

Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders

Een behandelkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis

HANDLEIDING VOOR PROFESSIONALS

Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) vormt een initiatief van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen in samenwerking met een expertgroep uit acht instellingen in Nederland. Het doel is om een toegankelijk kader te ontwikkelen voor kwalitatief goede en kosteneffectieve zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen (PS) als een alternatief voor de reguliere, ongestructureerde, zorg. De achtergrond voor dit initiatief is een dubbele vaststelling: ten eerste, dat in Nederland slechts een kleine minderheid van patiënten met een PS een behandeling krijgt in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen (Hermens et al., 2011) en ten tweede, dat het structureren van de zorg volgens een psychotherapeutisch geïnformeerd model tot een aanzienlijke kwaliteitsverbetering leidt (o.m. Chanen et al., 2009). De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders beschrijft een coherent kader van competenties, behandelprincipes, behandelprocessen en strategieën die haalbaar zijn zonder uitgebreide training of langdurige opleiding. Deze manual beschrijft uitgebreid de achtergrond, opzet en uitwerking van deze Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders.

Hoe deze manual te gebruiken?

Deze manual maakt onderdeel uit van een totaalproject, waarin ook aandacht is voor training en implementatie. Het KenniscentrumPS biedt ondersteuning aan via haar website, waar naast demonstratiefilmpjes ook een uitgebreide toolkit kan terug gevonden worden, die kan helpen bij de concrete implementatie en uitvoering van de behandeling. De behandeling wordt aangeboden aan de lidinstellingen van het KenniscentrumPS en kan niet zonder lidmaatschap van het KenniscentrumPS toegepast worden.

Disclaimer

Deze handleiding behoort toe aan het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. Ze werd ontwikkeld en geschreven vanuit het podium 'Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders'. De handleiding werd nagelezen en becommentarieerd door de Triade, een platform van ervaringsdeskundigen, opgericht door het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. De handleiding werd eveneens afgetoetst bij het Expertpanel Persoonlijkheid en Ouderen (EPO) en geschikt geacht voor de behandeling van ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. Tenslotte: dit is een levend document dat voortdurend zal worden aangepast wanneer er nieuwe ontwikkelingen of inzichten zijn.

1. Achtergrond en rationale voor een Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders

- De beschikbare evidentie pleit voor een centrale rol voor psychotherapie in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis
- Specialistische psychotherapie is in Nederland weinig beschikbaar
- Er zijn sterke aanwijzingen dat een gestructureerde, psychotherapeutisch geïnformeerde, zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis in heel wat gevallen even goede behandelresultaten laat zien als specialistische psychotherapie

Evidentie voor psychotherapie

In de laatste Cochrane Review (Stoffers et al., 2012) worden 28 gerandomiseerde studies geciteerd waarin het effect van een psychotherapeutische interventie bij mensen met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis wordt onderzocht. De auteurs concluderen dat het geheel aan bevindingen evidentie biedt voor een substantiële rol voor psychotherapie in de behandeling van Borderline persoonlijkheidsstoornissen. De effecten van Dialectische gedragstherapie (DGT) werden het meest uitgebreid onderzocht, gevolgd door Mentalization-Based Treatment (MBT), Transference Focused Psychotherapy (TFP), Schema Focused Therapie (SFT) en STEPPS. Voor Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en Deconstructieve Dynamische Psychotherapie (DDP) bestaat geen overtuigende evidentie. De effecten van farmacotherapie worden door de auteurs meer omstreden genoemd en sommige studies suggereren zelfs een negatief effect (Bellini, 2010).

De onderzochte behandelmodellen vertonen een grote mate van heterogeniteit, niet in het minst wat de behandelduur en –dosering betreft. Ze variëren van anderhalve tot 36 maanden en van wekelijkse groepssessies tot opname. Vooral in recente studies werden kortdurende modellen onderzocht, die vaak gebaseerd zijn op oorspronkelijke bewezen effectieve modellen en een veelbelovende effectiviteit op korte termijn laten zien. Het is onduidelijk of ze hun effecten behouden op wat langere termijn, maar ze trekken de NICE-conclusie dat korte behandelingen weinig effect sorteren, wel in twijfel.

In hun overzicht wijzen de auteurs echter ook op een reeks beperkingen. Zo noemen ze dat er voor geen enkele afzonderlijke interventie een erg robuuste evidentiebasis bestaat. De meeste bevindingen zijn gebaseerd op één of enkele studies. In de meeste studies wordt de behandeling door één of enkele therapeuten uitgevoerd, niet zelden de ontwikkelaars van het model. De effecten worden doorgaans gemiddeld over alle subjecten, wat een vertekend beeld geeft omdat het effect mogelijk bepaald wordt door een relatief kleine meerderheid van patiënten: heel wat patiënten verlaten de behandeling vroegtijdig of ondervinden nauwelijks of geen positieve effecten van de behandeling. De meeste studies kampen bovendien met belangrijke methodologische problemen. Slechts 6 van de 28 studies bevatten meer dan 100 deelnemers, wat inhoudt dat veruit de meeste studies ‘underpowered’ zijn. In totaal zijn 89% van alle deelnemers uit deze RCT’s vrouwen. Bovendien gaat het nagenoeg allemaal om studies waarbij de gemiddelde leeftijd ongeveer 30 jaar is. Zwakbegaafdheid is in alle studies een exclusiecriteria, net als ernstige organische aandoeningen, gedwongen behandeling en – op één na – psychotische stoornissen. Op zeven studies na worden ook

bipolaire stoornissen uitgesloten, in 17 studies werd middelenmisbruik of –afhankelijkheid uitgesloten, in zeven studies trekken van Antisociale PS en in enkele studies werden ook ADHD, DIS, gevaar voor zichzelf of anderen of majeure depressieve episode uitgesloten. De auteurs besluiten dat de bevindingen daarom wellicht vooral gelden voor vrouwen rond de leeftijd van 30 jaar, die lijden aan een eerder matige tot ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis (Stoffers et al., 2012).

Een ander probleem –met name in de oudere RCT’s – is dat de onderzochte behandeling doorgaans een meer omvattende en hoger gedoseerde behandeling biedt dan de controlebehandeling (klassieke ‘Treatment As Usual’ (TAU)). De TAU omvat vaak een onduidelijk en heterogeen aanbod, waarvan moeilijk uit te maken is wat de inhoud of kwaliteit is. In recentere RCT’s waarin veel beter opgezette controlebehandelingen worden ingezet, verkleinen de verschillen tussen de onderzochte en de controlebehandeling. Voorbeelden zijn de klinische trials van Linehan (2006) en Doering (2010), waarin ervaren therapeuten worden ingezet voor de controlebehandeling. In de trials van McMMain et al. (2009) en Bateman & Fonagy (2009) werd zelfs een gestructureerde behandeling volgens de APA respectievelijk NICE richtlijnen ontwikkeld om als controlebehandeling te fungeren. In beide studies verdwenen de verschillen met deze kwalitatief uitstekende controlebehandeling nagenoeg volledig. Ook in de studie van Chanen en collega’s (2008) bij adolescenten, werd de onderzochte behandeling (‘CAT’) vergeleken met een gestructureerde controlebehandeling (‘Good Clinical Care’) en bleken de verschillen verwaarloosbaar.

De voornaamste bevindingen van deze recente Cochrane Review kunnen als volgt samen gevat worden:

- Er bestaat substantiële evidentie dat psychotherapie helpt om de kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis en de geassocieerde psychopathologie te verminderen.
- Er bestaat voorlopig nog voor geen enkel afzonderlijk model een erg robuuste evidentiebasis.
- Actieve, gestructureerde, controlebehandelingen, zoals ‘General/Good Psychiatric Management’ (trial Mc Main), ‘Structured Clinical management’ (trial Bateman) en ‘Good Clinical Care’ (trial Chanen), behalen gemiddeld genomen resultaten die de vergelijking met de effecten van specialistische behandelingen kunnen doorstaan

Beperkte beschikbaarheid van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen

De beschikbare evidentie voor psychotherapeutische behandelingen heeft ook haar weg gevonden in de in 2008 gepubliceerde Multidisciplinaire Richtlijnen Persoonlijkheidsstoornissen. Daar wordt psychotherapie de voorkeursbehandeling genoemd en wordt een van de bewezen effectieve behandelingen aangeraden. Volgend op de publicatie van de richtlijnen onderzochten Hermens et al. (2011) in welke mate patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis ook een psychotherapeutische behandeling kregen na aanmelding bij een GGz-instelling. Slecht in 23% van de gevallen bleek dat het geval. Als redenen werd aangegeven het gebrek aan middelen om gespecialiseerd personeel in te zetten en/of op te leiden en het ervaren tekortschieten van de bewezen effectieve behandelmodellen voor de zeer ernstig persoonlijkheidsgestoorde patiënten.

Deze studie illustreert hoe lastig het is om beschikbare evidentie te vertalen in de praktijk. Het implementeren van nieuwe behandelprogramma’s vraagt middelen en expertise die doorgaans onvoldoende of slechts in beperkte mate aanwezig zijn in de reguliere GGz-instellingen. Daardoor hebben slechts een beperkt aantal (B)PS-patiënten toegang tot de bewezen effectieve specialistische

behandelingen, terwijl veruit de meeste patiënten behandeld worden in reguliere, ongestructureerde behandelingen ('klassieke TAU-behandelingen'). De meeste experts pleiten er daarom voor om de kwaliteit van zorg voor persoonlijkheidsstoornissen in eerste instantie te verbeteren door bestaande programma's te hervormen, waarbij gebruik gemaakt wordt van reeds beschikbare middelen in plaats van door het verspreiden van een van de specialistische behandelingen (Bateman & Krawitz, 2013). Deze stellingname komt ook terug in de voornaamste richtlijnen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, zoals de APA, NICE en NHMRC richtlijnen, waarin wordt gesteld dat generalistische behandelingen van hoge kwaliteit goed genoeg zijn voor de meeste patiënten met een borderline PS ('Any reasonable treatment provided by reasonable people in a reasonable manner may be beneficial', Zanarini, 2009). Het idee is dat dit een goedkopere en efficiëntere manier zou kunnen zijn om een kwaliteitsvolle zorg te realiseren. In elk geval zouden deze 'high-quality' 'generalistische' behandelingen (veel) beter zijn dan de actuele standaardbehandelingen die volgens Bateman en Krawitz ineffectief of zelfs schadelijk zouden kunnen zijn.

Op weg naar het ontwikkelen van een 'common features' behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen

De rationale achter een 'common features' behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen, kan als volgt worden samengevat:

- Nagenoeg alle specialistische behandelprogramma's die werden onderzocht halen vergelijkbare behandelresultaten, zonder een duidelijk systematisch voordeel voor het ene programma ten aanzien van een ander.
- Generieke 'actieve' controlebehandelingen, zoals SCM of GPM, die volgens de richtlijnen voor behandeling van PS ontwikkeld werden, halen gemiddeld genomen goede behandelresultaten.
- De 'reguliere' behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Treatment as Usual) daarentegen is weinig effectief en mogelijk zelfs schadelijk in sommige gevallen (bijvoorbeeld ten gevolge van de vele breuken in de ketenzorg of ten gevolge van een onproductieve attitude van de hulpverleners, zie Bateman en Fonagy, 2004)
- Een logische conclusie is dat alle systematisch opgezette richtlijnbehandelingen – specialistisch of generiek – een aantal kenmerken delen die werkzaam zijn, minder aanwezig zijn in de reguliere, ongestructureerde zorg en daarom die zorg aanzienlijk kunnen verbeteren

De hypothese die hieruit voortkomt is dat het opzetten van een behandelkader dat gebaseerd is op de gemeenschappelijke kenmerken van de bewezen effectieve modellen, mogelijk een belangrijke verbetering inhoudt ten aanzien van de reguliere praktijk. Zo'n 'common features' behandelkader vormt de doelstelling van het project 'Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders' van het KenniscentrumPS. Deze Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders kan daarom worden opgevat als een modelbehandeling waarin de gemeenschappelijke kenmerken uit bewezen effectieve behandelingen samen gebracht worden in een coherent kader, vergelijkbaar met ondernemingen als 'Structured Clinical Management' of 'Good Psychiatric Management'. Omdat de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders PS niet hoeft te dienen als controleconditie

in een RCT, kan ze daarom vrij putten uit het gamma aan interventies uit de bestaande bewezen effectieve behandelingen.

2. 'Common features' van bewezen effectieve behandelingen

Er bestaat op basis van onderzoek en expertmeningen een grote consensus over de gemeenschappelijke werkzame elementen in een behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

De literatuurstudie die de achtergrond vormt voor het 'common features' kader van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders is gebaseerd op: `

- Review van de 'Principles of Therapeutic Change that work' (Castonguay & Beutler, 2006) voor persoonlijkheidsstoornissen (Fernandez-Alvarez, Clarkin, del Carmen Salgueiro, & Critchfield, 2006; Smith, Barrett, Smith Benjamin & Barber, 2006; Linehan, Davison, Lynch, & Sanderson, 2006; en Critchfield & Smith Benjamin, 2006).
- Competence framework for psychological interventions for people with personality disorder (Roth & Pilling, UCL Centre for Outcomes Research and Effectiveness)
- Expert opinions over de kenmerken van een effectieve behandeling (zie Bateman & Krawitz, 2013; Themanummer Journal of Personality Disorders over 'Integrated Treatment for Personality Disorders', januari 2012)
- Beschrijvingen van Structured Clinical Management (Bateman & Krawitz, 2013), Good Psychiatric Management (Gunderson & Links, 2008; Gunderson, 2014) en Good Clinical Care (Chanen, in Bateman & Krawitz, 2013)

Opvallend doorheen deze diverse bronnen is de hoge mate van consensus over wat een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen effectief maakt. Deze werkzame gemeenschappelijke kenmerken kunnen als volgt worden samengevat:

Gemeenschappelijke kenmerken van het behandelkader

- Duidelijk gestructureerde behandeling, met eensgezindheid over doelen, format, modaliteiten en behandelstrategieën voor veel voorkomende klinische problemen (Linehan, Davison, Lynch & Sanderson, 2006; Bateman & Fonagy, 2000; Bateman, 2012; Gunderson & Links, 2008; Paris, 2010; Weinberg et al., 2011)
- Omvattende en geïntegreerde behandeling (Linehan et al., 2006; Bateman en Fonagy, 2004)
- Coherente theorie over de behandeling (Bateman & Fonagy, 2000; Linehan et al., 2006)
- Consistente toepassing van strategieën over langere tijd (Linehan et al., 2006; Bateman & Fonagy, 2004)
- Inbedding in consultatie en supervisie /monitoring van competenties van de behandelaar (Gunderson en Links, 2008; Linehan et al., 2006)
- 'Tailoren' (afstemmen) van de behandeling op de specifieke noden en problemen van de patiënt (Critchfield en Smith Benjamin, 2006)

Gemeenschappelijke kenmerken van de behandelstrategieën

- Duidelijke focus op behandeldoelen (Linehan et al., 2006; Bateman en Fonagy, 2000)
- Duidelijk gestructureerde sessies die de patiënt aanzetten tot een actieve houding en verantwoordelijkheid (Bateman, 2012)
- Focus op motivatie en samenwerking (Linehan et al., 2006)

- Focus op emotieregulatie (Bateman, 2012; Gunderson en Links, 2008; Weinberg et al., 2011)
- Focus op het heden en de actuele problemen (Linehan et al., 2006)
- Focus op bevorderen van zelfobservatie door patiënt (Paris, 2010; Livesley, 2012)
- Gericht op generalisering naar dagdagelijkse leven (Linehan et al., 2006; Zanarini, 2008)
- Monitoring van de behandeling (Bateman & Fonagy, 2000)
- Bieden van een psycho-educatief psychopathologiemodel aan de patiënt (Bateman, 2012)

Gemeenschappelijke elementen van de therapeutische houding

- Empathische, validerende en emotioneel steunende basishouding (Linehan et al., 2006; Bateman, 2012; Gunderson en Links, 2008; Paris, 2008; Zanarini, 2008)
- Actieve en betrokken houding (Bateman & Fonagy, 2000; Gunderson en Links, 2008)
- Transparantie, eerlijkheid en duidelijkheid over grenzen (Linehan et al., 2006)
- Flexibiliteit, creativiteit en open-mindedness (Critchfield en Smith Benjamin, 2006)
- Aangepast aan beperkingen van de patiënt (Linehan, 2006)
- Aandacht voor tegenoverdracht bij de behandelaar (Gunderson en Links, 2008; Rosenberger & Hayes, 2002)

Gemeenschappelijke elementen van de therapeutische relatie

- Krachtig gehechte, goede en 'echte' therapeutische relatie (Bateman & Fonagy, 2000; Paris, 2008; Weinberg et al., 2011; Fernandez-Alvarez et al. 2006)
- Monitoren van de therapeutische relatie, gericht op herstellen (Safran et al., 2002)

Gemeenschappelijke kenmerken van de behandelaarscompetenties:

- Specifieke klinische training en ervaring in het werken met (B)PS (Gunderson & Links, 2008; Fernandez-Alvarez, 2006)
- Goede affecttolerantie bij de behandelaar / voldoende comfortabel in langdurige emotioneel nabije relaties (Gunderson en Links, 2008; Fernandez-Alvarez et al., 2006)

3. Doelstellingen van het project 'Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders'

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders brengt de werkzame elementen samen in een coherent kader van competenties, basisprincipes en klinische processen

Het project 'Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders' wil een kader formuleren voor een kwalitatief goede behandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dat kader is gebaseerd op de beschikbare empirische evidentie voor de algemene ('generieke') kenmerken van een effectieve (psychotherapeutische) behandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Verondersteld wordt dat deze generieke kenmerken ('common features') inwerken op de gemeenschappelijke werkzame mechanismen ('common factors') in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De 'common features' suggereren dat het goed structureren van de behandeling en het bevorderen van de competentie van therapeuten de kortste weg is naar een succesvolle behandeling. Het kader voor zo'n 'common features' behandeling bestaat uit:

- Theoretische basisbegrippen
- Organisatieprincipes en randvoorwaarden voor een effectieve behandeling
- Competentieprofiel voor behandelaars/teams die werken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen
- Algemene behandelprincipes die de kern vormen van een behandeling voor PS
- Basishouding van elke behandelaar
- Een sequentie van klinische processen, die het behandeltraject vormen in de behandeling van PS
- Generieke en specifieke strategieën die worden gesuggereerd om de klinische processen vorm te geven
- Teamstrategieën

Toelichting bij de 'common features'

Ad Theoretische basisbegrippen: Een generieke richtlijnbehandeling zal niet eenzelfde omvattend theoretisch kader nodig hebben als een specialistisch behandelmodel. Toch zijn enkele theoretische basisbegrippen noodzakelijk om bepaalde klinische fenomenen en interventies te begrijpen.

Ad Randvoorwaarden: De meeste richtlijnen benadrukken het belang van de context of randvoorwaarden voor de behandeling. Een inhoudelijk goede behandeling die ingebed is in een chaotische organisatie, zal haar werkzaamheid verliezen. Daarom is ook aandacht nodig voor de bredere organisationele omkadering.

Ad Competentieprofiel: behandelaars die werken met mensen met een persoonlijkheidsstoornis moeten bepaalde competentie bezitten of trainen. Niet iedereen is geschikt om met deze doelgroep te werken. Zo blijkt uit bepaalde studies dat zelfs binnen eenzelfde behandelmethodiek de verschillen tussen behandelaars, bijvoorbeeld in het voorkomen van suïcide-acten erg groot zijn (Davidson et al., 2013). Fonagy gaat zelfs zo ver te stellen dat de verschillen tussen de onderzochte behandelmodellen wellicht voor een groot stuk op het conto te schrijven zijn van verschillen in competentie van behandelaars in de onderzochte modellen. De vraag moet dus ook zijn *wie* goed werkt. Op analoge manier is het belangrijk dat er binnen een team bepaalde competenties verspreid

aanwezig zijn over de behandelaars: niet iedereen moet alles kunnen, maar als team moeten de behandelaars wel een brede reeks aan competenties beschikbaar hebben.

Ad Algemene behandelprincipes: hiermee wordt verwezen naar de overkoepelende principes in een behandelprogramma die voortdurend geborgd moeten worden, ongeacht de specifieke strategieën waarmee ze gerealiseerd worden. Die behandelprincipes zijn ten dele algemeen geldend voor de GGz (al luisteren ze daar wellicht extra nauw voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis) en zijn ten dele specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen en gebaseerd op de gemeenschappelijke kenmerken van de bewezen effectieve behandelingen.

Ad Basishouding: De basishouding beschrijft hoe alle teamleden zich tot de patiënt zouden moeten verhouden. Idealiter omvat dit ook de ondersteunende teamleden, zoals het secretariaat of onderzoekers, alsook de professionals die verantwoordelijk zijn voor de toestroom naar het programma, zoals intakers.

Ad Klinische processen: De behandelprincipes worden vorm gegeven doorheen een sequentie van klinische processen, die de basiselementen vormen van een zorgtraject voor persoonlijkheidsstoornissen. Denk bijvoorbeeld aan het maken van een omvattende assessment van de problemen en beschermende factoren, het opstellen van een crisisplan, het evalueren van behandelvoortgang enzovoort.

Ad Generieke en specifieke strategieën: Dit verwijst naar het niveau van de interventies die kunnen worden gebruikt om de behandelprincipes en klinische processen te realiseren. Op dit niveau zullen de diverse specifieke modellen verschillen. Een Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders kan een aantal strategieën suggereren, waarmee bijvoorbeeld een diagnose kan gecommuniceerd worden of emoties gereguleerd worden.

Ad Teamstrategieën: Dit verwijst naar de noodzaak om in een multidisciplinair team ook strategieën in te bouwen om de werking van het team als team te borgen, bijvoorbeeld om te voorkomen dat er schadelijke teamprocessen (zoals splitsing) de behandeling kunnen verstoren.

Al deze elementen kunnen in een of andere vorm ook worden teruggevonden in de specialistische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, die een concrete uitwerking of operationalisering vormen van het algemene kader van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders. In andere woorden: de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders vormt een soort van generieke onderlegger, die in de concrete praktijk op diverse manieren vorm kan krijgen. De verschillende bewezen effectieve behandelmodellen zoals DGT, MBT etc vormen in die zin eveneens concrete operationalisering van de generieke principes of kenmerken.

