



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## De smalle weg van diagnose naar indicatiestelling

Glas, G.

### Citation

Glas, G. (1994). De smalle weg van diagnose naar  
indicatiestelling. Retrieved from  
<https://hdl.handle.net/1887/10468>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive  
license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/10468>

**Note:** To cite this publication please use the final  
published version (if applicable).

**ONTWIKKELINGEN IN DE  
KLINISCHE PSYCHOTHERAPIE**

Lezingen en workshops op de VKP-congressen te Noordwijkerhout  
1993 : 'Kliniek, Netwerk, Maatschappij'  
1991 : 'Milieu en Groepsdynamiek'



Vereniging voor Klinische Psychotherapie

**INHOUD**

H.H.C. Schacht	Voorwoord.	1
<b>C O N G R E S 1 9 9 3</b>		
	Inleiding.	2
<b>A. LEZINGEN</b>		
G. Glas	De smalle weg van diagnose naar indicatiestelling.	3
G. Hellinga	Lastige lieden: over de grens tussen psychiatrie en psychotherapie.	19
W. Vandereycken	Diagnostiek, Specialisering, Maatschappij: 'DSM Revised'.	37
Y.W. Choy	De ontsluiting van de beslotenheid: een systeemtheoretische visie op het functioneren van de kliniek.	44
S. Tuttman	Principles of Psychoanalytic Group Therapy applied to the treatment of borderline and narcissistic disorders.	59
A.Y. Berkouwer	Co-lecture to S. Tuttman: Treating the 'Difficult Patient' in Group Psychotherapy: The Challenge of Borderline, Narcissistic and Severe Character Pathology.	84
C.A.L. Hoogduin	Klinische psychotherapie onderzocht.	93
<b>B. WORKSHOPS</b>		
J.N. Voorhoeve C.G. de Haan	De klinisch psychotherapeutische setting voor de behandeling van psychose en borderline.	104
F.H. Olthuis I. de Bruin	Milieu-arrangement en de meervoudige persoonlijkheidsstoornis.	132
H.A. Gerritsen C.H. Mulder-Smithuysen en J.M. Weitkamp	Het behandelcontract op de Zwaluw.	142
B. Sabbe M. Cruyt	Motivatie voor klinische psychotherapie.	148

M.E. Famaey	a. Workshop: Twee jaar ervaring met een klinische vrouwengroep.	153
T.A.W. v.d. Schoot	b. Onderzoeksverslag.	169
W.P. Haaijman	Differentiële diagnostiek bij dwangstoornissen ten behoeve van indicatiestelling voor gedragstherapie.	177
H. Haaijman-van Breukelen		
G. Hellinga	Problematische aspecten van een opname in een acute psychiatrische afdeling.	191

## C O N G R E S 1 9 9 1

Proloog.		199
----------	--	-----

### A. LEZINGEN

P.L. Jansen	Beziehungsebenen in der stationären Psychoanalytischen Therapie.	200
M.P. Bolten	Vormgeving aan de Therapeutische Gemeenschap: The average Unexpectable Environment.	217
E. Gans	"Ik wou dat ik twee hondjes was dan kon ik samen spelen". De plaats van groepspsychotherapie bij de klinische psychotherapeutische behandeling van vroege stoornissen.	233

### B. WORKSHOPS

H.J.C. van Marle	Regressions in forensic psychotherapy.	255
K. Schmitt	Veranderingsprocessen binnen de psychotherapeutische gemeenschap: suggesties ter voorkoming van de organisatie-adviseur op uw afdeling.	264
F.R. Kruisdijk		
A.J. Uyterlinde	Werken op twee fronten.	282
C.W. Louwerier-den Dulk	Klinisch psychotherapeutisch en systeemgericht werken in een dagklinische behandelsetting; onverenigbaar of niet?	
J.A.L. Thoonsen		
C.J.A. Roosen	Tussen thuis en groep.	296
B. van Elk	Klinische psychotherapie met adolescenten als meersporenbehandeling.	
R.F.A. Rylant		

## VOORWOORD

De congresbezoeker van 1993 krijgt in deze bundel nog twee extra's.

Als eerste de lezing van Gerrit Glas die hij op het congres zou uitgesproken hebben, ware het niet dat hij wegens ziekte verstek moest laten gaan. Uiteraard hebben wij ook de lezing van Gerben Hellings opgenomen. Hij presteerde het om op een uiterst korte termijn de plaats van Gerrit Glas in te nemen met een eigen verhaal.

Als tweede extra treft u in deze bundel de lezingen en workshops van het congres uit 1991 aan, waarmee de oud-voorzitter van de VKP, Chris Roosen, alsnog zijn belofte van indertijd waargemaakt ziet.

Saul Tuttman had zijn lezing niet uitgeschreven. Hij verwees ons naar een artikel van zijn hand wat de lezing het meest benaderde. Wij hebben dit artikel overgenomen, zodat ook het coreferaat van Anton Berkouwer volop tot zijn recht komt.

De bundel doornemend kan ik mij voorstellen dat de lezer op bepaalde onderwerpen alsnog wil reageren. De congrescommissie heeft immers ook sprekers uitgenodigd die controversiële stellingen hebben ingenomen. Bij deze de uitnodiging om uw schriftelijke reacties te sturen aan het VKP-secretariaat.

