

Casuskaart

Auteur: Nel Draijer, Moniek Thunnissen

Mijn leven is een puinhoop



Zorgstandaard: Persoonlijkheidsstoornissen.
Generieke module: Psychotherapie

GGZ
Standaarden

ggzstandaarden.nl

DEZE CASUS KOMT UIT

Casusboek kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules

A.J.L.M. van Balkom, R.W. Kupka en J. Spijker (redactie)

Interesse in het complete casusboek Kwaliteitsstandaarden?
Neem dan contact op via info@akwaggz.nl. *Zo lang de voorraad strekt.*

Initiatief: Kwaliteitsontwikkeling GGz. © Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017.
De auteursrechten der afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV
Internet: www.boompsychiatrie.nl
E-mail: klantenservice@boompsychiatrie.nl
ISBN 978 90 5898 0786

Akwa
GGZ Alliantie kwaliteit
Geestelijke
Gezondheidszorg

Mijn leven is een puinhoop

Nel Draijer, Moniek Thunnissen

Zorgstandaard: Persoonlijkheidsstoornissen

Generieke module: Psychotherapie

Een 21-jarige studente meldt zich bij de huisarts. Ze vertelt op een heftige, wat boze toon dat haar leven een puinhoop is. Ze heeft al maanden geen college gevolgd en dreigt dit jaar te weinig studiepunten te halen. De druppel die nu de emmer deed overlopen, is dat haar vriend het heeft uitgemaakt. Ze hadden vijf maanden verking en woonden sinds kort samen. Omdat zij bij hem was ingetrokken, staat ze nu op straat. Ze logeert bij verschillende vriendinnen. De patiënte slaapt slecht, heeft haar dag-nachtritme omgekeerd en is de laatste weken steeds meer gaan drinken, tot twee flessen wijn per dag.

Dilemma

De huisarts vraagt zich af of er naast het alcoholgebruik sprake is van andere klachten, zoals stemmingsklachten of meer in de persoonlijkheid verankerde problematiek? Moet hij zich nu eerst op het overmatige alcoholgebruik en de schok van de relatiebreuk richten en pas daarna zien wat er aan problemen overblijft?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

De huisarts besluit om eerst een nadere indruk te verkrijgen van wat er allemaal speelt.

Anamnese

De patiënte vertelt dat ze zich vaak boos of leeg voelt. Ze heeft zich in het verleden, nadat een eerdere relatie was beëindigd, zo ellendig gevoeld dat ze een eind aan haar leven wilde maken. Ze heeft toen een hand vol pillen ingenomen, maar werd gewoon weer wakker en heeft toen verder geen extra hulp gehad. In de afgelopen zes jaar heeft ze ongeveer vijf relaties gehad, steeds was ze tot over de oren verliefd, maar na ongeveer een halfjaar kreeg ze steeds meer

ruzie met haar partner en meestal was de relatie binnen het jaar voorbij. Ze heeft nog een heel andere klacht: soms heeft ze het idee dat ze niet helemaal 'erbij' is: Ze vertelt ze dat ze een keer in de bus zat en pas een halte voor het eindpunt erachter kwam dat ze al een tijd geleden uit had moeten stappen.

Dilemma

Nu rijst de vraag: gaat het vooral om psychiatrische problematiek zoals middelengebruik, dissociatie of stemmingsklachten? Of gaat het, gezien het terugkerende patroon, eerder om een persoonlijkheidsproblematiek in het kader waarvan de klachten te begrijpen zijn?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

'Mensen met een persoonlijkheidsstoornis die behandeling zoeken, hebben vaak last van lichamelijke gezondheidsproblemen of van psychische problemen zoals angst, depressie, verslaving, eetprobleem, ADHD of posttraumatische stressstoornis (PTSS). De relatie tussen de persoonlijkheidsstoornis en de comorbide stoornis(sen) is veelal complex.'



Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, hoofdstuk 2.
Over persoonlijkheidsstoornissen.

Ook dissociatieve symptomen, depersonalisatie, er niet helemaal bij zijn, kunnen onderdeel zijn van een persoonlijkheidsstoornis.