Nog een stap verder: de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders is niet helemaal te vergelijken met de bewezen effectieve therapieprogramma's zoals Dialectische Gedragstherapie of Mentalisation-Based Treatment. GIT-PD is minder prescriptief wat de klinische strategieën betreft. Het biedt meer vrijheid aan behandelaars van diverse strekking en discipline om binnen de kaders, competenties, attitude en klinische processen van de GIT-PD eigen modules te implementeren. Sommige behandelteams zullen bijvoorbeeld goede ervaringen hebben met SCM-modules om vaardigheden te trainen, anderen zullen meer vertrouwd zijn met onderdelen van een DGT-behandeling of VERS-training, nog anderen zullen uitgesproken systemisch werken of meer

individueel of in groep. GIT-PD schrijft op het niveau van deze interventies niet dwingend voor wat moet en wat niet mag, zolang de principes van de GIT-PD maar bewaakt blijven. Waar het project uiteindelijk naar streeft, is om een toolkit samen te stellen van interventies en modules (inclusief draaiboeken, filmpjes en ander didactisch materiaal), waaruit een behandelteam vrij kan putten en op basis waarvan uiteindelijk toegegroeid kan worden naar een 'best practice' of verschillende 'best practices'.

Het doel van het project is:

- Een toegankelijk, goed te implementeren 'common features' behandelkader bieden voor behandelaars en behandelteams ('feasibility and utility')
- Een standaard zetten voor goede zorg voor PS in Nederland, op basis van beschikbare evidentie over doelmatige en effectieve zorg en onderliggende competenties en werkzame factoren
- Een kader bieden dat tegemoet komt aan de grote heterogeniteit binnen de doelgroep van persoonlijkheidsgestoorde mensen
- Een kader/blauwdruk bieden voor trainings- en supervisietrajecten voor behandelaars van PS
- Een structuur opzetten die kan leiden tot wederzijdse benchmarking en kwaliteitsverbetering in de deelnemende instellingen

Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders in een notendop

Wat?

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders is een blauwdruk of format voor een 'good enough' behandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Die blauwdruk bestaat uit een competentieprofiel voor behandelaars, een reeks algemene behandelprincipes, een zorgpad van klinische processen en een aantal principes voor organisatorische inbedding van het behandelprogramma en –team. Toepassing van deze principes zou moeten leiden tot een kwalitatief goede behandeling. De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders is qua opzet een 'common features' behandeling: ze destilleert uit de bestaande evidentie de gemeenschappelijke principes zonder een specifiek theoretisch kader voor te schrijven. De theoretische concepten zijn algemeen en eenvoudig en dienen enkel als noodzakelijke handvatten voor de basishouding en interventies. De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders biedt voldoende ruimte voor behandelaars van verschillende achtergrond en principes om hun eigen invulling te geven binnen het kader dat geboden wordt.

Empirische status

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders is gebaseerd op de assumptie dat toepassing van deze common features in een duidelijke gestructureerd behandelkader effectief is. Deze assumptie is gebaseerd op de terugkerende vaststelling dat goed gestructureerde psychotherapeutische of psychiatrische zorg effectief is in de behandeling van BPS en – gemiddeld genomen – de vergelijking met de bewezen effectieve behandelprogramma's kan doorstaan. Dat betekent nog niet dat de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders daadwerkelijk effectief is. Hetzelfde geldt overigens ook voor de praktijkvarianten van de bestaande bewezen effectieve behandelingen. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders inderdaad tot een verbetering van de zorg kan leiden en in welke mate ze voor welke subgroepen van patiënten kan tippen aan de effectiviteit van de specialistische modellen.

Voor wie?

Het behandelkader is bedoeld voor de behandeling van alle patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De principes zijn vooral afgeleid uit de behandeling van mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis, dus van mensen met relatief ernstige persoonlijkheidspathologie.

Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders in een notendop

Het is de mening van de meeste experts dat dezelfde behandelprincipes ook werkzaam zijn in de behandeling van relatief mildere persoonlijkheidspathologie en van mensen met zeer ernstige persoonlijkheidspathologie. Wellicht zal de concrete invulling en het accent dat bijvoorbeeld op psychologisch geïnformeerd case management ('sociale psychiatrie') of farmacotherapie ligt, anders liggen in de behandeling van deze verschillende subgroepen. Niettemin pretendeert de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders een kader te bieden dat als onderbouw kan gelden voor de behandeling van een zeer breed spectrum aan persoonlijkheidsgestoorde patiënten.

Positionering ten aanzien van de bestaande bewezen effectieve behandelmodellen

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders biedt het fundament, terwijl de concrete behandelprogramma's de specifieke uitwerking daarvan vormen. Dat geldt ook voor de specialistische modellen, waarin de theoretische kaders, interventies, klinische processen en behandelprogramma vaak veel explicieter vastgelegd zijn dan in de Git-PD. In die zin kunnen MBT, DBT, SFT, TFP en STEPPS alle gezien worden als concrete operationalisering van de GIT-PD. Ook Structured Clinical Management, Good Clinical Care en Good Psychiatric Management zijn in zekere zin concretisering – zij het minder specialistisch – van de GIT-PD. De vraag die relevant wordt, is dan voor welke patiënten een breed GIT-PD kader volstaat en voor welke patiënten specifieke interventies, zoals training van vaardigheden, focus op het bevorderen van het mentaliseren, modificeren van schema's of integreren van positieve en negatieve affecten in één representatie, een meerwaarde bieden boven de common features van de GIT-PD.

Generiek versus Specialistisch?

Ter verduidelijking: de termen 'generiek' en 'specialistisch' wijzen in deze context niet op de tweedeling in de Nederlandse GGz tussen Basis-GGz en Specialistische GGz. De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders veronderstelt competenties en een organisatie van de zorg die hoort bij de Specialistische GGz. Echter, binnen die specialistische GGz is het denkbaar dat geleidelijk aan geëvolueerd zal worden naar een onderscheid tussen meer generieke behandelprogramma's (GIT-PD) en zeer specialistische behandelprogramma's (MBT, DGT,...) én dat die laatste uiteindelijk vooral voorbehouden worden voor de meest complexe, hardnekkig persoonlijkheidsstoornissen. Dit stemt echter nog niet overeen met de huidige praktijk, waarin de meest ernstige patiënten doorgaans niet doorverwezen worden naar de specialistische behandelprogramma'.



GIT-PD in een notendop

GIT-PD en/of specialistische behandelingen in één instelling?

Hoe in één grote GGZ-instelling de specialistische psychotherapeutische programma's worden gesitueerd ten aanzien van de rest van de zorg voor PS, is waarschijnlijk iets wat voor elke instelling afzonderlijk uitgewerkt kan worden. Er is het model denkbaar dat in eerste instantie alle verwezen patiënten GIT-PD aangeboden krijgen, waarna op indicatie een deel van deze patiënten meer specialistische psychotherapie kunnen benutten. Een ander model is dat direct in de intakeprocedure de keuze voor GIT-PD dan wel een van de meer specialistische behandelingen gemaakt wordt, bijvoorbeeld op basis van ingeschatte ernst van de PS. Dat is het model dat Bateman in Londen gebruikt: relatief ongecompliceerde BPS-patiënten worden geïndiceerd voor SCM, terwijl complexe BPS-patiënten doorstromen naar MBT.

4. Basiselementen van een Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders

In de volgende paragrafen worden de diverse elementen van het kader van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders beschreven:

- A. Theoretische Basisconcepten
- B. Organisatieprincipes en randvoorwaarden
- C. Competentieprofiel
- D. Algemene behandelprincipes
- E. Basishouding
- F. Klinische processen
- G. Specifieke klinische strategieën
- H. Teamstrategieën

A. Theoretische basisconcepten

De volgende theoretische principes zijn van belang voor het werken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen:

- Persoonlijkheidsstoornissen ontstaan uit en worden in stand gehouden door een complex samenspel van biologische, sociale en psychologische factoren, waarin zowel aanleg als levenservaringen een rol spelen. Ze kennen veelal een wisselend verloop doorheen de levensloop, beïnvloeden de omstandigheden, interacties en ervaringen die men opdoet en worden er op hun beurt door beïnvloed. Ze kunnen zich verschillend voordoen in verschillende levensfasen (adolescentie, oudere leeftijd) en worden beïnvloed door stressoren en levensfaseproblematiek (vb. cognitieve en andere achteruitgang op hogere leeftijd). Ze worden beïnvloed door het sociaal steunend netwerk, de fysieke gezondheid en stabiliteit van de context waarin men leeft.
- Persoonlijkheidsstoornissen hebben doorgaans een grote impact op de mogelijkheden van mensen om stabiele intieme relaties en vriendschappen aan te gaan en een steunend sociaal netwerk op te bouwen (of de steun eruit te ervaren¹). Ze hebben een grote impact op het vermogen van mensen om een stabiele baan of studie vol te houden en te functioneren binnen complexe samenwerkingsrelaties (binnen een baan, maar ook bijvoorbeeld een verpleeghuis).
- Persoonlijkheidsstoornissen gaan gepaard met een hele reeks aan andere problemen, zoals co-morbiditeit met stemmings-, angst-, eet-, middelenmisbruik en andere stoornissen; co-morbiditeit met een hele reeks van gezondheidsklachten; een range aan belastende sociaal-maatschappelijke omstandigheden, zoals problemen in het gezin van oorsprong, problemen met de opvoeding van kinderen, partnerrelatieproblemen, financiële problemen, werkverzuim, verhoogd ziekteverzuim, juridische en andere problemen. Persoonlijkheidsstoornissen gaan gepaard met een ernstig aangetaste levenskwaliteit en kunnen ook een belangrijke impact hebben op naastbetrokkenen: naastbetrokkenen hebben of krijgen bovengemiddeld zelf last van psychische stoornissen. Zij voelen zich vaak overbelast, en zitten met veel vragen over hoe te handelen. Dat geldt vaak ook voor andere betrokkenen, zoals leraren, huisartsen, verpleegkundigen, die te maken hebben met deze mensen.
- De kernproblemen van mensen met persoonlijkheidsstoornissen laten zich samenvatten in een aantal probleemgebieden:
 - Interpersoonlijke sensitiviteit: gevoeligheid voor reacties van anderen, gevoeligheid voor afwijzing, verlating of krenking; moeite om positieve, langdurige relaties aan te gaan, problemen met vertrouwen van andere mensen; problemen om eigen emoties uit te drukken bij anderen; moeite om zich goed af te stemmen op de emoties, intenties en verwachtingen van anderen met een neiging om overmatig invulling te geven aan belevingen van anderen; moeite om zich voldoende af te grenzen van anderen.
 - Identiteit en zelfbeeld: problemen met gevoelens van eigenwaarde; moeite om eigen capaciteiten adequaat in te schatten; moeite om autonome keuzes te maken; overdreven zelfverwijt of zelfverheerlijking

¹ Fonagy spreekt in dit verband van epistemic mistrust, zie toolkit (Saskia Knapen)

- Emoties: moeite met het herkennen, differentiëren, reguleren en gepast uitdrukken van een reeks aan emoties
- Impulsiviteit/remming: moeite om eigen gedrag voldoende gecontroleerd te sturen volgens zelfbepaalde doelen; moeite om de consequenties van eigen gedrag te overzien; neiging tot (zelf)destructief gedrag; moeite om doelen consistent na te streven; moeite om de motieven en drijfveren achter het eigen gedrag goed te begrijpen
- Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben veelal problemen om voldoende stil te staan bij hun eigen gedachten, gevoelens en intenties en erover te reflecteren, waardoor ze zich vaker verliezen in impulsieve en emotioneel geladen acties. Het niet begrijpen van eigen handelen kan secundair tot onmacht, onbegrip en zelfkritiek leiden.
- Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben doorgaans moeite om zich te verbinden met een behandeling en/of behandelaar: ze kunnen snel wantrouwen ervaren of hopeloos worden wanneer een behandeling met ups en downs verloopt. Ze kunnen terughoudend staan tegenover advies of suggesties van behandelaren. De behandelrelatie wordt doorgaans emotioneel intenser en dus moeilijker te hanteren naarmate ze langer duurt en de patiënt meer nabijheid ervaart.
- Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben erg veel moeite met onvoorspelbaarheid, onbetrouwbaarheid en verlies van controle. Het kost hen al zoveel moeite om hun interne wereld onder controle te houden dat wanneer de externe omgeving erg chaotisch en onveilig is, ze vaak verhoogde spanning zullen ervaren, van waaruit ze gemakkelijker zullen destabiliseren.
- Behandelaar ervaren in contact met mensen met persoonlijkheidsstoornissen vaak intense emoties: angst, boosheid, onmacht, maar ook sterk meeleven en compassie. Deze emoties kunnen het werk soms bemoeilijken en behandelaren aanzetten tot (schadelijke) acties, zoals crisisopname uit paniek of steeds toevoegen van nieuwe medicatie in een poging de heftige emoties te dempen.
- In de praktijk worden interventies aangepast aan de individuele moeilijkheden van deze patiënten en niet zozeer aan de diagnoses.

Uit deze basisbegrippen volgen ook de meeste behandelprincipes (zie verder): structuur, geïntegreerd werken, focus op emotieregulatie en therapeutische relatie, actief en outreachende houding enzovoort.

Kwaliteitseisen

- Alle behandelaren die werken met mensen met een persoonlijkheidsstoornis kennen de theoretische basisprincipes, meer in het bijzonder de specifieke kwetsbaarheden waarmee mensen met een persoonlijkheidsstoornis kampen en de impact daarvan op de behandeling en behandelrelatie:
 - Interpersoonlijke sensitiviteit
 - Problemen in emotieregulatie
 - Impulsiviteit of overmatige remming
 - Problemen in identiteit en gevoelens van eigenwaarde

- Alle behandelaars van mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn zich bewust van de complexiteit van de 'geassocieerde' problematiek, inclusief de impact van de persoon met een PS op zijn/haar omgeving en de daar ervaren belasting.

B. Organisatieprincipes en -randvoorwaarden

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak negatieve ervaringen meegemaakt in de hulpverlening. Heel wat mensen hebben ervaren dat de hulp moeilijk op gang kwam, onvoldoende afgestemd was op hun behoeftes, dat er te weinig naar hen geluisterd werd of dat hulp geweigerd werd of ze ontslagen werden uit behandeling op momenten van crisis. Ze hebben veelal ervaren dat behandelbesluiten ondoorzichtig waren, dat behandeltrajecten weinig structuur en voorspelbaarheid boden en dat er op diverse momenten breuken waren in het behandeltraject (bijvoorbeeld tussen intake en behandeling, tussen intensieve behandeling en nazorg). Dat kan een iatrogeen effect hebben, waardoor de kansen op succesvolle hulpverlening door andere professionals gereduceerd worden (door de ontwikkeling van een negatieve attitude ten aanzien van de GGz bijvoorbeeld). Zowel de APA richtlijnen (2001) als de NICE richtlijnen (2009) onderstrepen het belang van de context van de behandeling: 'als patiënten willen profiteren van behandeling, zijn hun ervaringen met de behandelinstellingen waarschijnlijk net zo belangrijk voor het effect van hun behandeling als de specialistische behandeling die ingezet wordt'. Daarnaast kan het behandelen van crisisgevoelige mensen die vaak een emotioneel sterk appel kunnen doen op hulpverleners, erg belastend zijn voor hulpverleners. Ze moeten (overwogen) risico's nemen, sterke emoties verdragen, om kunnen gaan met negatieve incidenten etc. Een organisatie moet zo ingericht zijn dat de kans op veilige en respectvolle zorg gemaximaliseerd wordt, zodat zelfs bij heftige crisis, beëindiging of doorverwijzing, er geen negatieve ervaringen of breuken optreden, en dat behandelaars zich gesteund en gerespecteerd voelen. Het risico op iatrogene beschadiging is immers met name in de groep van persoonlijkheidsstoornissen reëel (Bateman en Fonagy, 2004). Enkele belangrijke organisatieprincipes zijn:

- Behandelaars en patiënten moeten zich veilig voelen binnen de organisatie. Dat vraagt voor behandelaars een duidelijke afdelingsstructuur, rolverdeling en steun bij moeilijke incidenten. Behandelaars moeten erop kunnen vertrouwen dat ingewikkelde incidenten goed gehanteerd kunnen worden doordat er duidelijke protocollen voorhanden zijn. Ze moeten weten wat de grenzen van het therapeutische kader zijn en zich door de organisatie gesteund voelen bij het hanteren van die grenzen.
- De organisatie/afdeling moet voorzien in mogelijkheden om te leren uit kritische incidenten (zoals een agressie-incident op de afdeling, een geslaagde suïcide of ernstige poging, een ernstige grensoverschrijding enzovoort), door het team te faciliteren zulke incidenten in kaart te brengen en er aandachtspunten voor organisatie, team en/of medewerker uit te formuleren.
- De organisatie dient draagvlak te bieden en waar nodig te creëren voor de behandeling van moeilijke patiënten, die voor overlast kunnen zorgen op andere afdelingen. Dat houdt in dat ze het behandelprogramma duidelijk positioneert en duidelijk communiceert binnen de hele organisatie.
- De organisatie dient tijd, ruimte en middelen te voorzien voor supervisie en intervisie, waardoor behandelaars de gelegenheid krijgen uit te zoomen uit hun werk en zich gesteund kunnen voelen door collega's en hun behandelteam.
- De organisatie dient te beschikken over duidelijke protocollen voor erg intense incidenten, zoals geweld of suïcide, zodat hulpverleners kunnen vertrouwen op een gecoördineerde steun in de nasleep van zulke incidenten.

- Het management van de afdeling dient voeling te hebben met de uitdagingen die deze doelgroep stelt aan de behandelaars en met de actueel ervaren belasting binnen een behandelteam.
- Het is aan te bevelen om geregelde monitoring van zowel behandelresultaten als van het functioneren van behandelaars (inclusief draaglast) logistiek in te bouwen, zodat potentieel schadelijke processen tijdig kunnen geanticipeerd worden.
- Het behandelteam dient duidelijk gestructureerd te zijn, waarbij een daartoe bevoegd en competent persoon de leiding neemt over het behandeltraject en actief de samenwerking tussen disciplines coördineert.
- De toestroom naar de behandeling dient op dezelfde duidelijke, voorspelbare en betrouwbare manier gestructureerd te worden als het behandelprogramma zelf.

Kwaliteitseisen

Voor de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis dienen de volgende randvoorwaarden gerealiseerd te worden binnen een organisatie:

- Alle behandelaars krijgen een basistraining voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De organisatie voorziet een budget voor bijscholing en stimuleert behandelaars om zich specifiek bij te scholen in de behandelrichtlijnen voor PS.
- De organisatie beschikt over duidelijke protocollen voor ernstige incidenten, zoals suïcide of geweld, zowel voor patiënten als voor betrokken behandelaars
- Het management van de afdeling heeft regelmatig contact met verschillende teamleden, zodat het vinger aan de pols houdt met betrekking tot de ervaren last
- De caseload per actieve behandelaar mag niet meer dan 20 patiënten zijn
- Het behandelteam moet een primaire behandelaar aanstellen, die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de activiteiten van de diverse teamleden en supervisie biedt aan het team, met name bij het hanteren van ingewikkelde klinische incidenten. De primaire behandelaar moet een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn en dient minimaal halftijds verbonden te zijn aan het programma.
- De verschillende behandelaars die betrokken zijn, moeten minstens eenmaal per twee weken structureel overleg hebben en elkaar daarbuiten makkelijk (telefonisch) kunnen consulteren
- Er moet structureel supervisie of intervisie geregeld zijn, zodat er momenten zijn om uit te zoomen uit de hectiek van het dagelijkse werk. Te denken valt aan minimaal een supervisie/intervisie per twee weken
- De organisatie moet zorgen voor een duidelijk instroom- en uitstroomtraject, zodat continuïteit voor en na de behandeling geborgd wordt
- De organisatie faciliteert meting en evaluatie van behandelresultaten
- De organisatie faciliteert samenwerking met crisisdiensten binnen of buiten de eigen instelling. Minimaal houdt dit in dat de crisisdienst geïnformeerd wordt over de werkwijze van het behandelprogramma en kan beschikken over crisisplannen. Deze contacten worden minstens jaarlijks geüpdate.

C. Competentieprofiel van behandelars/behandelteams van mensen met een persoonlijkheidsstoornis

Het Centre for Outcomes Research & Effectiveness (CORE) van de UCL Division of Psychology and Language Science (Londen) heeft een competentie framework opgesteld voor psychologische interventies bij mensen met een ernstige psychische aandoening. Zie ook: http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/competence_mentalillness.html. Het kader beschrijft de verschillende activiteiten die samengebracht moeten worden om effectief klinisch werk uit te voeren bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Het is niet opgezet als een strikte set van voorschriften, eerder als een set van aanbevelingen over wat *best practice* zou kunnen zijn in het licht van de actuele kennis over effectieve benaderingen en interventies. Dat competentiekader maakt een onderscheid tussen:

- Onderliggende kerncompetenties voor het werk met mensen met een PS:
 - Begrijpen van de aard van de aanmeldingsproblemen en van de diagnostische criteria bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen
 - Kennen en kunnen toepassen van professionele en wettelijke kaders:
 - Kennis van wettelijke kaders die gerelateerd zijn aan het werk met mensen met een PS (IC, databescherming enzovoort)
 - Kennis van en kunnen werken binnen professionele en ethische kaders
 - Kunnen werken binnen een afgesproken kader voor confidentialiteit en instemming
 - In staat zijn om capaciteiten in te schatten en eigen praktijk en interventies aan de capaciteit van de patiënt aan te passen
 - In staat zijn om te werken met verschillen (culturele diversiteit)
 - In staat zijn om samen te werken met collega's en andere diensten, zoals huisvestingsdiensten
 - In staat samen te werken met families en andere naastbetrokkenen; actief betrekken van familieleden en naastbetrokkenen en in staat om met ieder op zijn of haar niveau te communiceren
 - In staat om kennis over veel voorkomende lichamelijke gezondheidsproblemen toe te passen bij mensen met PS, bijvoorbeeld door gepaste doorverwijzing
 - De farmacologische behandeling kennen
- Onderliggende generieke therapeutische competenties die vereist zijn voor het managen van klinische sessies en om het even welke vorm van psychologische interventie, inclusief opzetten van een samenwerking en versterken van de therapeutische alliantie
 - Kennis van de interventiemodellen en het gebruik ervan in de praktijk of men ze nu zelf gebruikt of niet
 - In staat om op een collaboratieve manier met patiënten te overleggen over behandelmodellen en opties
 - Vermogen om een goede therapeutische alliantie op te bouwen en te behouden en om de visie en het perspectief van de patiënt te begrijpen
 - Vermogen om de emotionele inhoud van de sessies te begrijpen en erop te reageren
 - Vermogen om afscheid en overgangen tussen diensten te managen
 - Vermogen om gebruik te maken van meetinstrumenten, inclusief het monitoren van outcomes

- Vermogen om gebruik te maken van supervisie en training
- Vermogen om crisis te hanteren en erop te reageren
- Vermogen om groepsgebaseerde interventies aan te bieden
- Vermogen om gebruik te maken van supervisie en training
- Assessment en Formulering competenties
 - Omvattende assessment kunnen maken van de problemen
 - Risico inschattingen kunnen maken
 - In staat tot assessment van het functioneren van de patiënt in verschillende systemen
 - In staat om een duidelijke probleemformulering te ontwikkelen en die te communiceren op een heldere manier aan alle betrokkenen
 - Coördineren van werk door verschillende betrokken diensten in de zorg voor een individu
- Gestructureerde Klinische Interventies, inclusief gestructureerde klinische zorg, programma's voor psycho-educatie en probleemoplossing, en consultatie bieden aan teams die werken met individuen met PS
- Specifieke psychologische Interventies voor PS
- Meta-competenties: overkoepelende hogere orde competenties die behandelaars nodig hebben om de implementatie van elke assessment of interventie te begeleiden.

