

# Therapeutisch psychologisch onderzoek bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen: uitdagingen en kansen

H. De Saeger, prof. dr. J.H. Kamphuis

Over diagnostiek wordt vaak gezegd dat het een overbodige luxe is. Een uitzondering hierop is therapeutisch psychologisch onderzoek. Hierover wordt gezegd dat diagnostici die zich niet scholen in deze methode een belangrijke kans missen om positieve veranderingen bij cliënten te stimuleren en het therapeutische proces naar een hoger niveau te tillen. Therapeutisch psychologisch onderzoek verwijst naar een collaboratieve, semigestructureerde wijze van geïndividualiseerde klinische psychodiagnostiek. De Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, heeft deze methode van diagnostiek geïmplementeerd. Een deel van het diagnostiekteam werd getraind in het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek door Stephen Finn. Daarnaast werd in 2009 gestart met een randomised clinical trial naar het effect van therapeutisch psychologisch onderzoek bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Het is nog te vroeg om concrete onderzoeksresultaten te rapporteren maar de aanvankelijke scepsis is ondertussen verdwenen. De twijfel dat mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen omwille van hun beperktere psychologiserende vermogens niet gebaat zijn bij deze interventie lijkt ongegrond. Het investeren in de samenwerkingsrelatie is enerzijds de uitdaging en tegelijk hefboom bij cliënten met ernstige persoonlijkheidspathologie.

Trefwoorden: therapeutisch psychologisch onderzoek, persoonlijkheidsstoornissen, diagnostiek, testonderzoek, samenwerking

Toenemende wettelijke, ethische en financiële eisen maken dat het starten van psychotherapie niet meer kan zonder een duidelijk plan waarin het doel, de risico's, de duur, de methode, ... van de behandeling nauwkeurig beschreven zijn (Harkness, 1997, p. 349). Tegelijk wordt psychologisch onderzoek als tijdrovend en geldverslindend ervaren. De strijd tussen verschillende auteurs over de betrouwbaarheid en validiteit van verschillende psychologische tests maakt de positie van 'testpsycholoog' er niet makkelijker op. Gelukkig heeft de komst van de op samenwerking gerichte en therapeutisch georiënteerde testpsychologen het veld van het persoonlijkheidsonderzoek opengetrokken. Testpsychologisch onderzoek hoeft geen breuk meer te betekenen met de therapie an sich, maar biedt juist handvatten om de therapie meer kans van slagen te geven (Peters, Handler, & White, 2008).

Psychodiagnostisch onderzoek als een kortdurende (therapeutische) interventie heeft de laatste jaren een forse ontwikkeling doorgemaakt. Het vindt zijn ontstaan, bijzonder genoeg, in de humanistische beweging van de jaren '50 en '60 (Finn & Tonsager, 1997). Humanisten vonden het testen en labelen van cliënten mensonterend. Echter, Fischer (1972) en collegae zagen

juist in de humanistische benadering van cliënten tijdens een psychologisch onderzoek een meerwaarde, op voorwaarde dat het cliënten hielp en niet beschadigde. De consequentie van deze visie is dat psychodiagnostici hun aandacht verruimen van het louter meten naar: (a) de cliënt en zijn context, (b) de relatie tussen de cliënt en de diagnosticus, (c) de tegenoverdracht. Collaborative Assessment, ontwikkeld door Conny Fischer, is een psychodiagnostisch model waarbij testen op een zeer geïndividualiseerde manier gebruikt worden in de context van een nauwe samenwerking tussen de diagnosticus en de cliënt. De nomothetische waarde van de testen is voor haar van ondergeschikt belang. Testen worden gebruikt om de cliënt te helpen zijn conflictgebieden te identificeren, dus op een louter ideografische manier (Fischer, 2000). De nomothetische benadering heeft als doel het ontdekken van algemeen geldige wetten; de ideografische benadering legt de nadruk op een grondige studie van de unieke kwaliteiten van het individu (De Boeck, 1988). Therapeutic Assessment, of in het Nederlands Therapeutisch Psychologisch Onderzoek (TPO), ontwikkeld door Stephen Finn, sterk beïnvloed door Fischer, dicht de nomothetische interpretatie van testen wel een groot belang toe. Voor hem is het wel van belang om te zien hoe te patiënt zich situeert ten opzichte van anderen. Therapeutisch Psychologisch Onderzoek is ondertussen meer gestructureerd en nauwkeurig omschreven waardoor het zich leent voor empirisch onderzoek (Kamphuis

& Finn, 2006). In 1997 publiceerde Finn samen met Tonsager een artikel waarbij ze traditioneel – informatieverzameland – onderzoek vergeleken met een meer therapeutisch georiënteerde manier van psychologisch onderzoek. Uit hun analyse volgde dat beide vormen complementair zijn (Finn & Tonsager, 1997). Dit artikel was baanbrekend voor de ontwikkeling van TPO. Het model beoogt een fusie tussen een therapeutische grondhouding en psychologisch onderzoek. Als zodanig combineert het de voordelen van een psychologisch onderzoek met de kracht van een kortdurende therapeutische interventie (Finn, 2007).

