

# Second opinion en indicatiestelling met behulp van de groep

Silvia Pol, Renate Hulshof en Jaap Voorhoeve

Het stellen van de diagnose of het als zodanig classificeren zegt nog niets over welke behandeling is geïndiceerd of zelfs óf behandeling is geïndiceerd. Besproken worden verschillende factoren die relevant zijn bij de afweging wanneer welk behandelaanbod passend is. Daarnaast wordt specifiek een programma-aanbod beschreven dat geheel gericht is op aanscherping van diagnostiek en training in basale sociale vaardigheden. De setting dient er vooral toe een proefbehandeling te bieden om te onderzoeken wat de ontwikkelingsmogelijkheden maar ook beperkingen zijn bij individuele persoonlijkheidsproblematiek.

Tot in de jaren negentig heerste er nogal pessimisme over de behandelbaarheid van persoonlijkheidstoornissen. Het psychotherapeutisch aanbod had een tamelijk smal indicatiegebied waardoor veel cliënten hiervoor niet in aanmerking kwamen. Ambulante behandeling bestond met name uit steunend-structurende begeleiding door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Voor een intensiever en gericht aanbod was men aangewezen op een regionaal zelden voor deze doelgroep aanwezige deeltijdbehandeling of een klinisch psychotherapeutische setting. Inmiddels kent het overwegend ambulante psychotherapeutisch aanbod een veel grotere diversiteit en is ook het deeltijd- en klinisch behandel-aanbod beduidend toegankelijker. Het kunnen combineren en faseren van verschillend intensief aanbod biedt mogelijkheden voor een goede maatvoering en het daar kunnen aangrijpen waar succes te

behalen is. Hierbij is zorgvuldig indicatie-stellingsonderzoek van belang, waarbij het gaat om een proces van weging van factoren, maatvoering en inschatten van effectiviteit en haalbaarheid (Voorhoeve, 1997).

Bij aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie wordt bij voorkeur eerst gedacht aan ambulante behandeling of begeleiding. Wanneer daarmee te weinig resultaat wordt bereikt, verdient het conform de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidstoornissen (Landelijke Sturgroep, 2008) aanbeveling een second-opiniononderzoek in te zetten.

Scelta Apeldoorn biedt een dergelijke mogelijkheid tot second opinion onderzoek sinds begin jaren negentig. Het behandel-aanbod van – destijds de kliniek voor psychotherapie De Venne– bestond uit drie onderscheiden klinische afdelingen waar een breed scala van persoonlijkheidsstoor-

nissen intensief klinisch kon worden behandeld. Op grond van ontwikkelingen in het vakgebied en opgedane ervaring werden deze settingen zodanig ingericht dat juist patiënten hiervan konden profiteren voor wie tot dusverre geen of onvoldoende aanbod was. Tegelijkertijd groeiden kennis en ervaring over de vraag voor wie een meer intensieve behandeling geen geschikt aanbod was. Verwijzingen naar de kliniek berustten niet altijd op een duidelijke notie dat klinische behandeling geïndiceerd was. Vaak ging het om vastgelopen behandelingen of de vraag of niet meer bereikt zou kunnen worden. Daar komt bij dat van verwijzers niet verwacht mag worden dat zij over voldoende expertise beschikken om indicaties en contraïndicaties te kunnen overzien voor (dag)klinische psychotherapie. Een eerste- of tweedelijns professional treft in zijn caseload maar af en toe een duidelijke indicatie voor zo'n behandeling.

