

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

NVVG



Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

Chronische Nierschade

Verzekeringsgeneeskundige protocollen

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis
Chronische nierschade

23 november 2009
Utrecht

Voorwoord

In uw handen heeft u één van de diagnosegebonden protocollen uit voorlopig de laatste serie van vier die het Verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI) voor de leden van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en haar beroepsgenoten heeft ontwikkeld. Deze serie bestaat uit protocollen voor darmkanker, diabetes mellitus, borderlinepersoonlijkheidsstoornis en chronische nierschade. In totaal zijn er nu twintig verzekeringsgeneeskundige diagnoseprotocollen ontwikkeld waarvan tien door de Gezondheidsraad en tien door het VGI.

De reacties uit het veld hebben er toe bijgedragen dat we de opzet van de protocollen enigszins hebben gewijzigd. De nadruk is meer komen te liggen op de praktijk. Daarbij is gebruik gemaakt van de op evidence gebaseerde kennis en expertise die in recente richtlijnen op het betreffende terrein zijn vervat. De protocollen zijn tot stand gekomen onder de bezielende leiding van een aantal commissies, waarbij de leden ook hun eigen deskundigheid hebben ingebracht. De brede combinatie van kennis en ervaring kan de verzekeringarts de nodige ondersteuning bieden bij de uitoefening van zijn vak. Bij de updates van de bestaande protocollen zullen we op dezelfde manier te werk gaan.

In 2010 gaan we als VGI verder met een nieuw type protocol dat nog meer is gericht op de kern van het werk van de verzekeringsarts; het beoordelen van de functionele mogelijkheden en het beoordelen van lopende behandeling en begeleiding van de cliënt in het kader van de claimbeoordeling. In dit behandelproces komen ook herstelmogelijkheden aan de orde. Herstelgedrag zal dan ook een eerste voorbeeld worden van zo'n vernieuwd protocol.

De ontwikkeling van deze voorlopig laatste serie diagnoseprotocollen was opnieuw mogelijk dankzij subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Maar vooral ook dankzij de zeer grote inzet van velen waaronder verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en deskundigen op het betreffende vakgebied en de enthousiaste begeleiding door het VGI.

Het bestuur van de NVVG spreekt opnieuw haar waardering uit over de kwaliteit van deze protocollen en wil ze dan ook graag in uw aandacht aanbevelen. Verdere verbetering is altijd mogelijk en uw reacties ontvangen wij dan ook graag voor de latere update.

Fred van Duijn,
voorzitter NVVG

Inhoud

Voorwoord 3

Verzekeringsgeneeskundig protocol Borderlinepersoonlijkheidsstoornis 7

A Onderzoek 9

B Beoordeling 13

Toelichting Verzekeringsgeneeskundig protocol Borderlinepersoonlijkheidsstoornis 15

1 Inleiding 17

2 De aandoening 19

3 Ontstaan, risicofactoren, beloop en prognose 23

4 Diagnose en behandeling 29

5 Werkhervatting 43

6 De verzekeringsgeneeskundige beoordeling 47

A Literatuur 57

B Commissies en commentaarronde 63

C Bijlagen specifiek:

1. Do's en don'ts 67

2. Adviezen voor de omgang met patiënten 69

3. Overdracht en tegenoverdracht 71

4. Verantwoording 75

Verzekeringsgeneeskundig protocol Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

- Dit protocol moet gelezen worden in samenhang met de *Algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen*. Daarin vindt u een toelichting op de bedoeling, structuur en beoogde toepassing van de protocollen.
- Van dit protocol kan gemotiveerd worden afgeweken.
- Dit protocol is bedoeld als een dynamisch document. Als er in de toekomst nieuwe inzichten komen, kan het nodig zijn het protocol te herzien. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde bepaalt (in overleg met belangrijke stakeholders) of en wanneer herziening noodzakelijk is. Doorgaans geldt een termijn van vijf jaar.
- Waar 'hij' en 'zijn' staat, kunt u ook 'zij' en 'haar' lezen.

Een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gekenmerkt door een combinatie van emotionele instabiliteit, impulsieve gedragingen, interpersoonlijke problemen en identiteitsproblemen. Het klinische beeld van de stoornis is zeer heterogeen en er is vaak sprake van comorbiditeit met een of meerdere andere persoonlijkheidsstoornissen, met stoornissen op As-I van de DSM-IV zoals een depressieve stoornis en/of een angststoornis, en met verslavingsproblematiek.

Dit protocol is opgebouwd op basis van de activiteiten die de verzekeringsarts verricht om een cliënt die een WIA-aanvraag heeft gedaan, te kunnen beoordelen. De inhoud van dit protocol is ook van toepassing voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden en de prognose na een langdurige periode van arbeidsongeschiktheid en voor de medische beoordeling in het kader van de Wajong.

A Onderzoek

1 Oriëntatie op aanwezige gegevens

De verzekeringsarts die weet of vermoedt dat een cliënt lijdt aan een BPS, beoordeelt aan de hand van het re-integratieverslag en/of andere beschikbare gegevens de onderstaande aspecten:

- Aard en ernst van de klachten en ervaren beperkingen
 - Wat waren de klachten en beperkingen bij de aanvang van de verzuimbegeleiding? Was er ook sprake van dezelfde of vergelijkbare klachten voor aanvang van het ziekteverzuim? Is er sprake geweest van een opvallende wisseling in de aard en de ernst van de klachten in de loop van de tijd?
 - Is er sprake geweest van een opmerkelijk patroon van instabiele interpersoonlijke relaties in de privé-situatie, op het werk of in andere functionele relaties?
 - Is er sprake geweest van gedrag dat (potentieel) schadelijke lichamelijke en financiële gevolgen voor cliënt heeft gehad, of kon hebben?
 - Diagnostiek
 - Welke diagnose(n) is (zijn) er gesteld en door wie? Aan de hand van welke criteria is de diagnose gesteld?
 - Is er sprake van comorbiditeit, bijvoorbeeld met andere persoonlijkheidsstoornissen, middelengebruik, depressie, angst en/of somatische ziekten?
 - Zijn in het verleden nog andere diagnoses gesteld waarvan aannemelijk is dat deze in verband gebracht kunnen worden met de BPS?
 - Behandeling en begeleiding
 - Heeft de bedrijfsarts overlegd met de huisarts/behandelaar? Zo ja, wanneer en wat was de uitkomst van dit overleg?
 - Heeft de bedrijfsarts bij stagnatie van het herstel de diagnostiek verdiept, bijvoorbeeld door het aanvragen van een expertise of door consultatie van de tweede lijn?
 - Welke behandeling(en) is(zijn) er in de loop van de tijd geadviseerd? Welke psychotherapeutische behandeling en/of psychosociale begeleiding heeft de cliënt gekregen? Wat was het effect van de behandeling en begeleiding op de ernst van de klachten en op het sociaal functioneren? Welke behandeling en/of begeleiding krijgt de cliënt nu?
 - Voor welke somatische klachten en/of fysieke trauma's is de cliënt in de loop van de tijd behandeld?
 - Herstelgedrag en probleemoplossend gedrag van de cliënt
 - Wat is volgens de cliënt de oorzaak van zijn klachten en van de psychosociale problemen waarmee hij geconfronteerd wordt?
-

- Welke initiatieven heeft de cliënt tot nu toe zelf genomen om zijn leven ‘op orde’ te krijgen?
- Factoren die herstel en werkhervatting bevorderen of belemmeren
 - Wat was de aard van de werkzaamheden die de cliënt in de loop van de tijd heeft verricht? Is er sprake geweest van een langer durende periode waarin hij stabiel gefunctioneerd heeft?
 - Is er een patroon herkenbaar tussen de arbeidsinhoud en arbeidsomstandigheden en de aard en ernst van de klachten van de cliënt?
 - Wat is gedaan om belemmeringen weg te nemen en welke aanpassingen zijn er gedaan?
- Werkhervatting
 - Hoe heeft de bedrijfsarts in de loop van de tijd de functionele mogelijkheden beoordeeld?
 - Waren de bedrijfsarts, de werknemer en de werkgever het eens over de belastbaarheid en de aanpassingen? Is er beroep gedaan op een deskundigenoordeel?
 - Wat hebben werkgever en werknemer gedaan om werkhervatting mogelijk te maken?
 - Is tijdig gereageerd op stagnatie van de re-integratie en is het plan van aanpak bijgesteld? Is bij stagnatie van het herstel de diagnostiek verdiept?

2 Beoordelingsgesprek

Cliënten met een BPS hebben een kwetsbaar en instabiel zelfbeeld. In hun contact met andere mensen zijn ze op zoek naar bevestiging en steun, maar ook naar signalen die in hun beleving duiden op een afwijzing. Dit versterkt overdracht en tegenoverdracht bij zowel de cliënt als de arts. De cliënt kan impliciet of expliciet begrip en steun vragen voor zijn lijden en een moreel oordeel over zichzelf en zijn gedrag uitlokken. De verzekeringsarts kan zich snel uit het lood geslagen voelen en het gevoel hebben dat de cliënt hem bekritiseert, of hij kan zich juist aangetrokken voelen tot de cliënt. Hij kan in de verleiding komen om een moreel oordeel te hebben over de impulsiviteit en het inconsistente en het soms zelfbeschadigende gedrag van de cliënt.

Ook voor ervaren therapeuten is het vaak moeilijk om een goede balans te vinden tussen betrokkenheid en een respectvolle bejegening zonder waardeoordeel. De verzekeringsarts kan in het gesprek het makkelijkst neutraal blijven door zijn emoties onder ogen te zien en daar op een evenwichtige manier mee om te gaan. Hij moet voldoende rust en tijd nemen voor het gesprek en op een gelijkwaardige manier met de cliënt op zoek gaan naar patronen in diens leven.

In het beoordelingsgesprek verzamelt de verzekeringsarts de gegevens die hij nodig heeft voor een multifactoriële analyse van de problematiek van de cliënt. Hij besteedt aandacht aan de volgende factoren:

- De visie van de cliënt op
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in werk;
 - zijn mogelijkheden en beperkingen in het persoonlijk en sociaal functioneren;
 - zijn mogelijkheden voor eigen en ander werk;
 - de oorzaken van het uitblijven van medisch herstel en werkhervatting;
 - zijn huidige behandeling en in welke mate deze bijdraagt aan zijn belastbaarheid en welbevinden;
 - de gewenste arbeidsomstandigheden of aanpassingen in de werkomgeving, onder welke omstandigheden denkt de cliënt dat hij het beste kan werken;
 - wat hij zou kunnen doen om zijn functionele mogelijkheden te verruimen;
 - de betekenis van (betaalde) arbeid in zijn leven.
- Lacunes in de aanwezige gegevens over de voorgeschiedenis en biografie, voor zover relevant voor de beoordeling.
- Actuele functionele mogelijkheden, onder meer door te vragen wat de cliënt op verschillende dagen doet, onder welke omstandigheden in het dagelijks leven en in het werk zijn klachten toenemen of afnemen en door te informeren naar de gevolgen van de klachten voor de verschillende levensgebieden.
- Herstelbelemmerende factoren in de privé-, werk- en zorgomgeving.
- Actueel herstelbevorderend en probleemoplossend gedrag.

3 Medisch onderzoek; anamnese

Met de anamnese krijgt de verzekeringsarts meer inzicht in de disfunctionele patronen van de cliënt over een langere periode op verschillende levensgebieden. Ook tracht de verzekeringsarts inzicht te krijgen in de lijdensdruk en de ervaren klachten en/of ervaren beperkingen van de cliënt onder verschillende omstandigheden. Dit inzicht kan aangrijpingspunten geven waarmee de arts de uitlokkende en verergerende factoren van de stoornis kan beoordelen. De ervaren lijdensdruk kan soms ook een handvat bieden voor de motivatie voor verdere behandeling en begeleiding.

In de anamnese kunnen daarbij de volgende aandachtspunten aan de orde komen:
arbeidsverleden en opleiding;
huidige leefsituatie en verleden;
hulpverleningsgeschiedenis;
conflicten;
persoonlijke waarden.

4 Overleg met derden

Als de cliënt wordt behandeld voor zijn persoonlijkheidsproblematiek, wint de verzekeringsarts in overleg met de cliënt informatie in, tenzij hij over recente en kwalitatief goede informatie van de behandelende sector beschikt. Hij wint ook informatie in als de cliënt daarom verzoekt.

5 Onderzoek door derden

De verzekeringsarts overweegt een (psychiatrische) expertise, als hij:

- onvoldoende psychiatrische gegevens heeft voor een goede beoordeling;
- twijfelt aan de diagnose;
- vermoedt dat een nog niet vastgestelde comorbiditeit het functioneren belemmert;
- vermoedt dat de behandelmogelijkheden nog niet of onvoldoende benut zijn.

Een expertise wordt bij voorkeur uitgevoerd door een psychiater met relevante ervaring op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen.

B Beoordeling

1 Sociaal-medische voorgeschiedenis (6.1)

- De verzekeringsarts vormt zich op basis van de in het onderzoek verzamelde gegevens een beeld van de ernst van de persoonlijkheidsstoornis en de disfunctionele patronen in het leven van de cliënt en, als daar sprake van is, in het bijzonder in diens arbeidssituatie. Hij doet dat in de wetenschap dat er weliswaar overeenkomsten zijn tussen disfunctionele patronen van cliënten met een BPS, maar dat hierbij ook sprake is van een grote individuele variatie en dat comorbiditeit vaak een belangrijke rol speelt in het beloop en de uitingen van de ernst van de stoornis.
- Hij betreft de analyse van de stagnatie van het herstel bij zijn evaluatie van de re-integratie-inspanningen in het kader van de poortwachertoets.
- De verzekeringsarts kan concluderen dat niet alle kansen voor re-integratie in arbeid benut zijn.

2 Functionele mogelijkheden (6.2)

De belangrijkste beperkingen als gevolg van een BPS liggen in het algemeen op het interpersoonlijk vlak van het sociaal functioneren. Er zijn echter ook minder op de voorgrond trekkende stoornissen die het functioneren in arbeid kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld aandachtsstoornissen, cognitieve flexibiliteit, de planning en uitvoering van handelingen en geheugen. In de praktijk is de verzekeringsarts voor zijn beoordeling in de eerste plaats aangewezen op een weldoordachte analyse van de tekorten in het functioneren op individueel niveau. Hij maakt hierbij gebruik van wat bekend is over de kenmerkende pathologische patronen die aan de BPS ten grondslag liggen en van de onderbouwende theorieën daarvan. De werkgroep heeft in paragraaf 6.2 voor een aantal items van de functionelemogelijkhedenlijst (FML) getracht enkele handvatten te geven die de verzekeringsarts kunnen helpen om de mogelijkheden en beperkingen bij een cliënt met een BPS te formuleren en te beargumenteren. Daarbij passen wel enkele kanttekeningen. Ten eerste moet de verzekeringsarts zijn keuze altijd motiveren op basis van het individuele profiel van de BPS van zijn cliënt. Met name bij het sociaal functioneren zal de verzekeringsarts de beperking(en) die hij selecteert, vaak moeten toelichten. In de tweede plaats zal er in de praktijk vaak sprake zijn van comorbiditeit. Een aantal comorbiditeiten hangt weliswaar vaak samen met een BPS, maar mag daar niet mee gelijkgesteld worden. Wellicht ten overvloede wordt erop gewezen dat de opsomming in de toelichting niet uitputtend is.

3 Te verwachten beloop (6.3)

Voor advies over het te verwachten beloop maakt de verzekeringsarts gebruik van het beloop in het functioneren over de voorgaande twaalf tot achttien maanden, in het bijzonder van het sociaal functioneren in brede zin. In het algemeen treedt in de loop der jaren enig herstel op van verschillende symptomen. Het herstel in het functioneren loopt hierbij echter veelal achter. Langdurige behandeling kan het herstel bevorderen, maar er zijn ook cliënten die ondanks adequate behandeling onvoldoende herstellen om in arbeid te kunnen functioneren.

4 Behandeling en begeleiding na twee jaar ziekteverzuim (6.4)

Het is mogelijk dat na de wachttijd van twee jaar nog niet alle opties voor verbetering van het functioneren benut zijn. Bijvoorbeeld als de cliënt nog geen gebruik heeft gemaakt van behandelingen waarvan bekend is dat deze effectief zijn. Van de verzekeringsarts kan niet verwacht worden dat hij de deskundigheid heeft om een definitieve uitspraak over de prognose na behandeling te doen. Daarvoor is vrijwel altijd informatie nodig van de behandelende sector, gevraagd in samenspraak met de cliënt.

