

Bijlage bij de Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen, hoofdstuk 5 (Individueel zorgplan en behandeling)

Versie 19 februari 2020

Transference Focused Psychotherapie (TFP) voor de behandeling van patiënten met DIS/AGDS		
Wat houdt Transference Focused Psychotherapie (TFP) voor DIS in?	TFP is een psychodynamische psychotherapie van 2 zittingen in de week, die voorafgegaan wordt door een 'contractfase' waarin afspraken gemaakt worden over acting-out (zoals automutilatie, suïcidaliteit, geweldpleging, binge-eating of juist hongeren, middelengebruik, etc.). Dit gedrag wordt begrensd om te kunnen onderzoeken welke gevoelens er achter schuil gaan. In TFP bepaalt de patiënt waar hij het over wil hebben; de behandelaar focust op het hier en nu, op de therapeutische relatie in de kamer, op de overdracht en tegenoverdracht.	
Waar helpt het bij? (doel)	Integratie van gefragmenteerde delen van de identiteit, verbetering van het interpersoonlijke en sociale functioneren Voorkomen van terugkerende hiaten in het herinneren ; vermindering van traumagerelateerde symptomen; vermindering van comorbide problemen, zoals depressie, angst, middelengebruik, zelfbeschadiging, somatoforme dissociatie of somatoforme verschijnselen / klachten, suïcidaal gedrag.	
Etiologie & pathogenese DIS/AGDS	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over trauma als oorzaak van de stoornis?	TFP is gebaseerd op de object-relatie theorie. Uitgangspunt hiervan is dat onze innerlijke structuur en belevingswereld zich vormt in interactie met (belangrijke) anderen, meestal de ouders als primaire objecten. Gaandeweg de ontwikkeling raakt de persoonlijkheid geïntegreerd en raakt een kind veilig gehecht met veilige interne objecten. Vroege verwaarlozing en trauma kunnen dit proces echter verstoren. Daardoor raken interne subject-object relaties gefragmenteerd. Een trauma voegt daar nog eens een splijtende, dissociatieve invloed aan toe. Daardoor raken innerlijke 'zelf-en-ander dyades' afgesplitst en blijven zij afgesplitst van het geheel.
	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over de aanwezigheid van verschillende persoonlijkheidstoestanden?	Als behorend bij één geheel: de patiënt. Het kan zijn dat de therapeut gebruik maakt van een tekening om alle kanten van de persoon in beeld te krijgen. De therapeut is de verbindende factor door zijn relatie met de verschillende persoonlijkheidstoestanden. Deze worden a.h.w. aan elkaar 'uitgelegd', zodat onderling begrip, samenwerking en integratie wordt bevorderd.
	Hoe wordt binnen deze behandeling gedacht over dissociatieve amnesie?	Ernstig trauma binnen afhankelijkheidsrelaties in de kindertijd gaat gepaard met verstoring van geheugenfuncties. Bij DIS is er subjectief dissociatieve (dwz. functionele) amnesie tussen verschillende persoonlijkheidstoestanden. Dit kan de behandeling ernstig belemmeren, bijvoorbeeld als zelfdestructief gedrag, of bijv. vreetbuien behoren bij persoonlijkheidstoestanden die niet of moeilijk bereikbaar zijn in de psychotherapie.

