

Je haalt de problemen in huis!

Opkomst, bloei en neergang van klinische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

Door **Rob Koks** (rkoks@planet.nl), psychotherapeut en supervisor van de NVGP, NVP en VvMP. Hij werkte van 2001 tot de sluiting eind vorig jaar bij het CPJ en heeft een eigen praktijk voor supervisie en training.

Inleiding

Afgelopen december sloot het Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma (CPJ) na 45 jaar voorgoed haar deuren. Het centrum bood sinds 1969 klinisch-psychotherapeutische behandeling voor patiënten die jarenlang lijdten aan ernstige persoonlijkheidsproblemen en de gevolgen daarvan voor hun dagelijks functioneren. Het CPJ beschikte, naast een unit voor psychodiagnostisch, second opinion-, en wetenschappelijk onderzoek, over 54 klinische plaatsen. Deze waren verdeeld over vier afdelingen, elk met een naar cluster (A of B of C) ingedeelde homogene doelgroep; elke afdeling werkte vanuit een eigen methodisch kader, beschikte over een eigen woonvoorziening, had een eigen therapieprogramma, en een grotendeels eigen behandelstaf.

De geschiedenis van het CPJ begon in het psychiatrisch centrum Bavo te Noordwijkerhout, en eindigde via Langeveld en de Rijngeestgroep in Rivierduinen, locatie

Oegstgeest. Het centrum kende periodes van bloei en periodes van crisis. Kort voordat het zou opgaan voor de kwalificatie Topklinisch Centrum, als tweede in Nederland na de Viersprong, stopte de raad van bestuur van Rivierduinen een groot deel van de geldstroom voor het wetenschappelijk onderzoek van het CPJ. Hierdoor werd de ambitie van Topklinisch Centrum onhaalbaar. Een en ander bleek de voorbode te zijn van het besluit om het gehele klinische behandelaanbod voor persoonlijkheidsstoornissen op te heffen, met het beter betaalbaar houden van de ambulante zorg als officieel motief.

In dit artikel wordt allereerst aan de hand van de geschiedenis van het CPJ de ontwikkeling van de klinische psychotherapie in Nederland geschetst tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de ggz. Klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is een kostbare investering, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij, maar zij heeft haar waarde bewezen. De auteur, die sinds

2001 bij CPJ werkte, wil met deze bijdrage helpen voorkomen dat de ruime hoeveelheid kennis en ervaring op dit gebied verloren gaat. Daartoe schetst hij vervolgens wat hij ziet als de kern van klinisch psychotherapeutisch behandelen, waarmee deze ‘dosering’ zich onderscheidt van ambulante en deeltijdvormen, en wat zijns inziens de voornaamste werkzame factor is van een klinische behandelomgeving in het algemeen. De conclusie van het betoog is dat als er een adequaat evenwicht bestaat tussen enerzijds de specifieke behandelmethodiek en anderzijds de behandelsetting, beide elkaars effect als een vliegwiel versterken. Andersom: een disbalans tussen methode en setting zorgt voor een sterke vermindering van beider potentieel effect. Dit artikel is een bewerking van de voordracht die de auteur hield ter gelegenheid van de afscheidsreceptie van het CPJ.

Klinische psychotherapie (KP): een geschiedenis

De term therapeutische gemeenschap (TG) is tijdens de Tweede Wereldoorlog ontstaan, in het Maudsley-ziekenhuis in London. Daar behandelde militair psychiater Maxwell Jones soldaten met het ‘effort-syndroom’, een acute stressreactie op ervaringen aan het front. Op grond van eerdere ervaringen in WO I met de behandeling van shellshock gaf hij aan grote groepen psycho-educatie. Vooral door onderlinge uitwisseling van ervaringen in combinatie met de constante dreiging van bombardementen door de Duitsers ontstond tussen staf en patiënten

een sterk gevoel van saamhorigheid, waarbij patiënten veel van de taken van de onderbezette staf overnamen. Op basis van deze ervaringen formuleerde Maxwell Jones (1953) het concept van de ‘therapeutic community’ met een aantal principes voor gelijkwaardige communicatie¹.

Een tweede belangrijke wortel van de klinische psychotherapie vormen de publicaties van Main in 1946 en Stanton en Schwarz in 1954. Zij wezen op het bestaan van wat later parallelprocessen werden genoemd: de splitsende invloed van de pathologie van patiënten op de behandelstaf, en andersom: de regressieve invloed van disfunctionerende behandelteams op patiënten.