Ik neem aan dat ook u niet zit te wachten op nog een nieuw vaktijdschrift - het Tijdschrift voor Psychotherapie heeft reeds een uitstekende rubriek met artikelen over Klinische Psychotherapie - en daarom willen wij u als discussieplatform ook het mededelingenblad van de VKP aanbieden.

Herwig Schacht  
Voorzitter VKP

## 1993: 'Kliniek, Netwerk, Maatschappij'

### Inleiding

Externe ontwikkelingen in het veld van de gezondheidszorg zoals de stelselwijziging, bezuinigingen, fusies en reorganisaties, vragen ook van de instellingen voor klinische psychotherapie een strategische en naar buiten gerichte opstelling.

Klinische psychotherapie tendeert ernaar alle aandacht centraal naar binnen te richten en er zal voortdurend gewaakt moeten worden de oriëntatie op buiten gericht te houden. 'Buiten' heeft hier twee betekenissen: zowel het netwerk waar de opgenomen patiënt naar terugkeert, als het organisatorische netwerk van de kliniek. Hierbij is het belangrijk aandacht te hebben voor vernieuwingen op het gebied van diagnostiek, behandelmethoden, de therapeutische setting en de differentiatie in doelgroepen. De resultaten van effectonderzoek en andere kritische studies over de klinische psychotherapie krijgen op het congres ook de volle aandacht.

De congrescommissie 1993:

J.R. Mulder, voorzitter  
J.A.C. Delimon, penningmeester  
F.R. Kruisdijk, logistiek  
H.H.C. Schacht, programma  
A.M.J. Vlek-Boogers, secretariaat VKP

## DE SMALLE WEG VAN DIAGNOSE NAAR INDICATIESTELLING

G. Glas

### Inleiding

De congrescommissie vroeg mij iets te zeggen over "het spanningsveld tussen ontwikkelingen in de maatschappij, het denken over psychopathologie en diagnostiek en de indicatiestelling voor klinische psychotherapie". Dat is een hele mond vol.

Ik zal me om te beginnen dan ook de nodige beperkingen opleggen en wel door praktisch niets te zeggen over ontwikkelingen in de maatschappij, door vrij weinig te zeggen over ontwikkelingen in de psychopathologie en door me wat betreft de diagnostiek te beperken tot ontwikkelingen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen.

Ook na deze poging tot ascese hebben we het overigens nog moeilijk genoeg. Persoonlijkheidsstoornissen vormen een vrijwel ondoordringbaar gebied in het voor onderzoek toch al niet erg toegankelijke land van de psychopathologie.

De vraag die ik U wil voorleggen luidt: kunnen ontwikkelingen in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bijdragen aan de verfijning van de indicatiestelling voor klinische psychotherapie?

### Kleine theoretische exercitie: de termen diagnose en indicatie

Laten we om te beginnen ons een zo helder mogelijk beeld vormen van de vraag zelf. Twee termen springen er uit: diagnostiek en indicatiestelling. Wat wordt met beide bedoeld? En wat is het verband tussen diagnose en indicatie?

De term diagnose is ontleend aan het medische taalgebruik. Een diagnose wordt gesteld als we een indruk hebben over de samenhang tussen drie zaken: het geheel van symptomen (het toe-

---

Prof. Dr. G. Glas is als psychiater verbonden aan het Academisch Ziekenhuis Utrecht en als bijzonder hoogleraar Reformatorische Wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Leiden.

standsbeeld), het beloop en (waar mogelijk) de oorzakelijke factoren. Daarmee is direct al iets belangrijks uitgesproken, namelijk dat diagnostiseren iets anders is dan het onderbrengen van een stoornis in één van de rubrieken van een classificatie-systeem. Dit laatste is een activiteit die zich op descriptief niveau afspeelt. Diagnostiseren gaat in de regel verder. De diagnose tracht naast een beschrijving van het toestandbeeld ook iets tot uitdrukking te brengen aangaande het beloop en het samenspel van precipiterende en/of oorzakelijke factoren. Diagnostiseren omvat het opstellen van verklarende hypothesen, rubriceren niet. Het is dan ook onjuist om te spreken van een DSM-III-R diagnose. De DSM-III-R is een classificatiesysteem, niets meer en niets minder. Met behulp van dit classificatie-systeem is het mogelijk stoornissen te identificeren als beantwoordend aan de criteria van één van haar rubrieken. Aan de DSM-III-R hebben we dus niet zoveel als het gaat om de indicatie voor psychotherapie (of wat voor therapie dan ook). Als a-theoretisch classificatie-systeem spreekt de DSM-III-R zich niet uit over oorzaken van stoornissen (APA 1987). Hypothesen over de 'oorzaken' hebben we echter wel nodig om psychotherapie te kunnen doen.

Over naar de term indicatie of indicatiestelling. Ook hier gaat het om een verband tussen drie zaken, namelijk tussen diagnose, therapeutische methode en setting. Als we de indicatie stellen voor een bepaalde vorm van (psycho)therapie, dan bedoelen we dat een bepaald type probleem het best volgens een bepaalde vorm van therapie in een bepaalde setting kan worden behandeld.