Bij de beoordeling in het kader van de Wajong moet de verzekeringsarts ervan uitgaan dat de cliënt weliswaar bedreigd is in zijn verdere ontwikkeling, maar dat met een goede begeleiding en behandeling nog voldoende herstel mogelijk is om op enig moment in het arbeidsproces te kunnen participeren. Bij een aanvraag voor een Wajong-claim op latere leeftijd kan dat anders liggen. De beoordeling van deze cliënten is op dit punt meer te vergelijken met een beoordeling in het kader van de WIA.

Toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

1.

Inleiding

Het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borderlinepersoonlijkheidsstoornis* biedt een handreiking aan verzekeringsartsen voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Dit kunnen werknemers en vangnetters zijn, maar ook cliënten die (nog) geen arbeidsverleden hebben. Het protocol behandelt in *A Onderzoek* de verzameling van gegevens die de verzekeringsarts voor zijn beoordeling nodig heeft. In *B Beoordeling* komen de vier aspecten aan bod die de verzekeringsarts moet beoordelen, te weten:

- de sociaal-medische voorgeschiedenis;
- de functionele mogelijkheden;
- het te verwachten beloop;
- de begeleiding.

Het protocol sluit aan bij de *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008)*, het *Handboek persoonlijkheidspathologie (2007)* en de NVAB-richtlijn *Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen (2007)*.^{1,2,3} Deze toelichting bij het verzekeringsgeneeskundig protocol *Borderlinepersoonlijkheidsstoornis* geeft in kort bestek een systematisch overzicht van de medische kennis die nodig is om het protocol goed te begrijpen. Daarbij komen, met name waar het gaat over behandeling en werkhervatting, ook vormen van medisch handelen aan de orde. Deze oefent de verzekeringsarts in de regel niet zelf uit, maar hij moet hiervan de principes kennen om zijn beoordelingstaken goed te kunnen vervullen.

De aandoening

In dit hoofdstuk vindt u alle relevante gegevens over de BPS: een omschrijving van de kenmerken van de aandoening, epidemiologische gegevens en de bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid.

2.1 Kenmerken

Een BPS is een psychiatrische stoornis met de algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis en tevens door een pervasief (alle aspecten van het leven doordringend) patroon van instabiliteit van gevoelens, interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en van de controle van impulsen (4.3.3). Hiervoor wordt ook wel de term ‘stabiel onstabiel’ gebruikt. Iemand met een BPS kan op relatief kleine gebeurtenissen in de interpersoonlijke sfeer inadequaaat en impulsief reageren, bijvoorbeeld met heftige stemmingswisselingen, ongecontroleerde woedeaanvallen, voorbijgaande waanachtige gedachten of dissociatieve verschijnselen.^{4 a} Ook zelfbeschadigend gedrag komt veel voor en er is een sterk verhoogd risico van suïcide. Bij deze stoornis is vaak sprake van comorbiditeit (waaronder actuele verslavingsproblematiek) en verder gaat de stoornis vaak gepaard met veelvuldig gebruik van zorgvoorzieningen en een verminderde kwaliteit van leven. BPS kan ernstige beperkingen geven in het persoonlijk, sociaal en beroepsmatig functioneren.

^a Dissociatieve verschijnselen zijn: depersonalisatie en derealisatie. Deze blijven bij mensen met een BPS meestal beperkt tot situaties die zij als stressvol ervaren.

Het klinisch beeld hiervan kan zeer divers zijn. Enerzijds zijn er mensen met meervoudige psychiatrische symptomatologie, met cognitieve beperkingen en een turbulent, maar verschaald sociaal leven. Anderzijds zijn er mensen die verhoogd kwetsbaar zijn en redelijk tot goed kunnen functioneren in voor hen gunstige omstandigheden. De stoornis kan zich in dat geval wel manifesteren onder omstandigheden die voor de persoon met BPS stressvol zijn.

Ondanks een grote diversiteit in de symptomatologie kunnen er drie hoofdgroepen van BPS onderscheiden worden. Op de voorgrond kunnen staan: ⁵

- Ontregeling van het affect. Dit kan zich bijvoorbeeld uiten in instabiliteit van de stemmingen, gevoelens van leegheid en boosheid.
- Onvoldoende controle op het gedrag. Dit uit zich in impulsiviteit en zelfbeschadigend gedrag.
- Instabiele interpersoonlijke relaties. Dit uit zich in intense en onstabiele relaties en vermijden van verlating.

Voor het classificeren van BPS wordt CAS-code P643 (Emotioneel instabiele persoonlijkheidsstoornis) gebruikt.

2.2 Epidemiologie

Er zijn verschillende schattingen van de prevalentie van BPS in Nederland. De cijfers lopen uiteen van 1,1 tot 1,7 procent.^{6,7} Deze getallen komen overeen met onderzoek in Noorwegen, Engeland en de VS.^{8,9,10} Bij internationaal onderzoek in de algemene bevolking worden gelijke prevalenties gevonden voor mannen en vrouwen.^{8,9,11} In tegenstelling daarmee worden in de meeste klinische studies echter een hogere prevalentie bij vrouwen gevonden dan bij mannen; de verhouding is ongeveer 3:1.¹² Onder psychiatrische patiënten in de tweede en derde lijn is het aantal mensen met een BPS oververtegenwoordigd. De schattingen lopen uiteen, maar het percentage zou tussen de 30 en 50 procent liggen.⁶

2.3 Bijdrage aan verzuim en arbeidsongeschiktheid.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de arbeidsproductiviteit en de arbeidsongeschiktheid van mensen met een BPS. In internationale studies naar het psychosociaal functioneren in meer algemene zin, worden arbeidsongeschiktheidspercentages tussen de 29 en 45 procent gevonden.^{13,14,15} In een Nederlands onderzoek met een populatie van 88 personen met BPS was 41 procent (n=36) arbeidsongeschikt. Van deze 36 personen waren er 28 volledig arbeidsongeschikt.^{16,17} Uitgaande van een prevalentie van 1,1 procent schatten de auteurs dat ongeveer 45.000 mensen met een BPS in Nederland volledig arbeidsongeschikt zijn en 6.000 gedeeltelijk.

Cijfers UWV WIA-beoordelingen over de periode januari 2006-juli 2008: totaal 92.000

	BPS (P643) eerste diagnose	Alle PS (P64) eerste diagnose	BPS eerste diagnose Aantallen omgerekend per twaalf maanden
	1.076 (1,2% van 92.000)	2.419 (2,6% van 92.000)	416
IVA	25 (2%)	77 (3%)	10
WGA 80-100%	511 (47%)	1030 (42%)	197
WGA 35-80%	159 (15%)	352 (16%)	61
WGA < 35%	381 (35%)	960 (40%)	147
Man-vrouw%	21-79%	37-63%	

Gerekend over een periode van totaal 31 maanden is bij 1076 cliënten als eerste diagnose een emotioneel instabiele persoonlijkheidsstoornis (P643) gecodeerd. De diagnose werd vier keer zo vaak bij vrouwen gesteld als bij mannen. In de helft van de gevallen werd de cliënt niet in staat geacht om te kunnen werken.

Om een vollediger beeld te krijgen van het aantal cliënten met een BPS moeten we ook naar de Wajong-populatie kijken. In 2006 kwamen 13.600 nieuwe cliënten voor een Wajong-uitkering in aanmerking; 14 procent stroomde in vanuit de bijstand.¹⁸ In bijna alle gevallen is sprake van volledige arbeidsongeschiktheid. De code voor de emotioneel instabiele persoonlijkheidsstoornis (P643) werd in de dertig belangrijkste diagnoses niet gebruikt. De codes voor overige specifieke persoonlijkheidsstoornissen (P648) (2,2 procent) en persoonlijkheidsstoornis (P649) (0,7 procent) werden wel gebruikt. Het is aannemelijk dat bij een aantal van deze cliënten sprake was van een BPS, maar terughoudendheid bij het stellen van de diagnose BPS bij jonge cliënten is wel begrijpelijk (zie 3.3.2).

Ontstaan, risicofactoren, beloop en prognose

In dit hoofdstuk vindt u meer informatie over de historische en de huidige opvattingen over de aard en het ontstaan van de stoornis (paragraaf 3.1). In paragraaf 3.2 worden de nu bekende risicofactoren kort besproken. Paragraaf 3.3 gaat uitgebreider in op het beloop van de stoornis; er wordt stil gestaan bij het beloop in de jeugd en de volwassenheid, de invloed van behandeling op het beloop en de relatie tussen herstel van klinische symptomen en het herstel van het functioneren.

3.1 Ontstaan

In het verleden zijn er vele theorieën ontwikkeld over het ontstaan en de aard van borderlinepathologie. De term borderline werd voor het eerst gebruikt in de jaren dertig van de vorige eeuw in de psychoanalytische literatuur. Soms werd de stoornis als een subcategorie van de neurose beschouwd, soms als een subcategorie van de psychose en ook wel als een zelfstandige entiteit. Lange tijd was er niet veel meer duidelijk over deze mensen dan dat zij ‘ergens tussen neurotisch en psychotisch functioneerden’. Deze plaatsbepaling heeft mede ten grondslag gelegen aan de naam ‘Borderline’. De oorzaak van BPS werd tot voor kort in hoofdzaak toegeschreven aan traumatische psychosociale omstandigheden, vooral seksueel misbruik en/of emotionele verwaarlozing in de vroege jeugd.

In de jaren tachtig van de vorige eeuw is het wetenschappelijk onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen geïntensiveerd (zie handboek p. 388). Inmiddels is duidelijk geworden dat

erfelijke componenten voor ongeveer de helft bijdragen aan het ontstaan van de stoornis.¹⁹ Ondanks belangrijke genetische invloeden kan de BPS het best begrepen worden als een multifactorieel syndroom, waarbij zowel genetische en neurobiologische als psychologische en sociale factoren in wisselende mate een rol spelen.^{20,21,22,23,24} De wisselwerking tussen omgeving en genetische opmaak leidt via de expressie van verschillende genen uiteindelijk tot een stabiel, individueel fenotype.

3.2 Risicofactoren

In het multicausale verklaringsmodel is sprake van een interactief en een wederkerig verband, van predisponerende, uitlokkende en in stand houdende factoren. De aard van de persoonlijkheidspathologie wordt voor een belangrijk deel bepaald door biologische factoren, maar het fenotype ontwikkelt zich ook door psychologische en sociale omstandigheden tijdens belangrijke ontwikkelingsfasen van het individu.²⁵ In de (vroege) jeugd kan dus sprake zijn van risicofactoren voor het ontstaan, maar er kunnen ook beschermende factoren zijn die het ontstaan tegenhouden of de stoornis minder ernstig maken. Als er op een gegeven moment sprake is van een stoornis, kunnen er ook risicofactoren zijn die de stoornis in stand houden en/of verergeren.

Risicofactoren voor het ontstaan

De meeste risicofactoren in de jeugd kunnen getypeerd worden als onveilige relaties voor het zich ontwikkelende kind.²⁵ Voorbeelden zijn langdurige emotionele verwaarlozing en seksueel en fysiek geweld. Andere risicofactoren zijn een zeer instabiele en vaak chaotische huiselijke omgeving, psychopathologie bij de ouders en het ontbreken van beschermende factoren. Hierbij worden verschillende soorten van psychopathologie van de ouders genoemd zoals BPS, antisociale persoonlijkheidsstoornis, verslaving, depressie en angststoornissen. De instabiliteit en onveiligheid hoeven zich niet te beperken tot de gezinssituatie, maar kunnen ook betrekking hebben op de omgeving, zoals verhuizingen, veranderingen van school, pesten en stigmatisering van het gehele gezin en het ontbreken van betekenisvolle personen buiten het gezin. Opgemerkt moet worden dat er niet altijd sprake hoeft te zijn van een traumatische voorgeschiedenis.^{25,26} Als er in de jeugd belangrijke steunfiguren zijn, dan kunnen deze een beschermende rol spelen.²⁷

In stand houdende en verergerende factoren

In principe kan iedere verandering in het leven van iemand met een BPS een risicofactor zijn voor het onderhouden of een toename van de klachten. Omdat iedere cliënt een unieke levensgeschiedenis heeft, moet op individueel niveau bepaald worden voor welke soort veranderingen hij het meest gevoelig is. Het is daarbij van belang te bedenken dat cliënten

de omstandigheden waaronder ze leven, zelf kiezen. Als die omstandigheden vervolgens leiden tot meer klachten, valt nauwelijks uit te maken wat de kip is en wat het ei. Om die reden is het een vereenvoudiging van de werkelijkheid om te zeggen dat bepaalde externe factoren altijd een risicofactor zijn. Op individueel niveau kan vaak nagegaan worden welke omstandigheden of trauma's in stand houdende en verergerende factoren zijn, en in welke omstandigheden iemand het beste functioneert. In de klinische praktijk wordt deze analyse ook gebruikt bij het opstellen van crisisprotocollen. De verzekeringsarts kan ook samen met de cliënt een analyse trachten te maken van risicofactoren en van factoren of omstandigheden die ervoor zorgen dat het werk wel goed vol te houden is.

3.3 Beloop en prognose

3.3.1 *Stabiel, maar niet onveranderlijk*

In de algemene definitie van het begrip persoonlijkheidsstoornis staat dat het moet gaan om een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen.²⁸ Deze voorwaarde wekt de indruk dat het gaat om een onveranderlijk, stabiel en persistent patroon. Longitudinaal onderzoek in de algemene bevolking laat gelukkig een gunstiger beeld zien van het natuurlijk beloop van BPS. Enig herstel in de loop van de tijd is eerder regel dan uitzondering. Mensen met een BPS zijn dus niet constant als het gaat om de ernst (kwantiteit) van de symptomen, maar wel voor de aard (kwaliteit) van de symptomen. Wie voornamelijk impulsieve symptomen heeft, zal die in de toekomst ook houden. Er komen ook steeds meer behandelingen bij, waarvan de effectiviteit goed is onderzocht, die het natuurlijk herstel kunnen versnellen.¹ Voor de verzekeringsarts is het van belang om onderscheid te maken tussen de betekenis van het woord 'duurzaam' zoals gehanteerd in de DSM en de definitie voor 'duurzame arbeidsongeschiktheid' zoals vastgelegd in de WIA.²⁹ Bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen staat 'duurzaam' voor stabiele persoonlijkheidskenmerken.

3.3.2 *Borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij jeugdigen*

In de DSM-IV-TR wordt gewaarschuwd dat de diagnose BPS bij jeugdigen met de nodige voorzichtigheid gesteld moet worden, maar er wordt geen leeftijdsgrens gesteld om de diagnose te kunnen stellen. Volstaan wordt met het criterium dat de trekken gedurende één jaar aanwezig geweest moeten zijn.³⁰ Hoewel de diagnose BPS bij jeugdigen voldoende betrouwbaar en valide gesteld kan worden, wordt dit in de jeugdpsychiatrie weinig gedaan.^{31,32} Twee van de redenen hiervoor zijn dat veel kinderen en adolescenten met psychopathologie een redelijke prognose hebben en dat de paden van problemen in de kindertijd of de adolescentie naar de volwassenheid zeer divers verlopen. In de praktijk wordt vaak afgezien van het stel-

len van de diagnose en wordt gesproken over ‘in hun ontwikkeling bedreigde jongeren’. De werkgroep is van mening dat de diagnose wel geaccepteerd moet worden, als deze door een psychiater gesteld is.

