

JOOST HUTSEBAUT

Met medewerking van
ELLEN WILLEMSSEN

HAND
BOEK
GIT-PD

Guideline-Informed
Treatment for
Personality Disorders

Boom

Handboek GIT-PD

Joost Hutsebaut

Met medewerking van
ELLEN WILLEMSSEN

HAND
BOEK
GIT-PD

Boom

© 2026 J. Hutsebaut, p/a Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jº Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degene die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Bart van den Tooren

Verzorging binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 2447 491 2 / NUR 770

www.boom.nl

Inhoud

	Voorwoord	9
	Inleiding	12
	Hoe is dit boek opgebouwd?	16
	Disclaimer	17
1	De achtergrond van GIT-PD	19
1.1	Grote verschillen binnen eenzelfde behandelmethode	21
1.2	De werkzaamheid van generalistische behandelingen	22
1.3	Common features	23
1.4	Common factors	24
1.5	GIT-PD en common factors	26
1.6	Is GIT-PD effectief?	27
2	De principes van GIT-PD	29
2.1	Behandelaar	30
2.2	Team	32

2.3	Klinisch proces	33
2.4	Organisatie	34
3	De verandertheorie van GIT-PD	37
3.1	Inhoud van de behandeling	38
3.2	Vorm of focus van de behandeling	42
3.3	Kwetsbaarheden van mensen met persoonlijkheidsstoornissen	45
3.4	Kwetsbaarheden kunnen interfereren met behandeling	47
3.5	Herstel van een persoonlijkheidsstoornis is herstel in Criterium A	47
3.6	Hoe GIT-PD-behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen eruitziet	49
4	Opbouwen van een relatie	51
4.1	Waarom is de basishouding belangrijk?	52
4.2	Nieuwsgierigheid	53
4.3	Valideren	59
4.4	Positief herformuleren	60
4.5	Transparantie en echtheid	64
4.6	Bouwstenen van een veilig contact	68
4.7	Valkuilen	69
5	Versterken van de zelfreflectie	71
5.1	Concretiseer	72
5.2	Belicht zelf-ander, binnen-buiten en affectief-cognitief	76
5.3	Valkuilen	77
6	Samenwerken en overeenstemming	78
6.1	Overeenstemming over doelen	80
6.2	Overeenstemming over taken	83
6.3	Samenwerking	86
6.4	Valkuilen	91

7	Omgaan met emoties	93
7.1	Waarom emoties belangrijk zijn	94
7.2	Helpen uitdrukken van emoties	97
7.3	Zelf uitdrukken van emoties door de behandelaar	102
7.4	Omgaan met heftige emoties (crisis)	104
7.5	Valkuilen	105
8	Herstellen van breuken	107
8.1	Niet vermijden van breuken	110
8.2	Relatie steeds monitoren	112
8.3	Actief oppakken van breuken	113
8.4	Valkuilen	121
9	Werken met de context	123
9.1	Betrek de context	126
9.2	Verbreed en verrijk met verschillende perspectieven	130
9.3	Valkuilen	134
9.4	Reprise GIT-PD-principes op het niveau van de behandelaar	135
10	Teamstrategieën	138
10.1	Help elkaar in een team	140
10.2	Benut verschillen	143
10.3	Maak beredeneerd beleid	146
10.4	Practice what you preach	147
10.5	Procesbewaker	147
10.6	Factcheck	148
10.7	Focus op de interpersoonlijke fuik	150
11	Klinisch proces	158
11.1	Principes voor het behandelproces	159
11.2	Onderdelen van het behandelproces binnen GIT-PD	163
11.3	Valkuilen	172