Daarnaast identificeert men ook een overkoepelend domein van 'therapeutische houding, waarden en assumpties' voor het werken met persoonlijkheidsstoornissen. Deze competenties bepalen de wijze waarop alle interventies begrepen en toegepast worden. Ze vormen de wijze waarop de behandelaar zich opstelt, bijvoorbeeld het belang van collaboratief werken of het valideren van de ervaring van de patiënt, het belang van het focussen op de hele persoon, hun context en de individuele culturele en religieuze voorkeuren, het belang van het werken vanuit hoop en optimisme en op een responsieve en transparante wijze.

Verwacht mag worden dat elke behandelaar de onderliggende vaardigheden geeft en de relevante assessment, formulering en planningsvaardigheden. De lijst van competenties geeft een idee van welke competenties een team moet hebben om met deze doelgroep te werken. Ze geeft ook richting aan training en supervisie.

Kwaliteitseisen

Van alle teamleden wordt geëist:

- Algemene kennis en competenties op het gebied van behandeling van persoonlijkheidsproblematiek:
 - Kennis van aard van aanmeldingsproblemen
 - Kennis van wettelijke en professionele richtlijnen en kaders
 - Vermogen tot samenwerking in teamverband, met externe instanties en met naastbetrokkenen
 - Actieve, collaboratieve, respectvolle basishouding
 - Vermogen om goede therapeutische relatie op te bouwen en vast te houden
 - Vermogen om samen te werken met naastbetrokkenen
 - Vermogen en draagkracht om crisis te hanteren
 - Bereidheid en vermogen om eigen functioneren in vraag te stellen in super- en intervisie

- een opleiding in de specifieke behandelvisie waarbinnen men werkt
- deelname aan intervisie
- *commitment* voor langere tijd (een aantal jaar) wordt gevraagd; plotselinge onvoorziene wisselingen van behandelaar zijn even zoveel risico's op een breuk in de behandeling

De hoofdbehandelaar/supervisor dient de volgende competenties te hebben:

- Vermogen om een omvattende formulering te maken van de aanmeldingsproblemen en om een behandelplan op te stellen in samenwerking met de patiënt
- Vermogen om de samenwerking in het team, met naastbetrokkenen en met externe instanties te coördineren
- Vermogen om het behandeltraject te overzien en de overgang tussen de verschillende behandelfasen te managen

In het team moet aanwezig zijn:

- Psychiater die kennis heeft van richtlijnen voor farmacotherapie bij mensen met PS
- Kennis van sociale voorzieningen (huisvesting, uitkeringen, juridische maatregelen etc)
- Systemvisie (interacties van patiënt en diens naastbetrokkenen)

D. Algemene Behandelprincipes van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders

Ongeacht de (uiteindelijke) doelen die in de behandeling gesteld worden en ongeacht de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek en daarmee samenhangend de dosering (intensiteit en frequentie) van de behandeling, zal een goede behandeling voor mensen met persoonlijkheidsstoornis steeds voldoen aan de volgende algemene behandelprincipes:

1. Gestructureerde behandeling

Aan patiënten wordt een helder gestructureerde behandeling geboden. Structuur beschrijft de manier waarop het programma is samengesteld, hoe het op dagelijkse basis is geïmplementeerd, hoe het over langere termijn is georganiseerd, hoe voorspelbaar het is en hoe duidelijk de grenzen van het programma zijn in termen van rollen en verantwoordelijkheden. Meer dan gelijk welke andere patiënten zijn (B)PS patiënten gevoelig voor onzekerheid en onbetrouwbaarheid. Dat houdt onder meer in:

- Duidelijke afspraken over sessies (wanneer, waar, bij wie) en zorgen voor continuïteit tijdens vakanties of afwezigheden
- Bereikbaarheid van behandelaars en behandelteam inclusief contactnummers voor crisis
- Duidelijkheid over de grenzen van de behandeling, de beschikbaarheid van het behandelteam en de acties bij grensoverschrijdingen van het kader
- Duidelijke plannen/protocollen voor ernstige klinische incidenten, zoals suïcidepogingen of geweld
- Duidelijke afspraken over confidentialiteit en uitwisseling van informatie met andere diensten
- Duidelijke afspraken over samenwerking met naastbetrokkenen
- Duidelijke afspraken over samenwerking met andere instanties
- Informatie, afspraken, behandelplannen etc dienen allemaal op papier te staan
- Vermijd veranderingen in staf of betrekken van nieuwe behandelaars zonder expliciet hun rollen en verantwoordelijkheden in de behandeling te verduidelijken

Structuur houdt ook in dat de behandelprincipes, klinische processen, basishouding en interventies ook beschreven worden in een handleiding.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De behandeling staat duidelijk beschreven
- De patiënt kan beschikken over gemakkelijk toegankelijke geschreven informatie over de behandeling, afdeling, enzovoort

2. Geïntegreerde behandeling

Persoonlijkheidsstoornissen worden doorgaans gekenmerkt door een brede range aan problemen op as 1, 2, 3 en 4 en een laag sociaal-maatschappelijk functioneren. Dat vraagt interventies op verschillende niveaus, doorgaans door verschillende hulpverleners. Bijvoorbeeld, de psychiater schrijft medicatie voor om de stemming te verbeteren, een somatische arts begeleidt de patiënt voor

zijn of haar diabetes, een psychotherapeut werkt op de persoonlijkheidspatronen, een behandelaar werkt met patiënt en naastbetrokkenen en een maatschappelijk werker helpt de patiënt bij het regelen van de financiën. Het is belangrijk dat het werk van deze verschillende professionals voortdurend aangestuurd, gecoördineerd en geïntegreerd wordt, zodat het aansluit bij de capaciteiten van de patiënt en diens hulpbehoefte op dat moment. Daarom wordt ook gesproken van bijvoorbeeld 'structured clinical management'. Daartoe dient een primaire hoofdbehandelaar ('regievoerder') aangesteld te worden, die het behandelplan opstelt en de samenwerking van de verschillende disciplines bij het uitvoeren van dat behandelplan coördineert. Het houdt ook in dat bijvoorbeeld case management psychologisch geïnformeerd moet zijn, dit wil zeggen afgestemd op de doelen in het behandelplan. Er is voortdurende samenwerking en afstemming nodig tussen de diverse betrokken behandelaars.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De betrokken behandelaars stemmen op regelmatige basis het behandelbeleid af
- De betrokken behandelaars werken vanuit hetzelfde behandelplan
- De positie en rol van externe hulpverleners wordt duidelijk bepaald
- Het teamfunctioneren rondom de behandeling van de betreffende patiënt wordt aangestuurd door een hoofdbehandelaar of regievoerder. Deze heeft daartoe de nodige ervaring en opleiding.

De 'primaire' hoofdbehandelaar:

- is opgeleid als psychiater, klinisch psycholoog en/of psychotherapeut
- treedt op als de regisseur van de behandeling, die de continuïteit van de behandeling bewaakt en de coherentie en consistentie van alle binnen het behandelplan passende interventies garandeert;
- het is belangrijk dat de patiënt deze behandelaar zo vroeg mogelijk in het behandeltraject tegenkomt
- is lid van het behandelteam
- bij complexe problematiek is altijd voorzien in een waarnemend regievoerder en een vangnet binnen het behandelteam vanuit de methodiek van de behandellijn

3. Consistentie

De impulsiviteit of het emotionele appel van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kunnen behandelaars soms ertoe aanzetten om ondoordachte acties te stellen, die schadelijk kunnen zijn, zoals het verhogen van medicatie in momenten van crisis of het verlaten van het kader om tegemoet te komen aan acute eisen. Belangrijk is dat eenzelfde behandelvisie door het hele team consistent wordt vastgehouden en dat er eenduidigheid is qua behandeldoelen en aanpak.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Er vinden op regelmatige basis behandelplanbesprekingen plaats
- Het multidisciplinaire team kan terugvallen op intervisie en/of supervisie om de samenwerking te bewaken

4. Collaboratieve houding

Het hele team dient te werken vanuit een collaboratieve, gelijkwaardige houding, die de autonomie van de patiënt respecteert en diens verantwoordelijkheid stimuleert. Het formuleren van de behandelthema's en doelen, het prioriteren van de doelen, het overlopen van de behandelopties, het nemen van beslissingen over opname, het voorschrijven van medicatie etc dienen steeds in samenwerking met de patiënt te gebeuren. Daarbij moet rekening gehouden worden met de waarden en normen van de patiënt, diens etnische en culturele eigenheid en diens wensen. In elke fase van de behandeling wordt de patiënt eerlijk geïnformeerd over behandel mogelijkheden en keuzeopties.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De patiënt wordt betrokken bij alle belangrijke beslissingen in zijn/haar behandeling

- 5. Persoonlijk afgestemde behandeling ('tailored', 'personalized treatment')

Waar mogelijk dient gestreefd te worden naar een behandeling die zoveel mogelijk afgestemd is op de persoonlijke, individuele behoeften, wensen, doelen en verwachtingen van de patiënt. Het kan hier gaan over voorkeuren ten aanzien van medicatiegebruik, behandelaar, behandelsetting, behandelduur enzovoort. Dit vraagt van het behandelteam voldoende flexibiliteit en creativiteit om sensitief in te spelen op uitdagingen die de behandeling stelt. Hierbij hoort ook het afspreken van de behandel dosis, inclusief de mogelijkheid om bijvoorbeeld transitiefasen in het leven te overspannen met behandeling, in plaats van de patiënt door te verwijzen naar andere diensten (denk bv aan overgang Jeugd-Volwassen behandelcircuits).

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Elke behandeling wordt afgestemd op de individuele noden, verwachtingen en voorkeuren van de patiënt, wat onder meer weerspiegeld wordt in een geïndividualiseerd behandelplan dat in samenwerking met de patiënt wordt opgesteld

- 6. Gericht op samen bepaalde doelen en op het evalueren daarvan

De behandeling wordt gestuurd vanuit een behandelplan, waarin in overleg met de patiënt en eventueel naastbetrokkenen doelen worden opgenomen, die steeds een centrale focus vormen in de behandelinterventies. De voortgang ten aanzien van deze behandel doelen wordt steeds samen met de patiënt geëvalueerd op geregelde basis. In die evaluatie worden de diverse actieve behandelaars betrokken en indien door de patiënt gewenst kunnen ook naastbetrokkenen uitgenodigd worden. De evaluatie kan leiden tot een aanpassing van de behandelovereenkomst. Als behandel doelstellingen gehaald werden, wordt de behandeling afgerond; als verbetering zichtbaar is, maar de behandel doelstellingen nog niet behaald, wordt behandeling verlengd of ge(de)intensiveerd; als geen verbetering (meer) zichtbaar is, maar de behandel doelstellingen nog niet behaald, kunnen alternatieven worden overwogen.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De behandelvoortgang wordt minimaal elke drie maanden geëvalueerd

- 7. Actieve en outreachende benadering

Het behandelteam moet in staat zijn om naar de patiënt toe te gaan indien nodig. Denk aan telefonisch contact, huisbezoeken, sms-jes, e-health etc. De behandelaar wacht niet af tot de patiënt opnieuw verschijnt, maar neemt in principe zelf het initiatief in overleg met collega's.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Het behandelteam heeft mogelijkheden tot outreachend werken
8. Gericht op het actief engageren/committeren van de patiënt in de behandeling

Een primair doel in de behandeling moet zijn om de patiënt actief te betrekken bij zijn/haar eigen behandeling, hem of haar te motiveren en hinderpalen voor commitment weg te werken of te bespreken.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De behandeling heeft strategieën voor het bevorderen van de motivatie
9. Gericht op het hanteren van crisis

Crisis is vaak inherent aan ernstigere persoonlijkheidspathologie en kan leiden tot wanhoop of angst bij zowel behandelteam als patiënt. Behandelaars dienen opgeleid te worden in het omgaan met crisis. Daarom dient van bij aanvang gewerkt te worden aan een crisissignaleringsplan, waarin de risicofactoren en voorlopers van crisis in kaart worden gebracht en duidelijke acties door alle betrokkenen worden uitgestippeld, gericht op voorkomen van (verergering van) de crisis. Een behandelprogramma dient met haar patiënten (en eventueel andere betrokkenen, zoals familieleden, huisarts, PAAZ, ...) afspraken te maken over bereikbaarheid tijdens crisis. Tijdens de behandeling dient het risico voortdurend impliciet–bij verhoogde dreiging ook expliciet – gemonitord te worden en gehanteerd te worden. Dat houdt ook in dat behandelaars van een crisisdienst bij voorkeur opgeleid worden in het omgaan met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Na een ernstige crisis dient een leermoment ingebouwd te worden waarin kan uitgezoomd worden en de diverse factoren die bijgedragen hebben aan de crisis, begrepen en verbeterd kunnen worden. Op momenten van overgangen in de zorg (intake naar behandelprogramma, behandelprogramma naar huisarts of nazorg etc) dient het risico duidelijk in de overdracht besproken/beschreven te worden.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Bij voorkeur krijgen alle behandelaars – maar zeker de hoofdbehandelaar – opleiding in het hanteren van crisis
- De behandeling heeft duidelijke richtlijnen voor het hanteren van crisis
- De primaire behandelaar maakt – indien nodig – regelmatig crisisinschattingen
- Bij overgangen is er expliciete aandacht voor het overdragen van risico op crisis
- Na een ernstige crisis wordt voorzien in een leermoment om de aanpak verder te verbeteren

10. Gericht op het bevorderen van de therapeutische relatie

Dit is wellicht het belangrijkste werkingsmechanisme bij de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Vaak zijn deze mensen enigszins wantrouwend, waardoor ze niet meteen

goed bedoelde adviezen aannemen, of stellen ze zich net afhankelijk op waarbij ze hun eigen competentiegevoel verliezen. Tijdens de behandeling kunnen zich breuken voordoen, geassocieerd met de moeilijkheden van deze patiënten om langdurige stabiele intieme relaties aan te gaan. De behandelaars zullen daarom op een open, creatieve en betrokken manier patiënten moeten benaderen, waarbij ze sensitief genoeg zijn voor breuken in de therapeutische relatie en vaardig om deze breuken, ook wanneer ze gepaard gaan met heftige emoties (zoals agressie), te herstellen.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Behandelaars zijn zich bewust van het belang van herstel van breuken in de werkrelatie en beschikken over de competentie en vaardigheden daartoe

11. Gericht op het bevorderen van de reflectie op de eigen gedachten, gevoelens en intenties

Doorheen de behandeling zal de behandelaar steeds de patiënt proberen te helpen om op een bewustere manier stil te staan bij gedachten en gevoelens en om de eigen intenties en de intenties van anderen beter te begrijpen. Behandelaars maken patiënten bewust van het feit dat ze een binnenwereld van emoties en gedachten hebben, die hun gedrag stuurt en waar ze meer grip op kunnen leren krijgen.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Behandelaars beschikken over de competentie en vaardigheden om patiënten te helpen stil te staan bij hun eigen en andermans emoties en linken te leggen tussen (interpersoonlijke) aanleidingen, emoties en gedragsgevolgen

12. Gericht op het stimuleren van autonomie en verantwoordelijkheid

Doorheen de behandeling zal het behandelteam niet alleen de last valideren, maar ook de cliënt en diens systeem stimuleren tot een gepaste verantwoordelijkheid om de problemen die zich stellen te hanteren. Bij het formuleren van een behandelbeleid zal steeds nagedacht moeten worden hoe de autonomie van de cliënt en diens gevoel van competentie daarbij, kan worden versterkt. Voorkomen moet worden dat behandelaars te beschermend worden of te zeer verantwoordelijkheid overnemen.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Behandelaars beschikken over de competentie en vaardigheden om patiënten te stimuleren in hun autonomie, zodat ze de gepaste verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de problemen
- Het team functioneert op een consistente manier zodat alle behandelaars daarin op eenzelfde lijn staan met betrekking tot deze individuele cliënt.

13. Samenwerken met familie en andere naastbetrokkenen

Het functioneren van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt beïnvloed door de context waarin ze leven en omgekeerd hebben ze zelf daar vaak een grote impact op. Denk bijvoorbeeld aan partners, kinderen, maar ook burens of collega's. Het uitgangspunt moet zijn dat naastbetrokkenen bij de behandeling worden betrokken tenzij er zwaarwegende contra-indicaties zijn. In overleg met de

patiënt worden ze betrokkenen op diverse momenten van de diagnostiek en behandeling uitgenodigd: om informatie te krijgen over het functioneren van de patiënt thuis, psycho-educatie te geven, om betrokkenen een rol te geven in het crisisplan, om behandelimpasses te begrijpen, om persoonlijke zaken te bespreken etc. Als richtlijn kan worden aangehouden dat er altijd voorzien wordt in psycho-educatie voor naastbetrokkenen (in groep of individueel). Indien geïndiceerd kan systeemtherapie ook wenselijk zijn, bij voorkeur vanuit hetzelfde referentiekader. Voor kinderen van elke PS-patiënt wordt bij aanvang van de behandeling een inschatting gemaakt van de wenselijkheid van hulpverlening en indien nodig, toegang tot een specifiek aanbod voorzien.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Het programma biedt minimale psycho-educatie voor naastbetrokkenen (denk aan minimaal twee sessies)
- Behandelaars betrekken – met toestemming van de patiënt - naasten bij de behandeling (patiënten moeten indien nodig daartoe gemotiveerd worden)

14. Continuïteit van zorg

Behandeling wordt doorgaans vooraf gegaan door andere behandeling en mogelijk op haar beurt gevolgd door een nieuwe behandeling. Het is van belang dat ze continuïteit van zorg geregeld wordt, in elk geval binnen de instelling (overdragen van behandelverantwoordelijkheid tussen intake team en behandelteam bijvoorbeeld), maar indien haalbaar ook met andere instellingen (bijvoorbeeld beschikbaar stellen van crisisplan aan huisarts; opsturen van hervalpreventieplan aan nieuwe behandelaar). Overheen de diverse zorgprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen dient er maximale continuïteit in behandelvisie geboden te worden. Elke afdeling dient te streven naar maximale continuïteit van behandelmodel en behandel aanbod voor de patiënt, zowel binnen de afdeling als bij doorverwijzing naar een andere afdeling als wanneer het behandelbeloop een wijziging van setting vraagt (bv. klinische opname). Waar dit desondanks niet gewaarborgd kan worden, wordt met de patiënt overlegd over diens keuzemogelijkheden en wordt in overleg met de patiënt gekozen voor een oplossing die continuïteit van behandelvisie vóór en na de wijziging van setting zo veel mogelijk garandeert. Continuïteit houdt niet op bij de grenzen van een instelling; er zal geïnvesteerd moeten worden in ketenzorg met partners die voor continuïteit van belang zijn: Jeugdzorg, maatschappelijke dienstverlening, eerste en vrijgevestigde tweedelijns GGZ.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Binnen de instelling zijn er duidelijke afspraken over het overdragen van behandelverantwoordelijkheid tussen de verschillende echelons van de instelling
- De afdeling investeert actief in optimale samenwerking, zowel met interne ketenpartners (zoals voordeurteam, crisisdienst), als met naastbetrokkenen en externe ketenpartners, zoals jeugdzorg, maatschappelijke dienstverlening, huisarts, verwijzer etc.

E. Basishouding

- Bereidwillige, verwelkomende, enthousiaste en hoopvolle clinici en organisaties zullen deze verwachting maximaliseren
- Het is belangrijk dat behandelaars zelf kunnen kiezen om met deze doelgroep te werken
- Niet alleen behandelaars, maar ook organisaties moeten enthousiast, hoopvol en verwelkomend zijn. Ze moeten behandelaars genoeg tijd, training, steun en supervisie geven om hun werk te doen.
- Alliantie wordt bevorderd door een houding van interesse, nieuwsgierigheid, respect, warmte, positieve houding, openheid en flexibiliteit
- Therapeutische relatie wordt voortdurend gemonitord om breuken te detecteren en via zelfreflectie, supervisie en teambespreking te herstellen ('help me om opnieuw empathie te vinden voor mijn patiënt'; 'help me te begrijpen wat er anders moet in therapie'). Je moet je patiënt graag zien en werk doen wanneer er situaties optreden dat je de patiënt niet graag ziet.
- Behandelaars moeten actief zijn, niet observerend en reflecterend van op een afstand. Een actieve behandelaar biedt meer structuur en een soort van echte betrokkenheid, gericht op het willen verminderen van de last van de patiënt. Te neutrale gezichtsuitdrukkingen worden vaker als negatief geïnterpreteerd.
- Behandelaars hebben oog voor de gevolgen van de stoornis op het dagelijkse leven (opleiding, werk, naastbetrokkenen)
- Therapiesessies dienen op vaste momenten ingepland te worden.
- Reacties van de patiënt op de behandeling en op de therapeutische relatie moeten routinematig gemonitord worden.