Door de symptomen die de patiënte presenteert, overweegt de huisarts dat vier psychiatrische stoornissen in dit geval een rol kunnen spelen: een stoornis in alcoholgebruik, een dissociatieve stoornis, een stemmingsstoornis of een borderline-persoonlijkheidsstoornis.

De huisarts besluit dat hij nog te weinig gegevens heeft om tot een diagnose te komen en wil de week erna een langer durende afspraak maken voor een uitgebreide anamnese. De patiënte is daar niet blij mee; ze had gehoopt meteen een duidelijk advies en liefst ook medicatie te krijgen om beter te slapen. De huisarts stelt voor om gedurende een week temazepam 10 mg als slaapmedicatie voor te schrijven, maar vindt wel dat de patiënte dan haar alcoholgebruik moet stoppen, ook vanwege de slaapverstorende werking van alcohol. De patiënte reageert furieus: het gesprek heeft maar tien minuten geduurd, hoe kan de huisarts dan een uitspraak doen over stoppen met drinken? Weet de arts eigenlijk wel hoe moeilijk zij het 's avonds heeft, hoe alleen ze is, en dat

een glaasje wijn dan het enige is dat nog helpt? In het verleden heeft ze wel andere dingen gedaan, zoals zichzelf snijden; is dat dan nu weer de bedoeling? Ze loopt woedend de spreekkamer uit, de huisarts ietwat verbijsterd achterlatend.

Statusmentalisonderzoek

Na drie dagen blijkt dat de patiënte opnieuw een afspraak heeft gemaakt. De huisarts zorgt ervoor dat hij wat meer tijd heeft voor het gesprek. De patiënte begint met haar excuses aan te bieden voor haar overhaaste vertrek; ze was boos over de suggestie dat ze alcoholiste was. Ze heeft zelf geprobeerd minder te drinken en dat ging best; de afgelopen dagen hooguit een fles wijn per dag. De huisarts complimenteert haar hiermee en legt uit dat hij nog wat meer over haar voorgeschiedenis wil vragen.

Dilemma

Een biografische anamnese afnemen kost vrij veel tijd, zeker in een huisartsenpraktijk, en de patiënte heeft al zoveel actuele problemen. In hoeverre is de voorgeschiedenis eigenlijk relevant voor de diagnostiek?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Kennis over de context en voorgeschiedenis is relevant voor een goede diagnostische formulering. Zorgstandaard *Persoonlijkheidsstoornissen*: 'De diagnostische formulering is een beschrijving van de patiënt en zijn problemen in zijn unieke individuele context, ook wel de 'casusconceptualisatie' genoemd. Voor de indicatiestelling is het van groot belang om naast de classificatie ook het persoonlijke verhaal van de patiënt en zijn sociale en maatschappelijke context in kaart te brengen. Deze kunnen de mogelijkheden voor behandeling bepalen en het beloop ervan beïnvloeden (verfijnde diagnostiek). Relevante factoren zijn onder meer de voorgeschiedenis (bijvoorbeeld vroegkinderlijke traumatisering, schoolervaringen, recente levensgebeurtenissen), woonsituatie, financiën (schulden), opleiding en/of werk, kwaliteit van het sociale netwerk en sociale relaties, zorg voor kinderen en naasten, lichamelijke gezondheid, somatische comorbiditeit en medicatiegebruik.'



Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, hoofdstuk 4. Diagnostiek en monitoring, 4.1 Diagnostiek, 4.1.5 Behandelkeuze.

De patiënte blijkt vaker bij de ggz in behandeling te zijn geweest, voor het eerst toen ze naar de middelbare school ging en gepest werd. In die tijd gingen haar ouders scheiden. Niet dat ze dat erg vond, want haar vader kon niet van haar afblijven en kwam elke week wel een keer 's nachts bij haar in bed; dan moest zij lief tegen hem doen en dat deed ze dan maar, omdat hij haar daarna vaak verwende met cadeautjes. Haar twee jongere broertjes waren daar jaloers op.