Op grond van bovenstaande werd de functie indicatiestelling, second opinion en advies expliciet in het leven geroepen. Het ging niet meer om het doen van een intake gevolgd door acceptatie of afwijzing. De formulering werd dat wij als expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek onderzoeken en adviseren. Deze functie is dus bedoeld voor gecompliceerde en onduidelijke problematiek, voor consultatie bij vastgelopen behandelingen en als toetssteen bij de vraag of intensievere, (dag)klinische behandeling is geïndiceerd. In het laatste geval kan behandeling door ons worden overgenomen. Veelal is niet zozeer een intensievere maar een andere

behandelaanpak geïndiceerd of wordt de juistheid van de bestaande aanpak bevestigd. Naast aanwezige expertise is de kracht van een second opinion gelegen in een aantal andere factoren. De eerste en misschien wel belangrijkste factor is dat een derde instantie van enige afstand en met frisse blik meekijkt, niet gehinderd door de verwickelingen van een soms langdurige behandelrelatie. Een tweede factor is dat langzamerhand een redelijke hoeveelheid informatie over de client beschikbaar is. Nagegaan kan worden welke elementen in behandeling wel en niet zijn aangeslagen en daarnaast kan gekeken worden naar eventuele inconsistenties in voorgaande visies en conclusies. Twee probleemgebieden komen vaak terug: complexe differentiaal diagnostische vragen en de vragen betreffende het aangrijpingspunt van behandeling, symptoomstoornis of persoonlijkheidsstoornis.

### **Differentiaal diagnostiek**

De diagnosticus wordt regelmatig geconfronteerd met complexe beelden waarbij overeenkomstige kenmerken in gedrag en beleving een geheel verschillende achtergrond kunnen hebben.

Een moeilijk differentiaal diagnostisch gebied is het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornis en symptoomstoornis zoals bijvoorbeeld bij een sterk en invaliderend wantrouwen. De vraag is dan of er sprake is van een paranoïde of cluster A persoonlijkheidsstoornis of een chronisch psychotisch proces. Van belang voor het

onderscheid zijn het voorkomen in de anamnese en het verloop van duidelijk psychotische episoden. De differentiaal diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis versus psychose komt nog vaker voor. Volgens de definitie van de DSM-IV kunnen kortdurende verstoringen van de realiteitstoetsing optreden bij borderline problematiek. Het komt echter voor dat langdurende psychotische symptomatologie ontorecht wordt toegeschreven aan de (borderline) persoonlijkheidsstoornis.

Aanwijzingen voor psychose in de voorgeschiedenis worden niet altijd consequent in de diagnostische conclusie meegenomen, of worden niet gezien als belangrijke verklaring voor klachten en gedragingen. Ook kan het gebeuren dat een cliënt gedurende het second-opiniononderzoek het bestaan van hallucinaties en waanideeën voor het eerst meldt. Een verklaring voor het feit dat de ernst van de psychotische symptomatologie niet eerder duidelijk was, lijkt ten dele toe te schrijven te zijn aan het feit dat klachten in de loop van de tijd duidelijker kunnen worden. Daarnaast spelen ons inziens ook andere factoren een rol. In de eerste plaats kan te zeer zijn vastgehouden aan een eenmaal aangenomen verklaring en in de tweede plaats bestaat er een zekere terughoudendheid om de diagnose psychose of schizofrenie te stellen als dat niet zeer duidelijk als voornaamste klacht wordt gepresenteerd. Ook de differentiaal diagnose tussen borderline persoonlijkheidsstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS) en psychose kan complex zijn. Wanneer stemmen en beelden of dissociatieve

klachten passen binnen het trauma wordt eerder gedacht aan PTSS en op structuurniveau aan een borderline persoonlijkheidsorganisatie. Op beschrijvend niveau wordt vaak eveneens de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis gesteld, maar blijkt het moeilijk te onderscheiden wat bij borderline problematiek hoort en wat bij de PTSS.