12	Organisatie	174
12.1	Duurzame steun	176
12.2	Buffer/reflectieve omgeving	178
12.3	Leiderschap	180
12.4	Netwerk van deskundigheid	180
12.5	Kwaliteitsborging	181
12.6	Valkuilen	181
13	Implementatie en bestending van een GIT-PD-programma	183
13.1	Stappenplan voor implementatie	185
13.2	Kwaliteitsborging en sustainability	188
14	GIT-PD Q&A	190
14.1	Welke disciplines moeten er in een team aanwezig zijn?	190
14.2	Wat is de caseload van een team?	191
14.3	Werkt GIT-PD met afdelingsregels of behandelcontracten?	191
14.4	Hoe gaat GIT-PD om met verzuim?	193
14.5	Hoe staat GIT-PD tegenover bemoeizorg?	193
14.6	Hoe staat GIT-PD tegenover crisisopnames?	194
14.7	Hoe staat GIT-PD tegenover medicatie?	195
14.8	Hoe ziet een typisch GIT-PD-behandelplan eruit?	195
14.9	Hoe ziet een typische GIT-PD-behandelplanbespreking/evaluatie eruit?	197
14.10	Hoe ziet een GIT-PD-teamsupervisie eruit?	198
14.11	Hoe ziet een GIT-PD-intervisie eruit?	199
14.12	Werkt GIT-PD met crisisplannen?	200
14.13	Heeft GIT-PD een crisisprotocol?	202
14.14	Moet een GIT-PD-team 24/7 bereikbaar zijn?	202
14.15	Hoe ziet een GIT-PD-vervolgbehandeling eruit?	203
14.16	Hoe ziet GIT-PD-traumabehandeling eruit?	204
	Verder lezen over GIT-PD	207
	Literatuur	209
	Over de auteur	213

Voorwoord

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) is iets meer dan tien jaar geleden eerder toevallig ontstaan. In 2008 verscheen in Nederland de eerste behandelrichtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen en drie jaar later toonde een studie aan dat minder dan één op vier mensen die zich bij een ggz-instelling aanmelden met een borderline-persoonlijkheidsstoornis een behandeling kreeg in lijn met deze richtlijnen. Dat had te maken met allerlei (financiële) drempels die de brede verspreiding van bewezen effectieve behandelingen in de weg stonden. Samen met Ad Kaasenbrood, die toen directeur van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen was, ontstond het enigszins ambitieuze plan daar iets aan te doen. Ons idee destijds was om die drempels te verlagen door ondersteuning voor training, supervisie, consultatie en implementatie van nieuwe programma's voor DGT en MBT centraal te organiseren. Zou het niet makkelijker zijn als niet elke instelling zelf hiervoor zou moeten instaan, maar we dit vanuit het Kenniscentrum konden organiseren? Ons idee was dat dit niet alleen veel goedkoper zou zijn, maar dat er rondom deze behandelmethodieken ook een netwerk zou kunnen ontstaan, waarbinnen kennis en ervaringen konden worden uitgewisseld.

Met dat idee in onze achterzak gingen we op 'auditie' bij verschillende ggz-instellingen in Nederland. Wat bleek: niemand was enthousiast. Of toch niet zo enthousiast als wij waren. Instellingen hadden vaak al behandelprogramma's

lopen en wilden die niet vervangen door andere behandelprogramma's, ook al waren die 'bewezen effectief'. Maar ook waar er al wel bewezen effectieve programma's waren, kwam er weerstand. Teams voelden er niet zo veel voor om zich te voegen naar de normen en eisen van een centraal instituut dat zou voorschrijven hoe zij hun DGT of MBT zouden moeten vormgeven.

Toevallig – of niet – was dat echter ook de periode dat er een aantal nieuwe studies verscheen waaruit bleek dat *reguliere* behandeling niet noodzakelijk slechte zorg is. *General Psychiatric Management* (GPM) en *Structured Clinical Management* (SCM) waren zulke voorbeelden. We hadden een kort lijntje met Anthony Bateman, die SCM had ontwikkeld, en nodigden hem uit voor een workshop en discussie bij het Kenniscentrum. In die discussie ontstonden de kiemen van wat de *Geïntegreerde Richtlijnbehandeling Persoonlijkheidsstoornissen* (GRB) zou worden. Samen met experts uit verschillende instellingen, zoals Sjoerd Colijn, Erwin van Meekeren, Theo Ingenhoven, Miep Koch en anderen, ontwikkelden we onze eigen, Nederlandse versie van een generieke behandeling. We schreven stukken uit en lieten die meelesen door de triade van het Kenniscentrum. Zo ontwikkelde de GRB zich organisch tot een 'evidence-informed' best practice. We namen de eerste filmpjes op en ontwikkelden de eerste training. En ergens vonden we schijnbaar de juiste noden in het veld. Het Kenniscentrum breidde zich razendsnel uit. De GRB werd GIT-PD en voor we het goed en wel beseften, hadden we duizenden behandelaars getraind in de basisprincipes van GIT-PD.