Vervolgens een enkele opmerking over het verband tussen diagnose en indicatiestelling. Eigenlijk vloeit dat verband uit het voorgaande logisch voort: de diagnose vormt de basis voor de indicatiestelling. De diagnose is een poging tot verklaring van het toestandbeeld van de patiënt, ze tracht een voorspelling te doen omtrent het beloop en expliciteert het geheel van precipiterende en oorzakelijke factoren. De gekozen therapievorm wordt geacht die veroorzakende factoren op te heffen of althans in hun werkzaamheid zodanig af te zwakken dat het

beloop een wending ten gunste neemt. Ik zei al dat het hier om een typisch medische manier van denken gaat, een manier van denken die zich oriënteert op de biologie en fysiologie. Dit medisch-biologische denkmodel passen we toe op psychotherapeutische processen. Het is natuurlijk de vraag of dat kan, of causaliteit in de biologie van dezelfde orde is als in de psychologie, of er zo geen reducties en vertekeningen optreden. Dat is de ruimere en meer fundamentele vraag, een vraag die van kennistheoretische aard is. Aan het eind van mijn betoog zal ik op die vraag nog even terugkomen. In de tussentijd zullen we om praktische redenen van het medische denkmodel uitgaan. De vraag die dan rijst luidt of diagnose en indicatiestelling op elkaar aansluiten in het geval van klinische psychotherapie. Wordt onze diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen geleid door een set theorieën die aansluit op de theorieën die we hebben over wat er werkt in klinische psychotherapie?

#### Theorieën als brug tussen diagnostiek en psychotherapie

Ik ben van oordeel dat die aansluiting een kritiek punt is. Als we even voorbijgaan aan op gedragstherapeutische leest geschoeide vormen van klinische psychotherapie, dan geldt dat de aansluiting van diagnostiek op indicatiestelling in het algemeen wordt gezocht in één van de nieuwere varianten van het psychodynamische persoonlijkheidsmodel: objectrelatie theorie, 'self'-psychologie en/of ego-psychologie. Deze theorieën worden geacht het theoretisch raamwerk te bieden dat diagnostiek verbindt met therapie.

Hoe waardevol die theorieën voor het begrijpen van mensen ook mogen zijn, vanuit de kritische distantie van de onderzoeker vormen ze een smalle en bovendien door empirisch onderzoek nauwelijks getoetste basis. Smal: want ze hebben slechts op één aspect van het menselijk functioneren betrekking, de intrapsychische affectieve structuur en dynamiek. Sociale vaardigheden, interactiestijl, cognitief functioneren, temperament, biologische determinanten van de persoonlijkheid en

existentiële positie vallen buiten beeld. Empirisch onvoldoende getoetst: want juist over de effecten - laat staan over de werkzame factoren - van psychodynamische klinische psychotherapie is bijna geen onderzoek gedaan (Margo & Manning, 1989). Het is dus de vraag of het theoretisch purisme dat - althans in naam - de indicatiestelling voor klinische psychotherapie beheerst, gerechtvaardigd wordt door kennis over de werkzame factoren van deze vorm van psychotherapie.

Daarmee kom ik op een volgend punt. Want precies dit laatste, onze kennis over wat er werkt in psychotherapie, is onze grootste verlegenheid (Schagen, 1983). Velen hebben zich neergelegd bij de conclusie van het specificiteitsdebat van het begin van de jaren tachtig, namelijk dat het vooral de non-specifieke factoren zijn die het 'm doen in psychotherapie. Die conclusie is echter uiterst onbevredigend, sterker nog, ze vormt de doodsteek voor de gedachte dat er theorieën zijn die de brug kunnen slaan tussen diagnostiek en indicatiestelling. Niet alleen komt door de negatieve conclusie van het specificiteitsdebat de argumentatie voor het toepassen van specifieke psychotherapeutische methoden op losse schroeven te staan. Ook de diagnostiek komt in de lucht te hangen. Als we eigenlijk niet goed weten wat we doen, hoeven we immers ons hoofd ook niet te breken over de vraag of dat wat we doen wel aansluit bij de causale hypothesen die in onze diagnostiek besloten liggen. Die hypothesen vinden geen aansluiting bij een theorie die een (empirisch aangetoonde) rationale geeft voor specifieke therapeutische interventies.

#### **Onderzoek naar de effecten van klinische psychotherapie**

Ongemerkt draait onze discussie in het rond, van diagnostiek naar indicatiestelling, van indicatiestelling naar de non-specificiteit van psychotherapeutische methoden en van deze non-specificiteit terug naar de (ir)relevantie van diagnostiek. Onze vraag aan het begin, of we door diagnostische verfijning beter kunnen vaststellen welke patiënten geschikt zijn voor welke vorm van psychotherapie, stuit af op de vraag wat

er nu precies werkt in psychotherapie. En zolang we niet weten hoe psychotherapie werkt, hoeven we over diagnostische verfijning niet te denken, - als tenminste diagnostiek meer wil zijn dan 'l'art pour l'art'.