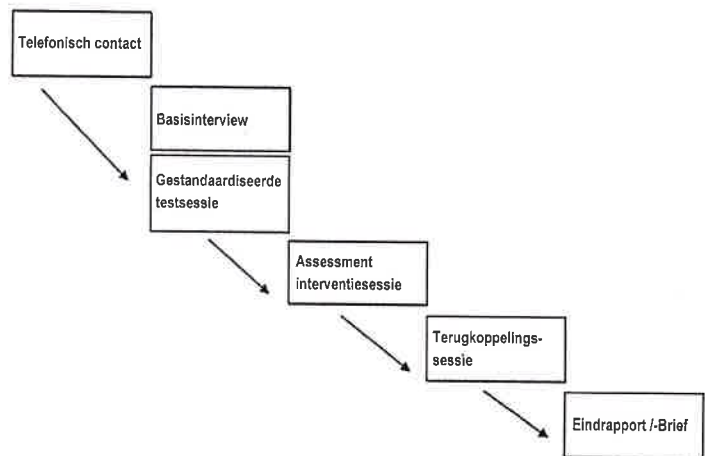
### Doel en aard van TPO

Het doel van diagnostiek volgens het TPO-model is te zorgen dat de cliënt bruikbare informatie opdoet om zijn leven te veranderen. De consequentie van deze visie is dat er bij de diagnosticus een verschuiving moet plaatsvinden van een oriëntatie op de test naar een oriëntatie op de cliënt. De onderzoeker is een participerende observator in plaats van een louter objectieve observator. Het model staat voor 'samen-werken'. Door bij een psychodiagnostisch onderzoek de cliënt te betrekken als een actieve participant zal hij zich meer betrokken voelen en aanvoelen dat zijn inzet essentieel is voor het slagen van het onderzoek. De bejegening vanuit samenwerking, eerder dan vanuit informatieverzameling, maakt dat cliënten geneigd zijn meer accurate en betrouwbare informatie over zichzelf prijs te geven. Cliënten zijn namelijk geneigd om meer te investeren in hun onderzoek als de resultaten hun eigen vragen en doelen aangaan. Ze zullen minder defensief reageren. Niet alleen de samenwerking is essentieel. Ook de empathische bejegening door de diagnosticus is cruciaal. Deze beantwoordt aan de fundamentele behoefte van de mens om zich (h)erkend te voelen. Als cliënten zich gewaardeerd voelen, heeft dit een onmiddellijk effect op de motivatie. De wijze van feedback draagt bij tot een beter begrip van de eigen problematiek en sorteert op deze manier een eigen effect. Een veel gehoorde reactie van cliënten op deze manier van bejegenen is dat ze zich serieus genomen voelen en het prettig vinden dat hun inbreng een effect heeft op het geheel. TPO wordt daarom niet alleen ingezet om de diagnostiek te verfijnen maar biedt ook kansen om vastgelopen psychotherapeutische behandelingen weer vlot te trekken.

Naar ons werd een 30-jarige vrouw verwezen met de vraag of cliënte voldoende gemotiveerd was voor therapie omdat elke therapeutische interventie was gestrand op een zogenaamd 'gebrek aan motivatie' en een 'grote weerstand tegen verandering.' Bij de telefonische uitnodiging reflecteerde de cliënte dat ze niet zat te wachten op weer een 'hummende psycholoog' die haar toch niet zou begrijpen en die haar niet zou geven wat ze nodig had. Overgehaald door de empathische grondhouding van de hulpverlener was ze aarzelend bereid om in een vis-à-vis gesprek te kijken of TPO haar iets kon opleveren. In dit eerste contact zette ze de onderzoeker volledig in de hoek. De diagnosticus had haar niets te bieden, ze was net als alle anderen, etc. Cliënte wenste niet door te gaan. Pas toen de onderzoeker haar behoefte aan 'echte' steun verwoordde, kon ze ontdoen. Ze voelde zich gezien door deze interventie en kon

zich openstellen voor verder onderzoek. Cliënte maakte een shift van globale afwijzing van de ander naar onderzoeken wat de ander voor haar kon betekenen. Ze kwam al snel tot volgende vragen voor het onderzoek: 1) Hoe herstel ik het contact met mijn gevoel en durf ik weer te gaan voelen?; 2) hoe kan ik mijn identiteit verder ontwikkelen?; 3) Waarom ben ik zo afhankelijk van de goedkeuring van anderen?; en 4) Waarom ben ik nooit verder gekomen in de hulpverlening?

TPO: procedurele aspecten



Figuur 1: Stroomschema van Beloop van het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek

In de volgende zes stappen beschrijven we de procedure van het TPO (zie figuur 1).

#### Stap 1

Na de verwijzing wordt telefonisch contact gelegd met de cliënt. De cliënt wordt uitgenodigd om na te denken over de vragen die hij of zij graag beantwoord wil zien. De procedure wordt doorgesproken en de eerste afspraak wordt vastgelegd waarna deze schriftelijk wordt bevestigd. Met de volgende tekst wordt de cliënt betrokken bij de procedure:

*Deze benadering van psychologisch testen is misschien anders dan je eerder hebt meegemaakt. Ik wil graag met je samenwerken en er samen voor zorgen dat de testen informatie opleveren over de dingen die jij belangrijk vindt voor jouw leven. Ik ga je straks vragen wat je over jezelf beter wil leren begrijpen of wil uitzoeken. Ik ben de deskundige over de testen, maar jij bent de deskundige over jezelf. Jouw inzet is dus essentieel en bepalend voor wat je uit deze ervaringen kan halen.*