Een BPS uit zich bij jeugdigen vaak anders dan bij volwassenen. Bij jeugdigen blijken verlatingsangsten en ongecontroleerde woede de diagnose het best te voorspellen; impulsiviteit heeft de minst voorspellende waarde. Onderzoek naar de stabiliteit van de diagnose BPS van adolescentie tot in de volwassenheid toont aan dat ongeveer een derde van de jeugdigen met een BPS in de algemene bevolking na twee jaar nog aan de criteria voldoet.^{33,34} De cijfers van klinisch of ambulant behandelde adolescenten zijn hiermee vergelijkbaar: na twee tot drie jaar voldoet nog ongeveer 15 tot 35 procent aan de criteria van BPS.³⁵ Dat neemt niet weg dat er nog ernstige functioneringsproblemen kunnen zijn. Hoewel de symptomen in de loop van de tijd afnemen, is er een relatie tussen de ernst van de symptomen in het begin van de pubertijd en het functioneren op volwassen leeftijd.³⁶ Een van de mogelijke verklaringen is dat er een grote kans is op ontsporing van arbeidsrelaties en andere interpersoonlijke relaties als gevolg van de psychopathologie in de adolescentie en de vroege volwassenheid (*‘...patients experience ‘turbulent and unsuccessful transitions into the world of work, resulting in lower-prestige jobs, less job satisfaction, and less financial security in early adulthood’*).³⁷ Ander follow-uponderzoek onder jeugdigen laat zien dat er een sterk verhoogde kans is op het ontstaan van As-I-pathologie gedurende latere levensfasen. Genoemd worden angststoornissen, stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en stoornissen in de impulscontrole, maar een BPS kan ook overgaan in een andere persoonlijkheidsstoornis.^{35,38}

3.3.3 *Beloop in de volwassenheid*

Ook bij volwassenen neemt de ernst van de symptomen in de loop van de tijd af. Zonder behandeling voldoet per jaar ongeveer 4 procent niet meer aan de noodzakelijke criteria om de diagnose BPS te kunnen stellen.³⁹ Na tien jaar voldoet ongeveer de helft van de patiënten niet meer aan de criteria. Dit wil echter niet zeggen dat iemand die niet meer aan voldoende criteria voldoet om de diagnose BPS te kunnen stellen, geen stoornissen en beperkingen meer heeft. Het verlies van de classificatie kan niet gelijk gesteld worden met klinisch herstel. Van de patiënten met BPS die behandeld werden, was 35 procent na twee jaar in remissie, 50 procent na vier jaar, 68 procent na zes jaar, 78 procent na acht jaar en 82 procent na tien jaar.³³ Het is niet duidelijk wat precies de relatie is tussen de behandeling en het beloop, maar als het ‘spontane herstel’ in mindering gebracht wordt op de ‘behandeleffecten’, resteren grote ‘netto-effecten’.^{40,41,42} Ook voor de behandelde patiënten is het niet altijd duidelijk wat het effect is van het klinisch herstel op deelname aan reguliere arbeid. In een onderzoek is een positief verband gevonden voor het effect van ‘Mentalization-based Treatment’ (MBT)

op de deelname aan arbeid in vergelijking met ‘treatment as usual’ (zie ook paragraaf 4.5.3). Achttien maanden nadat de behandeling was beëindigd, werkte ongeveer de helft van de (ex-) patiënten in de MBT-groep; in de vergelijkingsgroep was dat minder dan 20 procent.⁴³

De volgende factoren voorspellen een slechte prognose:^{44,45}

- een lage GAF-score (paragraaf 4.3.3);
- misbruik van middelen;
- de ernst van de (kenmerkende) symptomen;
- seksueel misbruik in de jeugd.

Een gunstiger prognose wordt voorspeld door deze factoren:

- afwezigheid van misbruik in de jeugd;
- hoge intelligentie;
- bijzondere talenten;
- een goede loopbaan;
- afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis in cluster C;
- lage score op neuroticisme en een hoge score op ‘aangenaam in de omgang’.

Onderzoek naar situationele factoren die een gunstig beloop voorspellen, zijn schaars. Er zijn aanwijzingen dat een gunstige wending in de persoonlijke omstandigheden (bijvoorbeeld een nieuwe partner of het beëindigen van een spanningsvolle relatie) het functioneren soms sneller kunnen verbeteren.⁴⁶

3.3.4 *Gefaseerd herstel*

Er zijn goede aanwijzingen dat het beloop van het herstel niet voor alle symptomen gelijk verloopt. Impulsiviteit, automutilatie en suïcidaal gedrag verdwijnen het snelst. Het meest chronisch zijn de affectlabiliteit met hevige stemmingswisselingen, identiteitsproblemen en gevoelens van leegte. Derealisatie, depersonalisatie en de interpersoonlijke problemen zouden een middenpositie innemen.^{33,47} Hoewel bij veel patiënten in de loop van de tijd de diagnose BPS niet meer gesteld kan worden, wil dat niet altijd zeggen dat de beperkingen in het psychosociaal functioneren, waaronder interpersoonlijke relaties en arbeid, gelijktijdig herstellen.⁴⁸ Het wil ook niet zeggen dat patiënten die niet meer aan de classificatiecriteria voldoen, niet meer voor hulp of behandeling in aanmerking komen.⁴⁹ De geïndiceerde behandeling kan variëren van incidentele contacten tot dagbehandeling.

3.3.5 *Levensverwachting*

Mensen met een BPS hebben een verhoogde kans om vroegtijdig te overlijden. Het suïcide-risico is ongeveer vijftig keer zo groot als in de algemene bevolking. Ongeveer 10 procent van de patiënten overlijdt door suïcide, met een piek tussen het 30^{ste} en 37^{ste} levensjaar.⁵⁰ Verslaving en risicovol gedrag beïnvloeden de levensverwachting ook negatief.

Diagnose en behandeling

In dit hoofdstuk vindt u om te beginnen de aandachtspunten voor de diagnostiek. Daarbij maakt u kennis met mogelijke redenen voor het niet stellen van de diagnose BPS in de voorgeschiedenis en wordt gewezen op de veelvoorkomende beeldvorming over de mensen die aan deze stoornis lijden. Bij de beoordeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, en in het bijzonder met een BPS, bestaat het gevaar dat emotionele reacties van zowel de cliënt als de arts de beoordeling bemoeilijken. Om die reden wordt hierop in dit hoofdstuk uitgebreider ingegaan. Vervolgens worden u enkele handreikingen gedaan voor de anamnese. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de diagnostische criteria, veelvoorkomende comorbiditeit en de stand van zaken rond de behandeling van een BPS.

4.1 Aandachtspunten

4.1.1 *Diagnose BPS niet gesteld?*

In dit protocol wordt ervan uitgegaan dat de diagnose BPS in veel gevallen bekend is op het moment dat de verzekeringsarts zijn onderzoek verricht. Dat is echter niet altijd het geval. Soms vindt de verzekeringsarts in het dossier aanwijzingen dat er mogelijk sprake is van borderlineproblematiek zonder dat die diagnose expliciet is gesteld, bijvoorbeeld door overschaduwend comorbiditeit of door het atypische karakter van de klachten. Mensen met een BPS zoeken vaak hulp in de eerste en tweede lijn voor klachten over somberheid, angst en relatieproblemen, maar ook voor verslavingsproblematiek, somatoforme klachten en soma-

tische ziekten zoals geslachtsziekten of ongevallen. De verzekeringsarts beschikt dan alleen over informatie van medische klachten die het gevolg zijn van de stoornis, maar niet over de onderliggende oorzaak zelf, te weten de borderlineproblematiek. In de eerste lijn richt de behandeling zich immers vaak met name op de aanmeldingsklachten en niet op de onderliggende en onderhoudende persoonlijkheidsproblematiek.

4.1.2 *Beeldvorming*

Mensen met een BPS worden door familieleden vaak ervaren als moeilijk, veeleisend en aandacht zoekend. Hun instabiliteit uit zich namelijk vooral in sociale relaties.⁵¹ Hiervoor worden verschillende verklaringen gegeven. Zo zijn sommige professionals ervan overtuigd dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis zelf de regie voeren over hun stoornis. Een suïcidepoging wordt dan in de eerste plaats beschouwd als een vorm van ‘aandacht vragen’ en niet als een symptoom van de ziekte zelf. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn in hun ogen meer ‘bad’ dan ‘mad’. Lewis en Appleby zeggen hierover: *‘those labelled as personality disorder appear to be denied the benefits of being regarded as ill, but also denied the privilege of being regarded as normal.’*⁵² Als men gevoelig is voor het herkennen van negatieve beeldvorming, dan is dat een belangrijk hulpmiddel om de relatie, de diagnostiek, de behandeling en de beoordeling van iemand met een persoonlijkheidsstoornis te verbeteren.^{53,54}

4.1.3 *De relatie met de cliënt*

Bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis bestaat het gevaar dat in de therapeutische werkrelatie emoties een rol gaan spelen die niets of hooguit indirect met de behandeling te maken hebben. Er is geen reden om aan te nemen dat dit bij het onderzoek door de verzekeringsarts anders ligt. Uit onderzoek blijkt dat patiënten met een BPS bij de arts of therapeut vooral het gevoel oproepen van overdondering, desorganisatie, kritiek en incompetentie, maar soms ook een zekere (seksuele) aantrekkingskracht. Hij kan dan reactief gedrag gaan vertonen, zoals scherpe grenzen stellen, boosheid en onzekerheid uiten, geduld en aandacht verliezen. Maar een arts of therapeut kan ook juist een sterke bereidheid hebben om de cliënt te helpen en/of een ongepaste aandacht voor de cliënt tentoonspreiden.⁵⁵ Het gevolg kan zijn dat emotionele overwegingen de koers van de behandeling gaan bepalen en - analoog redenerend - de beoordeling door de verzekeringsarts.

De verzekeringsarts moet zich dit goed realiseren. De emoties van de cliënt zullen vrijwel zeker in de werkrelatie doordringen. De arts moet er echter voor zorgen dat zijn eigen

emoties erbuiten blijven. De beoordeling van de functionele mogelijkheden mag immers niet bepaald worden door de vraag wat de arts persoonlijk van de cliënt vindt en door de wijze waarop hij emotioneel aangesproken wordt. Wel kunnen relevante emotionele signalen van de cliënt gebruikt worden voor nader onderzoek, die vervolgens de argumentatie bij de beoordeling door de verzekeringsarts kunnen voeden.^{56 a} Het kan geen kwaad om tijdens het onderzoek van een cliënt met een persoonlijkheidsstoornis (i.c. BPS) een kritisch moment in te bouwen waarop de verzekeringsarts met enige distantie nogmaals zijn hypothese over de functionele mogelijkheden de revue laat passeren en toetst op gepastheid. Desgewenst kan hij de casus ook voorleggen aan een collega om hier samen naar te kijken.

4.2 Anamnese

4.2.1 Zoeken naar disfunctionele patronen

Een medische diagnose is voor de verzekeringsarts geen doel, maar wel een belangrijk hulpmiddel in zijn oordeelsvorming. Als er sprake is van een persoonlijkheidsproblematiek, kunnen DSM-criteria hierbij als een belangrijke gids fungeren. Deze gidsfunctie hoeft niet noodzakelijk te leiden tot een nauwkeurige classificatie, maar kan de arts wel helpen om disfunctionele patronen van een cliënt in kaart te brengen. Een van de voordelen van de DSM is dat een classificatie niet op etiologische gronden vastgesteld wordt, maar aan de hand van descriptieve criteria. De vraag hoe het komt dat iemand een bepaalde stoornis heeft of waarom hij zich op een bepaalde manier gedraagt, is voor de classificatie niet van belang. Net als de verzekeringsarts gaat de DSM er wel van uit dat er sprake moet zijn van stoornissen. De stoornissen zelf zijn in hun meest elementaire vorm, bijvoorbeeld in biomedische zin, vaak niet kenbaar, maar de gevolgen ervan kunnen wel zichtbaar zijn in het gedrag of in wat de cliënt over zijn gevoelens vertelt.

De DSM helpt de verzekeringsarts door voorbeelden te geven van disfunctionele gedragingen en disfunctionele gevoelens. Deze voorbeelden zijn niet uitputtend en kunnen aangevuld worden met analoge voorbeelden. Ook moet er volgens de DSM sprake zijn van een samenhangend patroon in de disfunctionele gedragingen en gevoelens. Omdat niet aan alle opgesomde criteria in de DSM voldaan hoeft te worden en de disfunctionele gedragingen niet uitputtend opgesomd worden, heeft ieder patroon een individueel karakter.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen arbeid en BPS. Toch kan de verzekeringsarts zich daar bij een individuele cliënt wel een voorstelling van maken door samen met de cliënt te zoeken naar disfunctionele patronen in situaties waarin arbeid verricht wordt.

^a Zie ook de specifieke bijlagen 1, 2 en 3.

De recente arbeidssituatie van een cliënt kan daarvoor een belangrijk aanknopingspunt zijn, maar vaak zal hij dat ook vanuit een breder perspectief moeten benaderen en hierbij arbeidssituaties uit het verleden moeten betrekken of situaties die vergelijkbaar zijn met het verrichten van arbeid. In deze speurtocht is het minder van belang óf er sprake is van een specifieke DSM-classificatie dan wel de vaststelling of er sprake is van een gestoord aanpassingsvermogen in een of meer specifieke situaties. Omdat het om een duurzaam patroon moet gaan, is patroonherkenning over een langere periode van belang. Het ‘dagverhaal’ moet hieraan aangepast worden en informatie geven over het dagelijks functioneren over een langere tijd. De werkgroep adviseert de verzekeringsarts om gegevens te verzamelen over het beloop van de voorgaande twaalf tot achttien maanden. Dit komt overeen met gebruikelijke follow-up-perioden bij behandelingen. Aan het beloop in deze periode kan de verzekeringsarts argumenten ontleenen over de stabiliteit van het ziektebeeld van de cliënt.

4.2.2 Welke vragen kunnen gesteld worden?

De attitude van de verzekeringsarts is vragend en niet oordelend, hij probeert zijn vragen zo feitelijk mogelijk te houden. Mensen met een BPS communiceren hoofdzakelijk op betrekingsniveau en luisteren nauwelijks naar de inhoud van het gesprek. Woorden worden zeer nauwlettend gewogen, waardoor toonzetting en timing van belang zijn. In verband met het kwetsbare zelfbeeld van cliënten met een BPS moeten vragen naar de motieven voor bepaalde handelingen en naar een psychologische reflexie op het handelen, zo veel mogelijk vermeden worden. Cliënten met een BPS kunnen in het algemeen ook minder goed de emoties van een ander inschatten.⁵⁷ Vermijd daarom ‘waarom’ vragen en stel zo veel mogelijk ‘wat’ vragen.

Voorbeelden van vragen

- Arbeidsverleden en opleiding
 - Inventariserend: welk werk, hoe lang, hoeveel verschillende functies/werkgevers?
 - Verdiepend: wat was de reden om te wisselen? Wat ging goed in welke baan? Eventueel: waren er collega’s waar u goed mee kon opschieten? Wat hielp dat het goed ging?
- School en opleiding: vergelijkbare vragen.
- Huidige leefsituatie en verleden
 - Inventariserend: huidige leefsituatie wonen, partner, kinderen, hobby’s.
 - Verdiepend: sinds wanneer hebt u uw huidige relatie, wat gaat goed, wat zou beter kunnen? Wat gaat goed met de kinderen, wat zou beter kunnen? Relaties in het verleden, op hoofdlijnen: hoeveel, wat ging goed en wat minder goed, wat zou u nu anders doen?

- Hulpverleningsgeschiedenis
 - Inventariserend: somatisch, psychologisch, psychiatrisch en sociaal.
 - Verdiepend: welke begeleiding nu? Helpt het, wat helpt? Begeleiding in het verleden? Waar (of bij wie), hoe lang en wat helpt goed bij u? Kunt u voorbeelden geven van momenten (of gebeurtenissen) waarop het minder goed met u ging? En voorbeelden van toen het wel goed ging? Hulpverlening voor somatische klachten. Bezoeken aan de afdeling spoedeisende hulp? Risicovol gedrag: hebt u wel eens middelen gebruikt of dingen gedaan waarvan u dacht, daar moet ik mee stoppen (alcohol, drugs, gevaarlijke dingen, gokken)?
- Conflicten, disfunctionele interpersoonlijke relaties (als dit nog onvoldoende aan de orde is geweest)
 - Met wat voor gedrag van de ander hebt u het meest moeite? Kunt u een voorbeeld geven? Hoe vaak gebeurt zoiets? Wat doet u als u dat overkomt? Kunt u een voorbeeld geven toen u er goed mee omging?
- Persoonlijke waarden (gedrag wordt mede bepaald door persoonlijke waarden en motieven)
 - Wat is voor u belangrijk in het leven? Kunt u een voorbeeld geven toen het voor uw gevoel allemaal op z'n plaats viel (goed zat)?