GIT-PD – zo hebben we steeds gesteld – is van ons allen. Het heeft vele ouders. We hebben vooral veel kennis opgehaald bij alle lidinstellingen van het Kenniscentrum: in discussies of bij het uitwisselen van ervaringen tijdens boosters, congressen of trainingen, of in de vele draaiboeken die instellingen ons ter beschikking stelden. Maar natuurlijk zijn een aantal mensen gedurende al deze jaren in het bijzonder belangrijk geweest. Ik noemde al Ad Kaasenbrood. Ad had tijdens de begindagen van de GIT-PD niet alleen de juiste connecties, nationaal en internationaal, maar vooral het lef om een goed idee gewoon te gaan uitvoeren. We zien wel waar we uitkomen, zei hij. Toen Ad afzwaaide als directeur, kwam Ellen Willemsen. Ellen was vanaf het begin betrokken geweest bij de ontwikkeling van de GIT-PD. Zij was behandelaar in de allereerste filmpjes. Meer dan wie ook belichaamde zij in die eerste filmpjes de ziel van GIT-PD. Als opvolger van Ad heeft zij erg veel betekend voor de doorontwikkeling van GIT-PD. We hebben samen tientallen trainingen en boosters gegeven. De GIT-PD zoals die in dit boek neergeschreven staat, is de GIT-PD zoals Ellen en ik die al jaren proberen uit te dragen. De bijdrage van Ellen aan dit boek is dan ook erg groot en de GIT-PD zoals die vandaag staat en in dit boek beschreven staat, is ook in grote mate haar werk. Naast Ad en Ellen is het Kenniscentrum natuurlijk ook Nina van Bunnigen. Nina is steeds de lijm geweest van het Kenniscentrum, de lijm tussen ons en de lijm met de instellingen en contactpersonen.

Ten slotte wil ik nog een aantal mensen bedanken die hebben meegelezen. In eerste instantie Thera Koetsier, die de eerste versie van het boek heeft gelezen en van feedback heeft voorzien. Dat was ontzettend helpend. Daarnaast de triade van het Kenniscentrum. Zij hebben het hoofdstuk over context voorzien van feedback. Dat hoofdstuk is zonder meer ook hun werk. Het hoofdstuk over de organisatie werd meegelezen door Dineke Feenstra. Zij heeft erg geholpen om me te verplaatsen in de positie van beleidsmakers, en meer te begrijpen over de interne en externe druk waar leidinggevenden mee te kampen hebben.

Het indienen van een manuscript is altijd een beetje loslaten. GIT-PD heeft zich gedurende al die jaren steeds doorontwikkeld. GIT-PD is nooit af. Dit boek wellicht ook niet. Het is een tussenmoment in een doorlopende ontwikkeling. Het is een poging om datgene wat we de afgelopen tien jaar hebben geleerd zo helder mogelijk op papier te zetten. En tegelijk beseffen we dat we volgend jaar wellicht weer wat verder staan in de zoektocht naar de meest eenvoudige manier om de beste zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen te beschrijven. Want uiteindelijk is dat waar GIT-PD om draait.

Joost Hutsebaut
Februari 2026

Inleiding

De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) biedt een behandelkader voor goede zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Hutsebaut et al., 2020). Dat kader is gebaseerd op algemeen werkzame factoren (*common factors*) in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. GIT-PD biedt een generalistisch kader: de nadruk ligt niet zozeer op specifieke theorieën en methodes, maar op algemene principes. Door deze principes te borgen, kunnen de common factors worden gerealiseerd zonder dat het behandelteam dient terug te grijpen naar ingewikkelde theorieën en methodieken. Dat maakt GIT-PD toegankelijker dan de meeste specialistische behandelvormen. GIT-PD vraagt geen uitgebreide voorkennis of langdurige training, en het kader kan toegepast worden in uiteenlopende bestaande behandelprogramma's.