Toen vader weg was, werd het niet veel beter: haar moeder kreeg een aantal opeenvolgende partners die zich met haar bemoeiden en soms ook handtas-telijk werden. Daar was ze niet van gediend. Op haar vijftiende liep ze weg van huis en trok tijdelijk bij haar vriendje in. Daar schrok haar moeder erg van; ze voerden opnieuw gesprekken bij een psycholoog en toen heeft ze het voor elkaar gekregen dat haar moeders vriend vertrok en moeder meer aandacht aan haar schonk. Toch was ze blij dat ze op haar achttiende op kamers kon gaan wonen. Ze genoot van haar vrijheid: ging veel uit, dronk regelmatig te veel en kreeg alweer snel een vriendje. Hij bleek echter een beetje saai, vond zijn studie belangrijker dan haar. Toen het uit was, had ze het een tijd erg moeilijk en ze merkte dat in haar arm krassen met glas of een scheermesje tot het ging bloeden haar opluchting gaf. Toen ze na enkele maanden een nieuw vriendje kreeg, ging het beter. Ze had een paar keer een relatie van een paar maanden, maar steeds ging het weer uit. Toen ontmoette ze haar laatste vriend, en was ze voor het eerst heel erg verliefd. Ze ging minder drinken en behaalde een aantal tentamens. Joost bleek echter heel jaloers. Als ze naar een andere man keek, maakte hij daar een toestand van. Ze hadden veel ruzie, maar meestal maakte een van de twee het weer goed. Daarna hadden ze het weer een tijdje fantastisch. Drie weken geleden heeft hij het echter definitief uitgemaakt: want ze zou manziek zijn en niemand zou het bij haar uithouden. Nadat hij vertrokken was, slikte ze een hand vol aspirines. Maar ze werd de volgende ochtend gewoon weer wakker.

Differentiaaldiagnostiek

Uit deze biografische anamnese blijkt dat de patiënte voldoet aan zeker zes van de negen criteria voor een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Dat is geen nieuws voor haar: ze heeft er al over gelezen, kent de patiëntenvereniging en vermoedt zelfs dat haar studiekeuze (psychologie) ook wel te maken heeft met de behoefte om zichzelf beter te begrijpen. De huisarts stelt voor om haar te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz voor verdere diagnostiek en behandeling. Hoewel de patiënte negatieve verhalen heeft gehoord over 'de

ggz', gaat ze akkoord met de verwijzing. Ze vraagt wel of ze alvast medicatie kan krijgen; zou methylfenidaat niet iets voor haar zijn?

Etiopathogenetische overwegingen

De patiënte vertelt dat zij tussen haar tiende en dertiende door haar vader seksueel is misbruikt. In die tijd werd ze ook gepest op school. Op haar dertiende zijn haar ouders gescheiden, overigens niet vanwege de incest; dit heeft ze haar moeder pas jaren later verteld. Haar moeder had daarna veel wisselende partners, waarvan sommigen ook niet van haar af konden blijven. Ze heeft zich onveilig gevoeld bij haar moeder, en voelde zich eigenlijk nooit gesteund door haar.

Behandeling

Dilemma

Welke behandeling is nu het meest aangewezen voor een studente met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, middelenafhankelijkheid en seksueel misbruik in de voorgeschiedenis? Geldt hier klein en klachtgericht beginnen (en wat zou dan de focus zijn?), of moet de behandeling gericht zijn op de persoonlijkheidsstoornis?

Wat adviseert de kwaliteitsstandaard?

Volgens de Zorgstandaard *Persoonlijkheidsstoornissen* is gezien de complexiteit van persoonlijkheidsstoornissen in beginsel gespecialiseerde behandeling nodig, dat wil zeggen: behandeling door een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Deze beroepsgroepen zijn opgeleid om complexe (persoonlijkheids)problematiek te behandelen.



Zorgstandaard *Persoonlijkheidsstoornissen*, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.9 Psychologische en psychotherapeutische behandeling.