Hoe nu verder? Onze zo hoopvolle beginvraag lijkt onbeantwoordbaar. Misschien hadden we te hoge verwachtingen en moesten we voorlopig genoegen nemen met suggesties in plaats van zekerheden, met de kruimels in plaats van het brood. Laten we voor die kruimels eerst ons licht eens op gaan steken in het onderzoek naar de effecten van klinische psychotherapie. Ik beperk me tot de belangrijkste studies.

In het Follow-up onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen van Koning, Koster, Tremonti, Wagenborg en anderen (1984, 1986, 1987, 1988) werd een groep van 1344 patiënten onderzocht die tussen 1974 en 1977 in een achttal psychotherapeutische gemeenschappen opgenomen was. Er waren vijf meetmomenten, bij opname en ontslag, en één, drie en vijf jaar na ontslag. Het ging om aan de hand van de ICD-9 als 'neurotisch' of 'psychotisch' (c.q. zwak-geïntegreerd) geclassificeerde patiënten. Gebruik werd gemaakt van de Nieuwkoopse Vragenlijst, die een indruk geeft van het actuele psychische, relationele en maatschappelijke functioneren en die daarnaast een inventarisatie biedt van de klachten en van eerdere behandelingen.

Van de neurotici kon na 5 jaar ongeveer de helft het doen zonder een vorm van behandeling, van de psychotici ongeveer een derde. Het welbevinden was na behandeling in beide groepen gestegen en bleef voor veel patiënten de jaren daarna nog verder stijgen. Twintig procent van de neurotici en 36% van de psychotici was na vijf jaar tenminste eenmaal heropgenomen. Voor beide groepen was dit ongeveer 15% minder dan bij een (min of meer) vergelijkbare controle-groep van neurotici en psychotici met een standaard psychiatrische behandeling. Het onderzoek differentieerde niet tussen typen van neurosen en psychosen, evenmin legde het verbanden tussen andere aspecten van het premorbide functioneren dan de persoonlijkheidsstructuur en behandelresultaat.

McGlashan (1986) onderzocht retrospectief 446 borderline patiënten die tussen 1950 en 1975 opgenomen werden in Chestnut Lodge. Deze patiënten werden telefonisch geïnterviewd en vulden een vragenlijst in. Gemiddeld was dit 15 jaar na ontslag. Outcome werd gemeten met gebruikelijke maten als aantal malen rehospitalisatie, psychosociaal functioneren (relaties, werk) en aantal en aard van de resterende symptomen. Ongeveer één derde van de patiënten functioneerde marginaal of slechter, de overigen beter, een resultaat overeenkomend met de resultaten bij affectieve stoornissen. Het onderzoek van McGlashan laat geen conclusies toe over werkzame factoren of zelfs over contraindicaties.

Stone (1987) onderzocht retrospectief de lotgevallen van 550 in het New York State Institute opgenomen patiënten. Negen van de tien van deze patiënten kon worden getraceerd, waaronder 254 borderline patiënten, retrospectief geclassificeerd aan de hand van de DSM-III. De follow-up periode liep uiteen van 10 tot 23 jaar. Het ging voornamelijk om gedecompenseerde 'college' studenten met een relatief stabiel milieu, die bovendien voor opname door senior stafleden geschikt geoordeeld werden voor individuele inzichtgevende psychotherapie (!). Veertig procent van deze op relatief hoog niveau functionerende borderlines 'genazen' in het verloop van vijf à tien jaar, gemeten volgens de Global Assessment Scale (GAS > 70). Tweederde (de genezen groep inbegrepen) vertoonde een 'goed' resultaat (GAS > 60), de rest een matig tot slecht resultaat. Slechts een minderheid, namelijk één derde van de patiënten, bleek achteraf geschikt voor ontdekkende psychotherapie. Bij patiënten die niet geschikt bleken, was er sprake van

- ernstige as-I pathologie (anorexia nervosa, bulimia nervosa; chronische affectieve stoornissen; angststoornissen; middelenmisbruik); en/of
- ernstige traumatisering; en/of een
- antisociale persoonlijkheidsstoornis; en/of
- organisch bepaalde pathologie.

Het effect van ontdekkende psychotherapie bleek bij de groep

waarvan achteraf werd geoordeeld dat deze het meest geschikt was voor ontdekkende psychotherapie, minder een functie van de borderline diagnose, als wel van andere persoonlijkheidseigenschappen zoals:

- aardig gevonden worden door anderen
- voldoende motivatie
- introspectief vermogen
- betrokkenheid bij anderen
- geringe impulsiviteit
- ontbreken van verslaving
- ontbreken van een destructieve omgeving op kinderleeftijd.

Het enige mij bekende prospectieve onderzoek bij een strikt gedefinieerde groep patiënten, namelijk patiënten die voldoen aan de DSM-III criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis, is dat van Tucker et al. (1987). Het ging om veertig patiënten die aan de hand van principes van Kernberg langdurig klinisch-psychotherapeutisch werden behandeld. Outcome variabelen waren impulsiviteit, aard van de nabehandeling, sociale relaties en de GAS. GAS en nabehandeling werden ook gematcht met de behandelduur. Gemeten werd voor opname en één en twee jaar na ontslag. Vooral de suïcidaliteit en destructiviteit namen af (van 65% naar 25% na 2 jaar), het aantal opnemingen eveneens (van 63% naar 7% over een periode van 2 jaar voor resp. na ontslag), terwijl het aantal hechte vriendschappen en positieve familie relaties fors steeg (van 40 naar 75%, respectievelijk van 12 naar 54%). De GAS steeg gemiddeld van 29 naar 56. Wanneer de duur van de behandeling werd afgezet tegen het behandelresultaat werden geen verschillen gevonden, waarbij opgemerkt moet worden dat de groep die het langst bleef (langer dan een jaar) er aan het begin ook het slechtst aan toe was.