In de jaren zestig ontstonden in Nederland de eerste therapeutische gemeenschappen: Veluweland, de Viersprong, de Oosthoek, en Rijnland. In 1969 werd in de Bavo de Spiegelberg opgericht, voor patiënten met ernstige neurotische problemen; gevolgd door Jozef, voor zwakker geïntegreerde patiënten. Gedreven door de politieke ideologie van democratisering en antipsychiatrie werd in de verschillende TG's enthousiast geëxperimenteerd met groepsbehandeling in een verregaand tolerant klimaat. Grenzen en rollen vervaagden, elke hiërarchie werd gewantwoord. Jongerius (in 1963) en Bierenbroodspot (in 1969) promoveerden op de TG. De chronische psychiatrie en zelfs de zwakzinnigenzorg gingen op de schop, mede onder invloed van het in 1972 in de Bavo genomen initiatief van Beschut Wonen. Vanuit Engeland werden veranderingen in het gevangeniswezen en de forensische zorg overgenomen.

¹ De vijf principes van *social learning* zijn: *two-way communication at all levels, decision-making at all levels, shared leadership, consensus in decision-making, social learning here and now.*

In de jaren zeventig raakte de gehele ggz sterk in beweging. In de TG's veranderde de bevlogenheid geleidelijk in een meer professionele aanpak. De gemeenschap kwam in het teken te staan van een psychotherapeutisch proces; rollen en verantwoordelijkheden werden in het multidisciplinaire team gescheiden. In dit proces van professionalisering evolueerde de Therapeutische Gemeenschap tot Klinische Psychotherapie. Het werk van Kernberg (1976), de objectrelatie-theorie, verwoordde de overkoepelende visie, en Yalom (1975) bood houvast door zijn heldere beschrijving van het fundament van groepstherapie.

Vanuit de Bavo werd in 1973 wetenschappelijk onderzoek geïnitieerd, het Follow Up Project Psychotherapeutische Gemeenschappen, met als latere versie het Standaard Evaluatie Project (STEP). Dit onderzoek zou ruim dertig jaar lopen; eind jaren tachtig promoveerden zowel Koning als Wagenborg op dit onderzoek. En tussen de KP in Nederland en Engeland ontstond een intensieve uitwisseling, onder andere in de Windsor-conferenties, die van 1977 tot 1994 plaatsvonden.

Tussen 1970 en 1985 schoten in Nederland de zogenoemde Klinisch Psychotherapeutische Behandel Eenheden (KPBE's), een term van de toenmalige hoofdinspecteur van de ggz Van Borssum Waalkes, als paddenstoelen uit de grond, evenals deeltijdvoorzieningen, en kleinschaliger voorzieningen voor beschermd wonen. De Bavo had inmiddels haar meeste activiteiten naar de lege regio Rotterdam-boven-de-Maas verplaatst. Op de

restanten in Noordwijkerhout gingen de twee afdelingen Spiegelberg en Jozef een (zo bleek) langdurig proces van fuseren aan, dat pas begin jaren negentig leidde tot het bovenregionale Centrum Klinische Psychotherapie (CKP). Aan het eind van deze periode verschenen de publicaties van Janzing en Kerstens (1984), Janzing en Lansens (1985) en Jongerius en Rylant (1989) over de principes van milieutherapie.

De periode die als de jaren van opkomst en bloei van de klinische psychotherapie gezien kan worden heeft veel betekend voor de ontwikkeling van groepspsychotherapie en groepswork in Nederland. Er werd veel ervaring en kennis opgedaan over het leiden van kleine en grote groepen. De dynamiek van een afdeling of gemeenschap en zelfs een hele instelling werd begrepen als een sociale organisatie of systeem, met veel kenmerken van de dynamiek van een grote groep (onder andere Main, 1975; Hinshelwood, 1979).

Halverwege de jaren tachtig veranderde geleidelijk het krachtenveld in de ggz. De KP kreeg geduchte concurrentie van ambulante behandelingen, zoals cognitieve en dialectische gedragstherapie. Daarnaast ontstond er meer vraag naar zorgprogramma's per doelgroep of symptoomcluster. De KP kreeg last van de wet van de remmende voorsprong. Zij werd deels ingehaald door de nieuwe ontwikkelingen: er waren goede behandelingen mogelijk die korter duurden en goedkoper waren, die meer op klachtenreductie gericht waren en minder ingrepen in het dagelijks leven van de patiënt.