#### Stap 2

In het eerste vis-à-vis contact (basisinterview) staat het opstellen van de vragen die de cliënt als focus van het TPO wil stellen centraal. De vragen die aanvrager van het onderzoek heeft als reden voor het onderzoek worden eveneens doorgenomen. Het doel van deze sessie is: (a) de cliënt als samenwerkingspartner te activeren; (b) de achtergrondinformatie die essentieel is om

de vragen te beantwoorden te verzamelen; en (c) de samenwerkingsrelatie te installeren. De sessie is geslaagd als de cliënt bij het verlaten van de kamer zich begrepen en gerespecteerd voelt, als hij geëngageerd en nieuwsgierig is geworden, en als de cliënt hoopvol is over het te behalen resultaat (demoralisatie doorbreken). De manier waarop de cliënt zich in deze sessie opstelt, zegt vaak al heel wat over de aard van de problematiek. Sommige cliënten bereiden deze sessie in detail voor en laten niets aan het toeval over; ze hebben bijvoorbeeld hun (minstens 30) vragen bij binnenkomst al uitgetypt klaar waarbij ze de diagnosticus geen ruimte laten om mee te denken. Anderen weten absoluut niet welke vragen ze zouden willen stellen en stellen zich volledig afhankelijk en weerloos op. Nog anderen voelen zich verplicht en zien er het nut niet van in. Denk aan de nukkige adolescent die helemaal niet wil dat anderen meekijken in zijn binnenwereld. De taak van de diagnosticus is om de cliënt te helpen zijn vragen te formuleren. Dit kan het herformuleren van te brede of te beperkte vragen zijn of het helpen formuleren van vragen die de onderzoeker in het verhaal hoort maar nog niet expliciet zijn voor de cliënt. Hij blijft daarbij zo dicht mogelijk bij de woordkeuzes van de cliënt. Het hoofddoel is om de nieuwsgierigheid van de cliënt te prikkelen en hem als medeonderzoeker te activeren. Om tot waardevolle vragen te komen, is het van belang relevante achtergrondinformatie met betrekking tot de vragen te verzamelen. Hierbij maakt hij gebruik van technieken als spiegelen, doorvragen, herformuleren, metaprocessen.. *Wanneer is het begonnen, wanneer is het er niet, als je nu de vraag zou beantwoorden wat zou je dan zeggen, hoe is deze sessie geweest...* Voorbeelden van vragen van een cliënt kunnen zijn: *Denk ik anders dan anderen?, Waarom raak ik zo snel overspoeld?, Waarom is het zo moeilijk voor mij om alleen te zijn?...*

### Stap 3

In de volgende sessie worden de testen geïntroduceerd. Ze worden aan de cliënt beschreven als een bruikbare manier om uit te zoeken hoe hij over dingen denkt en hoe hij functioneert om zo een antwoord te kunnen geven op de vragen die hij in de eerste sessie gesteld heeft. De psychodiagnosticus legt de cliënt uit waarom hij bepaalde testen selecteert; wat de aard ervan is, welke vragen er mee zijn uit te zoeken, en wat er van de cliënt wordt verwacht. Er wordt nogmaals aandacht gevestigd op het feit dat de medewerking van de cliënt essentieel is voor het uiteindelijke resultaat. De testen worden geselecteerd op basis van de vragen van de cliënt, dat wil zeggen dat eerst die testen aangeboden worden die het dichtst bij de vragen van de cliënt liggen. Bijvoorbeeld een geheugentest bij iemand die twijfelt of hij alles wel goed kan onthouden. Om de cliënt zo goed mogelijk te begrijpen en ook de veranderingsdilemma's in kaart te brengen waarmee een cliënt worstelt, wordt gebruik gemaakt van minstens een brede zelfbeoordelingvragenlijst (bijvoorbeeld de MMPI-2). Daarnaast wordt er eveneens gebruik gemaakt van minstens één projectieve test (bijvoorbeeld de Rorschach, de zinnenaanvultest of TAT). In deze fase worden testen gescoord volgens de normer en geïnterpreteerd volgens de richtlijnen van standaard naslagwerken (vb Graham, 1993; Friedman, Lewak,

Nichols & Webb, 2001; Exner, 1995, 2003; Ganellen, 1996; Weiner, 1998).

De testen helpen de onderzoeker om in de schoenen van de cliënt te gaan staan, maar ook om afstand te nemen en vanaf een platform te kijken naar de cliënt. Binnen een TPO wordt elke testessie nabesproken met de cliënt en wordt besproken of de cliënt nog aanvullingen wil geven, of observaties over hoe (bepaalde onderdelen) van de test hem troffen. Hier wordt de cliënt mee uitgenodigd op het platform om samen te kijken naar de testen. Er wordt stilgestaan bij hoe het was en of er dingen opgevallen zijn. Misschien werden er wel zaken weggelaten en wil de cliënt hierover in een gesprek nog iets kwijt, of zijn er dingen opgevallen (bij cliënt of diagnosticus) die het bespreken waard zijn. Binnen een TPO bevraagt de diagnosticus de cliënt continu, het is een wederkerig proces. Bijvoorbeeld iemand die na de Rorschach spontaan vermeldt *'he, gelukkig, eindelijk kleur; ik heb het niet zo op dat grijze.'* Deze opmerking opende de weg om het, na standaard afname van de test, nog eens samen naar haar vraag over gebrek aan plezier en vitaliteit te hebben. Zo'n 'nagesprek' biedt de mogelijkheid om een stukje 'testing the limits' te doen. Met andere woorden: er wordt dieper op het materiaal van de cliënt ingegaan dan bij een klassieke testopstelling gangbaar is, met als doel de cliënt zo goed mogelijk te begrijpen, maar ook om de cliënt telkens opnieuw nieuwsgierig te maken en te activeren en het mentaliserend vermogen optimaal aan te spreken.