Welke suggesties kunnen we aan deze bevindingen ontleen als het gaat om de indicatiestelling voor klinische psychotherapie?

1. Allereerst maant het karakter van de besproken studies tot voorzichtigheid: in geen van de studies werd gerandomiseerd voor verschillende behandelcondities (de vergelijkbaarheid van de controlegroep uit het Nederlandse onderzoek is dubieus; deze groep werd bovendien achteraf onderzocht); twee van de besproken studies zijn retrospectief; matching van therapeutische methode en setting vond niet plaats.
2. Het blijft onduidelijk of het behandelresultaat niet op een andere manier of zelfs door natuurlijk beloop zou kunnen worden behaald. De enige aanwijzing voor een gunstiger resultaat komt uit het Nederlandse onderzoek. De 15% vermindering van het aantal heropnemingen na klinische psychotherapie vergeleken met de standaard behandeling is evenwel weinig indrukwekkend, zeker als we bedenken dat die standaardbehandeling vermoedelijk veel minder tijd in beslag nam.
3. Naast de diagnose van de persoonlijkheid spelen vermoedelijk andere factoren een minstens zo grote rol als voorspeller van het therapie-resultaat. Vooral het onderzoek van Stone is in dit opzicht onthullend. De suggestie die van zijn onderzoek uitgaat is dat bij de indicatiestelling ruime aandacht moet worden geschonken aan de co-morbiditeit op as I (eetstoornissen, angststoornissen, chronische affectieve stoornissen, middelenmisbruik en traumatisering) en aan een aantal persoonlijkheidseigenschappen die op zich weinig tot niets met de borderline pathologie te maken hebben (onder andere aardig gevonden worden, introspectie, motivatie). Allen et al. (1988) bewegen zich in hetzelfde spoor door alle factoren die bij de indicatiestelling in rekening moeten worden gebracht nog eens op een rijtje te zetten (zie tabel 1). Zij noemen naast de reeds genoemde factoren onder andere het aantal en het succes van eerdere behandelingen, familie-karakteristieken en actuele stressvolle levensomstandigheden.
4. Alleen in het onderzoek van Stone en dat van Tucker en medewerkers wordt het behandelresultaat afgezet tegen expliciete behandel doelstellingen. In beide studies werd geopteerd voor structurele verandering van de persoonlijkheid. Opvallend genoeg wordt in geen van beide studies echter ge-

bruik gemaakt van instrumenten om die verandering te meten, zoals bijvoorbeeld het structurele interview van Kernberg. In beide gevallen wordt ervan uitgegaan dat veranderingen in het relationele en maatschappelijke functioneren een betrouwbare afspiegeling vormen van veranderingen in de kwaliteit en stabiliteit van zelf- en objectrepresentaties. Men kan met deze veronderstelling twee kanten op:

- men kan haar voor waar aannemen, hetgeen een forse relativisering zou betekenen van de relevantie van de structurele diagnostiek; immers waar heb je deze tijdrovende en ingewikkelde vorm van diagnostiek voor nodig als feitelijke interacties en sociale adaptatie een even betrouwbare bron van informatie zijn?

- men kan deze veronderstelling ook kritischer bekijken, hetgeen zou betekenen dat het besproken onderzoek eigenlijk niets zegt over het al dan niet behalen van expliciete behandeldoelen. Immers dat wat deze behandelingen zich ten doel stellen, structurele verandering van de persoonlijkheid, wordt niet gemeten.

Met dit laatste raakt de discussie opnieuw op drift. Dat weerspiegelt zich ook in de literatuur over hospitalisatie in het algemeen. In die literatuur wordt in het algemeen gepleit voor een sterk terughoudend opname beleid: opname alleen bij zeer ernstige psychopathologie (schizofrenie), bij voortdurend zelfbeschadigend, suïcidaal en/ of agressief gedrag, bij ernstige complicaties in de behandeling (zoals een slechte therapeutische alliantie of een tegenwerkend systeem) of bij invaliderende symptomen die resistent zijn tegen de gewone behandeling (Allen et al. 1988; Miller 1989). Anderzijds lijkt klinische psychotherapie gericht op structurele verandering van de persoonlijkheid eigenlijk alleen mogelijk bij niet al te ernstige persoonlijkheidsstoornissen, zoals neurotische en 'higher level' borderline problematiek. Dat hier een geweldig spanningsveld ligt - juist als het gaat om de maatschappelijke verantwoording van klinische psychotherapie - moge duidelijk zijn. De conclusie ligt voor de hand: als struc-

turele verandering van de persoonlijkheid een expliciet behandel­doel is, dient klinische psychotherapie met de daartoe geëigende middelen na te gaan of ze dit doel ook bereikt.

