

STAND VAN ZAKEN

Bejegening van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: 10 tips

Ad Kaasenbrood, Joost Hutsebaut en Femke Kaasenbrood

Persoonlijkheidsstoornissen komen veel voor. Het gedrag van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kan het voor artsen moeilijk maken om hun professionele attitude te handhaven, wat kan leiden tot breuken in de therapeutische relatie. Om scheefgroei in de therapeutische relatie te voorkomen geven we in dit artikel 10 tips voor een adequate bejegening van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in de algemene medische praktijk. We verdeelden deze tips in 3 domeinen. Het eerste domein betreft de organisatie van zorg, die bij voorkeur veilig en voorspelbaar is omdat onvoorspelbaarheid en -betrouwbaarheid deze mensen gemakkelijk kunnen ontregelen. In het tweede domein gaat het over de attitude van de arts, die bij voorkeur onderzoekend en uitnodigend is, maar ook begrenzend. In het derde domein bevelen we artsen aan om de kwaliteit van de therapeutische relatie te bewaken en deze relatie zo nodig te herstellen.

Een 38-jarige man loopt de polikliniek binnen en eist een gesprek met zijn internist. De receptioniste voelt zich onder druk gezet en plant hem tussen 2 afspraken in. De man gaat tegenover de internist zitten, begint te huilen en vertelt dat hij morgen uit zijn woning wordt gezet. Hij heeft een betalingsachterstand. Daar is alleen wat aan te doen als de arts nú een briefje schrijft waarin staat dat hij voor zijn diabetes een vaste woonplek nodig heeft. Wat moet de internist doen?

Artsen krijgen geregeld te maken met patiënten met wie de behandelrelatie niet goed loopt. Hierbij kan het gaan om patiënten die een buitensporig appel doen op de inzet van de arts of die een specialistisch onderzoek eisen. Maar er zijn ook patiënten die buitensporig boos, verdrietig of gekrenkt reageren, adviezen niet opvolgen of het contact vermijden.

Als een arts merkt dat een patiënt 'onder zijn of haar huid kruipt' of dat de behandelrelatie moeilijk verloopt, is het mogelijk dat de patiënt een persoonlijkheidsstoornis heeft (zie info). Dit kan de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden. Het risico is bijvoorbeeld dat de patiënt de therapeutische opties die de arts hem voorlegt afwijst omdat hij de arts afwijst en niet omdat de therapeutische opties niet passend zijn.

In dit artikel geven we 10 tips voor een goede behandelrelatie met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in de algemene medische praktijk. Voor veel artsen gaat het dan met name om de omgang met mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

VAN RICHTLIJNEN NAAR TIPS

Volgens de recentste Cochrane-review en de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Persoonlijkheidsstoornissen' zijn er 4 effectieve psychotherapeutische behandelprogramma's voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.^{1,2} Hoewel er verschillen zijn in theoretische achtergrond en specifieke interventies, hebben deze therapieën veel met elkaar gemeen.³ Die gemeenschappelijke kenmerken betreffen de behandelsetting, de professionele vaardigheden, de kenmerken van het behandelteam, het belang van de behandelrelatie en de passendste attitude. Recente

FACT-team Pro Persona, Arnhem.

Dr. A. Kaasenbrood, psychiater-psychotherapeut

(tevens: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht).

De Viersprong, Halsteren.

Dr. J. Hutsebaut, klinisch psycholoog (tevens: Kenniscentrum

Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht).

UMC Utrecht, afd. Julius Centrum, Utrecht.

Drs. F. Kaasenbrood, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker.

Contactpersoon: dr. A. Kaasenbrood (akaasenbrood@hotmail.com).

INFO

Prevalentie en comorbiditeit

- 13,5% van de bevolking heeft een persoonlijkheidsstoornis.
- De prevalentie van specifieke persoonlijkheidsstoornissen, zoals de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, is 1-3%.
- In de spreekkamer van Engelse huisartsen heeft 25% van de mensen een persoonlijkheidsstoornis en 4,6% een borderlinepersoonlijkheidsstoornis.¹² Betrouwbare Nederlandse cijfers hierover ontbreken.
- Comorbiditeit bij persoonlijkheidsstoornissen is regel, geen uitzondering. Die comorbiditeit betreft zowel psychiatrische als somatische aandoeningen.^{5,13} Bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis gaat het bij comorbide psychiatrische stoornissen om angststoornissen, stemmingsstoornissen, eetstoornissen, dissociatieve stoornissen en verslavingen, met prevalenties van 20-80%.⁵ Ook kan er sprake zijn van meerdere persoonlijkheidsstoornissen bij één patiënt.
- De kwaliteit van leven van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is vergelijkbaar met die van patiënten met de ziekte van Parkinson, reumatoïde artritis of diabetes mellitus.¹⁴