De basishouding kan als volgt worden samengevat:

- Interviewvaardigheden
 - Open vragen die uitnodigen tot exploratie
 - Behandelaar luistert aandachtig en reflecteert op wat wordt gezegd
 - Aanvaarden van hoe de patiënt zich voelt
 - Niet bekritisieren van het perspectief van de patiënt, niet in discussie gaan, niet meteen oplossingen aanreiken
 - Positieve aspecten van hoe de patiënt probeert problemen te hanteren of oplossingen te zoeken, bevestigen. In zulke gevallen vooral nagaan hoe het gelukt is
 - Voorzichtig verhelderen en samenvatten wat de patiënt heeft gezegd
- Houding van de behandelaar
 - Onderzoekende en nieuwsgierige houding
 - Enthousiast
 - Bereidheid om in team te werken
 - Hoop houden ook bij tegenslag
 - Kwaliteit om op de subjectieve ervaring van de patiënt te focussen
 - Interesse in dagelijkse leefomgeving, naastbetrokkenen
- Authenticiteit en openheid

- Patiënt moet de behandelaar als 'persoon' ervaren, iemand die reageert en natuurlijk is
- Maak als behandelaar je actuele mentale processen over de patiënt transparant, bespreek openlijk waar je aan dacht; laat je onzekerheden en twijfel zien, maar ook een zoeken om te begrijpen
- Zorg dat de focus steeds weer uitgaat naar de gevoeligheid van de patiënt en zijn assumpties over anderen en de evidentie waarop ze zich baseren om de intenties van anderen te begrijpen
- Valideer wanneer de patiënt accuraat vat wat er in de mind van de patiënt leeft
- Niet-wetende houding is basishouding
- Neem verantwoordelijkheid voor je fouten
- Empathie
 - Ervaren en waarnemen van de realiteit van de patiënt en hierop kunnen reageren op een manier dat dit begrip wordt aangetoond; volgen van de gevoelens van de patiënt en niet opleggen van je eigen realiteit
 - Wees er je bewust van dat je gevoelens voortkomen van je patiënt en ageer ze niet uit
- Validering
 - Actief observeren, reflectie en directe validering vanuit een niet-beoordelende houding
 - Valideer de last en de moeite om te veranderen
- Positieve houding
 - Warmte (glimlachen, warme toon, oogcontact, humor, echte betrokkenheid, hoopvol blijven)
 - Zoek actief naar wat je graag mag aan de patiënt, maar ook wat je niet mag
- Steun
 - Help de patiënt om te gaan met dagdagelijkse problemen
 - Biedt informatie over rechten en organisatiestructuren, vb probatie
 - Help de patiënt brieven te schrijven of afspraken te regelen
 - Help de patiënt zich voor te bereiden om vb sociaal werkers, psychiaters, politie etc te ontmoeten
 - Maak linken met familie en zorgers, wettelijke vertegenwoordigers etc
 - Laat de patiënt zoveel mogelijk zelf doen
 - Steun houdt ook in:
 - Actieve geruststelling
 - Verklaren van moeilijkheden in psychologische en psychiatrische termen
 - Informatie opzoeken
 - Richting geven wanneer een probleem onopgelost blijft
 - Suggesties hoe bepaalde problemen op te lossen
 - Toelaten om gevoelens over zichzelf en anderen uit te drukken

F. Klinische processen

Een behandeling is een aaneenschakeling van klinische processen waarmee de algemene behandelprincipes worden geborgd. In deze paragraaf worden de belangrijkste klinische processen, die samen het behandeltraject voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vormen, beschreven. De volgorde is een min of meer logische volgorde, al kan die in de praktijk er net wat anders uitzien. In bijlage vindt men de meer uitgebreide protocollen terug, die horen bij deze klinische processen.

STAP 1: Aanmelding²

In de meeste instellingen komen mensen met een persoonlijkheidsstoornis binnen via een centraal intake-team, dat deze patiënten verder indiceert voor de diverse behandelprogramma's. Het is van belang dat de genoemde attitudeprincipes ook hier zo veel mogelijk worden ingevoerd, zodat mensen duidelijke informatie krijgen, op een collaboratieve manier benaderd worden en zelf kunnen meedenken over de verschillende behandelopties. Daarnaast is het van belang dat lange wachttijden of plotse breuken in de overgang naar een behandelafdeling zoveel mogelijk worden vermeden. Er dient goed gemonitord te worden of de overdracht van patiënten betrouwbaar plaatsvindt, of er duidelijke afstemming is wie het aanspreekpunt is voor patiënt en of dat duidelijk gecommuniceerd wordt naar patiënten, wie verantwoordelijkheid draagt indien er crisis optreden etc. Het verdient aanbeveling de procedures zo helder mogelijk te communiceren aan patiënt, bij voorkeur via goed leesbare folders en brieven.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De intakeprocedure staat helder beschreven (folders, website), zodat patiënten weten wat ze kunnen verwachten. Eventueel kan ook voorzien worden in gesproken informatie (bv. voor oudere mensen die meer problemen ondervinden om zelf veel tekst te lezen).
- Intakers nemen een transparante, betrokken, collaboratieve houding aan
- Bij de intake is direct een systemische visie, waar relevant worden naastbetrokkenen uitgenodigd
- Patiënt heeft duidelijke inzage in de informatie-uitwisseling tussen verwijzer en intaker
- Patiënten krijgen duidelijke informatie over alle behandelopties en kunnen zelf keuzes maken, waar relevant ook in overleg met naastbetrokkenen (shared decision making)
- De continuïteit tussen verwijzer en intake wordt bewaakt: het is duidelijk voor de verwijzer wanneer de intake gepland staat, wanneer uitkomst verwacht kan worden en wie welke verantwoordelijkheid neemt in geval van crisis
- De continuïteit tussen intake en behandeling wordt bewaakt: het is duidelijk wanneer patiënt kan instromen in de behandeling en wie in tussentijd welke verantwoordelijkheid neemt
- De wachttijden tussen aanmelding en intake, tussen eerste intakecontact en advies en tussen advies en start behandeling worden bij voorkeur beperkt gehouden en zijn in elk geval

² In deze handleiding wordt niet ingegaan op indicatiestelling. Er is nog onvoldoende bekend voor wie welke behandelingen meest aangewezen zijn (zie eerder). Bovendien kan de inbedding van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders binnen verschillende instellingen er anders uitzien. Het is aan de betreffende instelling om een eigen indicatiebeleid te maken, waarbij het in elk geval duidelijk is welke patiënten eerder of eerst worden doorverwezen naar een generalistische behandeling en welke naar een specialistische behandeling.

duidelijk bekend bij de patiënt en naastbetrokkenen. Een behandeladvies moet in elk geval binnen zes weken na start van intake gegeven worden.

- Het is op elk moment voor patiënt duidelijk wie waarvoor aanspreekpunt is

STAP 2: Omvattende assessment

Bij een vermoeden van persoonlijkheidsstoornissen is het van belang dat de behandelaar de tijd neemt om een grondige assessment uit te voeren van de diverse probleemgebieden en gerelateerde levensgebieden van de patiënt. Er wordt aangeraden daar enkele gesprekken voor te nemen. Ideaal wordt de diagnose pas na deze gesprekken definitief gesteld, al zal in sommige instellingen de diagnose vanuit de intake gesteld worden en zal de patiënt op basis van de diagnose geïndiceerd worden voor het behandelprogramma.

De diagnose is slechts een aspect van de wijze waarop de problemen en sterktes van de patiënt begrepen worden. Samen met de patiënt zal de behandelaar de verschillende probleemgebieden (as 1, 2, 3 en 4) in kaart brengen, samen met beschermende factoren, zoals aanwezig sociaal netwerk, analyse van periodes van beter functioneren enzovoort. De behandelaar zal ook trachten in kaart te brengen hoe het functioneren van de patiënt verschilt naargelang van de omgeving waarin hij/zij verkeert of geëvolueerd is doorheen de tijd. Hij/zij zal verder een inventarisatie maken van de medicatiegeschiedenis, somatische factoren (in het bijzonder bij oudere mensen) en van chronische en actuele risico's. Tenslotte zal de behandelaar zich een goed beeld proberen te vormen van de actuele levenscontext van de patiënt en de daarin aanwezige belastende en beschermende factoren, zoals relaties met naastbetrokkenen. Met akkoord van de patiënt kunnen naastbetrokkenen mee uitgenodigd worden voor één of meer assessment gesprekken. Een uitgebreide assessment biedt de gelegenheid om de diagnose op een rijkere, contextuelere en persoonlijkere manier te bespreken met de betrokken patiënt en zijn naastbetrokkenen. Een richtlijn voor deze assessment kan worden teruggevonden in bijlage 1.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Bij elke patiënt met een PS dient de volgende diagnostische informatie systematisch in kaart gebracht te worden:
 - Co-morbide as 1 en as 2 stoornissen (inclusief middelengebruik)
 - Somatische co-morbiditeit
 - Actuele belastende en beschermende levensomstandigheden
 - Actueel sociaal-maatschappelijk functioneren
 - Risico-inschatting (suicide, psychose, drop out, geweld)
 - Medicatiegeschiedenis
 - Context, inclusief naastbetrokkenen, draagkracht/draaglast van het directe systeem
 - Levensgeschiedenis

STAP 3: Diagnose en psycho-educatie³

³ Diagnose – in de zin van classificatie – en bredere probleemformulering (zie stap 4) worden hier uit elkaar gehaald, maar kunnen in de praktijk ook in elkaar geschoven worden. Belangrijk is dat er een uitgebreide inventarisatie is, een goede psycho-educatie over diagnose en behandeling, en een verdiepende analyse van de individuele probleemgebieden.

De diagnose dient steeds met de patiënt en diens naastbetrokkenen gecommuniceerd te worden. Belangrijker dan het meedelen van de diagnose, is het stimuleren van de patiënt (en naastbetrokkenen) om mee te denken hoe de diagnose iets vat van de samenhang tussen veelal uiteenlopende problemen. De behandelaar zal het accent proberen te leggen op onderliggende, overkoepelende problemen, zoals de moeite van patiënt om emoties te reguleren, de gevoeligheid van patiënt voor afwijzing in belangrijke relaties, zijn of haar neiging om impulsief te reageren en de kwetsbaarheid in het gevoel van eigenwaarde. De behandelaar legt iets uit over de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen en legt de link met de insteek in de behandeling. Hij/zij geeft informatie over het verwachte verloop en straalt hoop uit over de goede behandelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen. De behandelaar zal doorheen heel dit proces steeds sensitief moeten zijn voor de betekenis van de diagnose voor de cliënt en diens naastbetrokkenen. Een procesbeschrijving dat als voorbeeld kan dienen, staat in bijlage 2.

Naast informatie over de diagnose zal de behandelaar ook informatie bieden over de behandeling en het behandelkader: wanneer vinden afspraken plaats, hoe kan de patiënt de afdeling bereiken, wat wordt van de patiënt verwacht en wat kan de patiënt van de behandelaars verwachten, hoe lang zal de behandeling duren, enzovoort. Deze informatie wordt bij voorkeur ook zoveel mogelijk schriftelijk mee gegeven. Ze dient duidelijk en ondubbelzinnig te zijn.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Elke patiënt en zijn/haar naastbetrokkenen krijgt bij de start van de behandeling duidelijke informatie over de diagnose
 - Omschrijving van de probleemgebieden
 - Informatie over etiologie
 - Informatie over de wijze waarop de behandeling zal ingrijpen op de problemen
- Patiënt en naastbetrokkenen krijgen duidelijke informatie over het behandelkader en de afspraken
 - Programma en afspraken (data, tijdstip en locatie) met behandelaars op papier
 - Geschreven document met afspraken en verantwoordelijkheden voor alle partijen
 - Informatie over bereikbaarheid van behandelafdeling
 - Contactgegevens van belangrijke andere diensten, zoals sociale diensten, crisisdienst, enzovoort

STAP 4: Formulering behandelplan met een hiërarchie van behandeldoelen

De uitgebreide assessment vormt de basis voor een omvattende formulering van de problemen van de patiënt, waarin de belangrijkste thema's worden aangestipt en gerelateerd aan concrete behandeldoelen. Zo'n formulering helpt de patiënt om meer inzicht te krijgen in de samenhang tussen de probleemgebieden en in de continuïteit van deze probleemgebieden doorheen de levensloop. De formulering linkt concrete symptomen aan terugkerende patronen. Ze vormt de basis voor het formuleren van een behandelplan, waarin concrete doelen worden afgestemd met de patiënt. Idealiter worden de doelen samen bepaald in een overleg van behandelaar en patiënt en naastbetrokkenen. Als het behandelplan geformuleerd is, wordt dit met de patiënt en naastbetrokkenen besproken. Samen met de patiënt maakt de behandelaar een behandeltraject op en coördineert hij/zij de taken in het multidisciplinaire team. Het behandelplan is de leidraad voor alle interventies, zowel psychotherapeutische als sociaal-maatschappelijke interventies (bijvoorbeeld

aanpak van schulden of woonproblemen). Een procesbeschrijving voor het opstellen van een omvattende formulering staat in bijlage 3. Een procesbeschrijving voor het collaboratief opstellen van een behandelplan staat in bijlage 4.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Liefst zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen zes weken na start behandeling dient er een eerste versie van het behandelplan gemaakt te worden, besproken met patiënt en door beide partijen ondertekend
- Het behandelplan dient naast de diagnose en informatie over bovenstaande assessment-gebieden, ook een prioritering van doelen vast te leggen op basis van overleg met patiënt
- Bij voorkeur omvat het behandelplan ook een integratieve formulering, waarin de uiteenlopende probleemgebieden in samenhang beschreven worden

STAP 5: Opstellen van een crisisplan en blijvend monitoren en managen van risico's

Doorgaans zal een van de eerste stappen in de behandeling het maken van een crisisplan zijn, in het bijzonder wanneer het behandelplan prioriteit geeft aan het hanteren van crisissymptomen (suïcidaliteit, zelfverwonding, geweld). Een crisisplan is zowel een instrument om duidelijke afspraken te maken met alle betrokkenen over het hanteren van crisis, als om patiënten te focussen op hun gevoelens en gedachten in de aanloop naar crisissen, zodat ze zich bewuster worden van de triggers, omstandigheden, voorlopers en opbouw naar een crisis, alsook van de gevolgen ervan voor zichzelf en anderen. Een crisisplan omvat zowel de risico-omstandigheden, voorlopers van crisis, opbouw van crisis als acties van alle betrokkenen bij escalerende crisis, inclusief noodplan bij acute suïcidaliteit. Bij het maken van een crisisplan kunnen naastbetrokkenen betrokken worden: zij hebben vaak zinvolle informatie over signalen van oplopende crisis. Het wordt afgestemd met alle betrokkenen die hierin een rol spelen, inclusief de huisarts of de verpleegkundigen in een verpleeghuis. In de loop van de behandeling wordt het risico op crisis voortdurend actief gemonitord en bij toenemende dreiging ook expliciet afgecheckt met de patiënt. Zeker indien er incidenten plaatsvinden, die overeenkomen met de geïdentificeerde voorlopers, is expliciete risico-inschatting noodzakelijk. In bijlage 6 staat een procesbeschrijving voor het maken van een crisisplan. In bijlage 7 staat een procesbeschrijving voor het maken van actuele risico-inschattingen en het hanteren van suïciderisico's.

Vaak kan het behulpzaam zijn om erg snel in de behandeling een eerste versie van het crisisplan vast te leggen, ook al kunnen alle genoemde processtappen nog niet gezet worden. Dat plan kan enkele concrete afspraken bevatten voor het hanteren van crisis, bijvoorbeeld: crisisdienst bellen, behandelaar mailen, kalmerende medicatie innemen. Het plan kan ook contactgegevens en bereikbaarheidsinformatie bevatten van het behandelteam, de crisisdienst, de huisarts enzovoort. Verder kan het aanwijzingen voor zowel hulpverleners als naastbetrokkenen bevatten over wat te doen bij crisis (denk bijvoorbeeld aan een contactpersoon voor opvang van jonge kinderen wanneer de ouder in crisis is).

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Zo snel als nodig, maar in elk geval binnen drie maanden na start behandeling is er voor elke patiënt een crisisplan beschikbaar. Dat plan omvat minimum:

- Mogelijke aanleidingen voor crisis bij de patiënt
- Uitingen van crisis in diverse fasen van opbouw
- Behulpzame acties door patiënt bij oplopende crisis
- Behulpzame acties door naastbetrokkenen bij oplopende crisis
- Aangewezen acties door hulpverleners bij oplopende crisis (huisarts, crisisarts etc)
- Af te raden acties
- Route naar crisisdienst
- Het crisisplan wordt bij voorkeur opgemaakt én besproken met naastbetrokkenen (indien patiënt akkoord) en ter beschikking gesteld van huisarts en crisisdienst
- De afdeling onderhoudt actief contacten met de crisisdienst en investeert in het geven van uitleg over beleid bij crisis
- De afdeling heeft een duidelijk beleid rond suïcidepreventie en veiligheid
- Het behandelteam voert minstens wekelijks risico-inschattingen uit van alle patiënten en dagelijks bij risicopatiënten met acute suïcidaliteit

STAP 6: Engageren van de patiënt in de behandeling

Een van de primaire taken van het behandelteam is om de patiënt in de beginfase actief te betrekken op en te committeren met de behandeling en de motivatie te bevorderen. Dat kan door:

- Een collaboratieve houding
- Valideren van de emotionele ervaring, de moeite om te veranderen etc
- Betrokken, authentieke houding aannemen; beschikbaar zijn op momenten van crisis (binnen de grenzen die vooraf werden aangegeven); betrokkenheid tonen door bv brieven te schrijven aan andere instanties, pt te helpen bij aanvraag voor huisvesting etc
- Hoop genereren, optimisme uitstralen
- Motiveren relevante naasten te betrekken
- Te starten met kleine, haalbare doelen
- Overeenstemming te zoeken over doelen, samenwerking, afspraken
- Patiënt niet te gaan overtuigen, confronteren etc
- Outreachend te werken bij dreigend afhaken
- Naastbetrokkenen van bij aanvang goed betrekken

Een procesbeschrijving voor strategieën om het commitment te bevorderen is te vinden in bijlage 6.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Behandelaren werken actief aan motivatie
- Het behandelteam heeft een duidelijk beleid bij verzuim van afspraken en/of dreigende drop-out

STAP 7: Evalueren en bijstellen behandelplan met alle betrokkenen

Het behandelplan vormt de leidraad aan de hand waarvan de verschillende interventies worden aangestuurd en uitgevoerd. Het behandelplan dient op geregelde tijdstippen samen met de betrokken behandelaren en de patiënt en naastbetrokkenen geëvalueerd te worden. Het gebruik van

routine outcome monitoringinstrumenten wordt daarbij aanbevolen. Evaluatie houdt in dat kritisch gekeken wordt naar het verloop van de behandeling de afgelopen periode, redenen voor stagnatie of behandel succes, actuele thema's en doelen. Daarbij worden afspraken gemaakt wie wat doet de komende behandelperiode. Een procesbeschrijving voor het maken van evaluaties staat in bijlage 8.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De voortgang in de behandeling wordt minstens om de zes maanden, maar bij voorkeur frequenter, geëvalueerd in het behandelteam, in aanwezigheid van patiënt en waar relevant ook met naastbetrokkenen.
- Er wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van ROM-instrumenten, waarvan de resultaten mee richting gevend zijn voor verderzetting, bijsturing en/of beëindiging van de behandeling
- De doelen in het behandelplan weerspiegelen de afgesproken prioritering en de fase in de behandeling

STAP 8: Monitoren en herstellen van breuken in de therapeutische relatie

Naast het motiveren van de patiënt en het hanteren van crisissen, is het werken aan een goede therapeutische relatie de meest betrouwbare weg naar succes. Dit speelt een rol vanaf het begin, maar problemen kunnen zich ook voordoen wanneer de patiënt al een tijd in behandeling is en de therapeutische relatie hechter en intenser wordt – en daardoor lastiger hanteerbaar voor de patiënt. Behandelaars dienen voortdurend impliciet te monitoren of er sprake is van wrijvingen, misverstanden, veranderingen in affectieve lading in het contact, teleurstellingen etc. Als dat het geval is, moet de behandelaar daar sensitief en gepast op reageren door de betreffende observaties aan de orde te brengen en te onderzoeken waar het is misgelopen en hoe de relatie weer hersteld kan worden. Dat kan als volgt:

- Observaties tentatief benoemen ('zou het kunnen dat...: ik heb het idee dat ...')
- De emotionele ervaring van de patiënt ten aanzien van de breuk valideren (dus niet meteen ontkrachten of weerleggen, maar erkennen dat de patiënt deze ervaring heeft)
- De patiënt uitnodigen om te zoeken waar die emotionele ervaring is ontstaan en wat de behandelaar daarin heeft gedaan ('wat heb ik gedaan wat je het gevoel gaf dat...?' 'wat liep er mis tussen ons?')
- Eigen aandeel op zich nemen en indien nodig voor verontschuldigen
- Pas dan: eigen perspectief ernaast plaatsen ('Ik begrijp nu dat je dit zo hebt begrepen. Wat ik eigenlijk bedoelde, was...')
- Checken of dit helpt om perspectief van patiënt te veranderen en relatie te herstellen

Strategieën voor het herstellen van breuken in de therapeutische relatie staan in bijlage 9.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Alle behandelaars zijn zich bewust van het risico op breuken en van hun verantwoordelijkheid om breuken in de therapeutische relatie op te merken en te herstellen
- Er is supervisie en/of intervisie in het team, waardoor behandelaars meer zicht kunnen krijgen op hun eigen aandeel in de interactie met patiënten

STAP 9: Toewerken naar einde/afscheid/reductie van aantal sessies

Elke verandering in het behandeltraject – en dan in het bijzonder bij het beëindigen van het behandeltraject, het overdragen aan een andere instelling etc – dient tijdig aangekondigd, besproken en afgestemd te worden, zodat de patiënt weet waar hij/zij aan toe is en plaats kan gemaakt worden voor thema's die te maken hebben met loslaten, verlaten etc.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- De keuze voor beëindiging wordt mede gestuurd door ROM-gegevens
- Besluit tot beëindiging gebeurt in samenspraak tussen patiënt en behandelteam
- Het dient minstens drie maanden voor het einde duidelijk zijn voor de patiënt wanneer beëindiging zal plaatsvinden (tenzij in geval van drop out of push out)

G. Specifieke klinische strategieën

Voor het realiseren van de behandelprincipes doorheen de diverse klinische processtappen, kan de behandelaar gebruik maken van een aantal strategieën. Enkele generieke strategieën werden hierboven reeds besproken. Daarnaast kunnen specifieke probleemgebieden ook worden aangepakt met modules of strategieën die ontleend worden aan de verschillende specialistische modellen. Belangrijk is dat ze steeds in de context van een specifiek programma op een gecoördineerde manier worden geïntegreerd in functie van de specifieke behoeften van de patiënt en deskundigheid van het behandelteam. Ze vormen een concrete invulling van de principes van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders. Behandelaars kunnen van deze strategieën gebruik maken, of andere strategieën ontleen aan kaders die voor hen vertrouwd zijn en hen helpen om de behandelprincipes te realiseren (bv technieken uit het motivationeel interview zijn wellicht uitstekend geschikt voor bevordering van motivatie, ook bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis; hetzelfde geldt voor technieken uit het Therapeutic Assessment voor het formuleren van een omvattende diagnose).