### Stap 4

De vierde stap in het model is de Assessment Interventie Sessie (AIS) (Finn, 1996; Finn, 2007). De AIS was een van de laatste toevoegingen aan het TPO-model. Het werd toegevoegd omdat in de feedbacksessies vaak bleek dat cliënten een stuk van het proces misten waardoor waardevolle informatie niet helemaal toegankelijk voor hen bleek. Immers, als de nieuwe informatie te afwijkend is van het zelf-concept van de cliënt, is de kans groot dat deze het niet kan integreren en dat de bevindingen worden verworpen (Finn 1997; Finn, 2007). Het doel van de AIS is (a) de verdere exploratie van hypothesen uit de standaardtesten waar de onderzoeker nog niet heel zeker van is of waarvan verwacht wordt dat de cliënt ze zonder nadere exploratie en *in vivo* ervaring niet kan integreren, (b) het uittesten van alternatieve oplossingsstrategieën, (c) het zelf ervaren, ontdekken van en experimenteren met meer adaptief gedrag. Het is van belang die bevindingen uit te testen waarvan de diagnosticus vermoedt dat de cliënt directe actuele ervaring nodig heeft alvorens het te kunnen plaatsen en integreren. Voor meer informatie verwijzen we naar Finn (1997) en Finn (2007). Voorbeelden van veel gebruikte interventies zijn: variëren met de instructie van de TAT (bijvoorbeeld 'Ik zou graag willen dat je verhalen positief aflopen'), variëren in de instructies van neuropsychologische testen (bijvoorbeeld: de perfectionist die zich niet bewust is van de impact van zijn perfectionisme minder tijd gunnen, of door de testnormen samen met deze cliënt door te nemen, kan hij zelf ontdekken hoe zijn resultaten zijn in vergelijking met anderen), een geïndividualiseerde zinnenaanvultest, creatieve taken

(bijvoorbeeld collages, tekeningen), rollenspelen, technieken uit verschillende therapeutische modellen. De planning van een AIS vraagt een goed begrip van het veranderingsdilemma waar een cliënt mee worstelt. Sommige dilemma's laten zich beter door de ene en andere door een andere theorie vertalen en begrijpelijk maken. Het kunnen terugvallen op kennis van verschillende technieken en verklaringsmodellen helpt de onderzoeker om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de ervaring van de cliënt. Het geeft hem de mogelijkheid om de cliënt een alternatief of een verklaring aan te bieden die aansluit bij de cliënt. Het is van belang om samen met de cliënt nauwkeurig het proces te observeren en te monitoren.

Een vrouw van 24 met een achtergrond van verlating en geweld die de laatste tijd zelf geweldsdelicten heeft gepleegd, krijgt in de AIS een aantal TAT-platen voorgelegd. De verhalen vertonen geen spoor van agressie. Bij de bespreking van deze gemeenschappelijke observatie oppert cliënte zelf dat ze boosheid in haar dagelijkse leven misschien gebruikt om andere gevoelens weg te houden. Mogelijk moet de boosheid haar verdriet camoufleren, vermoedt ze. De onderzoeker vraagt of ze herinneringen heeft hoe er vroeger op haar verdriet werd gereageerd. Cliënte vertelt over vernederingen en de eraan gerelateerde angst om iemand nog te vertrouwen. Na dit gesprek wordt aan cliënte gevraagd om zelf een plaat te kiezen en een andere afloop te kiezen. Cliënte slaagt erin een verhaal te vertellen waarin zowel verdriet als een verlangen naar troost aanwezig zijn. De angst voor nabijheid werd heel voelbaar. Cliënte begreep door deze gedeelde ervaringen meer doorleefd waarom haar boosheid zo op de voorgrond stond en wat de functie van deze boosheid was. Ze kreeg begrip voor haar onderliggende kwetsbaarheid en haar verlangen naar troost.

### Stap 5

In het vijfde contact met de cliënt staat de terugkoppeling op de voorgrond. Het doel is de cliënt een meer accuraat, coherent verhaal over zichzelf voor te leggen; of, klinischer geformuleerd, een empathisch geformuleerde, geïndividualiseerde casusformulering te presenteren. Deze sessie is nadrukkelijk niet bedoeld als eenrichtingsverkeer. De cliënt wordt voortdurend uitgenodigd om de bevindingen te vertalen naar zijn dagelijks bestaan. Hij wordt zo telkens weer mee op het platform getild om na te denken over zichzelf en om de vertaling naar zijn eigen leven te maken. De focus is om de cliënt echt deelgenoot te maken van de bevindingen.