GIT-PD, ontwikkeld vanuit het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, maakt deel uit van een bredere internationale golf van generalistische behandelingsvormen. De visie en ideeën van GIT-PD zijn deels ontleend aan vergelijkbare behandelvormen, zoals Structured Clinical Management (SCM; Bateman & Krawitz, 2013), Good Psychiatric Management (GPM; Gunderson & Links, 2014) en Relational Clinical Care (RCC, eerder Good Clinical Care, GCC; Chanan et al., 2008). Deze behandelvormen werden ontwikkeld als vergelijkingsmateriaal ('actieve controleconditie') in studies naar de werkzaamheid van specialistische

behandelingen. Deze studies toonden aan dat een goed opgezette generalistische behandeling tot vergelijkbare behandelresultaten kan leiden als een specialistische behandeling. GIT-PD is tegelijk ook net iets anders dan de andere generalistische behandelingen. Het biedt vooral een aantal principes en niet noodzakelijk een vastomlijnd programma, zoals bijvoorbeeld SCM dat wel doet. Bovendien kunnen die principes worden toegepast op alle persoonlijkheidsstoornissen. GIT-PD is 'transdiagnostisch', terwijl bijvoorbeeld GPM specifiek ontwikkeld werd voor de behandeling van borderline-persoonlijkheidsstoornissen. GIT-PD geeft verder niet alleen principes voor de behandelaar, maar ook op het niveau van het team, het behandelproces en de instelling.

GIT-PD is geen nieuwe methode en biedt ook geen nieuw theoretisch kader. De principes zijn vooral afgeleid van bestaande bewezen effectieve behandelingen, zoals dialectische gedragstherapie, mentalization-based treatment, schematherapie en transference-focused psychotherapy. Naast verschillen zijn er ook heel wat overeenkomsten tussen deze benaderingen. GIT-PD gaat ervan uit dat deze common factors grotendeels verantwoordelijk zijn voor de behandelresultaten. Het gaat dan onder meer om een oprechte en authentieke basishouding, een goede samenwerking, een focus op verandering en het bevorderen van de motivatie daarvoor, een focus op het stilstaan bij en reguleren van emoties en een focus op het nadenken over zichzelf en anderen, waardoor nieuwe invalshoeken kunnen ontstaan.

GIT-PD onderscheidt zich van andere behandelvormen door zijn eenvoud. De common factors zijn psychotherapeutische ingrediënten, maar dat betekent niet dat GIT-PD alleen door psychotherapeuten kan worden uitgevoerd. De ambitie van GIT-PD is om de complexiteit van de doelgroep van mensen met een persoonlijkheidsstoornis én de complexiteit van de behandelvormen die voor deze doelgroep werden ontwikkeld zo te vereenvoudigen dat kwalitatieve zorg binnen handbereik komt van een grotere groep van behandelaars. De basisprincipes kunnen door alle beroepsgroepen met een opleiding als hulpverlener goed genoeg worden uitgevoerd. Door zijn eenvoud is GIT-PD makkelijker te trainen en minder duur en complex om te implementeren dan andere behandelvormen voor persoonlijkheidsstoornissen. GIT-PD is bovendien zo opgezet dat deze principes voor nieuwe medewerkers heel goed '*on the job*' te trainen zijn door collega's die al langer met deze principes werken.

Er is nog een reden waarom we GIT-PD door de jaren heen steeds meer hebben proberen te vereenvoudigen. De theorieën en methodieken van de bestaande bewezen behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn doorgaans ingewikkeld. Het vraagt vaak jarenlange training voordat de technieken en interventies een behandelaar 'natuurlijk' passen. Heel wat behandelaars worstelen daarmee, zeker in de eerste jaren dat ze een behandelmethode toepassen. Ze dóén MBT of schematherapie, maar ze *zijn* nog geen MBT-therapeut of schemathera-