Specifieke strategieën en modules voor de behandeling van specifieke probleemgebieden kunnen worden teruggevonden in de bijlages.

1. SCM Strategieën voor emotieregulatie: zie bijlage 11
2. SCM Strategieën voor omgaan met stemmingen: zie bijlage 12
3. SCM Strategieën voor impulscontrole: zie bijlage 13
4. SCM Strategieën voor zelfverwonding: zie bijlage 14
5. SCM Strategieën voor interpersoonlijke sensitiviteit: zie bijlage 15

Uiteindelijk wil de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders in haar toolkit een verzameling van beproefde modules en strategieën verzamelen, die binnen een coherent kader en conform bovenstaande principes, gebruikt kunnen worden voor de behandeling van PS.

H. Teamstrategieën

De behandeling van mensen met (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen kan niet alleen de individuele behandelaar op de proef stellen, maar ook het team, waardoor de samenwerking in het team bedreigd kan worden, wat op haar beurt schadelijk kan zijn voor de behandeling van de patiënt omdat het team er verschillende visies op de behandeling op kan gaan nahouden of omdat negatieve tegenoverdrachtsgevoelens kunnen gaan meespelen in de behandelrelatie. Daarom is er nood aan overleg in teamverband (intervisie/supervisie), wat de kans biedt om uit te zoomen uit mogelijke knelpunten en impasses. Een mogelijke opzet voor zulke teambespreking staat in bijlage 10.

De volgende kwaliteitskenmerken dienen zoveel mogelijk geborgd te worden:

- Het behandelteam heeft minstens maandelijks een structureel moment om stil te staan bij het eigen functioneren en teamfunctioneren, los van concrete behandelplanbesprekingen

Bijlage 1: Wat breng je in kaart voordat de diagnose persoonlijkheidsstoornis gesteld kan worden?

Wat?

Persoonlijkheidsstoornissen gaan doorgaans gepaard met een hele reeks andere problemen. Meer dan gelijk welke andere aandoeningen kunnen ze wellicht variëren in uitingvorm en geassocieerd zijn met een hele range van andere stoornissen, somatische condities, actuele stressoren en sociaal-maatschappelijke problemen. Met het oog op het stellen van de diagnose en het maken van een behandelplan dienen daarom systematisch een aantal gebieden in kaart gebracht te worden ('assessment').

Algemene principes

Een goede assessment moet de volgende principes borgen:

- De verschillende levens- en probleemgebieden dienen nauwkeurig in kaart gebracht te worden, onder meer:
 - De diverse probleemgebieden van de persoonlijkheidsstoornis: problemen met emoties, impulsiviteit, relaties, zelfbeeld.
 - Eventuele co-morbide as 1 stoornissen, zoals stemming-, middelenmisbruik-, eet-, dissociatieve, angst- en andere as 1 stoornissen
 - Eventuele somatische co-morbiditeit, zoals obesitas, hartproblemen, aandoeningen ten gevolge van chronische stress
 - Actuele belastende levensomstandigheden: gezinsproblemen, problemen in opvoeding, werkproblemen etc
 - Sociaal-maatschappelijk functioneren: sociaal netwerk, buurt, baan
- Er dient een goede inschatting te zijn van de risico's voor behandeling
 - Suïcidaliteit
 - Kans op psychotische decompensatie
 - Risico op drop out
 - Risico op geweld
- Er dient een assessment te zijn van de medicatiegeschiedenis
 - Lijst van medicatie die werd geprobeerd
 - Positieve en negatieve ervaringen
 - Medicatietrouw
 - Risico op overdosissen
 - Actuele medicatie
 - Houding patiënt ten aanzien van medicatie
- De behandelaar moet een goed beeld hebben van naastbetrokkenen en de verschillende systemen waarin een patiënt leeft
 - Met wie leeft patiënt samen?
 - Vrienden, familie, collega's? Zijn die overbelast? Hebben zij vragen?
 - Eventueel kan een huisbezoek ingepland worden om een concreet beeld te krijgen van leefsituatie van patiënt
- De behandelaar inventariseert mogelijke oorzakelijke en ontwikkelingsfactoren
 - Familiale belasting
 - Traumatische ervaringen

- De assessment gebeurt steeds in samenwerking met patiënt en op een open, respectvolle en transparante wijze
- Bij voorkeur worden ook naastbetrokkenen uitgenodigd voor één of meer assessmentgesprekken om een rijker en vollediger beeld te krijgen van zowel het functioneren van de patiënt, de context, draagkracht en draaglast van het betrokken systeem als de impact van de problemen op de omgeving
- Tijdens de assessment is de behandelaar voldoende sensitief voor de reflectieve mogelijkheden van de patiënt op dat moment en sluit hij/zij daarbij aan; de behandelaar tracht zich een beeld te vormen van de ervaring van de diverse probleemgebieden bij de patiënt en vermijdt te snelle conclusies

Hoe?

1. De behandelaar legt het doel van het gesprek uit (bieden van transparantie), bijvoorbeeld: ik wil samen met jou in kaart brengen wat belangrijk is voor de behandeling, zowel de problemen waarvoor je behandeling zoekt als breder, hoe het met je gaat op verschillende gebieden in je leven.
2. De behandelaar sluit aan bij de hulpvraag van de patiënt: ‘waarbij zou behandeling jou kunnen helpen? / wat zou je willen veranderen? / waarbij zoek je hulp? ...’
3. De behandelaar zorgt ervoor dat hij/zij goed aansluit bij de patiënt, paraphraseert geregeld, checkt of hij/zij het goed heeft begrepen, vat samen en dergelijke (‘Heb ik goed begrepen dat...? Klopt het dat...? Als ik het samenvat, dan...’)
4. De behandelaar focust zowel op klachten als op onderliggende probleemgebieden in persoonlijkheidsfunctioneren (vb zowel op feitelijke zelfverwonding als op moeite om emoties te reguleren). Hij/zij probeert zicht te krijgen op de omstandigheden waaronder bepaalde problemen zich manifesteren en omstandigheden waarin ze zich minder voordoen. Hij/zij verbreedt de probleemgebieden naar andere klachten (‘Ik begrijp dat jouw emoties soms zo intens en overspoelend kunnen zijn, dat het erg moeilijk is om er grip op te krijgen en dat je dan woede-aanvallen kan krijgen. Heb je nog andere voorbeelden, waar je aan merkt dat je moeilijk grip op je emoties krijgt / kan dit zich nog op een andere manier uiten?’)
5. De behandelaar verbreedt naar sociaal-maatschappelijk functioneren: functioneren op werk, in gezin, relatie, ...; hij/zij tracht zicht te krijgen op de algemene levenscontext en de belangrijkste relaties van de patiënt, inclusief daarin voorkomende problemen (‘Ik kan me voorstellen dat deze problemen ook invloed hebben op je relatie/werk/school/opvoeding. Kan je me daar iets over vertellen?’)
6. Bijzondere aandacht gaat uit naar risico-inschatting (‘Ik wil nu met jou even overlopen hoe deze problemen kunnen leiden tot risicovol gedrag voor jezelf en anderen’. Bevraag voldoende gedetailleerd suïcidaliteit / geweld (inclusief kindermishandeling in opvoeding)/ middelengebruik / psychose)
7. De behandelaar tracht het verloop van de problemen doorheen de levensloop helder te krijgen, inclusief oorzakelijke en onderhoudende/versterkende/milderende factoren (‘Wanneer begon je voor het eerst te merken dat deze problemen zich gingen voordoen? Hoe zijn ze nadien verlopen? Wanneer stonden ze meer of minder op de voorgrond in je leven?’)

8. De behandelaar tracht de voornaamste thema's uit het gesprek aan het einde samen te vatten om te checken of hij/zij goed de kern van de hulpvraag heeft begrepen.

Let op:

- Het verzamelen van informatie zal slechts mogelijk zijn wanneer de patiënt zich voldoende veilig voelt en zijn/haar spanning niet te hoog ligt. Signalen van onveiligheid/te hoge spanning kunnen zijn: achterdochtig worden, geïrriteerd reageren, aanvallend worden, defensief reageren, terugtrekken. Enkele strategieën:
 - Wees voldoende transparant over het doel van het gesprek, hoe je het gesprek wil structureren, welke informatie je waarom wil verzamelen, de ruimte van de patiënt om zelf te bepalen wat hij/zij wel of niet wil vertellen op dit moment van de behandeling
 - Sluit bij verhoogde spanning nog meer aan bij de ervaringen van de patiënt en vermijd te snelle conclusies of interpretaties; herformuleer de ervaringen van de patiënt en check of je het goed hebt begrepen; vermijd interpretaties die verder gaan dan de patiënt zelf kan zien op dat moment; steun en valideer voldoende, maar vermijd ook te veel nabijheid
- De behandelaar nodigt ook naastbetrokkenen uit voor een inschatting van interactionele (systemische) problemen, overbelasting en vragen van hen

Bijlage 2: Hoe kan je een diagnose Persoonlijkheidsstoornis uitleggen aan een patiënt (en zijn/haar naastbetrokkenen)?

Waarom?

Het is noodzakelijk dat patiënten (en naastbetrokkenen) een heldere uitleg krijgen over de diagnose, de uitingsvormen en gerelateerde problemen, de prognose en de behandelmogelijkheden.

Algemene principes

Bij het uitleggen van de diagnose dient de behandelaar op volgende aandachtspunten te letten:

- Neem genoeg tijd voor het communiceren van de diagnose: het is meer dan een mededeling.
- Wees expliciet over de diagnose en vermijd verhullende taal. Dat is belangrijk om geen achterdocht te creëren en een transparante samenwerkingsrelatie aan te kunnen gaan met de patiënt
- Relateer de diagnose aan de probleemgebieden van patiënt, zodat de diagnose echt over de patiënt gaat en die kan begrijpen hoe de diagnose een aantal (soms vage) probleemgebieden verbindt en integreert. Geef de context aan van het begrip 'diagnose' als een DSM categoriaal denken op basis van voortschrijdend wetenschappelijk onderzoek en onderlinge afspraken.
- Benadruk zowel gemeenschappelijke kenmerken als verschillen tussen mensen met eenzelfde diagnose. Benadruk dat een diagnose vaak verschillende criteria heeft en leg uit welke criteria redenen waren om de diagnose te stellen.
- Stimuleer de patiënt om verder na te denken over andere uitingsvormen van de diagnose in zijn of haar dagelijkse leven
- Geef duidelijke en realistische informatie over voorkomen, ernst, verwacht verloop, behandelmogelijkheden en prognose van de aandoening
- Stimuleer de patiënt om stil te staan bij de impact van de boodschap op hem/haar en de betekenis ervan voor hem/haar. Neem de tijd om samen met de patiënt hierbij stil te staan. Realiseer je dat een diagnose uiteenlopende betekenissen en emoties kan oproepen bij patiënten, soms confronterend en pijnlijk, soms opluchtend en verhelderend.
- Zorg ervoor dat de diagnose niet betekent voor de patiënt dat de hele persoonlijkheid problematisch is. Relatieveer de diagnose. Waarschuw eventueel ook voor mogelijke info die online te vinden is.
- Geef hoop

Hoe?

- Het communiceren van de diagnose vindt vaak plaats nadat je reeds een aantal gesprekken hebt gehad, waarin je de problemen van de patiënt samen in kaart hebt gebracht. Er is dus voldoende 'stof' om de diagnose te illustreren. Daar kan je gebruik van maken bij het uitleggen van de diagnose. Bijvoorbeeld: ik heb je nu twee keer uitgebreid gesproken, wat me een goed beeld heeft gegeven van de problemen waar je in je dagelijkse leven tegenaan loopt. Ik wil die problemen nu proberen te ordenen zodat we ook een diagnose kunnen stellen en een behandelplan kunnen opstellen. Het eerste wat je me vertelde is dat je naar jouw idee te vaak onredelijk boos kan worden. Je hebt dan het idee dat de kleinste

aanleiding je zo kan frustreren dat je zo boos wordt dat je jezelf niet meer goed in de hand hebt. Toen we doorpraatten, vertelde me dat je dat ook kan hebben als je je afgewezen voelt. Dat kan dan zo'n sterk verdriet oproepen, dat je er helemaal niets meer mee kan. Op andere momenten vertel je dat je je net heel onverschillig voelt, vaak leeg. Al deze problemen zouden wel eens naar eenzelfde probleemgebied kunnen verwijzen, namelijk dat je vaak heel wat moeite hebt om je emoties goed te reguleren: soms voel je plots heel erg veel en verlies je de grip op je emoties, die daardoor heel erg kunnen wisselen en – zoals je zei – je bijna letterlijk gek maken; op andere momenten probeer je je emoties helemaal onder controle te houden, in zoverre dat je dan haast niets meer voelt. Het is soms alles of niets met je emoties: je probeert ontzettend hard om er grip op te krijgen, maar vaak lukt dat niet en maken ze je helemaal van streek. Klopt dit met hoe jij het ook ervaart? Zie je nog andere voorbeelden in je dagelijkse leven die hiermee te maken zouden kunnen hebben?

- Als de patiënt 'mee' is, overloop je de overige probleemgebieden op een analoge manier. Voor persoonlijkheidsstoornissen zijn doorgaans de volgende probleemgebieden relevant:
 - Emotieregulatie (overcontroleren/ondercontroleren van emoties)
 - Impulsiviteit / Overmatige remming van impulsen / Problemen met zelfsturing (doelen stellen en kunnen nastreven):
 - Je noemde in ons gesprek van vorige week dat je geen baan kan houden omdat je vaak impulsief beslist ermee te stoppen en weer iets anders te gaan doen. Je vertelde me 'Ik voel dat dan zo, dus doe ik dat'. Nadien merk je dan dat je daarin te impulsief bent geweest en onvoldoende hebt nagedacht over de gevolgen ervan op langere termijn, namelijk dat je nog geen andere baan had en je dus weer een tijdje niets verdient. Ook vertelde je me dat je soms schadelijke dingen doet om af te geraken van rotgevoelens, zoals heel snel dronken worden. Al deze problemen kunnen we onder hetzelfde probleemgebied scharen, namelijk impulsiviteit. Dat betekent dat je vaak te snel reageert vanuit een gevoel of impuls van het moment zonder goed de gevolgen te overzien. Je loopt daardoor soms ernstige risico's of doet dingen die schadelijk voor je zijn. Merk je die impulsiviteit nog op andere manieren in je dagelijkse leven?
 - Je noemde in ons gesprek van vorige week dat je vaak erg streng bent voor jezelf en moeilijk echt spontaan kan reageren. Je zei dat je ook wel eens gewoon gek zou willen doen, je helemaal zou willen kunnen laten gaan, maar tegelijk voel je je daarin helemaal geremd. Als je teveel geld uitgeeft, raak je in paniek, je vermijdt teveel te drinken enzovoort. Dat lijken allemaal problemen die te maken hebben met je neiging om je gedrag te gaan overcontroleren.
 - Identiteit / zelfbeeld/ Gevoel van eigenwaarde
 - Je vertelde me dat je heel vaak niet weet wie je bent, dat je je zo aan het aanpassen bent aan alle verwachtingen van mensen om je heen, dat je jezelf daarin verliest en niet goed meer weet wie jij zelf bent. Je noemde ook dat je soms jezelf echt haat. Toen je relatie uitging, voelde je je helemaal waardeloos. Al deze problemen verwijzen naar de moeite met je identiteit en zelfwaardegevoel: wie ben ik en wanneer vind ik mezelf de moeite waard?

- Relaties / Intimiteit
 - Je vertelde me dat je je ex-vriend bent gaan stalken toen hij eens positief was over een collega van hem. Het idee dat hij haar zou verleiden, maakte je gek. Op dat moment was je er zeker van dat hij je zou gaan bedriegen en ging je hem in alles controleren. Hoewel het in die relatie het meest uitgesproken is, heb je me ook verteld dat je vaak ook in vriendschappen erg gevoelig bent voor afwijzing. Je hoort snel dat anderen je maar vervelend vinden. Al deze voorbeelden wijzen op je moeilijkheden met relaties en vooral intiemere relaties: naarmate je je meer gaat binden aan iemand, word je vaak ook angstiger dat ze je in de steek gaan laten.
 - Je vertelde me dat je niemand echt dichtbij laat. Je wordt erg snel achterdochtig over de bedoelingen van anderen. Je hebt vaak meegemaakt dat anderen uiteindelijk misbruik van je gemaakt hebben, vertelde je, waardoor je nu iedereen op afstand houdt.
- Als je de diverse probleemgebieden hebt doorlopen, kan je ze door een diagnose verbinden. Bijvoorbeeld: bij mensen die zoals jij heel veel problemen ondervinden met hun emoties, zelfbeeld, impulsiviteit en relaties, spreken we van een persoonlijkheidsstoornis. De problemen bestaan al een langere tijd en hebben voor een deel te maken met hoe je vaak over jezelf en anderen denkt en hoe je jezelf en anderen ervaart. Meer specifiek passen het soort van problemen die je hebt genoemd, bij de diagnose (borderline, ontwijkende, paranoïde, narcistische,...) persoonlijkheidsstoornis.
 - Mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis hebben vaak een kwetsbaar gevoel van eigenwaarde. Aan de buitenkant echter tonen ze zich vaak net erg zelfverzekerd, op het arrogante af soms.
 - Mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben vaak het gevoel onkundig of raar, stom te zijn. Ze schamen zich vaak zo voor wie ze zijn dat ze erg voorzichtig en geremd zijn in contact met anderen.
 - Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben vaak erg veel moeite om grip op zichzelf te krijgen. Ze ervaren zichzelf, hun emoties en gedrag als heel wispelturig en zijn vaak erg gevoelig in contact met anderen.
 - ...
- Ga na wat de impact van het horen van de diagnose is op de patiënt: herkennen ze de diagnose, hebben ze er eerder zelf al aan gedacht of de diagnose al eerder gekregen? Welke invloed heeft dit op hoe ze naar hun problemen kijken: geeft het opluchting of gaan ze zichzelf 'ziek' of 'gestoord' voelen? Neem tijd om stil te staan bij de beleving van de patiënt hierbij.
- Als je de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' goed hebt gecommuniceerd, kan je dit ook als kader gebruiken om andere diagnoses/probleemgebieden mee te verbinden. Bijvoorbeeld: mensen die zo kwetsbaar zijn in het reguleren van hun emoties, gaan vaak andere middelen zoeken om spanningen te hanteren, zoals drank, drugs etc. Of: vanuit je moeite om anderen goed in te schatten, ben je – zoals je zelf zei – vaak naïef geweest en ben je veel te lang gebleven in relaties die uiteindelijk erg schadelijk voor je zijn geweest. Daar heb je nu nog last van (PTSS). De boodschap is dat de persoonlijkheidsstoornis een onderliggende kwetsbaarheid geeft die zich bij verschillende mensen op een verschillende wijze kan uiten.

- Je kan in lijn met het voorgaande de verschillen tussen mensen met eenzelfde diagnose benadrukken. Je persoonlijkheidsstoornis is niet wie je bent. Iedereen heeft zijn eigen aanleg, opvoeding, karakter,... Mensen met eenzelfde diagnose kunnen daardoor heel erg verschillen, ook al delen ze enkele belangrijke kwetsbaarheden waar in therapie aan gewerkt kan worden. Dat geldt ook voor de ernst of impact van de persoonlijkheidsstoornis op het dagelijkse functioneren, de last die mensen of hun omgeving ondervinden van de persoonlijkheidsstoornis.
- Als je samen met de patiënt de verschillende probleemgebieden goed besproken hebt, kan je de stap zetten naar behandeling. Het is belangrijk hoop te genereren en de link te leggen met hoe de behandeling de patiënt kan helpen bij de aanpak van de genoemde problemen. Bijvoorbeeld: we weten uit heel wat onderzoek en ook uit onze eigen ervaring dat de probleemgebieden die we hebben genoemd, goed te behandelen zijn. Je kan tijdens de behandeling werken aan de verschillende probleemgebieden die we hebben besproken. Je kan bijvoorbeeld in de module 'Emoties' vaardigheden leren om beter om te gaan met intense emoties. We merken dat deze module mensen helpt om niet alleen beter om te gaan met heftige emoties, waardoor ze minder schadelijk dingen doen, maar ook om beter te gaan herkennen wat ze precies voelen en waar dat allemaal mee te maken heeft.
- Je kan de verantwoordelijkheid voor het succes van een behandeling ook ten dele bij de patiënt leggen: we weten dat het succes erg afhangt van de motivatie van patiënten, hun bereidheid om de behandeling te volgen en hard te werken.
- Je kan een realistische inschatting geven van de prognose. Uiteindelijk weten we dat nagenoeg alle patiënten met bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis periodes kennen waarin ze beduidend minder problemen ervaren. Bijvoorbeeld: we weten dat een behandeling gemiddeld genomen grote effecten heeft als mensen ze echt goed volgen. Je kan verwachten dat dit je gaat helpen om de komende jaren duidelijk veel minder last te gaan ondervinden van de problemen die we besproken hebben. Vaak gaat niet alles even snel. Problemen met emoties en impulsiviteit bijvoorbeeld kunnen we doorgaans wat sneller helpen verbeteren dan problemen in relaties. Belangrijk is echter dat jij zelf erg gemotiveerd bent om deze probleemgebieden te veranderen. Dat je het programma zo goed mogelijk volgt en problemen die je ondervindt, bijvoorbeeld met je motivatie of in ons contact, zo snel mogelijk bespreekt.
- Je kan afsluiten door na te gaan of de patiënt nog vragen heeft. Je kan de patiënt ook verwijzen naar betrouwbare informatie online of een folder van de behandeling meegeven. Tenslotte is het goed om de volgende stap aan te kondigen. Bijvoorbeeld: de volgende keer gaan we een behandelplan beginnen opstellen waarin we de probleemgebieden die horen bij een borderline persoonlijkheidsstoornis, meer concreet gaan toepassen op jouw leven, zodat het duidelijk is waaraan we gaan werken en welke thema's daarbij belangrijk zullen zijn.

Bijlage 3: Hoe stel je een omvattende formulering op van de probleemgebieden en hoe bespreek je deze formulering met de patiënt?

Wat?