studies tonen aan dat behandelprogramma's waarin deze kenmerken worden geïntegreerd, in effectiviteit niet veel onderdoen voor de 4 effectieve specialistische psychotherapieën.⁴⁻⁸ In recent verschenen richtlijnen uit het Verenigd Koninkrijk en Australië worden deze kenmerken beschouwd als relevant voor de kwaliteit van zorg.^{9,10} De analyse van de gemeenschappelijke kenmerken heeft in Nederland geleid tot de ontwikkeling van de 'Geïntegreerde richtlijnbehandeling persoonlijkheidsstoornissen' door het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.¹¹ Voor dit artikel beoordeelden we de aanbevelingen hieruit op relevantie voor de algemene medische praktijk en vertaalden ze in tips.

Het grootste deel van het onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen is gedaan naar de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Experts in onderzoek naar en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis gaan er echter van uit dat de bedoelde kenmerken ook gelden voor patiënten met een andere persoonlijkheidsstoornis.

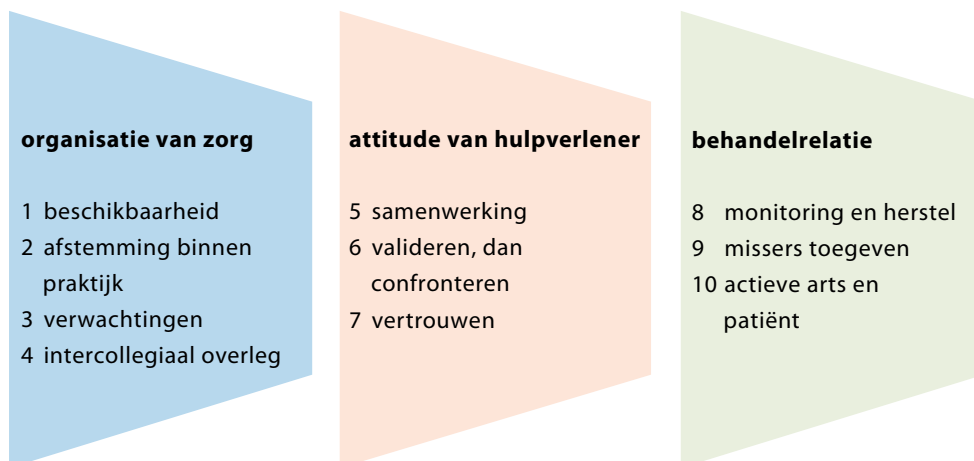
3 DOMEINEN

In de figuur staan de 10 tips, verdeeld in de volgende 3 domeinen: organisatie van zorg, attitude van hulpverlener, en behandelrelatie. Het is van belang om deze domeinen zo in te richten dat de interpersoonlijke kwetsbaarheid van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zo weinig mogelijk wordt geprikkeld (zie uitleg). Anders ontstaat namelijk gemakkelijk gedrag dat haaks op een effectieve behandelrelatie staat.

De tips hebben betrekking op de reguliere omgang met mensen met een persoonlijkheidsstoornis en niet alleen op situaties waarin sprake is van een crisis. Waarschijnlijk zijn ze ook van toepassing op de bejegening van alle patiënten in de gezondheidszorg. Toch zijn onze tips specifiek gericht op de groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis omdat de bejegening bij hen extra nauw luistert. Als deze patiënten zich onjuist bejegend voelen, kan dit veel vaker tot onherstelbare breuken in de behandelrelatie leiden dan bij andere. Het belang van de tips neemt toe met de ernst van de persoonlijkheidsstoornis.

ORGANISATIE VAN ZORG

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis raken gemakkelijk ontregeld door onvoorspelbaarheid en



FIGUUR Overzicht van de 10 tips, verdeeld in 3 domeinen: organisatie van zorg, attitude van hulpverlener, en behandelrelatie.

-betrouwbaarheid. Daarom hebben ze baat bij een heldere structuur van de zorg.

TIP 1 REGEL UW BESCHIKBAARHEID

Wees helder over openingstijden, beschikbaarheid van de arts, regelingen buiten kantoortijd en vervanging bij afwezigheid. Maak hier bij voorkeur een schriftelijk overzicht van dat de patiënt bij het eerste consult meekrijgt. In de meeste huisartsenpraktijken is dat naar ons idee goed geregeld.

TIP 2 AFSTEMMING BINNEN DE PRAKTIJK

Maak met de relevante collega's uit de praktijk of maatschap, onder wie de praktijkassistenten, niet alleen afspraken over openingstijden en bereikbaarheid, maar zorg ook voor veiligheid en consistentie.

Veiligheid Afspraken binnen de praktijk over gedragsregels – die door alle medewerkers worden gedragen – zijn van groot belang, de consequenties van overschrijden ervan inclusief.