Bovendien werden reorganisaties in de ggz meer en meer ingegeven door de noodzaak tot bezuinigingen. Onder invloed van deze ontwikkelingen nam het aantal afdelingen voor KP af. Uiteindelijk lukte het de Vereniging voor Klinische Psychotherapie (VKP) dan ook niet om de felbegeerde erkenning als specialistische psychotherapievereniging te verkrijgen.

Met de fusie tot CKP begin jaren negentig moderniseerde het nieuwe centrum. In 1994 veranderde de naamgeving van de units. De Spiegelberg werd CKP-Zuid, en Jozef CKP-West. Een kleine derde unit (CKP-Noord) voor cluster A-persoonlijheidsproblematiek werd geopend. Dit programma was en bleef het enige intensieve behandelprogramma voor deze doelgroep in Nederland (Blom & Colijn, 2012). Ook kreeg het gehele centrum als een van de eersten in Nederland een eigen elektronisch patiëntendossier. Daarnaast werden nieuwe inzichten uit andere referentiekaders geïntegreerd in een modulair keuze-aanbod, naast het basisprogramma.

Rond de eeuwwisseling was de KP in het ggz-veld verder in het defensief gedrongen, en was het steeds meer gepositioneerd als specialistische derdelijnsvoorziening.

Daarentegen verschenen er wel enkele handboeken milieutherapie over de toepassing van de principes van milieutherapie bij andere doelgroepen (Janzing et al., 2000, 2003), en als weerslag van de eerdere bloei-periode over de psychoanalytische setting (Berkouwer, 2004).

Het CKP fuseerde met het programma Eetstoornissen en Traumagerelateerde

Stoornissen tot Centrum Specialistische Psychotherapie (CSP), en bestond daarmee uit vijf units/programma's.

Tegelijk nam in deze periode de druk op intensieve en langer durende behandelingen toe. Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijke stoornissen (Landelijke Stuurgroep, 2008) moest de duur van klinische behandeling korter, en uit vervolgonderzoek na publicatie van de richtlijn werd geconcludeerd dat KP zeer effectief is, maar weinig kosteneffectief (van Busschbach, 2012). Bovendien veranderde de opzet van de financiering, waardoor de zorgverzekeraars meer invloed kregen op de inhoud en duur van de behandeling. Om een dreigend isolement van de KP te voorkomen leek het onontkoombaar de tot dan toe tamelijk autonoom functionerende centra voor KP een plaats te geven in een zorgketen voor de totale doelgroep persoonlijkheidsstoornissen.

Het CSP kwam financieel in zwaar weer. Om uit de crisis te komen werd opnieuw (zoals ook in 1994) tot een forse modernisering besloten: de ambitie werd binnen vijf jaar de kwalificatie Topklinisch Centrum te behalen. Het CSP werd CPJ (en was daarmee weer alleen op persoonlijkheidsstoornissen gericht). De behandelingen werden aan de Richtlijnen aangepast: de behandelduur werd verkort, en elke klinische afdeling ging werken met een eigen evidence-based methodiek². Daarnaast breidde het centrum uit met een vierde unit: Oost (voor zeer ernstige borderlinepatiënten), en er werd meer wetenschappelijk onderzoek opgezet. Kort voordat het doel werd behaald, strandde het centrum onder

² Zuid TFP, West MBT, Noord MBT, Oost DGT.

invloed van de grote veranderingen in de gehele ggz in het algemeen, en die binnen Rivierduinen in het bijzonder (zie de inleiding). In plaats van opname van de KP in een zorgketen werd de behandelvorm intensieve klinische behandeling, en daarmee ook het CPI, geheel opgeheven. Hiermee kwam een einde aan een periode van 45 jaar. De geschiedenis van de klinische psychotherapie is in vijf periodes samen te vatten:

- voorspel: WO II, de ‘therapeutic community’
- de ideologische periode: 1960-1970
- de professionele periode: 1970-1985
- de periode van herpositionering: 1985-2000
- de periode van overleving: 2000-heden

Wat is toch de betekenis en de waarde van deze dure maar effectieve behandeling? Om dit beter te kunnen inschatten wordt nu ingegaan op wat gezien kan worden als de kern van de klinische psychotherapeutische behandeling, het wezenlijke element dat het onderscheidt van ambulante behandeling en behandeling in deeltijd.