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren zichzelf en hun problemen soms als erg gefragmenteerd: ze zien geen samenhang tussen diverse probleemgebieden, begrijpen niet hoe bepaalde probleemgebieden samenhangen met emotionele thema's, begrijpen niet hoe ze geworden zijn wie ze zijn en ervaren daarom ook weinig continuïteit in zichzelf en in hun leven. Een omvattende probleemformulering kan samenhang in deze chaos brengen door probleemgebieden met elkaar te verbinden, terugkerende patronen aan te duiden, linken te leggen met de ontwikkelingsgeschiedenis, actuele stressoren aan te geven die een impact op de problemen kunnen hebben enzovoort.

Algemene principes

- Het toewerken naar een formulering is een proces van samenwerking, samen onderzoeken, stimuleren van de nieuwsgierigheid bij de patiënt. Het gaat niet alleen om het uiteindelijke product (een heldere formulering), maar ook de weg ernaar toe.
- Een formulering dient aan te sluiten bij de ervaringen van de patiënt en mag geen vergaande interpretatie zijn, die niet aansluit bij de eigen beleving van de patiënt
- Een formulering moet in een directe en toegankelijke taal geschreven zijn
- Een formulering dient voldoende voorzichtig en hypothetisch geformuleerd te zijn
- Een formulering dient voldoende validerend te zijn voor alle betrokkenen (inclusief bijvoorbeeld ouders)
- Een formulering is dynamisch en kan gewijzigd, aangevuld etc worden in de loop van de behandeling
- Een formulering is individueel afgestemd en omvat de link tussen:
 - Diverse probleemgebieden
 - Terugkerende patronen (copingpatronen, interpersoonlijke patronen,...)
 - Ontwikkelingsgeschiedenis
 - Actuele stressoren en persoonlijke en omgevingsfactoren die een verergerende of milderende impact hebben op de actuele problemen
- Een formulering wordt steeds besproken met de patiënt en bij voorkeur ook diens naastbetrokkenen, op een manier die de patiënt stimuleert om verder te reflecteren op deze formulering

Uitvoering

- Vertrek van de uitgebreide assessment, waarin je alle probleemgebieden in kaart hebt gebracht
- Identificeer terugkerende patronen
 - Aanleidingen: waar is deze patiënt gevoelig voor?
 - Voorlopers van probleemgebieden in termen van emoties, gedachten

- Coping met deze aanleidingen, emoties etc
- Uitingen van problemen
- Gevolgen van problemen voor zelf en ander
- Beschrijf in een samenhangend geheel:
 - De problemen waarmee de patiënt in behandeling komt
 - Patiënt komt in deze behandeling omdat ze last heeft van...
 - De terugkerende patronen die aan de basis liggen van deze problemen
 - Onderliggend aan deze problemen stellen we een aantal terugkerende patronen vast. Als patiënte xxx meemaakt/ervaart, roept dat bij haar xxx op, wat ze hanteert door xxx, waardoor ze xxx met als gevolg dat xxx
 - Tracht op die manier enkele kernpatronen te verhelderen
 - De ontwikkelingsgeschiedenis
 - Vermijd te eenvoudige causaliteit
 - Beschrijf eerder op niveau van 'wat iemand mogelijk gevoelig heeft gemaakt voor bepaalde omstandigheden, situaties, manieren van omgaan met etc'
 - De actuele stressoren in de persoon en in zijn/haar omgeving
 - Hoe komt dat deze patronen en problemen net nu zo op de voorgrond staan en welke actuele factoren hebben mogelijk een impact op de manifestatie van deze problemen
 - Beschermende factoren
 - Welke factoren hebben een mogelijk milderende impact op deze problemen?
- Een mogelijke manier waarop deze samenhang – afhankelijk van de persoonlijke stijl van de behandelaar en indien de patiënt dat ook prettig vindt– kan beschreven worden is in termen van een brief gericht aan de patiënt. Deze manier biedt mogelijkheden om een empathische en validerende toon te vinden in de formulering
 - 'Het treft me hoe zeer je worstelt...'
 - 'In onze gesprekken heb ik gemerkt hoe moeilijk je het vindt wanneer...'
 - 'Je hebt me verteld hoe steunend het voor je was toen...'
- De diagnostische formulering wordt steeds besproken met de patiënt en nadien bij voorkeur ook met diens naastbetrokkenen. De behandelaar kan dat op verschillende manieren doen. Bij voorkeur herformuleert hij/zij de belangrijkste aspecten van deze formulering in een gesprek met de patiënt, zodat hij/zij kan aansluiten bij de reacties van de patiënt hierop.
 - De behandelaar geeft aan wat het doel van het gesprek is: 'ik heb de afgelopen weken samen met jou uitgebreid in kaart gebracht wat er aan de hand is en hoe deze problemen er precies bij jou uitzien. Ik wil vandaag met je bespreken hoe ik je problemen begrijp, zodat we van daaruit samen behandeldoelen kunnen formuleren'.
 - De behandelaar monitort de reacties van de patiënt en nodigt hem/haar uit om te reageren

Bijlage 4: Hoe stel je in samenwerking met je patiënt een behandelplan op?

Wat?

De behandeling dient geleid te worden door het behandelplan. Het behandelplan omvat de doelen waaraan gewerkt zal worden. Daarnaast biedt het ook een omvattende formulering van de problemen van de patiënt.

Algemene principes

- Het behandelplan is een dynamisch instrument, dat kan veranderen doorheen de behandeling
- Het behandelplan wordt in samenwerking tussen behandelteam en patiënt opgesteld. Binnen het team is de primaire behandelaar verantwoordelijk voor het behandelplan
- Het behandelplan is in begrijpbare en direct herkenbare taal opgesteld
- Het behandelplan omvat:
 - Omvattende formulering van de probleemgebieden
 - Concrete doelen volgens hiërarchie
 - Verwachte voor- en nadelen van behandeling
 - Mogelijke interfererende factoren in de loop van de behandeling
- Het behandelplan dient meteen na de start van de behandeling opgebouwd te worden en in een eerste definitieve versie klaar te zijn na maximaal drie maanden

Hoe

Voor het behandelplan heb je doorgaans de bouwstenen al verzameld tijdens de assessment. Het opstellen van het behandelplan dient om uit de formulering samen met de patiënt concrete en haalbare doelen af te leiden die de focus voor de behandeling gaan vormen en om in die doelen een hiërarchie aan te brengen. Het behandelplan kan verder afspraken bevatten over hoe om te gaan met mogelijke interfererende problemen (commitmentproblemen, middelenmisbruik en dergelijke) en een rolverdeling van de verschillende betrokken hulpverleners. Enkele concrete strategieën:

- Vertrek van de actuele hulpvraag en bekommernissen van de patiënt
 - ‘Laten we nu eens samen kijken hoe we enkele doelen kunnen formuleren waar we de komende periode aan kunnen werken en die jou kunnen helpen om iets te veranderen aan de probleemgebieden die we net samen hebben besproken. Wat zou jij de belangrijkste verandering vinden?’
- Help de patiënt om de overweldigende levensproblemen op te delen in kleinere stukjes en om ze te concretiseren
 - ‘Wat betekent ‘een betere relatie’ voor jou allemaal?’
- Breng de verschillende probleemgebieden onder in een aantal hoofdcategorieën
 - Bijvoorbeeld: relaties, emoties, impulsiviteit en zelfbeeld
 - Bijvoorbeeld: klachten, crisis, relaties, sociaal-maatschappelijk
- Beperkt het aantal doelen tot maximaal 5-8, eventueel gefaseerd in de tijd (zie hiërarchie)
- Breng samen met de patiënt een hiërarchie aan in functie van:
 - Problemen die de meeste last bezorgen
 - Problemen waarvan snelle verandering verwacht kan worden
 - Problemen die kunnen interfereren met de behandeling

- Bespreek samen hoe deze doelen in de verschillende behandelonderdelen kunnen aangepakt worden
 - 'Om om te gaan met je suïcidegedachten gaan we een crisisplan opmaken, waarin we gaan kijken wanneer deze suïcidegedachten sterker worden en welke acties jijzelf en anderen dan kunnen ondernemen om ze weer te doen afnemen'.
 - Omgaan met je stemmingswisselingen is iets wat in de module 'stemmingswisselingen' centraal staat. Daarin zal je samen met anderen uitleg krijgen over emoties en hoe je stemmingswisselingen beter zelf in de hand kan houden'
- Identificeer samen met de patiënt mogelijke voor- en nadelen van behandeling
 - 'Wat zou deze behandeling je kunnen opleveren?'
 - 'Wat zouden mogelijke nadelige gevolgen van deze behandeling kunnen zijn?'
- Identificeer samen met de patiënt mogelijke interfererende factoren
 - 'Wat zouden mogelijke bedreigingen vormen voor de behandeling?'
 - Maak samen met de patiënt en naastbetrokkenen afspraken hoe om te gaan met deze interfererende factoren
- Stel het behandelplan op papier en zorg ervoor dat het steeds gemakkelijk beschikbaar is voor de patiënt (bv. digitaal aanleveren)
- Zorg ervoor dat het behandelplan in tweevoud ondertekend wordt
- Vraag aan patiënt om het behandelplan te bespreken met diens naasten. Nodig naastbetrokkenen uit indien relevant
- Spreek af wanneer en hoe het behandelplan geëvalueerd zal worden

Bijlage 5: Hoe kan je samen met patiënt en naastbetrokkenen een crisisplan opstellen?

Wat?

Zeker bij patiënten met ernstigere persoonlijkheidsstoornissen kan de emotieregulatie ernstig verstoord zijn, waardoor er crisissen kunnen optreden. Tijd besteed aan een crisisplan, is goed bestede tijd. Het geeft de patiënt en zijn/haar omgeving niet alleen handvaten hoe om te gaan met dreigende emotionele escalaties, maar stimuleert de patiënt vaak ook om over zichzelf na te denken waardoor hij/zij zich bewuster wordt van signalen van crisis en van linken met specifieke voorlopers van crisis. In die zin is ook het maken en bijstellen van een crisisplan therapeutisch.

Algemene principes

Bij het maken van een crisisplan dienen de volgende principes geborgd te worden:

- Het maken van een crisisplan gebeurt in een samenwerking tussen patiënt en behandelaar(s)
- Bij het maken van een crisisplan zal de behandelaar de patiënt stimuleren om na te denken over zichzelf
 - Wat zijn situaties die mij gevoelig maken voor crisis?
 - Waaraan merk ik dat mijn spanning aan het oplopen is?
 - Wat helpt mij in zulke situaties wel en wat niet?
 - Wat kan ik eventueel al gebruiken van eerdere crisisplannen (wat was werkzaam)
- Een crisisplan wordt steeds vastgelegd op papier
- Een crisisplan wordt bij voorkeur ook besproken met naastbetrokkenen (partner, ouders, huisgenoten) en in overleg wordt bepaald wat hun draagkracht is
- Wordt ter beschikking gesteld van huisarts en crisisdienst
- Een crisisplan moet gemakkelijk toegankelijk zijn, zowel voor het behandelteam, de patiënt, naastbetrokkenen als huisarts/crisisdienst
- Een crisisplan is steeds 'in progress': overweg om te herzien wanneer er een crisis is geweest

Uitvoering

- Vertrek van crisissen in het (recente) verleden en vraag de patiënt om minstens drie voorbeelden van een crisis die zich heeft voorgedaan, goed uit te werken
- Vraag na wat de eerste waarschuwingssignalen waren waaraan de patiënt de crisis heeft herkend of had kunnen herkennen:
 - Was er iets anders in je gevoel?
 - Deed je iets anders dan gewoonlijk?
 - Kwamen er andere gedachten op?
- Tracht samen met de patiënt een beeld te vormen van hoe de crisis vanuit dat startpunt zich heeft ontwikkeld:
 - Wat gebeurde er nadien?
 - Waaraan merkte je dat de crisis erger werd?
- Tracht op basis van de besproken crisissen een reconstructie te maken van de fasen in de opbouw van een crisis bij de patiënt
 - Je kan daarbij gebruik maken van de metafoer van een lift: als die op het gelijkvloers staat, heb je alles onder controle en is er geen vuiltje aan de lucht; bij 3 is het alle

- hens aan dek: je staat dan op het punt de controle te verliezen of hebt hem al verloren; 1 en 2 kunnen door patiënt en behandelaar verder bepaald worden
- Tracht samen met de patiënt helder te krijgen wat de veel voorkomende aanleidingen zijn die maken dat de lift gaat stijgen: ‘wat maakt jou kwetsbaar?’
 - Ga nu samen met de patiënt na wanneer hij/zij wat had kunnen doen om de controle terug te pakken en te vermijden dat de controle verder verloren ging:
 - Hoe kan je de lift doen stoppen? Hoe kan je eruit stappen?
 - Wat heeft je eerder op zo’n punt geholpen om het te doen stoppen?
 - Markeer goede oplossingen: dus als je een volgende keer erin zou slagen om..., dan zou dat je kunnen helpen om die gevoelens van ..., iets te verminderen waardoor je ze weer wat beter aan kan. Laten we dat noteren in het plan.
 - Vraag ook aan je patiënt hoe anderen hem/haar zouden zien in zo’n oplopende crisis
 - Waaraan kunnen anderen merken dat het oploopt bij jou?
 - Wat zouden anderen op zo’n moment wel en niet kunnen doen?
 - Maak zo concreet mogelijk welke praktische en emotionele steun op zo’n moment net wel kan helpen en wat net niet.
 - Bevraag ook eerdere ervaringen met hulpverleners (crisisdienst) in crisis: wat heeft toen wel geholpen en wat niet?
 - Vaak helpt het om in het crisisplan zeer concrete aanbevelingen op te nemen, bijvoorbeeld: ‘Zelfs als ik erom smeeek, moet je erg voorzichtig zijn met het veranderen van medicatie als ik in crisis ben. Het is beter dat ik daarover nadenk wanneer ik kalmer ben’.
 - Betrek – indien patiënt akkoord gaat – steeds ook naastbetrokkenen, zoals partner of ouders. Zij kunnen aanvullingen geven en geïnformeerd worden over hun rol in crisis, nadat met hen hun draagkracht besproken is.
 - Het crisisplan kan ter beschikking worden gesteld van huisarts en crisisdienst en moet in alle gevallen op momenten van nood gemakkelijk toegankelijk zijn voor alle betrokkenen
 - Naarmate de behandeling vordert, kan het crisisplan verder aangevuld en verfijnd worden. Zeker wanneer er een crisis is geweest, moet het herzien worden om na te gaan wat er onvoldoende heeft gewerkt aan het plan.
 - Het is belangrijk dat het behandelteam het crisisplan actief gebruiken als een instrument om crisissen te hanteren. Alleen dan zal de patiënt er ook de waarde van gaan inzien. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld voor een crisisgesprek komt, is het niet alleen van belang die afspraak zo kort mogelijk te maken, maar actief gebruik te maken van het crisisplan, zodat de patiënt zelf verantwoordelijk kan worden voor het gebruik ervan.

Bijlage 6: Hoe kan je de patiënt (opnieuw) motiveren voor een behandeling?

Wat?

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak moeite om zich langdurig te verbinden met bepaalde doelen, zoals een baan, opleiding, maar ook behandeling. Ze kunnen bij tegenslagen snel hun motivatie verliezen of reageren erg sensitief op bepaalde teleurstellingen in de therapeutische relatie, waardoor ze kunnen afhaken van de behandeling. Het is bekend dat heel wat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vroegtijdig uitvallen of veelvuldig verzuimen. Deze procesbeschrijvingen biedt een aantal strategieën die hulpverleners kunnen aanwenden om daarop te anticiperen of dreigende drop out te hanteren.

Algemene principes

Behandelaars dienen de volgende principes voor ogen te houden bij het hanteren van motivatieproblemen:

- Motivatie voor behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis is geen statisch gegeven, maar kan – net als andere aspecten in hun leven – gemakkelijk wisselen. Met andere woorden: motivatie moet niet zozeer gezien worden als een stabiele trek ('iemand is gemotiveerd of niet'), maar als een veranderbare toestand ('iemand is op een gegeven moment meer of minder gemotiveerd'), waarbij het de taak van de behandelaar is om te anticiperen op toestanden van verlies van motivatie of dergelijke toestanden actief te hanteren wanneer ze zich voordoen
- Lage motivatie is geen reden om geen behandeling te bieden
- Motivatie is doorgaans ambivalent: mensen hebben doorgaans zowel redenen om wel en om niet te willen veranderen. Zelfs al staat op sommige momenten een duidelijk 'gebrek aan motivatie' op de voorgrond, toch is dat doorgaans minder absoluut als het lijkt en heeft een patiënt ook andere ideeën of overtuigingen
- Het trachten eenzijdig te overtuigen van nut en noodzaak van behandeling heeft doorgaans een tegengesteld effect: het werpt patiënten vaak sterker terug op alle redenen die ze hebben om niet te veranderen / in behandeling te zijn
- Motivatie kan wisselen in functie van bepaalde lotgevallen binnen of buiten de therapie, zonder dat patiënten daarom een goed zicht hebben op de aanleidingen voor deze wisselingen. Als de behandelaar erin slaagt om deze linken te herstellen, kunnen motivatieproblemen inzichtelijk gemaakt worden
- Motivatie hangt samen met een therapeutische relatie van samenwerking
- Een behandelaar kan invloed hebben op de motivatie door betrokkenheid te tonen, hoop uit te stralen, en dergelijke

Uitvoering

Concreet kunnen de volgende strategieën worden gebruikt om de motivatie van patiënten te bevorderen:

Algemene houding en strategieën

- Toon je betrokkenheid op de patiënt expliciet: mensen zullen slechts iets willen leren van anderen wanneer ze het gevoel hebben dat die ander echt belangstelling voor hen toont
- Straal hoop uit; ga uit van de mogelijkheden tot verandering: hoop dat de huidige situatie/last kan veranderen is een krachtige motivator
- Markeer positieve stappen, hoe klein ook, en onderzoek het effect daarvan op de patiënt; herinner patiënt geregeld aan voorgaande successen
- Zorg voor haalbare, concrete doelen; reduceer grote doelen tot kleine tussenstappen
- Sluit aan bij bekommernissen van de patiënt
- Start met doelen die de grootste kans op succes hebben
- Ga er niet vanuit dat patiënten schijnbaar schadelijk gedrag wel zullen willen veranderen
- Valideer de moeite om te veranderen
- Laat verantwoordelijkheid om te veranderen bij patiënt
- Zoek actief contact bij verzuim

Specifieke strategieën in de beginfase van de behandeling

- Focus op een goede therapeutische relatie
 - Bespreek eerdere ervaringen in de hulpverlening
 - Positieve en negatieve ervaringen met hulpverleners
 - Eerdere breuken / drop outs
 - Focus op voorlopers van eerdere drop outs
 - Wat liep er verkeerd tussen jullie?
 - Waaraan begon je dat bij jezelf te merken?
 - Vanuit welk gevoel heb je besloten te stoppen?
 - Waaraan had de behandelaar dat kunnen merken?
 - Wat had je zelf en wat had de behandelaar kunnen doen om hierin iets te veranderen?
 - Voorspel dat zulke ervaringen zich ook in deze behandelrelatie kunnen voordoen
 - 'ik kan me voorstellen dat je ook hier soms'
 - Maak beiden verantwoordelijk om te voorkomen dat dergelijke gevoelens ook hier tot uitval leiden
- Focus op de discrepantie tussen de huidige situatie en de gewenste situatie
 - Onderzoek ontevredenheid met de huidige situatie
 - Benadruk de verschillen tussen de huidige en gewenste situatie
 - Bespreek voor- en nadelen van verandering
 - Balanceer deze discrepantie met een realistische hoop

Specifieke strategieën bij lage motivatie

- De behandelaar neemt een steunende en validerende houding aan ten aanzien van de geuite twijfels:

- Interesse tonen, willen begrijpen, valideren dat verandering soms moeilijk is en trager gaat dan je zou willen
- Behandelaar exploreert de ambivalentie rondom de behandeling: waarom zou je wel en niet willen veranderen? Welke nadelen zou behandeling kunnen hebben?
 - Strategie: meebewegen met weerstand tegen behandeling
 - Laten volgen door: wat zou behandeling eventueel wel kunnen opleveren voor jou?
- Behandelaar markeert discrepantie tussen huidige en gewenste situatie ('dus als ik je goed begrijp, dan ben je niet tevreden dat je niet naar je kinderen toe voldoende geduld kan opbrengen. Dat zou iets zijn waar we in deze behandeling aan zouden kunnen werken').
- Behandelaar drukt expliciet hoop en betrokkenheid uit: 'Ik ben er echt van overtuigd dat we je kunnen helpen om langer je geduld te kunnen bewaren naar je kinderen. Met vallen en opstaan, maar uiteindelijk zal je daar verandering in ervaren'
- Behandelaar onderzoekt impact op patiënt: verandert dit iets in hoe je naar de behandeling kijkt?

Let op:

- Ga bij lage motivatie niet overtuigen, beargumenteren, in discussie gaan, dramatische gevolgen aangeven bij niet-behandelen etc

Specifieke strategieën bij motivatieverlies

- Valideer de ervaring/beleving die aan de grondslag ligt van het motivatieverlies (teleurstelling, onmacht, boosheid)
 - 'ik kan me voorstellen dat je je vragen stelt bij de behandeling als je het gevoel hebt dat ze je niet vooruit helpt'
- Onderzoek de aanleidingen voor de ervaring/beleving in de actuele context
 - 'wat is er de afgelopen dagen gebeurd waardoor je het idee hebt gekregen dat de behandeling je niet vooruit heeft geholpen?'
- Exploreer de betekenis die de patiënt heeft gegeven aan deze aanleidingen
 - 'hoe komt het dat je dat opvat als een bewijs dat de behandeling je niet vooruit heeft geholpen?'
- Verruim het perspectief / betekenisgeving
 - 'Ik kan me voorstellen dat dit een grote teleurstelling voor je is geweest en ik snap nu ook beter waarom je de behandeling in vraag bent gaan stellen. Toch ben ik het niet helemaal met je eens dat je dit voorval noodzakelijk betekent dat de behandeling geen enkele impact heeft gehad. Wil je daar eens over nadenken?'
- Werk samen met de patiënt aan andere perspectieven
 - 'je hebt al vaker gelijkaardige situaties wel goed weten hanteren. Het lijkt me erg belangrijk om verder uit te werken waarom dat je gisteren niet lukte, wat er gisteren anders was en hoe je daar een volgende keer mee kan omgaan. Kan je daar eens over nadenken?'
- Onderzoek de impact op de motivatie
 - 'hoe is het voor je om daar bij stil te staan?'