4.3 Diagnose

4.3.1 *Geen gouden standaard*

Er is geen gouden standaard om een persoonlijkheidsstructuur te meten of een normale of abnormale persoonlijkheidsstructuur vast te stellen.⁵⁸ Het is niet altijd mogelijk om nauwkeurig de grens tussen normaal en pathologisch gedrag te benoemen. Het verschil tussen persoonlijkheidsproblematiek en een persoonlijkheidsstoornis is vooral de kwantiteit van de klachten, niet de kwaliteit. Of bepaald gedrag pathologisch is, ligt niet alleen aan het gedrag zelf, maar ook aan de ernst van de gevolgen daarvan. De gevolgen van het handelen van mensen met persoonlijkheidsproblematiek zijn sociaal minder ontwrichtend dan die van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De draagkracht en het functioneren van mensen met persoonlijkheidsproblematiek zijn vaak afhankelijk van de situatie. Zo kan er sprake zijn van adequaat tot goed functioneren onder omstandigheden die voor de cliënt gunstig zijn, terwijl onder andere omstandigheden sprake is van tekorten.

Pathologische persoonlijkheidstrekken hebben drie gemeenschappelijke kenmerken:

- ze wijken af van de populatienorm binnen de (sub)culturele context van de persoon;
- ze zijn inflexibel of star en leiden tot sociale en/of functionele beperkingen;
- ze zijn bijna altijd extreme variaties van persoonlijkheidstrekken die in de algemene bevolking voorkomen (zoals jaloezie, wantrouwen en afhankelijkheid).⁴

Betrokkene zelf zijn trekken echter ‘normaal’ (egosyntoon) en niet van de norm afwijken. Dat wil niet zeggen dat iemand met pathologische persoonlijkheidstrekken niet lijdt onder de gevolgen van zijn tekortkomingen. De ernst van de klachten kan zeer grote gevolgen hebben, bijvoorbeeld suïcidaal en/of automutilerend gedrag.

Volgens de multidisciplinaire richtlijn kan de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet betrouwbaar gesteld worden op basis van een (kortdurend) enkelvoudig klinisch interview. Om de betrouwbaarheid te verhogen zijn training, ervaring en semigestructureerde interviews nodig. Soms kan informatie van derden noodzakelijk zijn. In andere gevallen wordt een definitieve diagnose ook wel uitgesteld om de patiënt in de tijd te kunnen volgen.^{1,2,5}

In dit protocol wordt ervan uitgegaan dat de verzekeringsarts de diagnose BPS niet zelf stelt. Als de diagnose nog niet gesteld is, maar er wel sprake is van een gefundeerd vermoeden, kan de verzekeringsarts in overleg met de cliënt hierover contact opnemen met de behandelende sector, of een expertise laten verrichten.

4.3.2 *Classificatie en diagnostiek van BPS*

Bij de classificatie wordt gekeken of iemand voldoet aan strikt omschreven diagnostische criteria. Classificatie biedt een gemeenschappelijk referentiekader. De classificatie BPS alléén geeft echter niet voldoende informatie om een cliënt te kunnen behandelen of een specifiek behandelprogramma te kunnen selecteren. Om die reden wordt de classificatie vaak aangevuld met verschillende vormen van diagnostiek. Daarin is ook plaats voor de beoordeling van symptomen en kwetsbaarheden die (nog) niet als pathologisch gedefinieerd worden, maar die onder interne of externe stress wel kunnen leiden tot sociaal en interpersoonlijk disfunctioneren.

4.3.3 *Classificatie in twee stappen*

De eerste stap in de categoriale diagnostiek van een BPS is de beoordeling of iemand voldoet aan de ‘*Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis*’ zoals geformuleerd in de DSM-IV.⁵⁹

Iemand voldoet aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis als er sprake is van:

- a Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:
 - cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen);
 - affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties);
 - functioneren in het contact met anderen;
 - beheersing van de impulsen.
- b Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.
- c Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- d Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
- e Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.
- f Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

Iemand voldoet aan de DSM-IV *criteria voor een BPS* als er ook sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, dat begint in de vroege volwassenheid en tot uiting komt in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende negen kenmerken:

1. Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. Het suïcidale of automutilerende gedrag, aangegeven in het vijfde criterium, wordt hier niet toe gerekend.
 2. Een patroon van instabiele intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisseling tussen overmatig idealiseren en kleineren.
 3. Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
 4. Impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene de cliënt zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien). Het suïcidale of automutilerende gedrag, aangegeven in het vijfde criterium, wordt hier niet toe gerekend.
 5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
-

6. Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer durend dan een paar dagen).
7. Chronisch gevoel van leegte.
8. Inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen).
9. Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

In de DSM wordt As V gebruikt om het oordeel over het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren vast te leggen. Dit wordt gedaan met behulp van de Global Assessment of Functioning Scale (GAF-schaal). De beperkingen als gevolg van lichamelijke factoren en/of omgevingsfactoren worden niet in de GAF-score meegewogen. De GAF-score is een momentopname. In de klinische praktijk kunnen meerdere meetmomenten worden gebruikt om het beloop in beeld te brengen. Als de verzekeringsarts zijn eigen inschatting maakt van het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren en deze vergelijkt met de GAF-scores, kan hij daar alleen een indicatieve waarde aan ontleen. In de praktijk wordt voor de indicatiestelling voor behandeling (ook) gebruikgemaakt van een onderverdeling in lichte, matige en ernstige persoonlijkheidspathologie.¹

4.4 Comorbiditeit en differentiële diagnostiek

De term comorbiditeit impliceert dat er sprake is van twee verschillende ziekten die tegelijk voorkomen bij één persoon. Bij differentiële diagnostiek gaat het om het onderscheiden van verschillende ziektebeelden of syndromen. Bij een BPS kunnen hierbij om een aantal redenen problemen rijzen. Zo is er vaak niet alleen sprake van meerdere persoonlijkheidsstoornissen tegelijk en comorbiditeit met een of enkele As-I-stoornissen: het is ook vaak moeilijk om symptomen die behoren bij de persoonlijkheidsstoornis te differentiëren van As-I-stoornissen. Het onderscheid kan echter wel van belang zijn, met name voor mogelijke therapeutische consequenties en de prognose. Apart aandacht wordt gegeven aan somatische comorbiditeit en aan de bij BPS veelvoorkomende somatisch onverklaarde lichamelijke klachten. In deze paragraaf wordt de verzekeringsarts een handvat geboden om hem te helpen zich te oriënteren in deze lastige problematiek. In de praktijk kan het nodig zijn om een cliënt voor een expertise te verwijzen om deze knoop te ontwarren.

4.4.1 *Meer persoonlijkheidsstoornissen tegelijk*

In de praktijk kunnen vaak meerdere persoonlijkheidsstoornissen bij één persoon worden vastgesteld. Een veel voorkomende combinatie is een BPS met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Andere combinaties komen ook voor. Het is niet altijd duidelijk of er dan sprake is van twee persoonlijkheidsstoornissen of van één stoornis die niet goed afgebakend kan worden. Hoewel in de algemene bevolking de diagnose BPS even vaak gesteld wordt bij mannen als bij vrouwen, blijkt dat in de klinische praktijk niet het geval te zijn. Een van de verklaringen die hiervoor gegeven wordt, is dat bij mannen vaker diagnoses als verslavingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis gesteld worden.¹²

4.4.2 *Geen scherpe grenzen tussen symptoomstoornissen (As-I) en BPS (As-II)*

Hetzelfde geldt voor de comorbiditeit of afgrenzing tussen de BPS en pathologie die op As-I geclassificeerd wordt. Criteria voor een BPS zijn bijvoorbeeld een gevoel van leegte en stemmingswisselingen. Deze symptomen kunnen ook passen bij een depressieve stoornis. Ook in dit geval is het niet altijd duidelijk of er sprake is van twee of meer stoornissen of van één stoornis die niet goed afgebakend kan worden. Het ontrafelen van de relatie tussen As-II-persoonlijkheidspathologie en As-I-pathologie is een complexe taak voor ervaren diagnostici. Hoe dan ook, bij de meeste BPS-patiënten kan ook een As-I-stoornis gediagnosticeerd worden. Op *life-time* basis gaat het om de volgende diagnoses: stemmingsstoornis (95 procent), depressieve episode (80 procent), angststoornis (90 procent), PTSS (55 procent), eetstoornis (50 procent), stoornis in het gebruik van middelen (60 procent).² Er is ook regelmatig sprake van comorbide gok- en/of sexverslaving.

4.4.3 *Somatische comorbiditeit*

Het is niet bekend of BPS samengaat met specifieke lichamelijke aandoeningen. Een BPS kan echter wel (ernstige) lichamelijke gevolgen hebben door het daarmee vaak gepaard gaande middelenmisbruik, het roekeloze rijgedrag, de (vele) wisselende seksuele contacten, vormen van automutilatie en (para)suïcidaliteit.⁶ Anderzijds zijn behandelingen waarvoor discipline en regelmaat opgebracht moeten worden, bijvoorbeeld bij diabetes mellitus, long-, hart- en huidziekten (bijvoorbeeld eczeem en psoriasis), vaak moeilijk vol te houden door het grillige gedrag.⁶⁰

4.4.4 *Somatisch onverklaarde lichamelijke klachten*

Mensen met een BPS hebben nogal eens somatisch onbegrepen lichamelijke klachten.^{1,61} Als er sprake is van een persisterend patroon en als de klachten gepaard gaan met ernstig lijden of met ernstige beperkingen in het sociaal functioneren, wordt gesproken van een somatoforme stoornis.^a Somatoforme stoornissen hebben een aantal aspecten gemeen met persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat in beide gevallen om niet-adaptief en moeilijk beïnvloedbaar ziektegedrag dat vaak al in de adolescentie is ontstaan en om een ernstig verstoord sociaal en relationeel functioneren. Er is wel een verhoogde comorbiditeit tussen somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, maar er zijn goede redenen om de twee stoornissen niet onder één noemer te brengen.⁶¹ Mensen met een somatoforme stoornis zoeken in eerste instantie hulp op het somatische vlak. Hetzelfde kan gelden voor degenen met een BPS. Ook als de behandelend arts vermoedt dat er sprake is van psychiatrische problematiek, weren zij een gesprek hierover vaak af en zijn zij moeilijk te motiveren om psychische hulp te zoeken. Patiënten met een BPS veranderen, al of niet door hun ineffektieve persoonlijke contact, ook vaak van (huis)arts. Hierdoor komt iemand met een BPS als het ware niet op de goede plek terecht, waardoor er geen adequate diagnostiek kan plaatsvinden. Dit proces kan een van de oorzaken zijn waarom een verzekeringsarts te maken kan krijgen met cliënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten bij wie de psychiatrische diagnostiek nog niet uitgekristalliseerd is. Dit kan een reden zijn om een expertise te overwegen.

4.5 **Behandeling**

Een van de uitgangspunten voor behandeling is dat persoonlijkheidsstoornissen niet onveranderlijk en niet onveranderbaar zijn (paragraaf 3.3). In het algemeen is er een indicatie voor behandeling als de disfunctionele persoonlijkheidstrekken aanhoudend het sociaal en/of beroepsmatig functioneren ondermijnen of aanhoudend bijdragen aan het ontstaan en/of de instandhouding van symptoompathologie.¹ De behandeling van eerste keus is psychotherapie. Farmacologische en psychosociale interventies kunnen daarbij een ondersteunende rol spelen. Er zijn geen algemene of absolute contra-indicaties voor behandeling. De behandeling heeft niet altijd herstel en genezing tot doel en niet elke behandeling is voor iedere patiënt even effectief. Ook komen niet alle patiënten voor behandeling in aanmerking. Het gaat niet zozeer om ‘of en wat’, maar om ‘hoe en bij wie’.⁶²

^a Er worden verschillende somatoforme stoornissen onderscheiden: de conversiestoornis, de somatisatiestoornis, de ongedifferentieerde somatoforme stoornis, de hypochondrie, de pijnstoornis en de stoornis in de lichaamsbeleving.

4.5.1 *Indicatiestelling en behandeling in de eerste lijn*

De behandeling en begeleiding in de eerste lijn (huisarts en eerstelijnspsycholoog) beperken zich in het algemeen tot behandeling van de klachten en de gevolgen van de stoornis. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen kloppen in de zorg zelden aan met klachten over hun persoonlijkheid; hun klacht of hulpvraag is vaak van een andere orde (bijvoorbeeld somberheid, angst, slaapproblemen of relatieproblemen). De rol van de huisarts hierbij is niet eenvoudig. Naast de behandeling van lichamelijke klachten en symptoomstoornissen op As-I, moet hij signaleren of er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. Als dat het geval is en als de stoornis ernstig genoeg is, zal hij zijn patiënt motiveren voor verwijzing. Tegelijk moet hij een goede behandelrelatie behouden of opbouwen voor de continuïteit van zorg en om te kunnen interveniëren in crisissituaties en om desgewenst steun te geven aan de familieleden.¹

Op het moment van aanmelding bij de eerstelijnspsycholoog, al of niet op verwijzing van de huisarts, wordt de zorgvraag van de patiënt onderzocht volgens de *Richtlijn Intake en Indicatiestelling van de Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen*.^a De psycholoog zal in eerste instantie de zorgvraag behandelen. Als uit de intake, indicatiestelling en/of behandeling duidelijk is geworden dat een specialistische behandeling wenselijk is, bespreekt de psycholoog dit met zijn cliënt en tracht hem te motiveren voor een verwijzing naar de tweede of derde lijn (zie ook bijlage II).

4.5.2 *Indicatiestelling in de tweede en derde lijn*

Specialistische diagnostiek en behandeling zijn het domein van de tweede en derde lijn. De meeste behandelingen zullen in de tweede lijn plaatsvinden. De derde lijn is bedoeld voor de meest complexe behandelingen bij de meest complexe problematiek.

Is er sprake van een behandelindicatie, dan wordt in de klinische praktijk de indicatiestelling voor de keuze, de duur en de intensiteit van de therapie verfijnd. Als hulpmiddel hierbij wordt vaak aanvullend diagnostisch onderzoek gebruikt, evenals de voorkeur van de patiënt en de voorkeur van de behandelaar. Verder spelen praktische overwegingen, zoals de beschikbaarheid van behandel faciliteiten, een belangrijke rol bij de uiteindelijke keuze van de behandeling.

^a www.lve.nl/openbaar_files/feiten.doc (geraadpleegd: oktober 2008).

4.5.3 Effectieve behandelingen

Omdat de samenstelling van de groep mensen met een BPS zeer heterogeen is, bestaat er ook een grote diversiteit aan behandelvormen. De keuze voor de behandeling kan onder meer afhangen van de structuur van de borderlinepathologie, het al dan niet voorkomen van symptoomstoornissen, de urgentie van de hulpvraag, de motivatie voor behandeling en de hulpvraag, de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt, zijn sociale inbedding, de behandeldoelen en de visie van de behandelaren. Centraal in de behandeling staat een langdurende vorm van ambulante behandeling en/of begeleiding.

De volgende behandelaspecten worden in de literatuur als effectief aangemerkt:

- de behandeling moet gestructureerd worden aangeboden;
- er moet veel aandacht zijn voor instemming en medewerking van de cliënt;
- er moet een herkenbare (interpersoonlijke) focus zijn;
- zowel de cliënt als de therapeut moet zich committeren aan het theoretisch kader van de behandeling;
- de behandeling kan relatief langdurend zijn;
- de therapeut is eerder actief dan passief om een sterke therapeutische relatie te bevorderen;
- de behandeling moet ingebed zijn in een setting van waaruit meerdere soorten hulpverlening kunnen worden aangeboden.

Specifiek voor patiënten met een BPS worden vaak de volgende therapieën ingezet:¹

- Dialectische gedragstherapie
- Mentalization-based Treatment
- Transference Focused Psychotherapy
- Schemagerichte therapie
- Cognitief analytische therapie
- Interpersoonlijk psychodynamische therapiemodel

Deze behandelvormen verschillen in techniek, focus en duur van behandeling en het hante-
ren van de therapeutische relatie, maar er is wel in alle gevallen sprake van een consistent
therapeutisch kader. Alle therapieën zijn in feite ontregelend voor BPS-patiënten doordat ze
onveilige gehechtheidspatronen activeren.^{63,64} Elke persoonlijke relatie, en dus ook elke the-
rapeutische relatie, heeft voor iemand met een BPS een stressverhogend effect. De reden is
dat door het activeren van onveilige gehechtheidspatronen het mentaliserend vermogen (het
kunnen denken over jezelf en de ander en de ander kunnen zien als intentionele persoon)
tekort gaat schieten. Deze patiënten kunnen het ‘alsof’-karakter van een overdrachtsrela-

tie niet vasthouden, omdat ze de intentie achter het gedrag van de ander niet goed kunnen interpreteren ('je kijkt op je horloge, dus je moet mij niet!'). De huidige behandelingen houden veel meer dan de 'oude' behandelingen, rekening met deze cognitieve en affectieve tekorten van mensen met een BPS. Dat is ook de reden waarom de effecten van behandeling de laatste jaren zo sterk verbeterd zijn. Er treedt ook minder iatrogene schade op. Niet alleen medicatie heeft bijwerkingen, psychotherapie heeft dat ook. Dat geldt in sterkere mate voor mensen met ernstigere en vroege problematiek, zoals bij BPS het geval is.