TABEL 1

**Aandachtspunten bij de indicatiestelling voor klinische psychotherapie\***

**Patiënt karakteristieken**

- diagnose
- beloop
- premorbide functioneren
- therapeutische alliantie

**Omgevingsfactoren**

- stressoren
- rol van de familie

**Behandeling**

- hoeveelheid eerdere behandeling
- ambitieuze doelen
- voorbereiding behandeling na opname

\* ontleend aan Allen et al. 1988

**Voorlopige conclusie**

Het onderzoek naar de effecten van klinische psychotherapie levert inderdaad enkele kruimels op. Dit onderzoek suggereert dat een grofmazige classificatie (neurotisch versus psychotisch aan de hand van de ICD) enige voorspellende waarde heeft wat betreft het behandelresultaat (vgl. het Nederlandse onderzoek). De vraag of het behandelresultaat te danken is aan veranderingen in de intrapsychische dynamiek en structuur is evenwel niet te beantwoorden, simpelweg omdat die dynamiek en structuur door niemand gemeten zijn (voor individuele psychodynamische psychotherapie ligt dit anders, vgl. bijv. Piper et al. 1991). Het onderzoek van Stone biedt in dit opzicht overigens weinig hoop: het merendeel van de voor opname als daartoe geschikt beoordeelde patiënten bleek achteraf niet toegan-

kelijk voor individuele psychodynamische psychotherapie in de kliniek.

Het besproken onderzoek suggereert daarnaast dat additionele zaken zoals co-morbiditeit op as I en persoonlijkheidskenmerken die te maken hebben met sociale vaardigheden, introspectie en motivatie een belangrijke voorspellende waarde hebben wat betreft het behandelresultaat. Uiteraard kunnen aan deze constatering geen conclusies verbonden worden wat betreft de werkzame factoren in klinische psychotherapie.

### Speculatieve suggesties

Misschien hebben enkele lezers hun wenkbrauwen gefronst bij de passage waarin werd gesteld dat de theoretische basis voor de verbinding tussen diagnose en indicatiestelling een smalle is voor wat betreft klinische psychotherapie. Let men in de praktijk bij de intake immers niet ook op andere zaken dan alleen ik-sterkte en onbewuste conflicten, bijvoorbeeld op interactiestijl en sociaal functioneren, op introspectie en cognitieve vermogens, op co-morbiditeit en vroeg-kinderlijke traumatisering, op aangeleerd gedrag en biologische determinanten? Deze tegenwerping verdient onze aandacht. Ze neemt weliswaar het punt in geding niet weg, namelijk dat we geen theorie hebben die deze aandachtspunten verbindt met kennis over de werkzame factoren in psychotherapie. Maar ze maakt ons wel op iets anders attent, namelijk op de richting(en) waarin toekomstig onderzoek zich zou kunnen bewegen. Het is hier wellicht zoals het wel vaker het geval is met klinische kennis, namelijk dat allerlei vuistregels en intuïties al lang gemeengoed zijn voordat zij door hypothesevorming en empirische toetsing bevestigd worden. Weinigen zullen bijvoorbeeld verrast zijn door Stone's bevinding dat patiënten met ernstige as-I problematiek, verslaving en impulsiviteit het in klinische psychotherapie minder goed doen. Het moet echter niet bij deze vaststelling blijven. Klinische intuïties hebben ook een hypothesegenerend potentieel. Ik doe een paar suggesties.

1. Allereerst zou ik aandacht willen vragen voor de factor temperament (karakterologische dispositie). Bekend en in het voorgaande reeds genoemd is de factor 'impulsiviteit'. Er zijn echter ook andere karakterologische disposities. Sterk vermijdende patiënten bijvoorbeeld vinden vaak nauwelijks of geen baat bij ontdekkende klinische psychotherapie, terwijl de structurele diagnostiek volgens Kernberg toch niet in de richting van een vroege stoornis wijst. Hetzelfde geldt voor obsessief-compulsieve patiënten. Anamnesticch lijden deze patiënten vaak al heel lang aan één of meerdere angststoornissen (volgens de DSM-III-R). Bij nauwkeuriger onderzoek krijgt men echter de indruk dat de vermindering en/of controle niet alleen onderdeel van een toestandsbeeld maar ook eigenschap van de persoonlijkheid zijn. Ook op andere karaktereigenschappen zou te wijzen zijn, bijvoorbeeld beloningsafhankelijkheid en introvertie.