Beschrijving behandeling	Welke rol neemt traumabehandeling in bij deze behandeling, en op welk moment?	Trauma, de herhaling daarvan komt naar voren in de vorm van reensceneringen in de interactie met de behandelaar; deze wordt bijvoorbeeld aangezien voor dader, of als niet-helpende 'bystander'. Trauma wordt dus allereerst bewerkt in de overdracht en tegenoverdracht. Aanvankelijk worden traumatische herinneringen weggehouden uit het bewustzijn. Maar trauma komt in TFP vroeg of laat als belastende herinneringen naar voren als er in de behandelrelatie vertrouwen groeit.. Psychodynamische behandelingen zijn per definitie openlegendend doordat gefocust wordt op het subjectief ervaren, op de binnenwereld dus.
	Hoe ziet het behandelproces eruit?	TFP is een psychodynamische psychotherapie van 2 zittingen in de week. Maar etiologische duidingen (dus naar het verleden) worden tot ver in de therapie achterwege gelaten. De eerste fase in de behandeling richt zich vooral op het begrenzen van acting-out (zelfdestructiviteit; suicidaliteit; eetproblemen etc.); ook worden de (wisselende) overdrachtsconstellaties besproken. Daardoor neemt het reflectief functioneren en het vertrouwen toe en agressiviteit neemt af. De innerlijke communicatie wordt bevorderd en gaandeweg worden aanvankelijk als separaat beleefde delen geïntegreerd in een groter geheel; dissociatie neemt daarmee af. Uiteindelijk kan het zijn dat er nog gericht exposure nodig is om traumatische herinneringen te integreren. Ook kan het blijken dat patiënten hiervan te zeer onregelmatig en dat volledige integratie niet haalbaar is. Desondanks is dan het dagelijks leven, relaties, werk etc. sterk verbeterd.
	Is de behandeling individueel of in een groep?	Individueel. Er zijn experimenten gaande met TFP in groepen, maar niet voor DIS.
	Is de behandeling (dag)klinisch en/of ambulant?	Ambulant
	Wat is de rol van medicatie?	Prettigste is als medicatie wordt afgebouwd, want medicatie dempt het gevoel, terwijl gevoel juist nodig is voor de behandeling.
	Is er een rol voor vaktherapie en zo ja, welke?	Niet nodig, maar zou wel kunnen
	Wat is de rol van naasten en/of lotgenoten?	Partners/ouders worden veelal uitgenodigd bij het begin van de behandeling. Het behandelmodel kent geen expliciete plaats voor lotgenoten; patiënten zijn hier vrij in.
	Hoe lang duurt de behandeling gemiddeld?	Bij enkelvoudige BPS drie jaar, bij DIS waarschijnlijk (veel) langer
	Zijn er contra-indicaties?	Niet bekend. Als mensen binnen een half jaar geen verbetering te zien geven, dan is de prognose minder gunstig.
	Wat zijn de voordelen van deze behandeling?	Men krijgt een evenwichtig innerlijk leven, veel meer contact en een verbetering in het maatschappelijk en relationeel functioneren.
	Wat zijn de nadelen van de behandeling?	Niet bekend / geen.

Evidentie voor effectiviteit behandeling	Wat is de evidentie voor behandeling van patiënten met DIS/AGDS?	DIS/AGDS: alleen systematische casuïstiek beschrijving van zeer agressieve kindsoldaten met DIS (Draijer & van Zon, 2013).
	Wat is de evidentie voor behandelingen van patiënten met een andere psychische stoornis?	Borderline persoonlijkheidsstoornis: TFP is aangetoond werkzaam bij BPS: 2 RCT's bij BPS al of niet met dissociatieve symptomen met verbetering zowel op symptoom niveau (agressie, suicidaliteit, affectregulatie, etc), als op structureel niveau (toename reflectieve functies, veiliger gehecht) (Clarkin e.a. 2007; Doering e.a. 2015)
Beschikbaarheid in NL	• Hoe lang al?	DIS/AGDS: sinds 1998 Borderline persoonlijkheidsstoornis: sinds 1995
	• Waar in Nederland?	In Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Groningen, Maastricht zijn opleidingen; zowel binnen de PT en KP en psychiatrie opleidingen, als vanuit TFP Nederland. TFP therapeuten zitten overal in Nederland.
	• Vergoeding door ziektekostenverzekering?	Ja (bij diagnose persoonlijkheidsstoornis)
Informatie	• Website	https://www.tfpnederland.nl/ https://istfp.org/
	• Instelling(en)/organisatie	Vereniging TFP Nederland
	• Toegankelijke lectuur/literatuur	Folder over TFP, een effectieve behandeling voor de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Referenties

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 196(5), 389-95.

Draijer, N. & P. van Zon (2013). Transference Focused Psychotherapy with former child soldiers: Meeting the murderous self. *Journal of Trauma and Dissociation*. 14(2):170-83.

Draijer, N., Nieuwe ontwikkelingen in Transference-Focused Psychotherapie. in *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 2015,4; blz 274-284.

Fischer-Kern, M. e.a. (2015). Transference Focused Psychotherapy: change in reflective function. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 173-4.

Hersh, R.G., Caligor, E., Yeomans, F.E. (2017) *Fundamentals of Transference-Focused Psychotherapy. Applications in Psychiatric and Medical Settings*, Springer

Levy, K.N., et al. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., & Kernberg, O.F. (2002), *A Primer of Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc. (Ned. Vertaling beschikbaar: 2004 Harcourt, Lisse).

Yeomans, F.E., J.F. Clarkin, & Kernberg, O.F. (2015), *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Yeomans, F.E. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused psychotherapy [Letter to the Editor]. *Archives General Psychiatry*, 64 (5), 609-10.