- 'merk je dat dit een invloed heeft op hoe je naar de behandeling kijkt?'

Specifieke teamstrategieën bij motivatieverlies

Soms kan een behandelaar zelf ook erg ontmoedigd raken, waardoor hij/zij mee gezogen wordt in een spiraal van onmacht en hopeloosheid. Dan is een team noodzakelijk om deze spiraal te detecteren en om te buigen.

- Breng tijdig gevoelens van twijfel, onmacht of beginnende hopeloosheid over het effect van een behandeling in in het team
- Functie van de overige teamleden is tweevoudig
 - Valideren en onderzoeken van deze emoties bij de betreffende behandelaar
 - Valideer de ervaring
 - Onderzoek binnen de actuele context
 - Verruim het perspectief
 - Werk samen aan andere perspectieven
 - Onderzoek de impact op de motivatie
 - Onderzoek of er iets in de behandeling blijft liggen wat de impasse kan verklaren
 - Blijven beladen thema's onbesproken?
 - Sluiten we aan bij de hulpvraag en actuele bekommernissen van de patiënt?
 - Is er voldoende samenwerking?
 - Zijn er levensomstandigheden die (tijdelijk) interfereren met de behandeling?

Bijlage 7: Hoe kan je actuele risico inschattingen maken en risico's hanteren bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen?

Wat?

Bij mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornissen kan suïcidaliteit een voortdurend thema zijn in de behandeling. Chronische suïcidaliteit kan acuut oplopen en risico's creëren, waar de behandelaar alert en actief op moet reageren. Dat begint bij het maken van risico-inschattingen en het hanteren van acuut opgelopen risico's. Hierbij is de visie en de draagkracht van naastbetrokkenen van groot belang. Deze procesbeschrijving biedt daartoe enkele handvaten.

Algemene principes

- Behandelaars dienen zowel bij aanvang als tijdens de behandeling zich een beeld te vormen van de mate van suïcidaliteit en de risicofactoren op suïcide bij de patiënt
 - Behandelaar dienen actief te vragen naar suïcidaliteit en andere risico's
- Behandelaars dienen flexibel te zijn, verstandig af te wijken van protocollen en geen oplossingen bij voorbaat uit te sluiten
- Naarmate het risico stijgt, zal de behandelaar actiever moeten worden
- In crisissituaties zal de patiënt zelf minder goed kunnen reflecteren, zodat behandelaars nog meer dan anders duidelijk, transparant en gestructureerd te werk moeten gaan
- Naastbetrokkenen spelen een belangrijke rol
- Verantwoordelijkheid voor suïcidaal gedrag bij patiënt laten

Uitvoering

- Bespreek van bij aanvang van de behandeling het risico op suïcide, inventariseer de risicofactoren en maak doorheen de behandeling regelmatig risico-inschattingen, zowel in het team als met de patiënt
- Wees alert op directe en indirecte aanwijzingen of omstandigheden die een toegenomen risico kunnen aanwijzen
 - Directe aanwijzingen zoals dreigen met suïcide, plannen van suïcide, recente suïcidepogingen, toename van suïcidegedachten, afscheidsbrieven
 - Indirecte aanwijzingen zoals patiënt behoort tot risicogroep, recente negatieve life events (zoals relatiebreuk), dreigende drop out uit behandeling, alluderen op eigen dood
 - Faciliterende omstandigheden zoals toegenomen alcohol- of drugsgebruik, verlies of afstoten van steunend netwerk of ontbreken daarvan
 - Aanwezigheid van voorlopers van eerdere suïcidepogingen in actuele context
- Verbreed door belangrijke anderen te betrekken, zowel familie als andere hulpverleners (indien nodig externe consultatie)
- Plan zoveel sessies als nodig
 - Blijf in contact
 - Valideer de pijn/last

- Instrueer empathisch geen suïcide te plegen en benadruk dat suïcide geen oplossing is
- Geef hoop
- Tracht voorlopers van actuele verhoging van suïcidaliteit in kaart te brengen
- Tracht de patiënt te bewegen in de richting van andere oplossingen voor het actuele probleem, indien nodig acceptatie van (tijdelijke) onveranderbaarheid. Maak daarbij gebruik van het crisisplan dat eerder gemaakt werd met de patiënt.
- Anticipeer op nieuw optreden na afgenomen acute suïcidaliteit
 - Ga samen met patiënt na wanneer de suïcidaliteit opnieuw zou kunnen toenemen
- Hou vast aan oorspronkelijke behandelplan en medicatie

Bijlage 8: Hoe evalueer je de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen?

Wat?

Een behandeling dient steeds gestuurd te worden door het behandelplan dat in samenwerking met de patiënt wordt opgesteld. De behandeldoelen vormen de focus van de behandeling en geven richting aan het behandelproces. Deze doelen dienen op regelmatige basis geëvalueerd te worden met de betrokken behandelaars, patiënt en bij voorkeur ook belangrijke anderen die van nabij betrokken zijn bij de patiënt (bv. partner, ouders, maar eventueel ook andere betrokkenen, zoals andere hulpverlenende instanties). De evaluatie dient om de voortgang van de behandeling in kaart te brengen, wijzigingen aan het behandelplan aan te brengen, beslissingen te nemen over afronding / doorverwijzing, het team en de patiënt (opnieuw) op een lijn te brengen en concrete doelen voor de komende periode af te spreken.

Algemene principes

- Een evaluatie dient op geregelde tijdstippen plaats te vinden (structuur) in aanwezigheid van de betrokken behandelaars, patiënt en eventueel belangrijke andere betrokkenen
- Evaluatie van de doelen uit het behandelplan vormt de leidraad voor de evaluatie
- Wijzigingen in doelen of aanpak wordt afgestemd met alle betrokkenen en genoteerd in een gewijzigde versie van het behandelplan
- Houding is collaboratief
- Bespreking kan ook reflectie stimuleren op mogelijke hinderpalen in de behandeling

Uitvoering

- Evaluaties worden vooraf ingepland op geregelde tijdstippen en vinden minimaal om de zes maanden plaats (maar bij voorkeur vaker)
- Bij de evaluatie zijn bij voorkeur alle betrokken behandelaars aanwezig (consistentie)
- De patiënt zelf kan ook andere betrokkenen uitnodigen. Soms kan een patiënt daar actief toe gestimuleerd worden. Naastbetrokkenen hebben vaak belangrijke informatie
- Het verdient aanbeveling om de evaluatie te starten met een inschatting van het huidige risico op drop out en suïcidaliteit
- De evaluatie vertrekt van de doelen uit het behandelplan
- Bij de evaluatie van de doelen kan volgend stramien worden gebruikt:
 - Objectieve gegevens over voortgang met betrekking tot doel (inclusief ROM-gegevens)
 - Aanvullende klinische impressies van zowel behandelaars als patiënt
 - Reflectie op redenen voor verandering (zowel positief als negatief)
 - Herformuleren doel voor komende periode
 - Reflectie op noodzakelijke veranderingen voor het bereiken van de nieuwe tussendoelen en vastleggen van afspraken daarover; link leggen met programmaonderdelen die kunnen helpen bij het behalen van deze veranderprocessen
- Aanpassing van behandelplan en vastleggen nieuwe doelen en afspraken
- Ondertekening behandelplan in tweevoud

Bijlage 9: Hoe kan je breuken in de therapeutische relatie herstellen?

Wat?

De therapeutische relatie is naast het bevorderen van motivatie en het helpen hanteren van crisis wellicht de belangrijkste therapeutische strategie en motor voor veranderingen. Het herstellen van breuken in de therapeutische werkrelatie voorkomt vroegtijdige drop-out en genereert vertrouwen, waardoor de patiënt zich ook meer open zal stellen voor nieuwe ervaringen en manieren om problemen aan te pakken. In de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen dienen behandelaars zich voortdurend bewust te zijn van de mogelijkheid op breuken en dienen ze (dreigende) breuken actief aan te pakken.

Algemene principes

- Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben per definitie moeite om nabije relaties aan te gaan en/of aanhoudend positief en stabiel te houden
 - Ze hebben moeite om zich echt open te stellen en nabijheid toe te laten en/of
 - Ze worden erg kwetsbaar voor teleurstellingen in een hecht contact en/of
 - Ze zijn geneigd bepaalde interpersoonlijke situaties verkeerd in te schatten (bv. bepaalde gezichtsuitdrukkingen van de behandelaar) en/of
 - Ze ervaren sneller hoge spanning in intense contacten (al zijn ze zich daar niet altijd bewust van)
- Een positieve werkrelatie is voortdurend werk: het is niet omdat een werkrelatie aanvankelijk positief verloopt dat er geen problemen meer kunnen ontstaan. Zeker naarmate de relatie hechter wordt, kan ook de kwetsbaarheid van patiënten toenemen
- Een breuk of dreigende breuk is geen probleem, maar een kans om de therapeutische relatie verder te verdiepen, op voorwaarde dat ze geadresseerd wordt
- De behandelaar zal zelf actief (dreigende) breuken in de therapeutische relatie moeten aanpakken

Uitvoering

Algemene strategieën om een stevige therapeutische relatie aan te gaan

- Luister steeds sensitief, niet veroordelend, maar steunend
- Wees duidelijk en voldoende transparant, bijvoorbeeld over het waarom van bepaalde interventies, regels, afspraken etc
- Wees positief, steunend en laat zien dat je de patiënt echt wil begrijpen
- Laat geregeld horen hoe je de ervaring van de patiënt begrijpt en check of dat klopt
- Markeer vooruitgang en moedig de patiënt aan om zich open te stellen en een band met jou aan te gaan
- Verwijs naar gedeelde ervaringen in de behandeling
- Beantwoord vragen over de behandeling duidelijk en niet met een wedervraag
- Reageer op negatieve uitlatingen open, niet-defensief, maar betrokken
- Help de patiënt actief om negatieve sentimenten of bekommernissen over de behandeling of behandelaar uit te drukken, vooral wanneer het gaat om wantrouwen en scepticisme

Specifieke strategieën bij een (dreigende) breuk

- Monitor veranderingen in de werkrelatie (vb meer verzuim, minder openheid, negatieve uitlatingen, irritaties) en breng ze actief ter sprake
- Observaties tentatief te benoemen
 - ‘zou het kunnen dat...; ik heb het idee dat ...’
- De emotionele ervaring van de patiënt ten aanzien van de breuk te valideren (dus niet meteen ontkrachten of weerleggen, maar erkennen dat de patiënt deze ervaring heeft)
 - ‘Als ik je zo hoor, dan moet je echt het idee gekregen hebben dat ik niet meer met jou en je behandeling bezig was. Klopt dat?’
 - Valideer de last/pijn/boosheid/verdriet etc die dat in het contact heeft teweeg gebracht: ‘ik kan me erg goed voorstellen dat dit je pissed heeft gemaakt’.
- De patiënt uitnodigen om te zoeken waar die emotionele ervaring is ontstaan en wat de behandelaar daarin heeft gedaan
 - ‘wat heb ik gedaan wat je het gevoel gaf dat...?’
- Eigen aandeel op zich nemen en indien nodig voor verontschuldigen
 - ‘nu je me dit zo uitlegt, dan klopt het dat ik een aantal keer te laat was voor ons gesprek en me misschien ook wel minder betrokken heb gevoeld bij je. Daar wil ik me echt voor verontschuldigen’
- Gezamenlijkheid installeren om deze interactie uit te werken
 - ‘ik herken dit niet doorheen heel ons contact, maar wel als iets van de laatste weken. Ik wil graag met je uitzoeken wat er de laatste weken misschien nog meer anders is gegaan waardoor dit zo is gaan spelen’
- Inbrengen van andere perspectieven
 - ‘het is zeker niet dat ik ineens minder geef om hoe het met je gaat, maar nu ik er over nadenk, heb ik misschien al een tijdje het idee dat het veel beter met je gaat en dat je het misschien meer zelf aan kon in vergelijking met een tijd geleden’
- Checken of dit helpt om perspectief van patiënt te veranderen en relatie te herstellen

Bijlage 10 : Module ‘Verdragen van Emoties’ uit ‘Structured Clinical Management’

Wat?

Dit is een van de vijf modules uit Bateman’s ‘Structured Clinical Management’. Deze module kan zowel in groepssessies als individueel (en bij voorkeur in beide) toegepast worden. Het doel van deze module is om patiënten te helpen om verschillende soorten van gevoelens te verdragen. De module sluit aan bij één van de belangrijke probleemgebieden van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze patiënten ervaren emoties vaak als krachtiger dan andere mensen. Hun emoties worden bovendien veel sneller geactiveerd en het duurt vaak heel wat langer voor ze kunnen terugkeren naar een baseline-toestand. De intensiteit van de emoties kan leiden tot impulsieve acties, die vaak schadelijke pogingen zijn om die emoties te controleren. Bovendien gaan mensen vaak erg hun best doen om emoties weg te drukken en niet te voelen uit angst voor de kracht van hun emoties. Dat kan leiden tot gevoelens van leegte en betekenisloosheid en leidt vaak tot een patroon van wisselingen tussen overspoeling en leegte. De module wil patiënten helpen om te blijven emoties voelen, zonder dat ze het gevoel hebben door hun emoties voortdurend overspoeld te worden.

Algemene principes

Bij het toepassen van deze module, moet de behandelaar letten op de volgende aspecten:

- De module wordt gebruikt wanneer de patiënt in de sessie een probleem bespreekt dat duidelijk gerelateerd kan worden aan problemen met het verdragen van emoties
- De behandelaar neemt – zeker in de groep – een actieve, stimulerende en structurerende rol in: hij/zij houdt de focus vast, stimuleert de verschillende groepsleden om actief deel te nemen aan de discussie, bewaakt de structuur en verbindt de discussie telkens met de focus van de module
- De behandelaar moedigt in de groep patiënten aan om te zoeken naar eigen voorbeelden in hun dagelijkse leven
- De behandelaar wisselt psycho-educatie af met discussie
- De behandelaar maakt voortdurend gebruik van een probleemoplossende strategie
 - Identificeren van het probleem
 - Brainstormen over oplossingen
 - Bespreken van voor- en nadelen van de diverse oplossingen
 - Keuze
 - Feedback over de keuze tijdens de volgende sessie

Uitvoering van de module

- Schrijf bij het begin van de sessie op een flap: ‘Hoe kan ik gevoelens hebben en die gevoelens hanteren, zonder dat ik schadelijke handelingen ga doen?’
- Noem dat deze sessie gaat over het verdragen van gevoelens zonder ze te moeten wegdrukken en zonder erdoor overweldigd te worden
- Vraag aan de groepsleden om veel voorkomende gevoelens te noemen en ook te noteren welke van deze gevoelens voor hen een probleem vormen
 - Schaamte, boosheid, frustratie, vrees, paniek, ellende,...

- Zorg ervoor dat patiënten ook denken aan positieve gevoelens: liefde, affectie, oprechtheid, nieuwsgierigheid
- De behandelaar geeft informatie over emoties:
 - Emoties kunnen op verschillende manieren geordend of geclassificeerd worden
 - Basisemoties die bij alle zoogdieren aanwezig zijn versus sociale emoties die alleen bij mensen of hogere primaten aanwezig zijn
 - Primaire versus secundaire emoties (overlappen met basis- vs. Sociale emoties)
 - Een basisemotie ervaren we in reactie op interne of externe gebeurtenissen, een secundaire emotie ervaren we in reactie op een primaire emotie, vaak als gevolg van bepaalde erg kritische gedachten over die primaire emotie
 - Bv een basisemotie van boosheid kan resulteren in een secundaire emotie van schaamte ('Ik mag niet boos zijn')
 - Secundaire emotie maken een moeilijke situatie vaak nog veel moeilijker (bv. als je een sollicitatiegesprek hebt, kan je daar wat angstig van worden, maar als je die angst veroordeelt ('stel je niet zo aan'), dan komt er schuld, schaamte, boosheid enzovoort bij, die de situatie nog veel complexer maken
 - Leg uit dat secundaire emoties vaak problematischer zijn dan primaire emoties
 - Ze komen vaak voort uit zeer zelf-kritische gedachten
 - Ze maken dat we soms geen toegang meer hebben tot de primaire emotie
 - Ze maken het moeilijker om helder te krijgen wat de primaire emotie precies is
 - Leg uit dat je secundaire emoties maar kan hanteren wanneer je je primaire emoties leert aanvaarden: wat ze ook zijn, we moeten leren onze primaire emoties te verwelkomen, dus ook wanneer ze onaangenaam zijn, zoals verdriet, boosheid. Als dat lukt op een goeie manier, dan hebben we niet meer de last van die secundaire emoties
- De behandelaar vraagt aan patiënten om voorbeelden te geven van basis- en sociale emoties uit hun leven
- De behandelaar gebruikt de voorbeelden van de patiënten om zeven basisemoties te benoemen (al bestaat er veel discussie over welke dat zijn):
 - Belangstelling en nieuwsgierigheid (wat aanleiding geeft tot verkennend gedrag)
 - Bang
 - Boosheid
 - Seksuele gevoelens
 - Verdriet/scheidingsangst
 - Liefde/zorg
 - Spel/vreugde
- De behandelaar legt uit dat deze emoties voor iedereen problemen kunnen geven
 - Ze hebben allemaal een biologische functie en kunnen dus allemaal adaptief zijn
 - De behandelaar normaliseert op deze manier emoties

- De behandelaar legt het verschil uit tussen emoties en gevoelens
 - Emoties verwijzen naar de ‘aangeboren’ lichamelijke reacties, bv als onze hersenen iets als bedreigend inschatten, dan brengt dat een reeks lichamelijke reacties teweeg
 - Gevoelens verwijzen naar de bewuste ervaring van deze lichamelijke reacties of toestand tijdens een activering van een emotie
- De behandelaar legt uit dat mensen door opvoeding of levenservaringen kunnen geleerd hebben om zowel afstand te nemen van hun natuurlijke, emotionele reactie als om overgevoelig te zijn voor hun kracht
 - Sommige mensen reageren emotioneel, zonder die emoties noodzakelijk bewust te voelen
 - Andere mensen raken net erg snel van streek door het voelen van hun emoties en kunnen de biologische aandrang ervan niet weerstaan
 - Beide vormen een gevaar: in het ene geval ben je emotioneel, zonder bewust te zijn welke emoties betrokken zijn en zonder die emotie te kunnen gebruiken; in het andere geval worden mensen zo overweldigd door de emotie dat ze de impuls die uit de emotie voortkomt niet kunnen weerstaan, wat vaak leidt tot slecht-overdachte en vaak schadelijke acties
- De behandelaar legt de link met het doel van de module: je emotionele toestanden kunnen herkennen, aanvaarden en hanteren. Daar zijn drie grote strategieën voor:
 - Herkennen en benoemen van wat je voelt
 - Nadenken maar niet noodzakelijk reageren
 - Iets doen wat tegengesteld is aan de emotie
- Ad 1: De behandelaar vraagt patiënten om even stil te staan bij zichzelf en hun aandacht te richten op hun emotie van dat moment, op wat die emotie nu veroorzaakt en om zich bewust te worden van de actieneiging die uit die emotie voortkomt, zonder dat ook te doen
- Ad 2: de behandelaar nodigt patiënten uit om emoties te noemen die voor hen samengaan met een erg sterke neiging om iets te doen (zowel aangename als onaangename emoties). De focus in de discussie gaat uit naar de spontane neiging om te reageren op emoties en hoe je kan leren om eerst na te denken voor te reageren door je spontane reactie te remmen. Het doel hiervan is niet om niet meer te reageren vanuit je emotie, maar om je acties goed te overwegen, in functie van de situatie en van je emotionele reactie op de situatie
- Ad3: De behandelaar legt uit dat ongepaste of overdreven reacties op emoties – vooral in interpersoonlijke situaties – kunnen gemilderd worden wanneer je een tegengestelde actie onderneemt of een emotie uitdrukt die tegengesteld is aan de emotie die je voelde. Bijvoorbeeld: een gevoel van kwaadheid kan je milderer door iets aardigs te doen voor die persoon of door vriendelijkheid uit te drukken. Het gaat hier niet om het wegdrukken van emoties, maar om het hanteren van de kracht van emoties.
- De behandelaar zal tenslotte met de groep een aantal strategieën bespreken die ze kunnen gebruiken om sterke emoties te hanteren
 - De behandelaar vraagt aan de groepsleden om voorbeelden te geven van situaties waarin ze ervaren dat hun emoties zo intens zijn dat ze vaak dingen doen waar ze spijt van hebben
 - Ga samen met de groep na of er veel voorkomende situaties zijn die aanleiding geven tot sterke emoties. Het zal daarbij vooral gaan om interpersoonlijke situaties.
 - Bepaal samen met de groep een sterke primaire emotie die als voorbeeld zal dienen

- De behandelaar vraagt vervolgens aan de groep om voorbeelden te geven van situaties waarin ze deze emotie erg intens hebben ervaren en er toch in geslaagd zijn om daar goed mee om te gaan: wat heb je toen gedaan?
- Leg uit dat veel technieken om met intense emoties om te gaan in eerste instantie gericht zijn op de lichamelijke reacties die onderdeel zijn van de emotie. Het zijn vaak pogingen om de lichamelijke spanning te verminderen
 - Bespreek relaxatietechnieken
 - Progressieve spierontspanning
 - Ademhalingsoefeningen
 - Meditatie
 - Yoga
 - Je kan deze technieken ook oefenen in de groep. Het is aangeraden om dit op geregelde tijdstippen te herhalen, bijvoorbeeld ook op momenten dat de spanning in de groep oploopt. Motiveer patiënten ook om dit thuis verder in te oefenen
 - Bespreek andere technieken die vaak worden gebruikt om angst te hanteren
 - Afleiding zoeken door andere activiteiten te gaan doen: leg uit dat dit per definitie betekent dat je emoties gaat vermijden en dat je dit dus zo weinig mogelijk moet doen en alleen maar om een neerwaartse spiraal van spanning te stoppen.
 - Bespreek met de groep welke afleidingsstrategieën zij gebruiken wanneer hun spanning oploopt. Als het gaat om complexe strategieën, breek ze dan op in stukjes.
 - Bespreek wat de kans het grootst maakt dat je ook gebruik zal gaan maken van deze strategieën:
 - Hoe snel en gemakkelijk kan je ze toepassen? Hoeveel voorbereiding vraagt ze?
 - Herkennen dat angst vaak voortkomt uit automatische gedachten en patiënten leren herkennen welke automatische gedachte bij hen aanleiding geeft tot zulke emoties ('Wat denk ik nu of dacht ik net voor de emotie?'). Geef hen eventueel een registratieformulier waarop ze hun automatische gedachten kunnen noteren van dag tot dag, als je denkt dat dat behulpzaam is.