Finn adviseert de terugkoppeling zorgvuldig voor te bereiden, en geeft specifieke aanbevelingen voor volgorde en stijl van feedback. Vuistregel is om eerst bevindingen terug te koppelen die nauw aansluiten bij het vigerende zelf-concept van de cliënt, en vervolgens successievelijk complexere en meer discrepante bevindingen voor te leggen. Qua stijl en woordgebruik probeert de diagnosticus aan te sluiten bij de cliënt en bevindingen steeds te ankeren in gemeenschappelijk geobserveerde (test-)ervaringen die tijdens het TPO zijn verzameld. Ondanks

deze zorgvuldige voorbereiding bestaat er steeds een kans dat de cliënt een deel van de hypothesen niet aanvaardt. Binnen de visie van het TPO-model is het ondenkbaar om deze hypothesen toch aan de cliënt te gaan opdringen. De verworpen hypothesen worden door de onderzoeker gelaten voor wat ze zijn en worden niet opgenomen in het uiteindelijke rapport. Immers de kans op ontregeling van de cliënt vergroot als het eigen verklaringsmodel van de cliënt zonder meer wordt verworpen. Het eigen verklaringsmodel van de cliënt is tot dat moment het houvast van een cliënt geweest, zijn manier om zich staande te houden. Het doel van TPO is om samen met de cliënt een nieuw, alternatief, 'gezonder' verklaringsmodel te installeren dat de cliënt in staat stelt positieve veranderingen in zijn leven te maken. Als een verandering vergeleken wordt met een koersverandering van een boot dan kan gesteld worden dat elke aanpassing (hoe minimaal ook) van de koers op dit moment, een enorme verandering in de toekomst inhoudt.

### Stap 6

Tenslotte volgt een brief persoonlijk aan de cliënt gericht waarin het proces beschreven staat dat de diagnosticus en de cliënt samen doorlopen hebben. Onderstaand fragment laat zien dat de toonzetting wars is van vakjargon.

*Voorbeeld fragment van een brief aan een cliënt:*

*Vraag van cliënt: Wat maakt dat ik zoveel afstand moet houden van mezelf? Hoe ga ik om met mijn emoties?*

*Bij deze vraag hebben we uitgebreid stilgestaan tijdens onze tweede afspraak. Aan de hand van enkele platen vertelde jij een verhaal waardoor je ontdekte dat je boosheid gebruikt om kwetsbare gevoelens niet te hoeven voelen. In jouw jeugd heb je veel onveiligheid meegemaakt. Als kind kende jij erg veel machteloosheid. Je werd gepest op school en thuis was het onveilig door het agressieve gedrag van je stiefvader. Je moeder kon niet voor je opkomen en jij was nog te klein om jezelf te beschermen. Je hebt geleerd dat anderen niet te vertrouwen zijn en misbruik van je zullen maken. Het lijkt erop dat jij al op heel jonge leeftijd ervaren hebt dat als jij angst of verdriet toelaat jouw kwetsbaarheid zichtbaar wordt. In jouw beleving zal de ander je dan ongelooflijk veel kwaad kunnen doen, net zoals dat vroeger het geval was. (...)*

### Evidentie voor werkzaamheid TPO

Er is inmiddels aanzienlijke onderzoeksevidentie voor de werkzaamheid van TPO verzameld. Er zijn drie gecontroleerde onderzoeken gepubliceerd en er is een grote schare aan gevalbeschrijvingen verschenen (Finn, 2003, 2007, 2011; Finn & Kamphuis 2005; Peters, 2008). De meest opvallende bevindingen zijn: (a) een vermindering van de symptomatologie en een verbetering van het zelfvertrouwen (Finn & Tonsager, 1992; Montgomery, Tubman, Frazier & Escovar, 2003; Newman & Greenway, 1996), (b) een toename van de hoop (Finn & Tonsager, 1992; Holm-Denoma en anderen, 2008), (c) het advies wordt meer aanvaard als het gegeven wordt vanuit de

visie van TPO (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000). Tenslotte wordt er (d) een verbetering van de werkrelatie met de therapeut waargenomen (Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004). Na een TPO rapporteerden borderline-patiënten een betere outcome van hun behandeling met MACT, Manual Assisted Cognitive Therapy (Morey, Lowmaster, & Hopwood, 2010). Little en Smith (2009) vonden dat psychiatrische patiënten zich beter met de behandeling konden verzoenen en dat hun tevredenheid over de behandeling toenam. Daarnaast voelden de patiënten zich opmerkelijk beter. Tenslotte zijn er nog diverse onderzoeken waar TPO effectief blijkt bij adolescenten, kinderen en koppels (zie bijvoorbeeld Finn, 2007; Smith, Wolf, Handler, & Nash, 2009; Tharinger, Finn, Wilkinson, & Schraber, 2007).

Vorig jaar verscheen er in *Psychological Assessment* een meta-analyse over de effecten van psychodiagnostiek als een interventie op zich (Poston & Hanson, 2010). De analyse van zeventien studies leidde tot de volgende conclusie: psychodiagnostiek gebaseerd op samenwerking sorteert een middelgroot effect op klachten en een groot effect op de kwaliteit van de werkalliantie en van de behandelsessies. De aanbeveling van de auteurs luidde: diagnostici moeten training zoeken in modellen van psychodiagnostiek die zowel collaboratief als therapeutisch van aard zijn. Zij die het houden bij klassiek testonderzoek missen een belangrijke kans om positieve veranderingen bij cliënten te stimuleren en het therapeutische proces naar een hoger niveau te tillen (Poston & Hanson, 2010). Tot op heden beperkte het onderzoek van TPO zich tot mensen met 'milde' pathologie (voornamelijk bij studenten of de eerstelijnszorg).