De meeste behandelvormen zijn zeer gefaseerd, werken met duidelijke behandelafspraken en richten zich in de eerste fase op het motiveren van de patiënt voor behandeling en dus op het vergroten van de therapietrouw. Met andere woorden: het in behandeling houden van de patiënt. Dat is een groot verschil met behandelingen die jaren geleden in zwang waren en waarbij veel hogere eisen werden gesteld aan de eigen motivatie. De middenfase is veelal gericht op het terugdringen van de crisis en acute As-I-symptomen en het hanteren van de (para)suïcidale symptomen, om meer greep te krijgen op het eigen leven. Sommige behandelingen stoppen hier, zoals de Dialectische Gedragstherapie, andere gaan door, zoals de Mentalisation-based Treatment en de Transference Focused Psychotherapy. Laatstgenoemde behandelingen richten zich in de laatste fase op het verbeteren van het zelfbeeld, het vergroten van het mentaliserend vermogen en het integreren van positief en negatief beladen beelden over zichzelf en de ander. Dit kan het interpersoonlijk en sociaal functioneren helpen verbeteren. Deze behandelingen richten zich op zogenoemde structurele verbeteringen in de persoonlijkheid.^a

4.5.4 *Farmacotherapie*

Farmacotherapie kan de psychotherapie aanvullen bij de behandeling van BPS en kan verschillende oogmerken hebben. Het kan gericht zijn op de behandeling van symptomen van pathologische persoonlijkheidstrekken (affectieve disregulatie, impulsieve gedragingen en (rand) psychotische verschijnselen), maar ook op de behandeling van de veel voorkomende comorbide As-I-stoornissen. Farmacotherapeutische interventies bij de eerst genoemde indicatie vinden alleen plaats bij ernstige stoornissen en vereisen een bijzondere deskundigheid en ervaring. Voor de medicamenteuze behandeling van comorbide stoornissen op As-I (depressie, angst, verslaving, ADHD) gelden vaak de diagnosespecifieke indicaties.

^a Over genoemde behandelvormen zijn inmiddels informatiefolders uitgebracht door het kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen (KIP).

4.5.5 *Psychiatrisch management*

Ofschoon er dus veel voor te zeggen is om patiënten met een BPS evidence based te behandelen, blijkt een deel van hen bij aanmelding aan de poort van de ggz nog niet zover dat ze aan een van deze behandelingen kunnen deelnemen. Voor hen is een periode van voorbereiding noodzakelijk. Die richt zich bijvoorbeeld op de motivatie voor behandeling. Voor een ander deel van de patiënten geldt dat de sociale ontregeling soms zo ernstig is, dat deelname aan een evidence based behandeling er (voorlopig) niet inzit. De behandeling en begeleiding bestaan hier voornamelijk uit het beperken van de schade door de stoornis voor hemzelf en zijn omgeving. In beide gevallen, maar ook voor patiënten die uit de bewezen effectieve behandeling vallen, is een vorm van psychiatrisch management noodzakelijk. Naast structurerende begeleiding en farmacotherapie zijn hierin elementen opgenomen als crisismanagement, motiverende gespreksvoering, systeemtherapie en indien noodzakelijk een - veelal korte - klinische opname.

Psychiatrische stoornissen worden in bijna alle ggz-instellingen behandeld in het kader van zogenoemde zorgprogramma's. Daarin vertegenwoordigen de bewezen effectieve behandelingen vaak niet de eerste behandelstap. Veelal besluiten instellingen om een lichtere vorm van behandeling eerst in te zetten en bij geen of onvoldoende effectiviteit de patiënt alsnog te indiceren voor de effectief bewezen behandelingen.

4.5.6 *Behandeling van jongeren*

De jeugd-ggz behandelt en begeleidt jongeren tot de leeftijd van 18 jaar, met soms een uitloper naar 23 jaar. Verzekeringsartsen kunnen dus te maken krijgen met cliënten die nog onder de zorg zijn van de jeugd-ggz.

De psychotherapie bij jeugdigen met een persoonlijkheidsstoornis staat voor een deel nog in de kinderschoenen. Er bestaan geen leeftijdsspecifieke behandelingsrichtlijnen. Op basis van de huidige kennis heeft psychotherapie ook bij jeugdigen de voorkeur. Dit moet gecombineerd worden met gezinstherapie en eventueel met farmacotherapie. De behandelmodellen moeten aangepast worden aan de specifieke ontwikkelingscapaciteiten van de jeugdige, met onder meer aandacht voor cognitieve ontwikkeling, de sociale omgeving en de ontwikkelingsfasen in de adolescentie.³⁰

Werkhervatting

Uit epidemiologisch onderzoek in de algemene bevolking weten we dat ongeveer de helft van de mensen met een BPS regulier werk doet. We weten ook dat een verbetering op symptoomniveau in de praktijk niet gelijk staat met herstel van functioneren. Het omgekeerde kan echter ook gelden, namelijk dat het aantal klachten niet evenredig hoeft te zijn met de ernst van het disfunctioneren. Er is echter weinig onderzoek gedaan dat specifiek gericht is op begeleiding en arbeids(re-)integratie van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De publicaties over dit onderwerp zijn gebaseerd op conceptuele aannames over de aard van de stoornis en nog niet op empirisch onderzoek.^{65,66,67} Dat wil echter niet zeggen dat de bedrijfsarts en de verzekeringsarts in de ziektewet-arborol met lege handen staan bij de re-integratie van werknemers met een BPS. In dit hoofdstuk formuleert de werkgroep op basis van de literatuur een aantal aandachtspunten die daarbij behulpzaam kunnen zijn. De werkgroep heeft hierbij onder andere gebruikgemaakt van de richtlijn *‘Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen’* van de NVAB en conceptuele uitgangspunten over de BPS.³

5.1 Begeleiding van werknemers met een dienstverband

In de NVAB-richtlijn wordt ervan uitgegaan dat persoonlijkheidsstoornissen in de werksituatie weinig voorkomen. Meestal zal er sprake zijn van persoonlijkheidskenmerken die disfunctioneel kunnen zijn en de prognose voor herstel bij uitval door psychische klachten kunnen beïnvloeden. De bedrijfsarts hanteert de classificatie ‘persoonlijkheidsstoornis’

uitsluitend, als deze is bevestigd door specialistische expertise. De uitgangspunten voor de begeleiding van werknemers die uitvallen door controleverlies en functioneringsproblemen als gevolg van disfunctionele persoonlijkheidskenmerken, zijn gelijk aan die bij uitval door andere lichte en matige psychische problemen.

Deze uitgangspunten zijn begrijpelijk en worden door de werkgroep gedeeld. De persoonlijkheidsstoornis van werknemers met een (vast) dienstverband en/of met een stabiel arbeidsverleden zal in het algemeen minder ernstig zijn en in die gevallen kan volstaan worden met de gebruikelijke begeleiding. Diagnostiek op het grensvlak van 'disfunctionele trekken' en 'stoornis' is niet nodig, als activerende interventies van de bedrijfsarts voldoende zijn om de werknemer weer terug te laten keren naar het werk. In de richtlijn is ook voorzien dat als het herstel stagneert, in overleg met de huisarts naar een tweedelijns-ggz verwezen kan worden voor nadere diagnostiek en therapeutische adviezen. Besluit de bedrijfsarts om dat niet te doen, dan zal hij dat moeten motiveren.

5.2 Begeleiding van cliënten zonder dienstverband

Er zijn aanwijzingen dat de prevalentie van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis die geen dienstverband hebben, groter is dan cliënten die wel een dienstverband hebben.^a Angun (2006) vond naar aanleiding van een analyse van 84 dossiers van cliënten met een BPS dat slechts 24 procent een duurzaam dienstverband had gehad voorafgaand aan de WAO-beoordeling.^{68 b} De verzekeringsarts in de ziektewet-arborol heeft het bij de begeleiding van cliënten met een BPS in het algemeen moeilijker dan de bedrijfsarts. Meer dan bij werknemers met een vast dienstverband kan bij deze groep namelijk sprake zijn van een arbeidsanamnese met frequente wisselingen van werk, onlogische stappen in de arbeidsloopbaan, frequent verzuim, gedwongen ontslagen en gecompliceerde privé-situaties. De klachten en de reden voor uitval kunnen zeer divers zijn en wijzen vaak niet rechtstreeks naar een BPS. De cliënt ontkent vaak zijn beperkingen in het interpersoonlijk functioneren, of schrijft deze toe aan externe omstandigheden, tenzij hij goed op de hoogte is van zijn stoornis en daar ook open over kan praten. De problemen waar de verzekeringsarts in zijn diagnostisch proces tegenaan loopt, zijn beschreven in paragraaf 4.4. De afwegingen om een expertise aan te vragen kwamen ook al eerder aan de orde.

^a De belangrijkste groepen zijn oproep-, of uitzendkrachten, werknemers van wie het dienstverband is geëindigd tijdens ziekte en cliënten met een WW-uitkering die langer dan dertien weken arbeidsongeschikt zijn. Er wordt ook wel over 'vangnetverzekerden' gesproken.

^b De gehanteerde definitie voor een duurzaam dienstverband was dat de verzekerde langer dan zes maanden bij dezelfde werkgever had gefunctioneerd, of aaneengesloten bij verschillende werkgevers.

Als er sprake is van arbeidsongeschiktheid én aannemelijk is dat dit het gevolg is van een persoonlijkheidsstoornis, adviseert de werkgroep om niet alleen te focussen op de arbeids-(on)geschiktheidsbeoordeling, maar om een langetermijnvisie te ontwikkelen en procesmatig te werk te gaan. Het is verstandig om de cliënt zo mogelijk door dezelfde verzekeringsarts te laten begeleiden en om meerdere consulten na elkaar te plannen. Hierbij moet de arts wel rekening houden met de diagnostische adviezen in hoofdstuk 4 en de do's en don'ts in bijlage I. Bij voorkeur gaat het om een vast aantal gesprekken met een duidelijk thema; dit bevordert de structuur, zowel voor de cliënt als voor de verzekeringsarts. Hiermee kunnen arts en cliënt meer inzicht krijgen in de disfunctionele patronen, bij voorkeur in relatie tot het verrichten van werk. Ook kunnen de gesprekken cliënten die niet in behandeling zijn, motiveren voor behandeling. De kennis die de verzekeringsarts heeft over een cliënt die in behandeling is, kan ook dienen voor een inhoudelijk overleg met de behandelende sector, met als uiteindelijk doel een duurzame arbeidsintegratie.

Cliënten die niet in behandeling zijn, of niet op de juiste plek in behandeling zijn, zijn niet altijd gemotiveerd voor een verwijzing. Zij wijten hun problemen eerder aan de omgeving dan aan zichzelf. De verzekeringsarts moet zich daar niet door laten afschrikken. Motivatie om zelf te veranderen is geen voorwaarde voor behandeling. De motivatie voor behandeling kan ook gelegen zijn in het lijden dat door de problemen veroorzaakt wordt.^{1,69} Enige ervaring met motiverende gespreksvoering kan de verzekeringsarts hierbij helpen.

Als de interactie tussen cliënt en arts ertoe leidt dat het professioneel handelen gecompromitteerd dreigt te raken, moet de arts in een veilige setting gebruik kunnen maken van intercollegiale consultatie en toetsing. Overdracht van de begeleiding kan onder omstandigheden ook overwogen worden.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

De verzekeringsarts heeft bij een cliënt met een BPS, die voor de poort van de WIA staat, vier beoordelingstaken, te weten: de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, de actuele functionele mogelijkheden, de prognose en de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. De verzekeringsarts die de beoordeling in het kader van de Wajong doet, heeft sterk verwante taken. In dit hoofdstuk worden de vier beoordelingstaken besproken.

De werkgroep realiseert zich dat het bijzonder moeilijk is om cliënten met een BPS verzekeringsgeneeskundig te beoordelen. Om die reden worden hieronder nog een keer enkele van de problemen belicht waar de verzekeringsarts tegenaan kan lopen. Hierbij wordt ook over persoonlijkheidsstoornissen in algemene zin gesproken. Dat is een bewuste keuze, omdat wat geldt voor de BPS in veel gevallen ook geldt voor andere persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien is het onderscheid tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen niet altijd messcherp.

De visie op persoonlijkheidsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis wordt niet langer beschouwd als een onveranderlijk en vast gegeven. Een duurzaam patroon van desadaptief gedrag wordt niet meer gelijk gesteld met een onveranderlijk patroon. Het natuurlijk beloop, met name op symptoomniveau, is gunstiger dan voorheen aangenomen werd en verschillende soorten effectieve behandelingen versnellen, met name bij BPS, het functioneel herstel.

Een belangrijk begin, maar geen afgesloten hoofdstuk

Bij de goede behandelresultaten van de laatste jaren zijn enige kanttekeningen op z'n plaats. Er zijn aanwijzingen dat het herstel voor functioneren in arbeid achterloopt bij het herstel van de symptomen. Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn. Een van de verklaringen is dat de cliënt, al of niet binnen de context van een behandeling, wel met zijn stoornis heeft leren omgaan, maar dat de stoornis zelf daarmee niet (volledig) verdwenen is. De cliënt kan het copinggedrag dan nog niet generaliseren naar situaties waarmee hij nog geen ervaring heeft opgedaan. Dat verklaart ook waarom veranderingen in het algemeen gemakkelijk opnieuw tot ontregeling kunnen leiden.

Een verzekeringsgeneeskundig dilemma?

Er ontstaan voor de verzekeringsarts een aantal problemen als hij gaat beoordelen welke beperkingen in het functioneren de cliënt heeft door de persoonlijkheidsstoornis. In de eerste plaats moet de arts onderscheid maken tussen beperkingen die het gevolg zijn van 'zo zijn' (karakter, aanleg en vaardigheden) en de beperkingen die het gevolg zijn van 'ziekte'. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is hun persoonlijkheid te beschouwen als een gestoord 'zo zijn' dat kan leiden tot beperkingen in arbeid.⁵⁶ Zij vormen dus een uitzondering op het 'zo zijn'-principe.

In de tweede plaats doen persoonlijkheidsstoornissen zich voor in een concrete context; er mankeert iets aan de manier waarop iemand zich verhoudt tot zijn omgeving.⁷⁰ In ieders omgeving kan sprake zijn van ontregelende factoren zoals gebrek aan sociale steun, hoge taakeisen, conflicten of anderszins. Zaken die het voor iedereen moeilijk kunnen maken, maar die in het algemeen geen reden zijn om hier bij de beoordeling rekening mee te houden. Bij iemand met een persoonlijkheidsstoornis kan een wijziging in de omstandigheden echter leiden tot een decompensatie van een relatieve evenwichtstoestand en/of tot een verergering van het disfunctionele gedrag. Hij wordt door de verandering als het ware in zijn achillespees geraakt. Of, anders gezegd, de specifieke omstandigheden voorafgaand aan de ontregeling werkten voor de cliënt als een prothese.⁷¹ De verzekeringsarts zal moeten motiveren of de wijze waarop de cliënt op omstandigheden in de omgeving reageert, wel of niet het gevolg van de stoornis zijn.

Wajong, vangnet en WIA

Gezien de veronderstelde stabiliteit van de gedragskenmerken en interpersoonlijke kenmerken die bij persoonlijkheidspathologie horen, is het aannemelijk dat de oorsprong ervan vóór de volwassenheid ligt en dat er al in de kindertijd of adolescentie sprake was van problemen. In de kinder- en jeugdpsychiatrische diagnostiek worden op dit moment categorieën van persoonlijkheidsstoornissen echter vrijwel niet toegepast. Dat betekent dat jongeren die voor

een Wajongbeoordeling in aanmerking komen en bij wie sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, niet onder deze diagnose bekend zullen zijn, maar wel met een andere beschrijving van hun problematiek.