Consistentie Zeker met het oog op onderlinge vervanging en parttime-arbeidsverbanden is consistentie in bejegening en behandeling van groot belang. Noteer de onderlinge afspraken herkenbaar in het dossier. Voor huisartsen is het van belang de huisartsenpost adequaat te informeren.

TIP 3 DOE AAN VERWACHTINGSMANAGEMENT

Wat mag een patiënt wel en niet verwachten van de behandelend arts (tot waar reiken de competenties van de arts bijvoorbeeld)? Welke vormen van gedrag zijn wel en welke zijn niet toegestaan, en wat gebeurt er bij het overschrijden van gedragsgrenzen?

Leg uw patiënt bijvoorbeeld duidelijk uit dat het schrijven van briefjes om sociale problemen op te lossen, zoals de patiënt in de casus aan het begin van dit artikel wilde, niet tot uw verantwoordelijkheid behoort.

Als de patiënt een behandelend psychiater heeft, verwijst hem dan voor psychofarmaca door. Mocht de psychiater pas later bereikbaar zijn, schrijf dan niet meer voor dan noodzakelijk totdat er contact kan zijn met die arts. Dit voorkomt polyfarmacie.

TIP 4 INTERCOLLEGIAAL OVERLEG OF INTERVISIE

De relatie met patiënten met persoonlijkheidsproblematiek kan een sterke wissel trekken op de arts, waardoor het professionele handelen onder druk komt te staan en het risico op fouten groter wordt. Intercollegiaal overleg, intervisie of een combinatie van beide is dan een goed middel om helder zicht te krijgen op het probleem en de professionaliteit te waarborgen of zo nodig te herstellen.

UITLEG

Interpersoonlijke kwetsbaarheid

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben een verhoogde interpersoonlijke kwetsbaarheid. Dit betekent dat heftige gevoelens van insufficiëntie de sociale contacten van deze patiënten onder druk kunnen zetten. Ze hebben vaak moeite om zich af te grenzen van anderen en ervaren weinig autonomie. Dat uit zich in afhankelijkheid, zoals claimen, maar ook in boosheid of in het niets aannemen van de ander. Deze patiënten vullen te snel gedachten in en trekken conclusies uit de al dan niet vermeende negatieve intenties van de ander. Deze kwetsbaarheid geldt niet alleen voor intieme relaties, maar ook voor relaties op het werk en met hulpverleners. De interpersoonlijke kwetsbaarheid uit zich per persoonlijkheidsstoornis anders. Zo is iemand met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis met name bang voor een negatief oordeel van anderen en stelt iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis zich dominant en neerbuigend op.

ATTITUDE VAN HULPVERLENER

Met de onderstaande attitudeaspecten houdt de arts rekening met de interpersoonlijke kwetsbaarheid van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

TIP 5 ZOEK SAMENWERKING

Het gevoel van zelfsturing bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is broos. Leg een behandeling, verwijzing of andere interventie dus als optie voor en bespreek de voorkeur van de patiënt. Wees wel duidelijk over de effectiviteit, bijwerkingen en risico's van elke optie, ofwel: bagatelliseer uw professionele deskundigheid niet.

TIP 6 EERST VALIDEREN EN PAS DAARNA CONFRONTEREN

Een algemene wet in de psychotherapie voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis luidt: erken en benoem eerst het lijden (validatie) en schakel dan pas over op wat er naar uw oordeel aan de hand is of moet gebeuren. Dat geldt ook voor het stellen van grenzen en het confronteren.

Voor de patiënt uit de casus betekent dit: 'Ik zie dat u overstuur bent (validatie). Ik wil straks met u bekijken wat de mogelijkheden zijn (geen "gouden bergen" beloven). Maar nu zit ik midden in mijn spreekuur (grens). Ik vraag u om half 5 terug te komen (reële termijn).'

TIP 7 WERK AAN VERTROUWEN

Hoewel deze groep patiënten niet vanzelfsprekend iemand vertrouwt, kan de arts in zijn houding ervoor zorgen dat hij optimale voorwaarden creëert voor een vertrouwensband. Dit kan op de volgende manieren.

Natuurlijk en toegankelijk Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn niet alleen kwetsbaarder, maar ook

gevoeliger. Als geen ander ontmaskeren ze trucs en herkennen ze arrogantie en afwijzing. Wees dus natuurlijk, toegankelijk en open over uw eigen intenties en emoties. Als u geïrriteerd bent, weet uw patiënt met een persoonlijkheidsstoornis dit vaak eerder dan uzelf. Toegeven en zeggen waar dit door komt helpen beter om de relatie in stand te houden of te herstellen dan ontkennen en doorgaan op de oude voet.

Betrokken en validerend Het lijkt voor de hand te liggen, maar in de praktijk is het soms lastig om betrokken, warm, uitnodigend en validerend te zijn. Met name validatie schiet er nogal eens bij in.