De meest intensieve leerschool

Zoals eerder aangegeven is klinische psychotherapie een hoog effectieve maar ook een laag kosteneffectieve behandeling. Met de indicatie voor een dergelijke behandeling moet dus ook zeer zorgvuldig en selectief (*stepped care*) worden omgegaan. Wanneer is de inzet van een dergelijke behandeling gerechtvaardigd?

Klinische psychotherapie is de meest intensieve vorm of dosering van psychotherapie. Als patiënt kom je daar niet zomaar voor in aanmerking (Abraham, 2003; Landelijke Stuurgroep, 2008; Pol et al., 2009). Op nagenoeg alle levensgebieden is de patiënt als gevolg van de ernstige klachten en problemen vastgelopen. Eerdere ambulante behandeling(en) lukte(n) onvoldoende of de patiënt had een sterke terugval. De werkrelatie met de therapeut kwam niet goed op gang, of werd conflictueus. Het steunsysteem is uitgeput geraakt, draagt bij aan de problemen of er is nauwelijks een steunsysteem voorhanden. De patiënt leidt een leven met weinig structuur, en/of heeft zich uit sociale contacten teruggetrokken. Er is meer structuur en holding gewenst dan ambulante behandeling kan bieden.

Dan kan inzet van een 24-uurs leefmilieu mogelijk wél resultaat opleveren. Of ten minste een ‘boost’ betekenen, een versneling in een jarenlang durend behandeltraject. Het kan mogelijk voorkomen dat de problematiek chronisch wordt. De patiënt wil graag een ‘laatste kans’, voordat de ggz alleen nog sociaal-psychiatrische begeleiding (SPB) te bieden heeft. Gelukkig is SPB volgens de FACT-benadering tegenwoordig een heel goed alternatief voor wanneer psychotherapie niet, nog niet of niet meer mogelijk is (Knapen, 2013; Steendam et al., 2013).

KP is dus te plaatsen op de grens van psychotherapie en sociaal psychiatrische begeleiding.

Wat is het dan dat klinische psychotherapie onderscheidt van ambulante of deeltijdbe-

handeling? Wat biedt de KP meer dan andere behandeling? Het gaat om de inzet van een 24-uurs leefmilieu, dat tijdelijk het sociale leven van de patiënt vervangt.

Het leefmilieu, de opnamesituatie met een qua draagkracht en thematiek redelijk homogene doelgroep, is niet bedoeld als opvang of als bescherming van het leven, maar als de meest intensieve leerschool (zie o.a. Janzing & Kerstens, 2012; VKP, 2006). De patiënt wil graag in behandeling en heeft hoge en vaak ook onrealistische verwachtingen. In de kliniek doen de patiënten met elkaar allerlei taken en dragen zij verantwoordelijkheden, passend bij hun mogelijkheden en beperkingen. Denk daarbij aan de zorg voor maaltijden, corvee, vrije tijd, dag-nachtritme; kortom zaken uit het gewone leven. Naast het gestructureerde therapieprogramma overdag³ vormt de gezamenlijke opnamesituatie de meer ongestructureerde therapie. Daar stuiten de patiënten op elkaar en op de sociotherapeutische begeleiders. Daar tonen zij zich live in hun probleemgedrag en in hun sterke kanten. Daar experimenteren zij met nieuwe mogelijkheden en leren zij van elkaar. Onderdompeling, dag en nacht, in een grote groep medepatiënten en stafleden roept zeker in het begin angst, verwarring en schaamte op, of een daling in de motivatie. Waar de patiënten in het samenleven met elkaar tegen aanlopen, kan direct in het therapieprogramma worden bewerkt.

Het hier-en-nu staat voortdurend centraal. *Waar het in deeltijd of ambulante behandeling meestal gaat over de problemen buiten*

de spreekkamer, haal je met klinische psychotherapie doelbewust de problemen in huis. Dit onderscheidt KP van alle andere behandelingen. Het maakt deze behandelvorm ook zo intensief; voor de patiënten, en ook voor de staf, vooral de begeleiders van de leefgroep. Door de problematiek van de patiënten is er altijd veel gedoe en dynamiek in de kleine therapie- en de grote leefgroep. Maar doordat patiënten zich in elkaar herkennen, is er daarentegen ook veel saamhorigheid en onderlinge steun.