### TPO en De Viersprong: toepassing bij persoonlijkheidspathologie

Mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen staan vaak ambivalent tegenover verandering en inherent dus ook tegenover psychotherapie. Hun persoonlijke gevoelens en gedachten zijn vaak slecht bereikbaar en de motivatiewisselingen bemoeilijken hun behandeling. Een grote groep van mensen met persoonlijkheidsstoornissen heeft veel moeite om een samenwerkingsrelatie op te bouwen vanuit ervaringen in het verleden, en het drop-out percentage ligt hoog (Kamphuis & Muskens, 2007). In de juni 2011 versie van de DSM-5 worden persoonlijkheidsstoornissen als volgt beschreven.

*Algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-5.*

*De wezenlijke kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis zijn verstoringen in persoonlijkheidsfunctioneren (zelf en inter-persoonlijk) en de aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken. Om een persoonlijkheidsstoornis te diagnosticeren, dient aan de volgende criteria voldaan te worden:*

A. *Significante verstoringen in zelf (identiteit en zelfsturing) en inter-persoonlijk (empathie of intimiteit) functioneren*

B. *Een of meer pathologische trekdomeinen of trekfacetten*

C. *De verstoringen in persoonlijkheidsfunctioneren en de expressie van individuele persoonlijkheidstrekken zijn relatief stabiel over tijd en consistent over situaties*

D. *De verstoringen in persoonlijkheidsfunctioneren en de expressie van individuele persoonlijkheidstrekken kunnen niet beter begrepen worden vanuit de ontwikkelingsfase of socioculturele omgeving van het individu*

E. *De verstoringen in persoonlijkheidsfunctioneren en de expressie van individuele persoonlijkheidstrekken kunnen niet louter toegeschreven worden aan de directe fysiologische effecten van een middel (bv. misbruik van een middel, medicatie) of een algemene medische conditie (bv. ernstig hoofdtrauma)*

Men heeft bij de revisie besloten tot toevoeging van een ernstdiagnose, omdat uit onderzoek bleek dat de ernst van persoonlijkheidspathologie een belangrijke invloed heeft op de doelmatigheid en uitkomst van behandelingen. De wijze waarop patiënten zichzelf en anderen waarnemen en begrijpen zou een belangrijke invloed hebben op de aard van de interactie met de hulpverlening. TPO kan mensen met persoonlijkheidsstoornissen een andere verklaringwijze aanbieden met betrekking tot hun kijk op zichzelf en anderen. Dit zou de werkalliantie binnen therapie kunnen vergroten. Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen zitten vaak al jaren vast in patronen waardoor ze niet meer beseffen dat er ook andere patronen mogelijk zijn. Contacten met anderen, niet in het minst binnen de hulpverlening waar ze als moeilijk en hopeloos worden ervaren, verlopen conflictueus en turbulent. De problemen waar ze mee kampen zijn vaak rigide en moeilijk te doorbreken.

De Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, heeft geïnvesteerd in de toepassing van TPO. Een deel van het diagnostiekteam (zie VITA) werd getraind in de TPO-methode door Stephen Finn en heeft wekelijks supervisie met een gecertificeerd TPO'er (Jan Henk Kamphuis). Nog steeds is er frequent contact met Stephen Finn onder andere via jaarlijkse boostersessies op de Viersprong, trainingen in de VS en via Skype. In 2009 is er gestart met een Randomized Controlled Trial (RCT), waarbij cliënten op de wachtlijst voor hun behandeling aselect worden toegewezen aan een TPO enerzijds of het 4-gesprekkenmodel (4GM) anderzijds; tevens wordt een wachtlijst-controleconditie meegenomen (alleen voor- en nameting op de wachtlijst). Het betreft hier het volledige TPO-model en niet enkel MMPI of terugkoppeling volgens de samenwerkingsmethode, zoals tot nu toe werd steeds werd onderzocht. De controleconditie werd eveneens neergezet als een semigestructureerde procedure met een model dat zijn effectiviteit als een kortdurende interventie bewezen heeft. De hypothesen zijn:

• De werkalliantie zowel met de diagnosticus als met de uiteindelijke behandelaar is beter bij TPO dan bij de 4GM-conditie;

beide condities zullen een betere alliantie met de behandelaar hebben dan de wachtlijst-controlegroep;

- TPO zal demoralisatie meer doen afnemen dan bij de 4GM-conditie; beide condities zullen lagere demoralisatie hebben dan de wachtlijst-controlegroep;
- TPO zal lagere drop-out hebben dan bij het 4GM; beide condities zullen lagere drop-out hebben dan de wachtlijst-controlegroep;
- Beide condities zullen klachtenvermindering realiseren ten opzichte van de wachtlijst-controlegroep.

Het design kent vier meetmomenten: a) een nulmeting bij aanvang, b) een meting direct na de interventies, c) een meting zes weken na afloop van de interventies en d) een laatste meting zes weken na de start behandeling. Exploratief wordt tevens de kwaliteit van leven en de kosteneffectiviteit meegenomen. We kunnen nog geen concrete onderzoeksresultaten rapporteren maar de aanvankelijke scepsis of dit Amerikaanse model zou werken is ondertussen verdwenen. Binnen het team heerst de overtuiging dat deze groep van cliënten baat heeft bij TPO. Ter illustratie: voor TPO geïntroduceerd werd, was er geen ervaring met cliënten die een kaart schreven na drie maanden om te bedanken, of cliënten die geld bij hun oma gingen lenen om hun psychologisch onderzoek af te maken. Er is tot op heden een lagere drop-out geconstateerd tijdens TPO-onderzoeken in vergelijking met andere onderzoeken.