Nieuwsgierig en niet-veroordelend Een zoekende attitude is effectiever dan een stellende. Neem de tijd voor verkenning van het probleem en vraag om verduidelijking voordat u conclusies trekt of adviezen geeft; het gaat erom dat u het niet weet, maar wel wil weten ('not knowing but wanting to know'). Leg een conclusie ook ter beoordeling voor. En oordeel niet, dat doet de patiënt al genoeg over zichzelf.

Ik-boodschap Spreek bij confrontaties en het stellen van grenzen in 'ik-boodschappen'. Dus niet: 'Er valt zo niet met u te praten.' Maar wel: 'Ik vind het moeilijk om zo met u te praten.'

BEHANDELRELATIE

De behandelrelatie kan bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis gemakkelijk verstoord raken door hun interpersoonlijke kwetsbaarheid. Dat maakt reflectie op deze relatie tot een belangrijk onderdeel van de zorg.

TIP 8 MONITOR BEHANDELRELATIE EN HERSTEL PROBLEMEN

Probeer een beeld te krijgen van de effectiviteit van de samenwerking en blijf dit toetsen. Als de relatie ernstig verstoord is, is dat voor beide partijen meestal wel duidelijk; dan is het vaak te laat om de relatie nog te redden. Let dus op de kleinere tekenen van scheefgroei, zoals niet op afspraken komen, afname van de intensiteit van het contact of plotse wisselingen in emoties. En doe er iets mee in plaats van deze signalen te negeren.

Neem daarbij niet de verdedigende rol, want dat leidt tot verdere escalatie. Begin bijvoorbeeld met: 'Ik heb de indruk dat u boos [of teleurgesteld] bent? Klopt dat? Zou u me kunnen uitleggen wat u boos heeft gemaakt? Vindt u het goed dat ik vertel hoe ik het zie?' En als dat allemaal

tot verduidelijking heeft geleid: 'Zullen we samen kijken naar wat ervoor nodig is om de draad weer op te pakken en hoe we kunnen voorkomen dat dit nog een keer gebeurt?'

TIP 9 GEEF MISSERS TOE

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis gaan de hele dag dingen fout door hun toedoen en daar wijzen anderen hen bijna even vaak op. Als er aan de kant van de arts iets misgaat – u vergeet bijvoorbeeld een recept uit te schrijven – werkt het ruitelijk erkennen daarvan steunend en verbetert het de relatie. Let wel: achter ruitelijk erkennen hoort geen 'maar'.

TIP 10 ACTIEVE ARTS ÉN ACTIEVE PATIËNT

In de regel verhogen passieve hulpverleners het spanningsniveau van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De arts moet dus zelf onderwerpen inbrengen, suggesties doen, behandelopties toetsen et cetera, maar verwacht ook eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Verdeel daartoe de taken en gebruik bijvoorbeeld dagboekjes voor het noteren van klachten als hoofdpijn, plasproblemen of buikpijn. Bij huisartsen maakt dit vaak al deel uit van de reguliere attitude.

TOT SLOT

Het lijkt op het eerste gezicht misschien tijdrovend om deze adviezen op te volgen. Maar als u dat niet doet, is er niet alleen een hoger risico op een slechtere behandelrelatie, maar ook op medische missers. De consequenties daarvan zullen om een veel grotere tijdsinvestering vragen dan het ter harte nemen van deze tips.

In een serie artikelen in de rubriek 'Stand van zaken' worden de huidige kennis en recente inzichten over een onderwerp samengevat in enkele praktische tips.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 2 november 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D718

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D718**

LITERATUUR

- 1 Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8):CD005652.
- 2 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (art. no.: AF0806). Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- 3 Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13:60-8.
- 4 Gunderson JG, Links P. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder.* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
- 5 Bateman AW, Krawitz R. *Borderline personality disorder – an evidence based guide for generalist mental health professionals.* Oxford: Oxford University Press; 2013.
- 6 McMain SE, Links PS, Gnam WH, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1365-74.
- 7 Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166:1355-64.
- 8 Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, et al. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008;193:477-84.
- 9 National Collaborating Centre for Mental Health. *Borderline personality disorder. Treatment and management.* NICE Clinical Guidelines, No. 78. Leicester: British Psychological Society; 2009.
- 10 National Health and Medical Research Council. *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder.* Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
- 11 Hutsebaut J, van Bunningen N, Kaasenbrood A. *Geïntegreerde richtlijnbehandeling persoonlijkheidsstoornissen.* Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen; 2014.
- 12 Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102:52-7.
- 13 Quirk SE, Stuart AL, Brennan-Olsen SL, et al. Physical health comorbidities in women with personality disorder: Data from the Geelong Osteoporosis Study. *Eur Psychiatry.* 2016;34:29-35.
- 14 Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJV. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:259-65.