Doordat patiënten en staf elkaar zo dicht op de huid zitten, ontstaat er vanzelf besmettingsgevaar, met escalaties als gevolg. Voor de patiënten is dat bijvoorbeeld een toename van destructief of regressief gedrag, voor de behandelaren is dat bijvoorbeeld te sterke tegenoverdracht, uitputting, of onderlinge verdeeldheid. Een helder systeem van 'limit-setting' is dan nodig om de buitengrenzen van het behandelkader veilig te stellen en deze risico's te beperken (Green et al., 1988; Hartman, 1989).

Binnen de behandeling hebben de patiënten veel speelruimte voor de problemen, waarvoor zij in behandeling komen. Zo zijn in KP drankmisbruik, zelfbeschadiging, terugtrekgedrag, suïcidepogingen en agressie niet het einde maar juist het eerste focus van de behandeling. Voor de staf is systematische intervisie tegenwoordig verplicht gemeengoed.

Wanneer je als staf de opnamesituatie op deze manier systematisch organiseert kunnen de patiënten houvast gaan ervaren, structuur en beheersing ontwikkelen, kunnen ze corrigerende hechtingservaringen

³ Het therapieprogramma bestaat, net zoals in veel deeltijdvormen van behandeling, uit allerlei vormen van groepstherapie (verbaal en non-verbaal), ondersteund door individuele therapie, medicatie en systeemtherapie.

opdoen, en nieuwe vormen van sociale adaptatie aanleren.

De klinische psychotherapie is als volgt samen te vatten:

- wanneer KP: op de grens van psychotherapie en sociaal-psychiatrische begeleiding
- wat biedt KP: meer structuur, holding, confrontatie, steun en sociaal leren
- wat maakt KP anders: je haalt de problemen in huis; hier en nu gebeurt het
- risico van KP: meer besmettingsgevaar, dus systeem van limit-setting en intervisie noodzakelijk

Hoe kunnen we nu begrijpen waarom KP voor veel patiënten zo heilzaam werkt?

‘There is nothing so practical as a good theory’ (Lewin, 1951)

Als behandelaren zich beperken tot de interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond (*evidence based*), komen ze bij patiënten met complexe problematiek tekort. Conflicten, escalaties, toename van symptomen, demotivatie en drop-out zullen vroeg of laat de overhand krijgen. Deze interventies zijn namelijk alleen stukjes van de puzzel, of bieden niet meer dan een leidraad zoals de meeste protocollen. Er is meer nodig, waarvan de evidentie meestal *practice based of empirically supported* is (Norcross et al., 2001). Behandeling betreft vaak een zoekproces dat met vallen en opstaan gepaard gaat. Bij patiënten met complexe problematiek hebben we echter naast een leidraad,

een heldere samenhangende theorie nodig. Een voorbeeld van zo’n theorie is de theorie van de werkzame factoren (onder andere Lambert & Barley, 2001). Volgens deze theorie gaat het in psychotherapie om de combinatie van een aantal specifieke en non-specifieke factoren die voor het effect van behandeling zorgdragen. Op grond van verschillende overzichtsstudies komen Lambert en Barley tot een schatting van het aandeel per factor:

- de cliënt en het probleem, bijvoorbeeld motivatie, steunsysteem, intelligentie: 40%
- de specifieke therapeutische methodiek, zoals DGT, MBT, SFT, TFP: 15%
- de werkrelatie met de therapeut en de behandelomgeving: 30%
- placebo-effecten, bijvoorbeeld hoop en verwachtingen: 15%

Het grootste deel van het resultaat van een behandeling is dus afhankelijk van de draagkracht van de patiënt en de kwaliteit van diens steunsysteem, evenals van de aard of de ernst van het probleem. Wat behandelaren aan de patiënten te bieden hebben, is vooral een combinatie van een specifieke consistent uitgevoerde methodiek, liefst bewezen effectief, en een warme werkrelatie met een actieve therapeut, in een adequaat georganiseerde behandelomgeving die past bij het ontwikkelingsniveau en het behandeldoel van de patiënt(engroep).

Livesley (2003) stelt dat specifieke interventies pas effect kunnen sorteren als de algemene aspecten voldoende op orde zijn.