Een deel van deze jongeren die in hun verdere ontwikkeling worden bedreigd, zal geen Wajongkeuring aanvragen, of komt, om wat voor reden dan ook, niet voor een uitkering in aanmerking. Zij zullen zich vroeg of laat melden op de arbeidsmarkt. Voor de jongvolwassenen met een BPS kan dat een arbeidsleven met vallen en opstaan opleveren en deze mensen zullen naar verwachting meer dan gemiddeld in de vangnetpopulatie terechtkomen. Ook zullen er mensen met een BPS zijn die het lukt om zich langere tijd met een vast dienstverband in het arbeidsproces staande te houden, maar die het op den duur, of door een wijziging van de omstandigheden, toch niet redden en een WIA-aanvraag doen. Omdat in de praktijk sprake kan zijn van vloeiende overgangen, is op voorhand niet altijd duidelijk voor welke regeling, een Wajong of een WIA, een cliënt in aanmerking komt.

6.1 Sociaal-medische voorgeschiedenis

Met de poortwachertoets beoordeelt de verzekeringsarts de sociaal-medische voorgeschiedenis. Het kernpunt van deze toets is de analyse van de stagnatie van herstel en werkhervatting. De uitkomsten hiervan spelen een rol in het evalueren van de medische aspecten van de re-integratie-inspanning in de poortwachterperiode. De verzekeringsarts kijkt als het ware over de schouder van zijn voorgangers - de bedrijfsarts en de verzekeringsarts in de ziekte-wet-arborol - heen naar de cliënt. Dit kan gemakkelijk zijn, als de goede diagnose gesteld is en zijn voorgangers eenduidig en doelgericht geadviseerd hebben en werkgever en werknemer die adviezen hebben opgevolgd. Het ligt echter niet in de lijn van de verwachting dat dit bij een werknemer met een BPS ook zo gegaan zal zijn. De aard van de stoornis voorspelt onvoorspelbaarheid. Door vanuit deze optiek naar het re-integratieverslag te kijken, kan de verzekeringsarts soms patronen op het spoor komen die hem helpen bij zijn beoordeling. Patronen die door zijn voorganger weliswaar gemist zijn, maar dat kan die voorganger niet altijd verweten worden. De verzekeringsarts moet begrip hebben voor het feit dat persoonlijkheidsstoornissen vaak op symptoomniveau behandeld worden.

De verzekeringsarts kan echter ook concluderen dat belangrijke re-integratiekansen gemist zijn. Zijn analyse kan dan leiden tot feedback aan de bedrijfsarts, de verzekeringsarts in de ziekte-wet-arborol en wellicht ook aan de behandelaars die bij het voortraject betrokken waren.

6.2 De functionele mogelijkheden

De voorgaande hoofdstukken en de inleiding bij dit hoofdstuk, maken duidelijk dat het een illusie is om ervan uit te gaan dat er in algemene zin een eenduidige relatie is tussen de diagnose BPS en de mogelijkheden en beperkingen. Er kunnen wel aandachtspunten gegeven worden waar de verzekeringsarts bij zijn beoordeling extra alert op moet zijn. De beperkingen en mogelijkheden zal hij op individueel niveau moeten motiveren. De hoofdlijn van de beperkingen is duidelijk; die ligt op het interpersoonlijk vlak van het sociaal functioneren.^a

De werkgroep heeft ervoor gekozen om een aantal items van de FML-rubrieken kort te bespreken en deze van argumenten te voorzien die de verzekeringsarts kunnen helpen bij zijn keuze. Uitgangspunten zijn de definities die in de FML gehanteerd worden, de kenmerken van de pathologische patronen die aan de BPS ten grondslag liggen (voor zover bekend) en de onderbouwende theorieën daarvan.

Een van de visies op het concept van de BPS is dat deze zich ook uit in cognitieve stoornissen. Onderzoek maakt aannemelijk dat er globale tekorten zijn in het neuropsychologisch functioneren van BPS-patiënten.^{72,73,74} De belangrijkste verschillen met gezonde proefpersonen werden gevonden op de domeinen van aandacht, cognitieve flexibiliteit, planning en uitvoering van handelingen (executieve functies) en verbaal geheugen. De werkgroep is van mening dat per cliënt beoordeeld moet worden of deze tekorten ook het functioneren op basale niveaus van dagelijkse activiteiten beïnvloedt.

Vasthouden van de aandacht en verdelen van de aandacht

Bij het vasthouden van de aandacht gaat het erom dat de cliënt zich volledig moeten kunnen richten op de verwerking van informatie uit één bron. Hierbij moet de hij zich kunnen afsluiten voor afleiding door informatie uit andere bronnen. Bij het verdelen van de aandacht gaat het erom dat de cliënt zich afwisselend moet kunnen richten op de verwerking van informatie uit verschillende bronnen, zonder hierbij het overzicht over het geheel te verliezen.

^a Uit dossieronderzoek blijkt dat de meest geduide beperkingen zich ook in deze rubrieken bevinden (zie Sprenkels, G.A.A., Vandenbroeck, M.J.M.G. Borderline op de grens van de arbeidsgeschiktheid. Scriptie. SPOH 2007 en Angun, M. De rol van de Borderlinepersoonlijkheidsstoornis in het kader van de WAO. Scriptie. NSPOH 2006). Conflicthantering wordt in 90 procent van de gevallen beperkt. Leidinggevende taken, zelfstandig handelen en werken met deadlines en samenwerken werden alle in ongeveer 75 procent van de gevallen beperkt geacht. Andere veel genoemde beperkingen (rond de 50 procent) zijn: patiëntencontact, eigen gevoelens uiten, een onvoorspelbare werkplek, 's nachts werken en omgaan met emoties van derden. Verzekeringsartsen geven in 20 tot 50 procent van de gevallen ook aan dat er sprake is van een urenbeperking. Hoewel deze onderzoeken illustreren welke beperkingen de verzekeringsarts in het algemeen aanwezig acht, geeft dit geen informatie over zijn motieven om voor een specifieke beperking te kiezen en ook niet welke argumenten hij zal hanteren bij de professionele eindselectie.

Een cliënt met een BPS kan vergeleken met gezonde personen meer moeite hebben met deze taken. Voor ieder individu geldt dat er voortdurend een stroom aan informatie (cognitief, zintuiglijk en uit de *'stream of consciousness'*) op hem afkomt, waaruit hij onbewust en/of bewust moet selecteren en waaraan hij automatisch of bewust zijn aandacht schenkt. Als er sprake is van een stoornis in het zelfbeeld en de stabiliteit van gevoelens, zal dat zowel de onbewuste als de bewuste keuze van de aandacht als het verdelen van de aandacht beïnvloeden. Dit geldt in het bijzonder voor stimuli die een emotioneel appel op de cliënt doen. Mensen met een BPS handelen in het algemeen beter in gestructureerde situaties dan in ongestructureerde. Toch lopen ook mensen met een BPS niet voortdurend in zeven sloten tegelijk en kan een groot aantal van hen blijkbaar voldoende aandacht opbrengen en verdelen om zonder al te veel kleerscheuren de dag door te komen. Het kan wel betekenis hebben voor de context waarin gerichte aandacht een voorwaarde is voor het functioneren. Als de taken waar iemand voor gesteld wordt, hem met zijn kwetsbaarheden confronteren (bijvoorbeeld ambivalente informatie), kunnen de concentratie en de aandacht voor het uitvoeren van tevoren gestelde (externe) doelen tekortschieten. De verzekeringsarts moet rekening houden met deze beperkingen als die in voldoende mate aanwezig zijn, maar om dat aan te geven zal hij zijn keuze in het algemeen laten vallen op (een beperking in) de specifieke voorwaarden in arbeid. Relevante items kunnen zijn: dat de cliënt is aangewezen op een voorspelbare werksituatie en een werksituatie zonder veelvuldige storingen. Hierbij zal de verzekeringsarts moeten kunnen aangeven wat de voorspelbare kenmerken en de aard van de stoornissen voor deze cliënt inhouden. Een ander aandachtspunt kan zijn dat de cliënt niet afgeleid moet worden door activiteiten van anderen.

Inzicht in eigen kunnen

De FML-definitie van inzicht in eigen kunnen is of de cliënt zich bewust is van de reële eigen mogelijkheden tot functioneren in relatie tot de eisen die vanuit de omgeving worden gesteld en de kansen die vanuit deze omgeving worden geboden. Het gaat hier dus om een wederkerig verband. De beperkingen moeten het gevolg zijn van een irreële inschatting die een cliënt maakt, als gevolg van zijn ziektebeeld.

Mensen met een BPS kunnen vaak geen goede inschatting maken van de motieven, de wensen en de gevoelens van anderen.⁷⁵ Het ontbreekt hen ten dele aan het vermogen om de ware betekenis van het gedrag van een ander te doorgronden. In plaats daarvan beoordelen zij het gedrag van de ander eenzijdig vanuit hun eigen perceptie en interpretatie van de onderliggende motieven van de ander. Dit kan ook gelden voor de inschatting van feitelijke situaties, bijvoorbeeld of een situatie al of niet potentieel gevaarlijk is. Er is een belangrijk verband tussen het vermogen te reflecteren op de eigen affecten en die van de ander, het vermogen met elkaar in tegenspraak staande affecten te integreren tot een coherent geheel en de iden-

titeitsdiffusie. In de therapie bijvoorbeeld, wordt een verbetering in het reflectief vermogen gebruikt als maat voor een structurele verandering.

Ook deze beperking maakt veel mensen met een BPS niet ongeschikt om te kunnen werken, maar stelt wel eisen aan de specifieke voorwaarden in arbeid. Hierbij kan gedacht worden aan de samenwerking met een beperkt aantal collega's die geen wisselende eisen stellen aan het vermogen van de cliënt om zich in te leven in hun motieven. Hierbij wordt de cliënt bij voorkeur aangestuurd door een vaste leidinggevende met een stabiel karakter. De werkzaamheden die hierbij horen zijn in het algemeen voorspelbaar en overzichtelijk en stellen geen hoge eisen aan competenties zoals flexibiliteit en samenwerking.

Zelfstandig handelen

Zelfstandig handelen is zonder hulp en steun van anderen in staat zijn activiteiten te starten, uit te voeren en te beëindigen. Bij het item zelfstandig handelen staat de bekendheid met alle aspecten van de handeling voorop: wat, waarom, wanneer, hoe, met wie, tot hoelang, tot hoever. Voor deze competentie moet de cliënt niet alleen bekend zijn met de aspecten van de handeling zelf, maar ook met de eigen grenzen van kennis en vaardigheden.

Bij een instabiel zelfbeeld of zelfgevoel kan de cliënt zelf zijn grenzen niet of moeilijk herkennen en stellen. Hij kan zijn eigen kunnen onder- én overschatten, zowel tegelijkertijd als afwisselend. De verzekeringsarts kan bij de beoordeling van de mogelijkheden van dit item verschillende keuzen maken. Bijvoorbeeld door aan te geven dat de cliënt meestal niet zelf onderkent, wanneer de gevolgde aanpak tekortschiet of dat de cliënt niet zelf tijdig een beroep doet op hulp van anderen, als de situatie dat vraagt. In de praktijk zal bij deze stoornis vaak gekozen worden voor specifieke voorwaarden in arbeid. De werkzaamheden zullen, rekening houdend met de kennis en de vaardigheden van de cliënt, een voorspelbaar karakter moeten hebben, waarbij derden de voortgang bewaken.

Emotionele problemen van anderen hanteren

Als de cliënt emotionele problemen van anderen kan hanteren, moet hij evenwichtig kunnen omgaan met emotionele problemen van anderen zonder er zelf nadelige gevolgen van te ondervinden. Dit item is alleen gericht op verminderde handelingsmogelijkheden van de taakuitvoerder zélf, wegens (ontstane) overgevoeligheid.

De aard van de stoornis brengt met zich mee dat emotionele problemen in de interpersoonlijke sfeer het kwetsbare temperament activeren, de controle op het affect verminderen en het daaraan gekoppelde gedrag oproepen. Dat de cliënt vaak slecht zal kunnen omgaan met emotionele problemen van anderen, ligt daarbij voor de hand, maar veel belangrijker is de beoordeling van de context waarin dit zich in het individuele geval zal voordoen.

Cliënten met een BPS zijn niet voor alle emotionele problemen even gevoelig. Omdat zij gevoelens van anderen minder goed kunnen inschatten, is het goed denkbaar dat er ook emotionele problemen van anderen zijn waar zij goed mee om kunnen gaan; óf omdat zij de emotie niet herkennen (geen appel op eigen emoties doet), óf omdat de emotie op zich niet ontregelend voor hen is. Een cliënt met een BPS kan misschien wel goed omgaan met iemand die acute fysieke pijn heeft na een trauma en hem ook geruststellen, maar hij raakt mogelijk wel ontregeld als er sprake is van verdriet als gevolg van verlating. De verzekeringsarts zal op grond van het patroon in de ontregelingen in het verleden moeten beoordelen of deze stoornis in dit item gescoord moet worden, of in de specifieke voorwaarden voor sociaal functioneren in arbeid, of in het geheel niet.

Eigen gevoelens uiten

De cliënt moet in staat zijn uitdrukking te kunnen geven aan eigen gevoelens die in overeenstemming zijn met de momentane sociale context. De cliënt moet zijn eigen emotionele uitingen tot op zekere hoogte kunnen afstemmen op de verwachtingen van de ander. Dit item is bedoeld om het onvermogen tot sociale aanpassing te benoemen van cliënten die hun emoties niet onder controle hebben of die zich niet kunnen uiten.

Mensen met een BPS kunnen op dit punt zeker tekortschieten, maar ook hier geldt dat de verzekeringsarts op individueel niveau zal moeten beoordelen in welke mate dit het geval is en onder welke omstandigheden de kans dat dit zich manifesteert het grootst is. De toelichting voor het voorgaande item is ook op dit item van toepassing.

Omgaan met conflicten

De cliënt moet in staat zijn om te gaan met een conflict met anderen of tussen anderen. Voorbeelden van functies waarin dit het geval is, zijn: conducteur en kaartcontroleur in het openbaar vervoer, parkeerwachter, medewerker klachtentelefoon en baliemedewerker klantenservice.

Het is een eufemisme om te zeggen dat het omgaan met conflicten vermoedelijk geen sterk punt is van iemand met een BPS. Toch adviseert de werkgroep aan de verzekeringsarts om te controleren of dat in het individuele geval ook zo is en, zo ja, in welke mate dat het geval is. De in de voorbeeldfuncties voorkomende conflicten kunnen tot op zekere hoogte een vrij technisch karakter hebben, waarbij geen persoonlijke band is tussen de cliënt en een klant. Het is goed denkbaar dat iemand met een BPS daar redelijk goed mee uit de voeten kan. Waakzaamheid op dit punt blijft echter geboden.

6.3 Te verwachten beloop

In het algemeen neemt in de loop van de jaren de ernst van verschillende symptomen af. Ervaringen met goede behandelresultaten zijn nog betrekkelijk recent. Onderzoek op dit punt is nog niet uitgekristalliseerd. Het lijkt erop dat de essentie van de stoornis niet geheel zal herstellen en dat cliënten met een BPS, ook nadat de classificatie BPS niet meer van toepassing is, kwetsbaar zullen blijven voor veranderingen. Een van de klinische indicatoren voor herstel in de structuur van de persoonlijkheid is het vermogen om op het eigen gedrag en dat van anderen te kunnen reflecteren. Een stabiel psychisch evenwicht zal niet voor iedereen weggelegd zijn. Dat neemt niet weg dat ook bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling gebruikgemaakt kan worden van de gunstige ontwikkelingen op het gebied van behandeling. De werkgroep adviseert de verzekeringsarts om een inschatting te maken over het beloop van het functioneren in de voorgaande twaalf tot achttien maanden. Hierbij richt de arts zich in het bijzonder op het sociaal functioneren in brede zin, en aan de hand daarvan formuleert hij een gemotiveerde prognose. Als er sprake is van een behandeling, betreft hij ook de te verwachten resultaten daarvan bij zijn prognose. Bij een eerste beoordeling in het kader van de WIA zal er op basis van alleen de diagnose BPS zelden sprake zijn van een volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid. Cliënten met een stabiel arbeidsverleden zullen in het algemeen ook niet het ernstigst getroffen zijn. Als er sprake is van (ernstige) comorbiditeit kan dat uiteraard tot een andere uitkomst leiden. Het te verwachten beloop in het kader van de Wajong wordt in paragraaf 6.4 besproken, omdat bij deze groep met name de begeleiding een belangrijke rol kan spelen.