Het investeren in de samenwerkingsrelatie is enerzijds de uitdaging maar tegelijk de hefboom bij deze cliënten. Cliënten met persoonlijkheidspathologie hebben veelal een geschiedenis van verlaten en verwerping en zijn het niet (meer) gewoon om respectvol bejegend te worden. De hulpverlening is in hun beleving vaak tekort geschoten. De corrigerende ervaring doorbreekt de demoralisatie die kenmerkend is voor persoonlijkheidspathologie. Een abstinente, afstandelijke houding aggraveert het probleem dat deze cliënten ervaren in het contact met anderen. Het past perfect in hun verklaringsmodel en blokkeert de nieuwsgierigheid die noodzakelijk is om tot verandering te komen.

De perceptie dat deze groep van cliënten over een beperkt introspectief vermogen zou beschikken, maakten dat er serieuze twijfels leefden bij ons en collegae over de TPO-methode bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. We achtten cliënten met persoonlijkheidspathologie niet in staat om voldoende 'rijke' vragen te stellen waarop het TPO gebaseerd is. Vragen als: *waarom maak ik mezelf heel groot als ik onzeker ben, ben ik in staat om contact te maken met mijn gevoelens, waarom verberg ik dingen liever dan dat ik ze oplos...* getuigen van een motivatie tot verandering maar eveneens van een probleembesef. Daarnaast vroegen we ons af of cliënten die langdurig en op vele levenssterreinen vastgelopen waren, baat konden hebben bij een kortdurende interventie. Een andere bejegening die cliënten stimuleert en motiveert om zichzelf op een andere manier onder de loep te nemen, lijkt een onbekend aspect bloot te leggen. Een

veel gehoorde reflectie aan het eind van onderzoek is, 'dus er is nog hoop'. Tenslotte was er een angst dat deze cliënten ontregeld zouden worden als ze gingen ervaren dat er alternatieve verklaringmodellen mogelijk zijn, dat hun eigen verklaringmodel niet de hele lading dekt. Dit in een relatief korte tijd zonder dat cliënten ingebed zijn en in behandeling. Deze angst is tot op heden ongegrond gebleken. Cliënten zijn wel degelijk in staat om binnen korte tijd hun verklaringmodel te herzien zonder te desintegreren. Onderzoek moet uitsluitsel geven of ze het kunnen vasthouden.

### Uitdagingen

De uitdagingen van het uitvoeren van het TPO-model bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn aanzienlijk en divers. Is het niet te hoog gegrepen om te verwachten dat mensen met ernstige problemen op verschillende levenssterreinen gebaat kunnen zijn bij een kortdurende interventie als TPO? Beklijven de veranderingen die zich binnen het TPO ontvouwen? Met andere woorden: is de korte interventie opgewassen tegen de dagelijkse realiteit die vaak rauw en hard is bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen? TPO is bovendien een verrassend veeleisende methode, qua vereiste expertise maar ook qua emotioneel appel dat er op de psychodiagnosticus wordt gedaan. De diagnosticus moet zijn testen volgens de 'state of the art' kennen en kunnen interpreteren. Daarnaast moet hij op de hoogte zijn van de vigerende therapeutische theorieën en interventies. Tenslotte moet hij in staat zijn tot het aangaan van een echte intensieve samenwerkingsrelatie. Eigen aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen is dat ze geen genoegen nemen met 'as is'. Een stevig team en anderen die de diagnosticus bijstaan in het monitoren van het proces zijn essentieel. ■

### Auteurs

- Hilde De Saeger werkt als klinisch psycholoog, psychotherapeut bij de Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek. Ze werkt aan een doctoraat over de effecten van TPO bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Ze is lid van het Therapeutic Assessment Institute in Austin en het Europese Instituut voor Therapeutic Assessment in Milaan. Daarnaast is ze lid van het podium persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-5.
- Prof. dr. Jan Henk Kamphuis is klinisch psycholoog en volwaardig professor aan de Universiteit van Amsterdam. Zijn leerstoel omvat psychologisch onderzoek en persoonlijkheid. Hij publiceerde over innovaties in psychodiagnostiek, angststoornissen en de psychologie van stalking. Hij begeleidt onderzoek naar het effect van TPO bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen op de Viersprong, de ontwikkeling van de Nederlandstalige multidimensionale persoonlijkheidsvragenlijst (Tellegen & Waller, 2008), en is bezig met een optimalisatie van risicotaxatie bij seksdelinquenten (Van der Hoeven Kliniek). Hij is bijzonder lid van de Society of Personality Assessment en gecertificeerd in TPO.