Generieke module Psychotherapie, hoofdstuk 6. Organisatie van zorg, 6.2 Betrokken hulpverleners, 6.2.1 Psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater

Volgens de Zorgstandaard *Persoonlijkheidsstoornissen* worden er vier vormen van psychotherapie aanbevolen, de zogenoemde 'BIG 4': dialectische gedragstherapie (DGT), gericht op de affectregulatie, *mentalisation-based treatment* (MBT), gericht

op het gevoelsmatig begrijpen van zichzelf en anderen, schematherapie (ST), gericht op denkpatronen en verhouding tot anderen en *transference-focused psychotherapy* (TFP), gericht op het gevoelsmatig begrijpen van zichzelf in relatie tot anderen. Het zijn alle vier intensieve (tweemaal per week) vormen van psychotherapie die hun werkzaamheid hebben bewezen. Hoewel deze behandelingen ook in de vorige multidisciplinaire richtlijn werden aanbevolen, zijn ze echter niet in elke instelling of regio beschikbaar.



Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, hoofdstuk 5. Behandeling en begeleiding, 5.9 Psychologische en psychotherapeutische behandeling.

De huisarts verwijst de patiënte naar een ambulante afdeling van een ggz-instelling, waar zij wordt doorverwezen naar de afdeling psychotherapie. Daar start ze met individuele gesprekken met een mannelijke behandelaar, helaas niet volgens een van de evidencebased protocollen. Al snel ontstaat er een idealiserende en seksualiserende overdracht: ze wordt verliefd op hem en denkt dat hij hetzelfde voelt voor haar. Ze is teleurgesteld als hij die gevoelens niet beantwoordt, maar wel met haar wil bespreken wat haar verliefdheidsgevoelens voor haar betekenen. Ze vertelt hier iets over en als zij nogmaals vraagt of hij echt geen speciale gevoelens voor haar koestert, ontkent hij dat. De patiënte wordt woedend en verbreekt de behandeling. Enkele dagen later wordt ze met spoed opgenomen op de spoedeisende hulp (SEH)-afdeling omdat ze fors in haar polsen heeft gekrast. Ze wordt met een inbewaringstelling/gedwongen opname opgenomen in een ggz-instelling en haar wordt voorgesteld mee te doen aan het stabilisatieprogramma van de dagbehandeling.

Beloop

Met ups en downs doorloopt de patiënte het dagbehandelprogramma. Ze bezoekt haar huisarts met enige regelmaat, vaak met lichamelijke klachten, zoals pijn in haar schouders of met vermoeidheidsklachten. Ze krijgt geen medicatie voorgeschreven. Ze drinkt veel minder alcohol, maar voelt zich vaak somber, leeg en moe. Ze vraagt zich af of het leven ooit nog leuk wordt. Er zijn geen heftige crises meer, maar als dit alles is, vindt ze het leven maar knap saai. Ze vraagt zich af of 'borderline' ooit overgaat. Bovendien: als ze ooit nog een relatie wil en kinderen, kan dat dan? Kan ze wel een goede moeder zijn?

Beloop op lange termijn

Met vallen en opstaan vindt de patiënte een stabiel levenspatroon. Ze vindt een partner die wat ouder is dan zij en soms een vaderlijke houding tegenover haar inneemt; soms wordt ze daar boos over maar hij kan dat goed verdragen. Er zijn periodes dat ze haar leven saai vindt, maar tegelijk wil ze niet terug naar de periode van crises en opnames. Al met al geeft ze haar leven nu een 7 op een schaal van 1 tot 10: niet flitsend maar wel goed leefbaar.

Epiloog

Hoewel dit beloop een realistisch beeld geeft van de meeste beschikbare behandelingen, betreft dit niet een behandeling zoals aangewezen volgens de zorgstandaard die vier protocollen aanwijst voor evidencebased behandeling: dialectische gedragstherapie (DGT), *mentalisation-based treatment* (MBT), *transference-focused psychotherapy* (TFP) of schematherapie (ST). Als een van deze behandelingen meteen waren ingezet, is de prognose gunstiger dan bovenstaand resultaat.