6.4 Behandeling en begeleiding na de beoordeling

6.4.1 De WIA

De verzekeringsarts heeft ook tot taak om te onderzoeken of de mogelijkheden om arbeid te verrichten nog vergroot kunnen worden en of er nog kansen zijn om de functionele mogelijkheden te verbeteren. Het is mogelijk dat nog niet alle opties benut zijn. De cliënt heeft misschien nog geen gebruikgemaakt van behandelingen waarvan bekend is dat deze effectief zijn. Van de verzekeringsarts kan niet verwacht worden dat hij zelf de deskundigheid heeft om een definitieve uitspraak te doen over de prognose na behandeling. Overleg met de behandelende sector, in samenspraak met de cliënt, is daarvoor altijd een vereiste. Ook moet de mogelijkheid van een expertise overwogen worden.

Het kabinet heeft in september 2007 zijn standpunt over de participatie van jongeren met een beperking kenbaar gemaakt en op 19 november 2008 een voorstel van wet voor de wijziging van de Wajong aan de Tweede Kamer toegezonden.⁷⁶ Dat kan betekenen dat de beoordeling en begeleiding van Wajong'ers binnen afzienbare tijd gaat veranderen.

Het belangrijkste doel van de voorgestelde wetswijziging is om jongeren met een beperking te ondersteunen bij het vinden en behouden van een baan bij een reguliere werkgever. Pas op 27-jarige leeftijd wordt iemand definitief gekeurd. Het UWV krijgt een belangrijke rol bij de begeleiding van jongeren met een arbeidshandicap in de leeftijd tussen 18 en 27 jaar. Samen met de jongere die recht heeft op arbeidsondersteuning stelt het UWV een participatieplan op. Het UWV krijgt belangrijke informatie uit het netwerkoverleg met scholen en andere ketenpartners. De re-integratie-instrumenten die beschikbaar zijn om het re-integratieplan te realiseren, worden op een aantal punten verbeterd. In de eerste plaats geldt dat voor de jobcoachvoorziening.

Dit betekent dat er in de toekomst belangrijke kansen komen voor jongeren met borderline-problematiek. In paragraaf 3.3.2 werd al aangegeven dat nu veel kansen voor jongeren verloren gaan door de moeilijke overgang van adolescentie naar volwassenheid en van school naar arbeid. Gewapend met de huidige kennis over BPS kan de verzekeringsarts in samenwerking met de arbeidsdeskundige en andere ketenpartners (zoals school, zorgverleners en jobcoaches) hierbij een belangrijke rol gaan vervullen.

A

Literatuur

-
- 1 Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Utrecht: Trimbos-instituut (2008). De multidisciplinaire richtlijn is te downloaden via de website <http://www.ggzrichtlijnen.nl> (geraadpleegd 11 september 2009).
 - 2 Eurlings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). Handboek persoonlijkheidspathologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
 - 3 Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen. Utrecht: NVAB (2007). De richtlijn is te downloaden via de website <http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen-Leidraden.htm> (geraadpleegd 11 september 2009).
 - 4 Andrea H., Verheul, R. Categoriele classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In: Eurlings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). Handboek persoonlijkheidspathologie (pp. 75-102). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
 - 5 Regionaal Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen en aanverwante persoonlijkheidsproblemen ontwikkeld in het kader van het project programma-ontwikkeling in de regio Midden-Westelijk Utrecht (maart 2002).
 - 6 Schoemaker, dr. C., Ruiter, prof. dr. C. de. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (Jaarboek 2004). Utrecht: Trimbos-instituut. Utrecht 2004.
 - 7 Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut (2008).
 - 8 Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Archives of General Psychiatry 2001; 58(6): 590-596.
 - 9 Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., Ullrich, S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. British Journal of Psychiatry 2006; 188: 423-431.
-

- 10 Samuels, J., Eaton, W.W., Bienvenu, O.J. 3rd, Brown, C.H., Costa, P.T. Jr, Nestadt, G. Prevalence and correlates of
personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 536-542.
- 11 Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., Kessler, R.C. DSM-IV personality disorders in the National Co-
morbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 62(6): 553-564.
- 12 Skodol, A.E., Bender, D.S. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly* 2003;
74(4): 349-360.
- 13 Ansell, E.B., Sanislow, C.A., McGlashan, T.H., Grilo, C.M. Psychosocial impairment and treatment utilization by
patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy
comparison group. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48(4): 329-336.
- 14 Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., Grilo, C.M., Shea, M.T.,
Zanarini, M.C., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Oldham, J.M. Functional impairment in patients with schizotypal,
borderline, avoidant, orobssessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159(2):
276-283.
- 15 Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R. Psychosocial functioning of borderline
patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders* 2005;
19(1): 19-29.
- 16 Asselt, A.D. van, Dirksen, C.D., Arntz, A., Severens, J.L. The cost of borderline personality disorder: societal cost of
illness in BPD-patients. *European Psychiatry* 2007; 22(6): 354-361.
- 17 Asselt, A.D. van, Dirksen, C.D., Arntz, A., Severens, J.L. Difficulties in Calculating Productivity Costs: Work Disa-
bility Associated with Borderline Personality Disorder. *Value in Health* 2008 Jul-Aug;11(4):637-644.
- 18 Kenniscahiers UWV 07-01 en 08-01.
- 19 Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., Kringlen, E. A twin study of
personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41(6): 416-425.
- 20 Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A. The borderline diagnosis II:
biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry* 2002; 51(12): 951-963.
- 21 Paris, J. The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category.
Journal of Personality Disorders 2007; 21(5): 457-473.
- 22 Fonagy, P., Bateman, A. The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of*
Personality Disorders 2008; 22(1): 4-21.
- 23 Gunderson, J.G., Lyons-Ruth, K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmen-
tal model. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(1): 22-41.
- 24 Livesley, J. Toward a genetically-informed model of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disor-*
ders 2008; 22(1): 42-71.
- 25 Rinne, Th., Langeland, W. De invloed van langdurige vroegkinderlijke ervaringen in de ontwikkeling van de border-
line persoonlijkheidsstoornis: een neurobiologisch perspectief. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snel-
len, W.M. (redactie). *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 3-19). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 26 Zanarini, M.C. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychia-*
tric Clinics of North America 2000; 23(1): 89-101.
-

- 27 Helgeland, M.I., Torgersen, S. Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2004; 45(2): 138-147.
- 28 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition text Revision*. Washington DC (2000).
- 29 Artikel 4 WIA:
1. Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling duurzaam slecht in staat is om met arbeid ten hoogste 20 procent te verdienen van het maatmaninkomen per uur.
 2. In het eerste lid wordt onder duurzaam verstaan een medisch stabiele of verslechterende situatie.
 3. Onder duurzaam wordt mede verstaan een medische situatie waarbij op lange termijn een geringe kans op herstel bestaat.
- 30 Hutsebout, J., Cathoor, K., Veld, N. op 't, Hartman-Faber, S. Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen bij jeugdigen. In: Verheij, F., Verhulst, F., Ferdinand, R., (redactie). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Behandeling en begeleiding* (pp. 371-396). Assen: Van Gorcum (2007).
- 31 Sharp, C., Romero, C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bulletin of Menninger Clinic* 2007; 71(2): 85-114.
- 32 Verhulst, F.C., Verheij, F. Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie in de kindertijd en de adolescentie. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 49-61). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 33 Deschamps, P.K., Vreugdenhil, C. Stabiliteit van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis van de kinderjaren tot in de volwassenheid: een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2008; 50(1): 33-41.
- 34 Verhulst, F.C., Verheij, F., Ferdinand, R.F., (redactie). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum (2007).
- 35 Deschamps, P.K., Vreugdehil, C., Meijer, M. In: *Kinder en jeugdpsychiatrie – Psychopathologie* (p. 433). Assen: Van Gorcum (2007).
- 36 Winograd, G., Cohen, P., Chen, H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(9): 933-941.
- 37 Roberts, B.W., Caspi, A., Moffitt, T.E. Work experiences and personality development in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 84(3): 582-593.
- 38 Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S., Brook, J.S. Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56(9): 805-811.
- 39 Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. 2.5 Het beloop van persoonlijkheidsstoornissen (pp. 29-30). Utrecht: Trimbos-instituut (2008).
- 40 Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Silk, K.R. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(5): 827-832.
- 41 Buwalda, V.J.A. Referaat in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2004); 46(4): 261-262.
-

- 42 Verheul, R. Veranderbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 221-233). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 43 Bateman, A., Fonagy, P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165(5): 631-638.
- 44 Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Skodol, A.E., Yen, S., Sanislow, C.A., Bender, D.S., Dyck, I.R., Morey, L.C., Stout, R.L. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(5): 822-826.
- 45 Rothenhäusler, H.B., Kapfhammer, H.P. Outcome in borderline disorders. A literature review. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1999; 67(5): 200-217.
- 46 Gunderson, J.G., Bender, D., Sanislow, C., Yen, S., Rettew, J.B., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Morey, L.C., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Skodol, A.E. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003; 66(2): 111-119.
- 47 Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Silk, K.R., Hudson, J.I., McSweeney, L.B. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164(6): 929-935.
- 48 Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S., Stout, R.L., Morey, L.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., McGlashan, T.H. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine* 2005; 35(3): 443-451.
- 49 Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. H4 Diagnostiek en indicatiestelling (pp. 51-73). Utrecht: Trimbos-instituut 2008.
- 50 Paris, J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 2002; 53(6): 738-742.
- 51 Posner, M.I., Rothbart, M.K., Vizueta, N., Levy, K.N., Evans, D.E., Thomas, K.M., Clarkin, J.F. Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Science USA* 2002; 99(25): 16366-16370.
- 52 Lewis, G., Appleby, L. Personality disorder: the patients psychiatrists dislike. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 44-49.
- 53 Aviram, R.B., Brodsky, B.S., Stanley, B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry* 2006; 14(5): 249-256.
- 54 Bjorklund, P. No man's land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing* 2006; 27(1): 3-23.
- 55 Betan, E., Heim, A.K., Zittel Conklin, C., Westen, D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(5): 890-898.
- 56 Baal, K., Verbeek, J.H.A.M. Karakter of ziekte of gebrek? Ontwikkeling van een beoordelingsinstrument voor verzekeringsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2006; 14(7): 292-298.
-

- 57 Fonagy, P., Bateman, A. The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(1): 4-21.
- 58 Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., Siever, L.J. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry* 2002; 51(12): 936-950.
- 59 American Psychiatric Association (1994). Nederlandse vertaling G.A.S. Koster van Groos. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Swets & Zeitlinger (1995).
- 60 Lub, M.M.H. Persoonlijkheidsstoornissen in de somatische setting. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 495-505). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 61 Kooiman, C.G. Onbegrepen lichamelijke klachten en persoonlijkheidspathologie. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp.427-439). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 62 Snellen, W.M., Eurelings-Bontekoe, E.H.M. Indicatiestelling bij persoonlijkheidsproblemen. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 203-217). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 63 Koelen, J.A., Eurelings-Bontekoe, E.H.M. Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van de borderline stoornis? Een vergelijkende analyse en implicaties voor toekomstig onderzoek. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2009; 1: 5-27.
- 64 Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. Mentaliseren in de klinische praktijk. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds (2008).
- 65 Hummelen, J.W., Rokx, T.A. Individual-context interaction as a guide in the treatment of personality disorders. *Bulletin of Menninger Clinic* 2007; 71(1): 42-55.
- 66 Thunnissen, M., Duivenvoorden, H., Busschbach, J., Hakkaart-van Roijen, L., Tilburg, W. van, Verheul, R., Trijsburg, W.A. Randomized clinical trial on the effectiveness of a reintegration training program versus booster sessions after short-term inpatient psychotherapy. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(5): 483-495.
- 67 Hennessey, M., McReynolds, C.J. Borderline personality disorder: Psychosocial considerations and rehabilitation; implications. *Work* 2001; 17(2): 97-103.
- 68 Angun, M. De rol van de Borderline persoonlijkheidsstoornis in het kader van de WAO. Scriptie. NSPOH 2006: 16-20.
- 69 Beek, N. van, Verheul, R. Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(1): 89-100.
- 70 Hummelen, K. Weg met het concept persoonlijkheidsstoornis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2008; 63: 485-495.
- 71 Kuipers, T. Handicap en prothese in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2008; 63: 6320-6332.
- 72 Ruocco, A.C. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Research* 2005; 137(3): 191-202. Epub 2005 Nov 17.
- 73 LeGris, J., Reekum, R. van. The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(3): 131-142.
-

- 74 Koelen, J.A., Luyten, P., Eurlings-Bontekoe, E.H.M. Visies op het borderline concept: verleden, heden en toekomst. In: Eurlings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., Snellen, W.M. (redactie). Handboek persoonlijkheidspathologie (pp. 103-142). Houten: Bohn Stafleu van Loghum (2007).
- 75 Fonagy, P., Bateman, A. The development of borderline personality disorder - a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders* 2008; 22(1): 4-21.
- 76 Kamerstukken 2008-2009, 31780 nrs. 1, 2 en 3. Koninklijke boodschap, voorstel van wet en memorie van toelichting.
- 77 Heimann, P. Dynamics of transference interpretations. *International Journal of Psychoanalysis* 1956; 37(4-5): 303-310.
- 78 Winnicott, D.W. On transference. *International Journal of Psychoanalysis* 1956; 37(4-5): 386-388.
- 79 Betan, E., Heim, A.K., Zittel Conklin, C., Westen, D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(5): 890-898.
- 80 Van der Klink, J.J.L. Psychische aandoeningen. In: Buijs, P.C., Oosteron, A. van, Wolvetang, H. (redactie). Handboek bedrijfsgezondheidszorg Utrecht: Bunge (1995).
- 81 Derksen, J.J.L. Handboek persoonlijkheidsstoornissen (pp. 163-164). Utrecht: De Tijdstroom (1993).
-

B

Commissie en commentaarronde

Wergroep Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

- Mw. drs. A.C. (Ariëtte) van Reekum, *voorzitter*
Psychiater, directeur van de Divisie curatief specialistische zorg en plaatsvervangend opleider; Altrecht GGZ, Utrecht
- Mw. dr. I.A.K. (Ingrid) Snels,
Verzekeringsarts, UWV
- Mw. drs. M.C.E. (Martine) Govaert-Moermans,
Verzekeringsarts, UWV
- Mw. drs. N. (Nettie) Visser,
Verzekeringsarts, UWV
- Dhr. dr. A.J.A. (Ad) Kaasenbrood,
Psychiater, hoofd programma persoonlijkheidsstoornissen; De Gelderse Roos, Wolfheze
- Dhr. drs. H.(Hans) Duin
Klinisch psycholoog, psychotherapeut, opleider NSPOH
- Mw. drs. A. (Anneke) Huson
Beleidsmedewerker Stichting Pandora
- Dhr. drs. R.J. (René) Naber
Bedrijfsarts, Arbo-Livio

- Mw. drs. M. (Monique) Willems
Bedrijfsarts (zelfstandig gevestigd)
- Dhr. mr. drs. F.M. (Frans) Westerbos,
arts, *secretaris*

Autorisatiecommissie Verzekeringsgeneeskundige Protocollen

- Prof. dr. J.H.B.M. Willems, *voorzitter*
Bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde AMC/Uva, Coronel Laboratorium voor Arbeid en Gezondheid
- Mevr. Y. Jansen
Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
- Prof. dr. R.J. van den Bosch
Hoogleraar psychiatrie UMCG, Groningen; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
- Prof. dr. J.J.L. van der Klink
Bedrijfsarts, psycholoog, hoogleraar sociale geneeskunde, UMC, Groningen
- Dr. H. Kroneman
Verzekeringsarts; UWV
- A.H.J.M. Sterk
Verzekeringsarts en bedrijfsarts;
- Dr. T.M. Pal
Bedrijfsarts, NVAB
- Mevr. A.E. de Wind
Verzekeringsarts, NVVG
- Mevr. J.G. van Balen
Huisarts, NHG
- R. Kolsteren, *adviseur*
Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag
- R.H.C.J. Mentink, *secretaris*
Bedrijfsarts en verzekeringsarts, projectleider VGI

Leden van beide commissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise in zake het op te stellen verzekeringsgeneeskundige protocol of autorisatiebeoordeling. Zij kunnen echter ook belangen hebben. Dat behoeft geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van de betreffende commissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en naar de overige leden van de commissie als naar de NVVG. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan

commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleden, en andere materiële en niet-materiële belangen, die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de commissie te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen.

Commentaarronde

Het protocol en de bijbehorende toelichting werden in concept becommentarieerd door de volgende organisaties. Deze organisaties dragen geen verantwoordelijkheid voor de definitieve tekst.