## Literatuur

- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J., Baity, M.R. & Blagys, M.D. (2000) Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82-109.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2(MMPI-2): Manual for Administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- De Boeck, P. (1988). *Psychologie van het individu*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Derksen, J.J.L., Mey, H.R.A., De Sloore, H. & Hellenbosch, G. (1997). *MMPI-2. Handleiding bij de afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN Tests.
- Exner, J.E., Jr. (1995). *A Rorschach workbook for the Comprehensive System* (4th ed.). Ashville, NC: Rorschach workshops.
- Exner, J.E. (2005). *The Rorschach: A Comprehensive System Vol. 1* (4th ed.). New York: Wiley.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1992). Therapeutic effects of providing MMPI-2 test feedback to college students awaiting therapy. *Psychological Assessment*, 4, 278-287.
- Finn, S.E. (1996). *Manual for using the MMPI-2 as a therapeutic intervention*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Finn, S.E., & Kamphuis, J.H. (2005). Therapeutic Assessment. In: J.N. Butcher, *MMPI-2: a practitioner's guide* (pp. 165-191). Washington DC: American Psychological Association.
- Finn, S.E., & Tonsager, M.E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Finn, S.E. (2007). In *Our Clients' Shoes: Theory and Techniques of Therapeutic Assessment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fischer, C.T. (1972). Paradigm changes which allow sharing of results. *Professional Psychology*, 3, 364-369.
- Fischer, C.T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fischer, C.T. (2000). Collaborative, individualized assessment. *Journal of Personality Assessment*, 74, 2-14.
- Friedman, A.F., Lewak, R., Nichols, D.S. & Webb, J.T. (2001). *Psychological Assessment with the MMPI-2*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Ganellen, R.J. (1996). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 personality assessment*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum
- Graham, J.R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Harkness, A.R., & Lilienfeld, S.O. (1997). Individual differences in science for treatment planning: personality traits. *Psychological Assessment*, 9, 349-360.
- Hilsenroth, M.J., Peters, E.J., & Ackerman, S.J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychology assessment: patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 331-344.
- Holm-Demona, J.M., Gordon, K.H., Donohue, K.F., Waesche, M.C., Castro, Y., Brown, J.S., Jakobson, L.J., Merrill, K.A., Buckner, J.D., & Joiner, T.E. (2008). Patient's affective reactions of receiving diagnostic feedback. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 555-575.
- Kamphuis, J.H., & Finn, S.E. (2005). *Therapeutische psychodiagnostiek: Het samenwerkingsmodel van Finn*. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Handboek psychodiagnostiek* (pp.197-220). Amsterdam: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kamphuis, J.H., & Muskens, J.G.A.M. (2007). Van informatiegerichte diagnostiek naar therapeutische diagnostiek. In R. Verheul & J.H. Kamphuis (Red.), *Toekomst van de persoonlijkheidsstoornissen, diagnostiek, behandeling en beleid* (pp. 43-53). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Little, J.A., & Smith, S.R. (2009). Collaborative assessment, supportive psychotherapy, or treatment as usual: an analysis of brief individualized intervention with psychiatric inpatients. Paper presented at the annual meeting of the Society of Personality Assessment, Chicago, IL.
- Morey, L.C., Lowmaster, S.E., & Hopwood, C.J. (2010). A pilot study of Manual-Assisted Cognitive Therapy with a Therapeutic Assessment augmentation for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 171, 531-535.
- Peters, E.G., Handler, L., White, K.G., & Winkel, J.D. (2008). 'Am I'm going crazy doc?': A Self psychology approach to Therapeutic Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 90, 421-434.
- Poston, J.M., & Hanson, W.M. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203-212.
- Smith, J.D., Nicolas, C.R.N., Handler, L., & Nash, M.R. (2011). Examining the potential impact of a family session in Therapeutic Assessment: a single-case experiment. *Journal of Personality Assessment*, 93, 204-212.
- Smith, J. D., & Handler, L. (2009). 'Why do I get in trouble so much?': a family Therapeutic Assessment case study. *Journal of Personality Assessment*, 91, 197-210.
- Weiner, I.B. (1998). *Principles of Rorschach interpretation*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smith, J. D., Wolf, N. J., Handler, L., & Nash, M. (2009). Testing the effectiveness of family Therapeutic Assessment: A case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment*, 91, 518-536.
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Wilkinson, A. D., & Schaber, P. M. (2007). Therapeutic Assessment with a child as a family intervention: clinical protocol and a research case study. *Psychology in the Schools*, 44, 293-309.

# GZ-PSYCHOLOGIE

TIJDSCHRIFT OVER GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOGIE - WWW.GZPSYCHOLOGIE.NL

## Zoekt u een collega?

*GZ-psychologie* is een wetenschappelijk tijdschrift dat zich geheel richt op de snelgroeende beroepsgroep van gezondheidszorgpsychologen. Dit maakt het tijdschrift een uitstekend medium voor uw (personeels)advertenties.

U kunt tot 22 december reserveren voor nummer 1, dat 26 januari 2012 verschijnt

Uitgave	Uiterste reserveringsdatum	Verschijsning
2	09 februari	08 maart
3	22 maart	19 april
4	03 mei	31 mei
5	28 juni	26 juli
6	23 augustus	20 september
7	04 oktober	1 november
8	15 november	13 december

Verschijningsdatum onder voorbehoud van wijzigingen.

Voor de tarieven, andere advertentiemogelijkheden en overige vragen kunt u contact opnemen met Cross Advertising, Westerkade 2, 3116 GJ Schiedam  
Telefoon: 010 742 10 23; gezondheidszorg@crossadvertising.nl; www.crossmedianederland.com



Zie ook de website: [www.gzpsychologie.nl](http://www.gzpsychologie.nl)