Zijns inziens hebben de kwaliteit van de therapeutische relatie en de kwaliteit van de behandelsetting dus prioriteit boven de specifieke behandelstrategieën. Dan is de vraag: wat houdt de werkrelatie in een zorgzame behandelomgeving eigenlijk in? Het jonge kind heeft in diens ontwikkeling, naast goede voeding, de interactie met een zorgzame omgeving nodig (zie voor een overzicht van het ontwikkelingspsychologische onderzoek o.a. Bateman & Fonagy, 2004). Diverse auteurs (zie Allen et al., 2008; de Haan, 2011) benadrukken dat ook de persoon die lijdt aan complexe psychiatrische problemen, behalve een consistent toegepaste methode, een zorgzame behandelomgeving of ruimte nodig heeft. Deze zorgzame omgeving kan enerzijds ruimte geven aan de ontwikkeling door warmte, structuur, begrenzing, bescherming en stimulators te bieden; dit is de draagfunctie, of holding (Winnicott). Anderzijds kan de omgeving primaire affecten helpen verwerken door deze spiegelend te vertalen en ontgift terug te geven; dit is de verdraagfunctie, of *containment* (Bion).

Door de pathologie van de patiënten die nogal eens worden versterkt door de groepsdynamiek zullen de behandelaren en de behandeling regelmatig onder druk komen te staan. De behandelomgeving biedt door holding en *containment* een veilige gehechtheid, en daarmee een helend tegenwicht aan hun verstoorde binnen- en/of buitenwereld. *Hoe ernstiger de pathologie, des te groter is de rol van de behandelomgeving/de setting.*

Een zorgzame behandelomgeving of een

therapeutisch milieu is niet voorbehouden aan een kliniek of een individuele therapeut. Ook een groep, een deeltijdprogramma, een FACT-team, of zelfs een instelling heeft het vermogen dit te bieden. Het gaat om het creëren van een behandelorganisatie waarin de visie op de inzet van mensen en middelen (personeel en materieel), de visie op de behandeling, en de visie op de pathologie van de doelgroep met elkaar samenhangen (Janzing & Kerstens, 2012). Het gaat om Samenhangend Behandelen. Zo is bijvoorbeeld de samenstelling van de staf en het ontwerp van het gebouw afhankelijk van de visie op de verhouding kwetsbaarheid-draagkracht van de patiëntengroep, die weer gevolgen heeft voor de mate van ontregeling of steun die noodzakelijk is voor het bereiken van een positief behandelresultaat.

Samenhang creëren tussen behandelmethode en behandelsetting is geen eenvoudige zaak, zoals de ervaringen op een MBT-unit voor adolescenten in de Viersprong lieten zien (Hutsebaut et al., 2011). Het is daarom toe te juichen dat Claassen & Janzing (2014) onlangs in dit tijdschrift een model presenteren voor samenhangend multidisciplinair werken in de ggz. Zij stellen dat de meeste auteurs (vooral op grond van praktijkervaring en niet op grond van onderzoek) het belang van deze samenhang zien als *conditio sine qua non*: zonder samenhang geen behandeling.

Mijns inziens werkt een kwalitatief goede behandelomgeving als een vliegwieltje voor het resultaat van de methodiek: als methode en omgeving optimaal op elkaar zijn afge-

stemd (samenhangen) wordt het van beide elementen apart aangetoonde effect sterker. Zolang de therapeut en de setting over voldoende draag- en verdraagvermogen beschikken, wint de methode aan kracht. Echter, wanneer de draag- en verdraagfunctie van de therapeut en de setting verzwakt zijn, verliest de methode juist aan kracht en ontstaat zelfs het gevaar van parallelprocessen, escalaties en drop-out, met iatrogene schade als gevolg. Bij patiënten met ernstige, complexe co-morbide problemen zijn de risico's op negatieve bijwerkingen van de behandeling groot. Bij intensieve langere durende behandeling is dat risico nog groter. Dit heeft consequenties voor de competentie van een behandelaar of een behandelteam. Competentie is niet alleen het vermogen om een methodiek consistent toe te passen, maar vooral ook het vermogen om voldoende kwaliteit voor holding en containment te organiseren bij de medewerkers en bij het team als geheel. Het kunnen doorzien en hanteren van groepsdynamische processen vormt daar een belangrijk onderdeel van.

