulder, R.T., (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371.
- Rombouts, W. & Scholing, A. (2003). Ernstige angststoornissen: een model voor probleemanalyse. *Directieve therapie*, 23, 192-210.
- Vandenberghe, J. (2009). De neurowetenschappen, een zegen voor de psychotherapie? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 18-24.
- Visser, S., Balkom, A. van (2007). Angststoornissen en persoonlijkheidspathologie. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (Red.), *Handboek Persoonlijkheidspathologie* (pp. 371-385). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.