Een soortgelijk vraagstuk bestaat bij ernstige zelfpathologie waarbij dusdanig irreele overtuigingen kunnen bestaan dat de vraag gerechtvaardigd is of er geen sprake is van een psychotische stoornis. Deze overtuigingen kunnen eveneens leiden tot zeer dwangmatig of ontwijkend gedrag. De mate waarin klachten leiden tot disfunctioneren en de weerstand die bestaat tegen het loslaten van de gewraakte overtuiging en de daaruit volgende gedragingen, vormen belangrijke aanwijzingen voor bestaande kwetsbaarheid en daarmee voor diagnostiek. Het is belangrijk ernstige zelfpathologie te onderscheiden van psychose omdat de consequenties voor behandeling zeer verschillend zijn. Bij aanwezigheid van zelfpathologie kan een klinisch psychotherapeutische behandeling worden overwogen, bij een psychotische stoornis is een psychoseprotocol aangewezen. De patiënt kan het moeilijk vinden een andere diagnose te accepteren. Het vaststellen van een chronisch psychiatrisch ziektebeeld kan echter ook leiden tot een zekere mate van opluchting, doordat de al lang aanwezige kwetsbaarheid van de cliënt wordt erkend en hoop gegeven kan worden door het bieden van een adequaat behandelaanbod.

Een ander differentiaal diagnostisch vraagstuk wordt opgeroepen door de (soms schijnbare) overlap tussen aan autisme verwante contactstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. De problemen in sociaal contact, het vastlopen in werk en opleiding en de depressieve klachten van een cliënt kunnen doen denken aan een depressieve stoornis bij een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Maar het weinig invoelende, egocentrische en dwangmatige gedrag kan ook duiden op het bestaan van niet eerder herkende autistische problematiek. In een individueel contact is het niveau van sociale vaardigheden van de cliënt vaak moeilijk in te schatten. Pas bij observatie in een groep kan zichtbaar worden dat de cliënt allerlei non-verbale signalen mist in het contact. Hierdoor worden gevoeligheden en grenzen van anderen niet goed opgemerkt, worden grappig bedoelde opmerkingen letterlijk opgevat en kan voortdurend miscommunicatie ontstaan hetgeen kan leiden tot wantrouwen, angst en depressie of strijd (Pol, 1998). Wanneer de diagnostiek over aanwezige autistische problematiek kan worden verhelderd, biedt dat een volledig ander perspectief voor de toekomst. Psycho-educatie over deze sociale handicap is aangewezen en er ontstaat zicht op een ander begeleidingstraject waarin de cliënt zich veel meer gevalideerd en gesteund kan voelen.

### **Aangrijpingspunt voor behandeling**

Een kader waarbinnen behandeling primair gericht dient te worden, kan worden ont-

leend aan het metamodel van Gedo waarin een hiërarchie wordt aangebracht in behandelstrategieën (Hummelen, 1995). Bij crisis staat het nemen van structurerende maatregelen centraal, waarna verdere begeleiding of behandeling gericht is op een toename van de zelfwerkzaamheid van de patiënt. Wanneer de problematiek voornamelijk bepaald wordt door de symptoomstoornis, dient de behandeling daar primair op te worden gericht. Vaak wordt daarmee voldoende of het best haalbare resultaat bereikt. Er kan echter ook geconstateerd worden dat de problematiek zo onveranderbaar is dat uitgegaan dient te worden van het handicapmodel. Een veel voorkomende, maar lang niet altijd juiste veronderstelling is dat wanneer de symptoomstoornis behandeld is, vervolgens de aanwezige persoonlijkheidsproblematiek behandeld zou moeten worden. Wanneer behandeling gericht wordt op persoonlijkheidsproblematiek kan de symptoomstoornis juist worden versterkt. De stoornis heeft in dat geval de functie spanningen te kanaliseren. Ook kan moeilijk of lastig gedrag ten onrechte worden toegeschreven aan een persoonlijkheidsstoornis als een symptoomstoornis onvoldoende is herkend. Wanneer zowel een symptoomstoornis als een persoonlijkheidsstoornis aanwezig zijn en beiden op de voorgrond staan, pleiten wij ervoor de behandeling eerst te richten op de symptoomstoornis. Problematisch is het als de symptoombehandeling belemmerd wordt door de persoonlijkheidsproblematiek. Dan dient gezocht te worden naar een aangepaste strategie gericht op het

mogelijk maken van symptoombehandeling. Een dergelijke aanpak vraagt om een goede samenwerking tussen verschillende aanbieders van behandelingen en het uitzetten van op maat gemaakte behandeltrajecten.