Conclusie

Klinische psychotherapie was ooit koning één-oog in het land der blinden; er was geen alternatief voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblemen. Dat is gelukkig allang niet meer zo. We waren bevlogen amateurs, werden autonome professionals, en vervolgens werden we kostenbewuste realisten. Klinische psychotherapie heeft haar waarde ruimschoots bewezen, daar

waar ambulante psychotherapie onvoldoende resultaat heeft (STEP, 2006; Landelijke Stuurgroep, 2008; Bartak, 2010; van Busschbach, 2012). Het CPJ heeft de laatste jaren methodieken die in een ambulante of deeltijdsetting waren ontwikkeld, met succes geoperationaliseerd voor de klinische setting (Blom en Colijn, 2012; van den Bosch et al., 2013; Kooiman et al., 2013; Koks en Schuddeboom, 2012). Het waren klinische varianten van MBT, DGT, en TFP, en daarmee zorgvernieuwend initiatieven, die met het aanbod voor cluster A-patiënten het centrum onderscheidten van andere centra in Nederland en het buitenland. De klinische variant van SFT was al eerder ontwikkeld in de Viersprong en in Scelta, GGNet (Muste et al., 2009; Hulshof et al., 2009).

Ons kapitaal is onze expertise, onze kennis en ervaring, op het gebied van multidisciplinair en samenhangend behandelen. Het meest logische perspectief is dat de klinische psychotherapie met al haar specialistische kennis plaatsneemt in een zorgketen voor de behandeling van ernstig gestoorde patiënten (Landelijke Stuurgroep, 2008; Expertgroep, 2010; Thunnissen, 2013). In Rivierduinen is ons deze tijd niet gegund, elders in het land hopelijk wel. Graag laat ik namens mijn CPJ-collega's ons kapitaal als erfenis na. Kort samengevat kan deze als volgt willen worden getypeerd. Patiënten met ernstige en co-morbide persoonlijkheidsproblematiek vragen om:

- een multidisciplinair uitgevoerde behandeling
- vanuit een psychotherapeutische visie

- in een setting met voldoende draag- en verdraag-kwaliteiten
- met samenhang tussen de setting en de methode
- en met samenhang in de totale zorgketen,
- waarin zowel psychotherapie als sociaal-psychiatrische begeleiding een duidelijke plaats hebben.

Ten slotte

De richtlijn uit 2008 geeft het primaat voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen aan de evidence-based psychotherapiemethodieken (DGT, MBT, TFP, SFT). Zij laat de mediërende rol van een systematisch georganiseerde context of behandelomgeving nagenoeg buiten beschouwing. Ook valt de groep patiënten die niet, nog niet of niet meer van deze methodieken kunnen profiteren nagenoeg buiten de richtlijn. Sociaal-psychiatrische begeleiding zoals bij een FACT-benadering biedt een ambulante behandeling met veel nadruk op holding en containment. Met het opheffen van klinische voorzieningen als het CPJ zal deze groep patiënten mogelijk vaker een beroep op deze ambulante vorm van samenhangend behandelen gaan doen. Het wordt dus tijd voor een grondige herziening van de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen!

Literatuur

Abraham, R., Audenhove, C. van, Dijk, L. van, Haans, T., Heuves, W., Korrelboom, K., Kuipers, H., Reul-Verlaan, R. & Takens, R.J.

(2003). Een integrerende indicatiestelling voor psychotherapie. In: S. Colijn, H. Snijders, W. Trijsburg (red.), *Leerboek integratieve psychotherapie*, 157-178. Utrecht: de Tijdstroom.

Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: University Press.

Bartak, A. (2010). *On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders*. Academisch Proefschrift. Universiteit van Amsterdam.

Berkouwer, A.Y. (2004). *Handboek de psychoanalytische setting, anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.

Blom, J. & Colijn, S. (2012). Klinische variant van mentaliseren bevorderende therapie voor patiënten met cluster A persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(4), 377-382.

Bosch, L.M.C. van den, Sinnaeve, R. & Nijs, M. (2013). Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Ontwerp van het programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(3), 165-175.

Busschbach, J. van (2012). A health economic view on (borderline) personality disorder.

Lezing 2nd International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders, Amsterdam.

Claassen, A. & Janzing, C. (2014). Het effect van samenhangend behandelen: introductie van een model voor multidisciplinair werken in de ggz. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 9(4), 25-38.

Expertgroep persoonlijkheidsstoornissen Rivierduinen (2010). *Zorgprogramma Persoonlijkheidsproblematiek*. Intranet.