Nu is de temperamentenleer in de psychologie al lang geleden in onbruik geraakt. Verrassend genoeg komt zij de laatste tijd evenwel via de neurobiologie, de genetica, het dierexperimentele onderzoek en de cognitieve psychologie in nieuwe gedaante tot leven. Ik wijs in dit verband op het 'biosociale' persoonlijkheidsmodel van Cloninger, die drie persoonlijkheidsdimensies onderscheidt, te weten 'harm avoidance', 'novelty seeking' en 'reward dependence'. Deze dimensies, zo postuleert hij, corresponderen elk met een cerebraal neurotransmissie systeem en worden gekenmerkt door een voorkeur voor een bepaald gedrag en bijpassende cognitieve stijl (Cloninger 1986, 1987; vgl. Glas 1991, hoofdstuk 5). Siever & Davis (1991) onderscheidden onlangs vier dimensies: cognitief/perceptuele organisatie, impulsiviteit/agressie, affectieve instabiliteit en angst/inhibitie. Deze dimensies sporen met de clusters op as I van de DSM-III-R, respectievelijk schizofrene, impulscontrole, affectieve en angststoornissen. Door de dimensies zo te localiseren suggereren zij dat de overgangen tussen as I- en as II-pathologie vloeiend zijn. De relevantie van dit soort hypothesevorming is onder meer dat in de toekomst wellicht nieuwe categorieën patiënten in aanmerking komen voor

psychotherapie, namelijk door toevoeging van psychofarmaca en/of cognitieve training aan het therapeutisch arsenaal.

2. Een ander interessant klinisch fenomeen vormen de cognitieve distorsies bij patiënten met vroege stoornissen. Wie goed naar borderline patiënten luistert, kan zich niet aan de indruk onttrekken dat er een subgroep is met een voorgeschiedenis van concentratie- en leermoeilijkheden, soms zelfs een echte aandacht-tekort en hyperactiviteit stoornis (ADHD). Meer in het algemeen krijgt men de indruk dat het niveau van affectieve differentiatie bij deze patiënten nauw samenhangt met het niveau van cognitieve organisatie en dat beperkingen in de sfeer van de cognitieve organisatie remmend (kunnen) werken op de emotionele rijping en groei. Hier ligt een enorm terrein van onderzoek en therapeutische verfijning nog praktisch braak, een terrein waarop psychotherapeutische inzichten verbonden kunnen worden met bevindingen uit de ontwikkelingspsychologie en de cognitieve psychologie. Een belangwekkende voorzet bieden Lane & Schwartz (1987) die in aansluiting aan het werk van Werner en Piaget vijf niveaus van affectieve differentiatie onderscheiden, niveaus die corresponderen met stadia in de ontwikkeling van de cognitieve vermogens.

3. Tenslotte zou ik willen wijzen op de grootste witte plek op de kaart van de (klinische) psychotherapie, namelijk het volslagen negeren van de empirische theorievorming over emoties. Juist hier liggen momenteel allerlei kansen. Kortheids-halve verwijs ik naar het inspirerende en uiterst toegankelijke boek van Greenberg & Safran (1987), die het proces van affectieve verandering in een aantal componenten opdelen en elk van die componenten met behulp van de cognitieve emotie-theorie (Beck, Leventhal en Lang) aan een onderzoek onderwerpen. Dat juist dit type onderzoek op den duur ook betekenis kan hebben voor diagnostiek en indicatiestelling behoeft geen betoog - bijvoorbeeld door het uitzeven van de specifieke kenmerken van iemands affectieve stijl en koppeling van die stijl met bepaalde typen interventies.

## Besluit

Eén punt hebben we nog laten liggen, dat van de causaliteit als epistemologisch probleem. Ik zou er dit nog over willen zeggen. Het ideaal van methodische specificiteit blijft iets ingewikkelds houden. Er is niets tegen methodische specificiteit als daarmee precisie bedoeld wordt, gerichtheid van interventies op een circumscrip't probleem of aspect van het functioneren van de patiënt. De suggesties in de vorige paragraaf doelden op het bevorderen van die precisie. In het specificiteitsideaal klinkt echter ook iets anders door, namelijk de medisch-biologische connotatie van causaliteit, oftewel de gedachte dat het mogelijk zou zijn een causaal-dwingende ingreep te doen ergens in de denkbeeldige keten van oorzaken en gevolgen. Een dergelijke lineaire causaliteit bestaat in de psychotherapie niet (in de biologie overigens ook niet). Tot de belangrijkste interventies in de psychotherapie behoren de ontregeling, de paradox en (van wat ouder datum) de niet-exacte interpretatie. Het heeft mij altijd getroffen dat deze interventies wel precies (kunnen) zijn, dat wil zeggen een precieze bedoeling hebben en zich richten op een circumscrip't stukje gedrag, maar dat ze niet beantwoorden aan het model van de lineaire causaliteit. Immers, het therapeutische moment bestaat hier juist uit een vermindering van determinatie, uit een doorbreken van rigide denk-, gevoels- en communicatiepatronen (Watzlawick, Beavin & Jackson 1967/-1970). Het doorbreken van die rigide patronen leidt tot een produktieve onzekerheid en chaos en juist niet tot een nieuwe vorm van determinatie. Genoemde onzekerheid en chaos creëren de ruimte die noodzakelijk is om nieuwe keuzen te maken en het levensscript te herschrijven. De uitkomst van die keuzen staat niet bij voorbaat vast, integendeel.