### **Groepsprogramma gericht op behandeling, training en advies**

In het gebruikelijke individuele klinisch interview komt indicatiestellingsonderzoek soms onvoldoende tot zijn recht, omdat psychopathologie in deze setting niet altijd aan het licht komt. In dat geval dient een andere, minder voorspelbare onderzoekssetting te worden geboden waar de cliënt kan worden gevolgd in meerdere situaties. De groep biedt hiertoe een uitstekende context en vanuit deze gedachte is begonnen met het Kortdurend Behandel-, Trainings- en Adviesprogramma (KBTA).

Dit programma biedt een dag per week een veelheid aan therapeutische contexten zoals groepstherapie en cognitieve therapie gericht op probleemverheldering, sociotherapie gericht op training van maatschappelijke vaardigheden en non-verbale therapie gericht op sociale vaardigheden. Middels systeemgesprekken wordt de eigen context van de cliënt bij de behandeling betrokken. De verschillende therapeutische ingangen en het groepsgerichte karakter van het therapieaanbod maken dat deelnemers de situatie niet volledig onder controle hebben. Een mogelijk aanwezig risico op psychotische decompensatie kan hierdoor sneller aan het licht komen, waarna direct kan

worden overgegaan op een meer gestructureerd behandel aanbod. Ook subtiele problemen in de sociale interactie als bij autistischiforme stoornissen komen in een groepssetting duidelijker naar voren. Het programma duurt twaalf weken met elke zes weken een instroommoment. De wisseling van posities in de groep geeft een boeiende dynamiek met mogelijkheden om te experimenteren met rollen en sociale vaardigheden. Het programma biedt voldoende structuur, veiligheid en holding om cliënten te stimuleren met hun problemen en kwetsbaarheden aan de slag te gaan. De korte duur van het programma werkt eraan mee dat veel cliënten het programma kunnen volhouden en afronden. In de eerste zes weken ligt het accent op verkenning van problemen en diagnostiek. De tweede zes weken gaat vooral om verdieping van de thema's en 'anders doen'. Aan het eind van het programma wordt in overleg met de cliënt een probleemdefinitie, DSM-IV diagnose en een vervolgbehandeladvies geformuleerd.

Het KBTA-programma biedt behalve de mogelijkheid tot uitgebreidere diagnostiek ook de ruimte te onderzoeken welke vorm van behandeling het best aansluit bij de problematiek en de cliënt. Het programma bestaat nu ruim vijf jaar en voorziet duidelijk in een behoefte, gezien de voortdurende stroom van aanmeldingen. Dit programma heeft een aantal belangrijke voordelen. Het zorgt ervoor dat wij cliënten vaker een passend behandel aanbod kunnen bieden en dat een degelijk behandeladvies

kan worden geboden waar eerder nog diagnostische vragen bestonden. Het risico op decompensatie is door de beperkte duur en intensiteit van het programma minder groot dan in het geval van een observatie-opname in de kliniek.

## Literatuur

Hummelen, J.W. (1995). Een toepassing van het metamodel van Gedo bij de behandeling van borderline patienten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 343-355.

Pol, S.M. (1998). Pervasieve persoonlijkheidsstoornis of pervasieve ontwikkelingsstoornis? Het belang van begrippen uit de kinderpsychiatrie voor de volwassenenpsychiatrie. *Intern Vaktijdschrift voor Psychiatrie*, 7, 30-45.

Voorhoeve, J.N. (1997). Indicatiestelling en behandelingsmodaliteiten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2, 170-184.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos Instituut.