Bijlage 11: Module ‘Omgaan met Stemmingen’ uit ‘Structured Clinical Management’

Wat?

Dit is een van de vijf modules uit Bateman's 'Structured Clinical Management'. Deze module kan zowel in groepssessies als individueel (en bij voorkeur in beide) toegepast worden. Het doel van deze module is om patiënten te helpen om met verschillende stemmingen om te gaan. De module sluit aan bij één van de belangrijke probleemgebieden van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Immers, ook als patiënten hun intense emoties kunnen hanteren, blijft er vaak toch een voortdurende, vaak pijnlijke, stemming als achtergrond aanwezig. Zo hebben bijna erg veel BPS-patiënten last van een depressieve stoornis op het moment dat ze in behandeling zijn. Veel patiënten hebben ook angststoornissen. De module overlapt in sommige opzichten met de module 'verdragen van emoties'.

Algemene principes

Bij het toepassen van deze module, moet de behandelaar letten op de volgende aspecten:

- De module wordt gebruikt wanneer de patiënt in de sessie een probleem bespreekt dat duidelijk gerelateerd kan worden aan problemen met het omgaan met een stemming
- De behandelaar neemt – zeker in de groep – een actieve, stimulerende en structurerende rol in: hij/zij houdt de focus vast, stimuleert de verschillende groepsleden om actief deel te nemen aan de discussie, bewaakt de structuur en verbindt de discussie telkens met de focus van de module
- De behandelaar moedigt in de groep patiënten aan om te zoeken naar eigen voorbeelden in hun dagelijkse leven
- De behandelaar wisselt psycho-educatie af met discussie
- De behandelaar maakt voortdurend gebruik van een probleemoplossende strategie
 - Identificeren van het probleem
 - Brainstormen over oplossingen
 - Bespreken van voor- en nadelen van de diverse oplossingen
 - Keuze
 - Feedback over de keuze tijdens de volgende sessie

Uitvoering

- De behandelaar legt bij de start van de sessie uit dat veel patiënten met (B)PS vaak ook last hebben van depressieve of angststoornissen
- De behandelaar legt uit hoe deze gemoedstoestanden vaak te maken hebben met onze gehechtheidsrelaties met anderen
 - Als kind gaan we gehechtheidsrelaties aan met onze zorgfiguren en reageren we met scheidingsangst wanneer de zorgfiguur weggaat en met verdriet wanneer hij/zij niet terugkeert wanneer dat verwacht werd
 - De behandelaar legt uit dat dit een manier is waarop je ook bij volwassenen bepaalde emoties en stemmingen kan begrijpen, bijvoorbeeld wanneer je partner niet meten terugbelt
 - De behandelaar normaliseert deze emoties in de ontwikkeling

- Scheidingsangst is een soort van natuurlijk protest, wat zich vaak uit in roepen en huilen, waarmee een kind de aandacht van de ouder tracht te trekken
 - Verdriet komt vaak later wanneer dat protest niet het verwachte resultaat heeft gehad: de persoon is dan verdrietig en gedrukt qua stemming, moe en piekerend. De persoon kan zich vaak moeilijk concentreren, het leven lijkt zinloos en er is weinig hoop voor de toekomst
 - Bij de meeste mensen gaan die emoties voorbij, tenzij ze een langere tijd intens aanwezig blijft, dan vormt ze een soort van depressieve stemming met angstige gevoelens op de achtergrond.
 - Zulke stemmingen kunnen zich ook voordoen, wanneer je gehechtheidspersoon wel aanwezig is, maar bijvoorbeeld niet de steun kan bieden die je verwacht of wenst, om welke reden dan ook
- De behandelaar bespreekt strategieën die kunnen worden gebruikt om stemmingen te hanteren:
 - Je bewust worden van emoties als signalen
 - De behandelaar vraagt aan de groep om ervan uit te gaan dat een emotie of stemming een signaal is dat ons iets vertelt. Wat vertelt ze ons dan?
 - De behandelaar stimuleert de groepsleden om de betekenis van emoties te overwegen: wat zeggen ze ons over wat er hier en nu, in ons leven, in onze relaties met anderen, niet loopt zoals we willen?
 - Uitwerken van de keten van gebeurtenissen die tot de emoties leiden
 - De behandelaar vraagt de groep voorbeelden van een emotie, net zoals bij de emotiemodule. Hij/zij vraagt aan de groepsleden om na te denken wat precies de gebeurtenissen of context was waarna of waarbinnen de emoties zich voordeden en die eraan gerelateerd zijn.
 - Probeer de aard van de emotie te normaliseren
 - Help eventueel: Kan je proberen de emotie meer precies te beschrijven? Kan iemand van de groep helpen om er een naam aan te geven ('Als ik dit zou meemaken, zou ik me ... voelen).
 - Geef eventueel een lijst met mogelijke emoties die patiënten kan helpen om over hun emoties na te denken

Bijlage 12: Module 'Impulscontrole' uit 'Structured Clinical Management'

Wat?

Dit is een van de vijf modules uit Bateman's 'Structured Clinical Management'. Deze module kan zowel in groepssessies als individueel (en bij voorkeur in beide) toegepast worden. Het doel van deze module is om patiënten te helpen om een afstand te plaatsen tussen de uitlokkende gebeurtenis en hun acties. De module sluit aan bij één van de belangrijke probleemgebieden van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Algemene principes

Bij het toepassen van deze module, moet de behandelaar letten op de volgende aspecten:

- De module wordt gebruikt wanneer de patiënt in de sessie een probleem bespreekt dat duidelijk gerelateerd kan worden aan problemen met het hanteren van impulsen
- De behandelaar neemt – zeker in de groep – een actieve, stimulerende en structurerende rol in: hij/zij houdt de focus vast, stimuleert de verschillende groepsleden om actief deel te nemen aan de discussie, bewaakt de structuur en verbindt de discussie telkens met de focus van de module
- De behandelaar moedigt in de groep patiënten aan om te zoeken naar eigen voorbeelden in hun dagelijkse leven
- De behandelaar wisselt psycho-educatie af met discussie
- De behandelaar maakt voortdurend gebruik van een probleemoplossende strategie
 - Identificeren van het probleem
 - Brainstormen over oplossingen
 - Bespreken van voor- en nadelen van de diverse oplossingen
 - Keuze
 - Feedback over de keuze tijdens de volgende sessie

Uitvoering

- De behandelaar schrijft bij aanvang het doel van de module op een flap: 'Hoe kan je een afstand plaatsen tussen een gebeurtenis die ervoor zorgt dat je de aandrang voelt om iets te gaan doen en de handeling zelf?'
- De behandelaar bespreekt drie belangrijke probleemaspecten van impulsiviteit:
 - Niet letten op: verminderde aandacht – snel verveeld raken, je niet op een taak kunnen concentreren, je moeilijk op iets kunnen blijven richten wanneer er iets anders door je hoofd schiet
 - Niet plannen – gebrek aan overwegen: te weinig nadenken over of bekommerd zijn om de gevolgen; zo opgewonden zijn over risicovolle activiteiten dat je niet meer stilstaat bij de negatieve gevolgen
 - Actie: actie zonder reflectie – te snel tot actie overgaan, onbesuisd handelen in reactie op zowel aangename als onaangename emoties
- De behandelaar vraagt de groepsleden om hun eigen impulsieve neigingen en acties te beschrijven.

- De behandelaar tracht samen met de groepsleden te kijken naar veel voorkomende problemen in impulsiviteit en legt de link met de genoemde probleemaspecten en hoe die zich manifesteren in de gegeven voorbeelden
- De behandelaar stimuleert veel voorkomende voorbeelden, zoals bijvoorbeeld je partner blijven bellen wanneer die niet snel genoeg reageert, roekeloos gedrag zoals geld uitgeven, seksueel contact, vreetbuien etc.
- De behandelaar identificeert drie veel voorkomende impulsiviteitsproblemen, elk gerelateerd aan een van de probleemaspecten, en schrijft ze in een schema op de flap. De behandelaar probeert daarbij vooral aan te tonen hoe impulsieve handelingen kunnen opgebroken worden in stukjes

Voorbeeld van een schema met fictieve voorbeelden

Categorie	Emotienaam	Aandrang	Aanwijzingen	Behulpzame reactie
Niet letten op	Verveling	Iets opwindends doen	Je bewust worden dat je je niet goed kan concentreren	Iets constructiefs doen met anderen
Niet plannen	Verwachte bevrediging	Gelegenheidsdiefstal	Je bewust worden van gedachten als 'dat is mijn recht'	Stop, denk
Actie	Eenzaamheid	Vriendje zoeken; dronken worden	Opmerken van aandrang tot actie	Vrienden opzoeken

- De behandelaar bespreekt met de groep de strategieën om impulsen beter te controleren
 - Benoem de impuls
 - De behandelaar vraagt aan de cliënten om een voorbeeld te geven van een van de probleemaspecten van impulsiviteit in hun leven. Ga na wat de impuls precies is en vraag of er situaties zijn geweest in het verleden waarop men erin geslaagd is geen actie te ondernemen en, hoe ze dat voor elkaar hebben gekregen
 - Word je bewust van de aanwijzingen voor mogelijke actie
 - De behandelaar vraagt de patiënten waaraan ze kunnen merken dat ze mogelijk actie gaan ondernemen
 - Lichamelijke reacties, zoals hartslag, ademen, vlinders in de buik
 - Identificeer gevoelens, zoals boosheid, opwindings, waakzaamheid
 - Vertraag je gedachten door elke gedachte afzonderlijk te observeren en identificeren
 - De behandelaar vraagt de patiënten om hun gedachten te vertragen door ze een voor een te observeren en na te gaan hoe ze elkaar opvolgen
 - De behandelaar vraagt patiënten om hun conclusies te vertragen door een voor een de gedachten die ertoe geleid hebben te observeren en de

veronderstellingen die erachter zitten, kritisch te checken aan de hand van de feiten

- Monitor jezelf
 - De behandelaar vraagt de patiënt zichzelf te observeren: ga eens kritisch na of je ervan overtuigd bent dat je alle veronderstellingen van waaruit je iets gaat doen, gecheckt hebt. Als je vriendin zo zou handelen, wat zou je haar aanraden?
 - De behandelaar start een gesprek: kan je je eigen advies opvolgen? Indien niet, waarom niet?
 - Vaak geven mensen veel redenen, bv dat ze er op het moment zelf niet aan denken of dat ze te geladen zijn om eraan te denken of dat het hen niet veel uitmaakt.
 - Bespreek in detail de redenen en identificeer de negatieve gevolgen van de impulsieve actie
- Een oplossing vinden
 - De behandelaar vraagt de patiënten om zich te richten op verschillende mogelijke reacties
 - Wat gaat er gebeuren als ik dit doe? Wat zou er kunnen gebeuren als ik iets anders doe? Kan ik die andere reactie oefenen? Moet ik misschien andere problemen ook aanpakken om dat te kunnen doen, vb emoties hanteren?

Bijlage 13: Module ‘Zelfbeschadiging’ uit ‘Structured Clinical Management’

Wat?

Dit is een van de vijf modules uit Bateman's 'Structured Clinical Management'. Deze module kan zowel in groepssessies als individueel (en bij voorkeur in beide) toegepast worden. Het doel van deze module is patiënten te helpen om hun zelfbeschadigend gedrag te verminderen. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen, zelfs uit de gewone samenleving, een of andere vorm van zelfbeschadiging gedrag hebben gesteld en dat ongeveer 30% dat herhaalt binnen het jaar. Mensen beschadigen doorgaans zichzelf om met vervelende gevoelens om te gaan. Er bestaat echter geen eenvoudige oorzaak en mensen beschadigen zichzelf doorgaans om veel uiteenlopende redenen. Vaak spelen relatieproblemen een rol, worden jongeren gepest op school of een veelvoud van andere problemen. Zelfbeschadiging levert op korte termijn een gevoel van controle op, vermindert de spanning en biedt even opluchting voor zeer pijnlijke emotionele toestanden en kan daarom snel een oplossing worden voor zulke problemen. Mensen gaan vaker zichzelf beschadigen wanneer ze somber zijn of middelen gebruiken. Hoewel mensen heel soms zichzelf beschadigen om zo anderen te laten zien hoe zeer ze lijden, is dat een veel minder voorkomende reden dan de meeste mensen denken. Zelfbeschadiging verhoogt de kans op suïcide en moet dus, los van alle andere problemen, worden aangepakt.

Algemene principes

Bij het toepassen van deze module, moet de behandelaar letten op de volgende aspecten:

- De module wordt gebruikt wanneer de patiënt in de sessie een probleem bespreekt dat duidelijk gerelateerd kan worden aan problemen met zelfbeschadiging
- De behandelaar neemt – zeker in de groep – een actieve, stimulerende en structurerende rol in: hij/zij houdt de focus vast, stimuleert de verschillende groepsleden om actief deel te nemen aan de discussie, bewaakt de structuur en verbindt de discussie telkens met de focus van de module
- De behandelaar moedigt in de groep patiënten aan om te zoeken naar eigen voorbeelden in hun dagelijkse leven
- De behandelaar wisselt psycho-educatie af met discussie
- De behandelaar maakt voortdurend gebruik van een probleemoplossende strategie
 - Identificeren van het probleem
 - Brainstormen over oplossingen
 - Bespreken van voor- en nadelen van de diverse oplossingen
 - Keuze
 - Feedback over de keuze tijdens de volgende sessie

Uitvoering

- De behandelaar schrijft het doel van de module op de flap: ‘Hoe kan ik omgaan met zeer heftige en intense emoties zonder mezelf te beschadigen?’
- De behandelaar geeft informatie over zelfbeschadiging. Hij/zij legt uit dat we weten dat de directe neiging om zichzelf te beschadigen vaak na een tijdje vermindert en als de cliënt erin

slaagt de directe emoties en aandrang te hanteren, zal de eniging om zichzelf te beschadigend de uren nadien verder verminderen.

- De behandelaar bespreekt strategieën die patiënten kunnen toepassen om spanning te verminderen:
 - Praat met iemand: bel een vriendin. Als de persoon bij wie je bent echter alleen maar de spanning doet toenemen, ga dan weg
 - Pas je eigen crisisplan toe
 - Leid jezelf af door weg te gaan, te zingen, naar muziek te luisteren of iets te doen waarin je geïnteresseerd bent
 - Ontspan je en richt je geest op iets aangenaams, je eigen troost-omgeving
 - Zoek naar alternatieve wijzen om die heftige gevoelens te uiten, zoals ijsblokjes plat drukken (die je ook kan maken met rood sap, als het zicht van bloed belangrijk is) of zelf een sterke brief aan je behandelaar schrijven
 - Richt je op positieve zaken, als je kan
 - Schrijf een dagboek waarin je aan iemand anders uitlegt wat er aan de hand is
 - Contacteer iemand met wie je een afspraak hebt over hulp bij crisis
 - Schrijf iemand over de neiging jezelf te beschadigen of maak een werkstuk daarover
 - Maak een opname waarbij je de goeie dingen van jezelf noemt en redenen om niet jezelf te beschadigen.
- De behandelaar bespreekt – indien een groepslid dit inbrengt- in detail wat er is gebeurd (kettinganalyse) en welke acties geholpen hebben.
 - Een kettinganalyse spoelt de film voorafgaand aan de zelfbeschadiging terug en plakt de gebeurtenissen en gevoelens die elkaar opgevolgd hebben aan elkaar, zodat het voorval in een context geplaatst wordt
 - Als opvallende voorlopers geïdentificeerd worden, worden die genoteerd en meegenomen in de probleemoplossingsgroep
- Als een patiënt niet wil stoppen, kan je je richten op het verminderen van de schade door de ernst en hoeveelheid zelfbeschadiging te verminderen. Nog beter is je te richten op de redenen waarom de patiënt niet wil stoppen.
 - Leg uit dat zelfbeschadiging steeds beschadigend is voor lichaam en geest en dat het verhindert dat mensen op zoek gaan naar andere manieren om met intense spanning om te gaan
 - Je kan patiënten een aantal vragen voorleggen om hun besluit om al dan niet te stoppen verder vorm te geven.

Bijlage 14: Module 'Interpersoonlijke gevoeligheid en problemen' uit 'Structured Clinical Management'

Wat?

Dit is een van de vijf modules uit Bateman's 'Structured Clinical Management'. Deze module kan zowel in groepsessies als individueel (en bij voorkeur in beide) toegepast worden. Het doel van deze module is patiënten te helpen zich bewust te worden van hun gevoeligheid voor (externe) interpersoonlijke cues en strategieën te ontwikkelen om met deze gevoeligheid om te gaan. Kenmerkend voor mensen met (B)PS is dat ze erg gevoelig kunnen zijn voor anderen en soms zelf erg achterdochtig kunnen worden. Niettemin hebben ze een enorm verlangen naar verbinding met anderen.

Algemene principes

Bij het toepassen van deze module, moet de behandelaar letten op de volgende aspecten:

- De module wordt gebruikt wanneer de patiënt in de sessie een probleem bespreekt dat duidelijk gerelateerd kan worden aan problemen met interpersoonlijke problemen
- De behandelaar neemt – zeker in de groep – een actieve, stimulerende en structurerende rol in: hij/zij houdt de focus vast, stimuleert de verschillende groepsleden om actief deel te nemen aan de discussie, bewaakt de structuur en verbindt de discussie telkens met de focus van de module
- De behandelaar moedigt in de groep patiënten aan om te zoeken naar eigen voorbeelden in hun dagelijkse leven
- De behandelaar wisselt psycho-educatie af met discussie
- De behandelaar maakt voortdurend gebruik van een probleemoplossende strategie
 - Identificeren van het probleem
 - Brainstormen over oplossingen
 - Bespreken van voor- en nadelen van de diverse oplossingen
 - Keuze
 - Feedback over de keuze tijdens de volgende sessie
- De behandelaar is – zeker bij deze module – ook attent voor mogelijke interactieproblemen tussen de groepsleden onderling of tussen individuele groepsleden en de behandelaar. Hij/zij is in het bijzonder alert op mogelijke misinterpretaties van de bedoelingen van anderen wanneer ze iets doen of zeggen.

Uitvoering van de module

- De behandelaar legt uit dat we ons baseren op zowel interne als externe aanwijzingen wanneer we de bedoelingen van anderen willen begrijpen
 - Externe signalen zijn bijvoorbeeld lichaamshouding, toon, gezichtsuitdrukkingen en andere zichtbare en hoorbare aspecten
 - Interne aanwijzingen verwijzen naar de gevoelens en gedachten van iemand en onze kennis daarvan
 - Leg uit dat heel wat patiënten de neiging hebben om zeer gevoelig te zijn voor externe signalen en op basis daarvan snel wijzigingen oppikken in iemands

emotionele toestand, maar dat ze veel meer moeilijkheden hebben om precies de bedoelingen van anderen te begrijpen vanuit de gedachten en gevoelens van de ander

- De behandelaar vraagt voorbeelden aan de groepsleden waaruit blijkt dat ze te snel waren met hun conclusies of waarbij ze zich te veel op bepaalde externe tekens hebben gebaseerd
 - De behandelaar stimuleert een discussie in de groep over de signalen die zij gebruiken om de bedoeling van anderen te interpreteren, met vooral aandacht voor belangrijke anderen
 - Als patiënten bepaalde acties van iemand als bewijs van een bedoeling aanhalen, stel dat dan in vraag: zouden er nog andere redenen kunnen zijn waarom hij/zij je niet heeft terug gebeld?
 - Het gaat erom dat patiënten zich bewust worden van de informatie waarop ze conclusies baseren en van de wijze waarop ze al dan niet echt hebben nagedacht over de gevoelens, gedachten, bedoelingen van anderen
- De behandelaar bespreekt strategieën die cliënten kunnen gebruiken om beter de bedoeling van anderen te begrijpen:
 - Stel vragen: waarom kijk je me zo aan? Wat denk je nu?
 - Formuleer een mogelijke conclusie en vraag of het klopt: Ik heb de indruk dat je je ... voelt?
 - Leg uit hoe de wijze waarop iemand naar je kijkt of iets zegt, bij jou bepaalde indrukken oproept: Als je zo naar me kijkt, voel ik me... Wil je dat ik me ze voel?
 - Leg je eigen gezichtspunt uit. Als blijkt dat je de ander verkeerd hebt begrepen, vraag dan correctie
 - Kijk naar de context van de interactie

Bijlage 15: Hoe kan je een teambespreking inrichten?

Wat?

Zelfs de meest ervaren behandelaar kunnen vastlopen in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Een teambespreking, waarin behandelaars geholpen worden om uit te zoomen, hun eigen moeilijkheden in het werk met een patiënt te onderzoeken en nieuwe invalshoeken te vinden voor het werk met patiënten is daarom absoluut noodzakelijk.

Algemene principes

- De teambespreking wordt bij voorkeur voorgezeten door de supervisor of hoofdbehandelaar met de meeste ervaring
- De houding van alle teamleden in de teambespreking is analoog aan de basishouding in het werk: actief, betrokken, onderzoekend, geïnteresseerd, validerend
- Het doel van de teambespreking is niet primair om 'fouten' bloot te leggen of advies te geven, wel om behandelaars te ondersteunen door hen te helpen te reflecteren op bepaalde problemen
- In de bespreking kunnen rollen verdeeld worden tussen teamleden die inhoudelijke perspectieven aanreiken en teamleden die het proces in de discussie volgen

Uitvoering

- Duid vooraf een voorzitter / leider aan voor de teambijeenkomsten
- Plan de teambijeenkomsten in op vaste momenten, met vaste duur etc
- Verwacht dat alle teamleden aanwezig zijn
- De bespreking volgt een bepaald stramien:
 - Inventariseer en identificeer de problemen die teamleden willen inbrengen: formuleer het dilemma of probleem zo concreet mogelijk
 - Selecteer het probleem dat zal bediscussieerd worden, alsook de tijd
 - Verschillende teamleden die bij de behandeling van betreffende patiënt betrokken zijn, brengen hun visie in
 - De overige teamleden reflecteren op de discussie
 - Waar lopen de standpunten of perspectieven uit elkaar?
 - Waar worden standpunten meer ideologisch/dogmatisch/ongenuanceerd verwoord?
 - Keer terug naar het dilemma en inventariseer de nieuwe perspectieven
 - Kom tot praktische afspraken en acties