Het is belangrijk om dit punt, dat van de anti-determinerende strekking van psychotherapeutische interventies, vast te houden. Daarmee beroeren we toch nog even het thema van de maatschappelijke functie van psychotherapie. Vanuit psychologische optiek vertoont onze maatschappij sterk controlerende

en regelende trekken, - deels als neveneffect van een schier onbegrensde drang tot prestatie, deels in reactie op een uit de hand gelopen individualisme. Deze dwangmatigheid gaat aan de wereld van de psychotherapie niet voorbij. Ik geef U de suggestie eens op te letten hoe vaak ook in psychotherapeutische literatuur woordjes als 'control', 'mastery' en '(to) regulate' voorkomen. In het individuele geval heeft dat natuurlijk vaak zin. Geëxtrapoleerd naar de samenleving als geheel duidt het op een neiging tot beheersing en onderdrukking, - van gevoelens bijvoorbeeld. Klinische psychotherapie heeft niet als enig doel aanpassing en redressering. Ze heeft ook een maatschappij-ontregelende functie in die zin dat ze helpt stem te geven aan dat wat in een prestatie-gerichte en individualiserende maatschappij niet gehoord mag worden.

#### LITERATUUR

- Allen, J.G., A.W. Scovern, A.M. Logue & L. Coyne (1988), Indications for extended psychiatric hospitalization: a study of clinical opinion. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 29, 604-612.
- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edition 3, revised. Washington: American Psychiatric Association.
- Cloninger, C.R. (1986), A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, Vol. 3, 167-226.
- Cloninger, C.R. (1987), A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 44, 573-588.
- Glas, G. (1991), *Concepten van angst en angststoornissen. Een psychiatrische en vakfilosofische studie*. Lisse/Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- Greenberg, L.S. & J.D. Safran (1987), *Emotion in psychotherapy. Affect, cognition and the process of change*. New York/London: The Guilford Press.
- Koning, R.F. & J.E.A. Wagenborg (1988), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (10): slotpublicatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 30, 658-678.

- Koster, A.M. & J.E.A. Wagenborg (1986), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (8): Eind goed, al goed? Ofwel, hoe gaat het met ex-patiënten tot en met vijf jaar na hun ontslag uit de PTG. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 28, 632-644.
- Lane, R.D. & G.E. Schwartz (1987), Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its applications to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 144, 133-143.
- Margo, M.M. & J.M. Manring (1989), The current literature on inpatient psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 40, 909-915.
- McGlashan, T.H. (1986), The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 43, 20-30.
- Miller, L.J. (1989), Inpatient management of borderline personality disorder: a review and update. *Journal of Personality Disorders*, Vol. 3, 122-134.
- Piper, W.E., H.F.A. Azim, A.S. Joyce, M. McCallum, G.W.H. Nixon & P.S. Segal (1991), Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 179, 432-438.
- Schagen, S. (1983), *Het effect van psychotherapie. Meetbaarheid en resultaten*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Siever, L.J. & K.L. Davis (1991), A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, 1647-1658.
- Stone, M.H. (1987), Psychotherapy of borderline patient in light of long-term follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 51, 231-247.
- Tremonti, G.W. & R.F. Koning (1987), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (9): op zoek naar vergelijkingsmateriaal. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 29, 452-463.
- Tucker, L., S.F. Bauer, S. Wagner, D. Harlam & I. Sher (1987), Long-term treatment of borderline patients: a descriptive outcome study. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 144, 1443-1448.
- Wagenborg, J.E.A., G.W. Tremonti, A.J. Hesselink & R.F. Koning (1984), Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, jrg. 26, 377-401.
- Watzlawick, P., J.H. Beavin & D.D. Jackson (1967/1970), *Pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

**LASTIGE LIEDEN:  
OVER DE GRENS TUSSEN PSYCHIATRIE EN PSYCHOTHERAPIE**  
Pleidooi voor een nieuwe opleiding.

G. Hellinga

**INLEIDING**

Psychotherapeuten gebruiken de woorden "borderline" en "persoonlijkheidsstoornis" vaak heel anders dan psychiaters, en over de vraag wat er wel en wat er niet onder "psychotherapie" gerekend moet worden is men het ook nog lang niet eens. Ik doe er, denk ik, goed aan te beginnen met een paar begripsomschrijvingen.

Met het woord "persoonlijkheidsstoornissen" wordt in dit verhaal bedoeld op de algemene definitie die in het DSM-III-R systeem gehanteerd wordt:

"Een geheel van gedragingen en trekken, karakteristiek voor het langetermijn functioneren, dat leidt tot belangrijke tekortkomingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, of tot subjectief lijden".

Ik hanteer deze definitie zonder de exacte onderverdeling in elf categorieën. Van de waarde van deze onderverdeling is lang niet iedereen overtuigd, er zijn vele bezwaren aan verbonden, zoals ik o.a. vorig jaar in het Tijdschrift voor Psychiatrie beargumenteerde, (Hellinga, 1992a, 1992b) en met name practiserende psychiaters en psychotherapeuten kunnen er niet veel mee in hun dagelijkse werk. Ik zal het dan ook in het hier volgende hebben over "ernstige persoonlijkheidsstoornissen" in het algemeen; mensen die volgens Kernberg op het randje balanceren van wat hij "borderlines" noemt, en wat hij "psychotisch" noemt.

Kenmerkend voor zulke mensen, in vergelijking met mensen die

---

Dr. G. Hellinga is als psychiater en A-opleider psychiatrie verbonden aan het Psychiatrisch Centrum "Zon en Schild" te Amersfoort.