Green, S.A., Goldberg, R., Goldstein, D. & Leibenluft, E. (1988). *Limit setting in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.

Haan, C. de (2011). De Methode: wondermiddel of loden last. Over de invoering van de nieuwe evidence-based methoden bij complexe problematiek. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 6(3), 17-28.

Hartman, J. (1995). Limit-setting in de klinische psychotherapie. In R. Abraham, E. Gans & J. Glasbergen (red.), *Klinische Psychotherapie, de stand van zaken*, 109-124. Leiden: Boerhave Commissie PAOG.

Hinshelwood, R.D. & Manning, N. (eds.) (1979). *Therapeutic Communities. Reflections and progress*. London: Routledge & Kegan Paul.

Hulshof, R.L.E., Pol, S.M. & Wentink, M. (2009). Schemagerichte therapie in een klini-

sche setting. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 4(3), 24-35.

Hutsebaut, J., Bales, D., Kavelaars, M., Gerwen, J. van, Busschbach, J. van & Verheul, R. (2011). Implementatie van een behandelmodel voor persoonlijkheidsgestoorde adolescenten. Successen, mislukkingen, en aanbevelingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37(3), 162-176.

Janzing, C. en Kerstens, J. (1984/2012). *Werken met groepen in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Janzing, C. & Lansen, J. (1985). *Milieutherapie*. Assen: van Gorcum.

Janzing, C., Berg, A van den & Kruidijk, F. (red.) (2000). *Handboek Milieutherapie, deel 1*. Assen: van Gorcum.

Janzing, C., Berg, A van den & Kruidijk, F. (red.) (2003). *Handboek Milieutherapie, deel 2*. Assen: van Gorcum.

Jones, M. (1953). *The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.

Jongerius, P.J. & Rylant, R.F.A. (1989). *Milieu als methode. Theorie en praktijk van de methodische milieuhantering in de GGZ*. Amsterdam: Boom.

Knapen, S. (2013). FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen: ervaringen met de combinatie met Mentalization Based

Treatment. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68(1), 20-28.

Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Koning, R.F. & Wagenborg, J.E.A. (1988). Het follow-up project Psychotherapeutische Gemeenschappen (10); slotpublicatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30(10), 658-678.

Koks, R. & Schuddeboom, J. (2012). Implementatie referentiekader; eindrapportage van de Werkgroep Behandelinhoud. Intern rapport, CPJ.

Kooiman, C.G, Huffstadt, C. & Kuipers, G.W. (2013). Transference-focused psychotherapie en mentaliseren in de klinische psychotherapie; een kwestie van vorm en vent. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(12), 935-948.

Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), 139-149.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science. Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.). New York: Harper & Row.

Livesley, J. (2003). *Practical management of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Main, T. (1946). The Hospital as a Therapeutic Institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66-70.

Main, T. (1975). Some psychodynamics of large groups. In: L. Kreeger, *The large group*, 57-86. London: Constable.

Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn, Stafleu, van Loghum.

Norcross, J. et al. (2001). Empirically Supported Therapy Relationships: Summary Report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 345-430.

Pol, S.M., Voorhoeve, J.N. & Hulshof, R.L.E. (2009). Second opinion en indicatiestelling met behulp van de groep. *Groepen, tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 4(3), 51-56.

Stanton, A.H. & Schwarz, M.S. (1954). *The mental hospital*. New York: Basic Books.

Steendam, M., Luyn, B. van, Knapen, S., Nijmeijer, B., Meekeren, E. van, Kaasenbrood, A. & Bunningen, N. van (2013). *Meedoen. Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS*. Utrecht: Website Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen.

Stichting Klinische Psychotherapie (2006).
Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie, terugblik op 25 jaar resultaatonderzoek. SKP.

Thunnissen, M.M. (2013). *Eindverslag onderzoek Vormgeving behandeling persoonlijkheidsstoornissen Rivierduinen.* Intern rapport Rivierduinen.

Tremonti, W. (2004). *30 Jaar klinische psychotherapie.* Interne publicatie CSP.

Vereniging Klinische Psychotherapie (2006).
Theoretisch basiskader VKP. Website VKP:
www.klinische-psychotherapie.nl.

Yalom, I.D. (1975/1991).
Groepspsychotherapie in theorie en praktijk.
Deventer: van Loghum Slaterus.