- Stichting Borderline
- Stichting Pandora
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, NVAB
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlands Instituut van Psychologen, NIP
- UWV

Do's en don'ts

Hieronder leest u enkele algemene vuistregels voor de communicatie en omgang met mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Deze vuistregels zijn overgenomen uit de *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen 2008*.^a

Do's

Bevorder een goede en vooral stabiele werkrelatie:

- wees hoffelijk, vriendelijk, begripvol;
- neem een consequente grondhouding aan;
- blijf zelfverzekerd en gebruik humor;
- creëer een veilige sfeer;
- verstrek op zeer zorgvuldige wijze uitgebreide en feitelijke informatie;
- accepteer de opstelling van de patiënt, maar ga ertegen in indien te sterk aanwezig;
- onderken je eigen weerstanden;
- wees bereid de hand in eigen boezem te steken (zonder je waardigheid te verliezen);
- bewaar je (professionele) distantie.

^a Voor de verzekeringsarts geldt dat hij de adviezen moet vertalen naar zijn specifieke taken en de setting waarin hij werkzaam is. Feitelijke informatie geven kan ook inhouden dat de arts aangeeft wat de spelregels van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn. Een stabiele werkrelatie reikt verder dan een eenmalig spreekuur. Als een cliënt in bezwaar gaat door fouten in de communicatie, kan dit in de bezwaar- en beroepsfase een slepende disfunctionele relatie geven met het UWV, of een andere uitvoeringsinstantie. Bovendien is er kans op iatrogene schade (stagnerend herstel, ontstaan van een crisis).

Maak gebruik van:

- positieve feedback;
- stimuleren tot actief, productief en competent gedrag;
- structureren;
- denkbeelden laten toetsen aan de realiteit;
- bevorderen van realistische doelstellingen en grenzen.

Don'ts

Bevorder een goede werkrelatie:

- laat uw irritatie en ongeduld zo min mogelijk merken;
- voorkom een dominante houding, maar bewaar uw professionaliteit;
- verlies uzelf niet in overmatige betrokkenheid;
- laat u niet verleiden de verantwoordelijkheid voor problemen over te nemen van de patiënt/cliënt;
- laat u niet in een defensieve positie manoeuvreren;
- ga nooit en te nimmer de strijd aan.

Denk aan:

- vermijd, waar mogelijk, confrontaties;
- blijf zo veel mogelijk in het heden;
- ga niet mee in grenzeloos optimisme of pessimisme.

Adviezen voor de omgang met patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen voor de eerstelijnspsycholoog¹

Cluster B (grensverleggend in het contact, dramatisch, emotioneel, impulsief):

- De patiënt consulteert de eerstelijnspsycholoog, als de situatieve stress toeneemt; soms wordt hij door het systeem gestuurd. De patiënt doet een expliciet beroep op de behandelaar om aan de zorgvraag van As-I- en/of As-IV-problematiek tegemoet te komen, en niet zelden tracht hij de grenzen van de behandelaar te verleggen. Omdat deze patiënten ook een kwetsbaar gevoel van eigenwaarde hebben, is de bejegening van het grootste belang.
- In de begeleiding of behandeling is het van belang dat de behandelaar duidelijk en consequent grenzen stelt en die bewaakt. Positief gedrag moet bekrachtigd worden en er moet zorgvuldig omgegaan worden met het geven van kritiek, zodat krenkingen beperkt worden. De behandelaar gaat niet zozeer mee met de emoties, maar reageert wel empathisch en steunend, biedt structuur en werkt toe naar een oplossing van de klacht. Als dat nodig is, kan het systeem hierbij uitgenodigd worden om het behandeldoel te realiseren. Zijn er meerdere behandelaars betrokken bij de patiënt, dan is het verstandig om op één lijn te gaan zitten en uitspeelgedrag te voorkomen.
- Onderdeel van de klachtgerichte behandeling van patiënten uit het cluster B kan zijn dat de arts met de patiënt een gedeelde probleemdefiniëring bereikt over de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis. Dit kan resulteren in een doorverwijzing naar de tweede- of derdelijns-ggz.

Overdracht en tegenoverdracht

Overdracht en tegenoverdracht zijn twee begrippen die worden gebruikt binnen de psychotherapie en langdurige interacties tussen therapeut en cliënt. Freud introduceerde het concept van tegenoverdracht in 1910. Hij wees erop dat het gedrag van de patiënt de onbewuste gevoelens van de analyticus kan beïnvloeden en dat dit kan interfereren met de behandeling. In de loop van de tijd hebben verschillende theoretici het concept verbreed. Erkend werd dat de reacties van de behandelaar (bewust en onbewust, emotioneel en cognitief, intrapsychisch en gedragsmatig) zowel diagnostisch als therapeutisch relevant kunnen zijn. Als deze reacties goed herkend en toegepast worden, kunnen zij de behandeling faciliteren in plaats van remmen.^{77,78}

De laatste twee decennia worden overdracht en tegenoverdracht als normale, onvermijdelijke processen tussen mensen beschouwd. Deze processen kunnen zich zelfs in een kort contact al in meer of mindere mate voordoen. Wel wordt er op gewezen dat de objectiviteit en doelgerichtheid in een gesprek kunnen hierdoor kunnen verminderen.⁷⁹

Voor de verzekeringsarts kan de volgende definitie gehanteerd worden:

- Overdracht: de cliënt reageert noodzakelijk mede op basis van in het verleden aangeleerde wijzen van reageren, die als het ware worden ‘overgedragen’ op de huidige situatie. In het beoordelingsgesprek herinnert het optreden van de verzekeringsarts bijvoorbeeld aan een vroegere autoriteitsfiguur.

- Tegenoverdracht:
 - brede definitie: de emotionele reactie van de verzekeringsarts op de cliënt: het gaat om alle persoonlijk gekleurde reacties;
 - smalle definitie: de specifieke reacties van de verzekeringsarts die samenhangen met eigen onverwerkte conflicten uit verleden (of ervaring met ziekte en/of arbeidsongeschiktheid, of met voor hem belangrijke personen).

Er is sprake van tegenoverdracht als een professional meer bezig of gepreoccupeerd raakt met het voldoen aan eigen behoeften (bijvoorbeeld aan veiligheid, erkenning, waardering) dan aan de eisen van de specifieke professionele taaksituatie (structuur bewaren van het spreekuur, luisteren naar cliënt, begeleiden besluitvorming groep, management van team).

Wat kan een arts bij zichzelf waarnemen?⁸⁰

De verzekeringsarts kan de volgende gedragingen van tegenoverdracht zelf waarnemen:

- geneigdheid zich van de cliënt af te wenden (verveling, onverschilligheid, apathie, somberheid, slaperigheid en vergeetachtigheid);
- geactiveerde positieve tegenoverdracht (sterke bereidheid om de cliënt te helpen, tegevoel te willen komen, bewondering, (seksuele) aantrekking, reddingsfantasieën);
- geactiveerde negatieve tegenoverdracht (boosheid, woede gericht op de cliënt, deze willen wegsturen en bestraffen).

Nuttig inzetten van tegenoverdracht

Een diagnosticus luistert met één oor naar zichzelf en gebruikt tegenoverdrachtgevoelens voor de diagnostiek. Om tegenoverdracht te signaleren kan de arts zich de volgende vragen stellen:⁸¹

- Voel ik me vrij in het contact om elke vraag die ik maar zou kunnen bedenken te stellen?
- Merk ik dat ik bepaalde onderwerpen, zoals seksualiteit of agressie in de vorm van mishandeling door de patiënt, liever vermijd?
- Durf ik niet goed te informeren naar antisociaal gedrag en contacten met justitie?
- Wat voor type fantasieën roept de persoon bij mij op en wat is mijn reactie op mijn eigen fantasieën?
- Krijg ik het gevoel van plaatsvervangende verontwaardiging, schaamte of boosheid?
- Neig ik ertoe die ander te gaan helpen, raak ik druk in de weer met het bijeengaren van adviezen?
- Hoe komt het dat ik bepaalde neigingen ga vertonen en mij minder vrij voel in mijn werk als diagnosticus?

De verzekeringsarts in zijn rol als diagnosticus kan zijn beleving of reactie gebruiken in de diagnostiek van persoonlijkheidsproblematiek of -stoornissen. Van Baal en Verbeek (TBV 2006) hebben een onderzoeksartikel geschreven over de ontwikkeling van een verzekerings-geneeskundig beoordelingsinstrument om onderscheid te kunnen maken tussen (niet zieke) karaktertrekken en een persoonlijkheidstoornis. Zij stellen: *'Het fenomeen overdracht en tegenoverdracht kan ondersteunend werken bij het vaststellen van een specifiek criterium, van karakter maar ook van stoornis. Aangezien overdracht onafhankelijk is van het belang van het onderzoek kan dit als zeer waardevolle informatie beschouwd worden. Het psychologische belang van een cliënt, namelijk reageren zoals cliënt altijd diep ingeslepen doet, gaat voor op het objectieve belang. Het is de onbewuste bedoeling van de cliënt tijdens het gesprek.'* Overigens stellen Van Baal en Verbeek ook dat de overdrachtsfenomen nooit gebruikt mogen worden als directe argumenten om de mate van arbeidsongeschiktheid te onderbouwen. Wel kunnen relevante signalen gebruikt worden voor nader onderzoek, die vervolgens de argumentatie kunnen voeden.

Niet alleen de overdrachtsfenomenen zijn specifiek en herkenbaar los van het belang van de communicatie over en weer. Dat geldt ook voor de tegenoverdracht. Volgens Derksen e.a. bestaan er aanwijzingen dat de (smal gedefinieerde) tegenoverdrachtsreactie van de diagnosticus onderscheidend kan zijn voor de verschillende categorieën persoonlijkheidsstoornissen: *'Bij het A-cluster ervaren we niet zelden hetgeen Rümke het praecoxgevoel noemde "... een eigenaardige, met niets te vergelijken onzekerheid en een vreemdheidsgevoel, die samenhangen met de verbreking van het gewone op-elkaar-ingesteld-zijn. Dat wat men het toenaderingsinstinct noemt is eenzijdig gestoord" (Rümke 1954). (...) Het ego van deze patiënten is structureel aangetast en onder druk krijgt de decompensatie een psychotische uitdrukking. De paranoïde persoonlijkheid kan heel afwerend zijn in het contact. De diagnosticus is bij voorbaat verdacht en vijandig. (...) Vaak uit zich dit in een kritisch bevragen van de diagnosticus: 'Wat schrijft u daar op? Wat gaat u doen met alles wat ik hier vertel? Luistert er nog iemand mee achter het scherm?' (...)*

Bij cluster-B-stoornissen treffen we vaak een in structureel opzicht aangetast ego aan dat de moeilijkheden veel emotioneler en impulsiever verwerkt. (...) Bij deze stoornissen merk je in het directe contact vaak een uit het evenwicht geraakt zelfgevoel. In het contact tot de diagnosticus en behandelaar is de patiënt bezig zijn gebrekkige zelfwaardering te repareren. (...) De controlebehoefte van de patiënt kan zo groot zijn dat je er als diagnosticus door wordt beïnvloed en angst voelt om die controle te doorbreken. De narcistische en de borderline personen zullen, afhankelijk van de lijdensdruk, ertoe neigen de diagnosticus te devalueren of te idealiseren. (...) Vooral bij stoornissen in dit zelfgevoel spitst de problematiek van de patiënt zich tamelijk snel toe in de relatie die hij aangaat. Het contact is hier dus informatief, maar ook erg lastig.

Bij het C-cluster voelt de diagnosticus vaak de neiging de ander te gaan helpen, te steunen of in bescherming te nemen. Hierbij ervaar je geen onvrijheid veroorzaakt door angst voor die ander, maar door medelijden, plaatsvervangende boosheid of verdriet.'

Over de specifieke tegenoverdrachtsreacties bij persoonlijkheidsstoornissen, waaronder de BPS, zeggen de onderzoekers Betan e.a. (2005) dat ondanks de complexiteit van de reacties van de arts op de patiënt, het mogelijk is om tegenoverdrachtsfenomen klinisch relevant en psychometrisch helder te meten. Tegenoverdrachtspatronen zijn op een systematische manier gerelateerd aan de persoonlijkheidspathologie van de patiënt. Dit staat los van de therapeutische benadering. Hiermee is het dus mogelijk om diagnostisch en therapeutisch gebruik te maken van de persoonlijke reacties van de therapeut op de cliënt.

Via een factoranalyse kwamen zij tot acht coherente factoren, die onafhankelijk zijn van de theoretische oriëntatie van de therapeut:

1. overdonderd en gedesorganiseerd;
2. hulpeloos en inadequaar;
3. overdreven positief;
4. speciaal/overmatig betrokken;
5. geseksualiseerd;
6. niet-betrokken;
7. beschermend/vaderlijk/moederlijk;
8. bekritiseerd en onheus bejegend.

De persoonlijkheidsstoornissen onder cluster B, waaronder de BPS, roepen vooral reactie 1 en 8 op en in iets mindere mate, maar nog altijd significant, reactie 2, 5 en 6.

Verantwoording

Uitgangspunt voor de tekst van dit protocol en de toelichting op het protocol zijn de Multi-disciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008), het Handboek persoonlijkheids-pathologie (2007) en de NVAB-richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische problemen (2007).

Er is ook naar richtlijnen gezocht in de volgende databases:

- National Guideline Clearinghouse
- National Institute for Clinical Excellence (NICE)

In Medline is aan de hand van een aantal uitgangsvragen literatuuronderzoek verricht. Doorslaggevend in de keuze om literatuur wel of niet op te nemen in het protocol, was de afweging of de informatie van belang is voor de verzekeringsarts.

1. Welke studies zijn er gedaan naar BPS met een arbeidsgerelateerde uitkomst?

“Borderline Personality Disorder”[Mesh]

AND

“work capacity”[All Fields] OR “work disability”[All Fields] OR “vocational rehabilitation”[All Fields] OR “occupational health”[All Fields] OR “sick leave”[All Fields] OR (“absenteeism”[MeSH Terms] OR “absenteeism”[All Fields]) OR “return to work”[All Fields] OR (“retirement”[MeSH Terms] OR “retirement”[All Fields]) OR “employment status”[All Fields] OR “work status”[All Fields] OR “workers compensation”[All Fields] OR “insurance medicine”

2. Welke studies zijn er over de behandeling van BPS met een arbeidsgerelateerde uitkomst?

“Borderline Personality Disorder”[Mesh]) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))

AND

“work capacity”[All Fields] OR “work disability”[All Fields] OR “vocational rehabilitation”[All Fields] OR “occupational health”[All Fields] OR “sick leave”[All Fields] OR (“absenteeism”[MeSH Terms] OR “absenteeism”[All Fields]) OR “return to work”[All Fields] OR (“retirement”[MeSH Terms] OR “retirement”[All Fields]) OR “employment status”[All Fields] OR “work status”[All Fields] OR “workers compensation”[All Fields] OR “insurance medicine”

3. Welke behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen zijn er onderzocht op een arbeidsgerelateerde uitkomst?

“Personality Disorders”[Mesh]) AND (randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]))

AND

“work capacity”[All Fields] OR “work disability”[All Fields] OR “vocational rehabilitation”[All Fields] OR “occupational health”[All Fields] OR “sick leave”[All Fields] OR (“absenteeism”[MeSH Terms] OR “absenteeism”[All Fields]) OR “return to work”[All Fields] OR (“retirement”[MeSH Terms] OR “retirement”[All Fields]) OR “employment status”[All Fields] OR “work status”[All Fields] OR “workers compensation”[All Fields] OR “insurance medicine”

4. Zijn er studies over de samenhang tussen de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en bepaalde beperkingen?

4a Concentratieproblemen:

“Borderline personality disorder” [Mesh]

AND

“Attention”[Mesh]

4b Inzicht in eigen kunnen, resultaat van een behandeling:

“Borderline Personality Disorder”[Mesh]

AND

“Self Concept”[Mesh]

AND

“randomized controlled trial[Publication Type] OR (randomized[Title/Abstract] AND controlled[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract])”

5. Wat is er bekend over BPS en overdracht en tegenoverdracht?

“Borderline Personality Disorder”[Mesh]

AND

“Transference (Psychology)”[Mesh]

NVVG



Secretariaat NVVG
Postbus 24095
3502 MB Utrecht
Telefoon 030 6868764
Fax 030 6868779
secretariaat@nvv.nl
www.nvv.nl