

Helga Aalders &
Marjolijn Hengstmengel (red.)

GIT-PD IN DE PRAKTIJK

Guideline-informed treatment for
personality disorders



GIT-PD in de praktijk

GIT-PD in de praktijk

Helga Aalders en Marjolijn Hengstmengel
redactie

Copyright © 2019 Hogrefe Uitgevers, Amsterdam

Dit werk is auteursrechtelijk beschermd. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Redactie: Peter Boxelaar, Groningen

Vormgeving omslag: 11, Haaften

Vormgeving binnenwerk: Annelies, Bast, Amsterdam

Grafische productie: Bariet Ten Brink, Meppel

ISBN 978 94 92297 27 3

NUR 777

www.hogrefe.nl

Inhoud

Voorwoord	7
1 Visie op de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis <i>Helga Aalders en Saskia Knapen</i>	11
2 Guideline Informed Treatment – Personality Disorders: het GIT-PD-model <i>Helga Aalders en Marlies Soleman-Bulk</i>	27
3 De intake- en contracteerfase: toewerken naar een behandeling op maat <i>Elise Zijp en Helga Aalders</i>	45
4 Focus somatiek, farmacotherapie en leefstijl <i>Mariska Middelkoop en Rozemarijn van Duursen</i>	61
5 Focus interpersoonlijke sensitiviteit <i>Marlies Soleman-Bulk en Helga Aalders</i>	75
6 Focus emotieregulatie <i>Marlies Soleman-Bulk en Helga Aalders</i>	91

7	Focus suïcidaliteit en zelfbeschadiging <i>Rozemarijn van Duursen en Helga Aalders</i>	107
8	Focus negatief zelfbeeld <i>Elise Zijp en Helga Aalders</i>	125
9	Betrekken van naasten bij de behandeling <i>Karla Leenstra en Helga Aalders</i>	135
10	Begrensd behandelen: gepaste en doelmatige zorg <i>Felix Hahn, Michiel Mansfeld en Helga Aalders</i>	149
11	Implementatie van het GIT-PD-model in de praktijk <i>Eliane Dek en Helga Aalders</i>	173
	Terugblik	193
	Literatuur	197
	Over de auteurs	203
	Bijlage 1: Thema's in de eerste zes bijeenkomsten	205
	Bijlage 2: GIT-PD Quick Scan	215
	Bijlage 3: GIT-PD Vragenlijst	219
	Bijlage 4: Medische vragenlijst	229

Voorwoord

Kun je trots zijn op een boek waar je zelf niet aan meegeschreven hebt, behalve aan het voorwoord toen het boek al af was...? Ja, dat kan.

Dit boek raakt de ziel van het GIT-PD project zoals we er enkele jaren geleden mee begonnen zijn. Elk hoofdstuk wordt ingeleid door een casus, die mede illustreert waarom de GIT-PD destijds werd gestart. Deze casussen getuigen van de problemen van wat we hier maar gemakshalve de ‘reguliere hulpverlening’ noemen. Je leest hoe cliënten soms te bang zijn om hulp te ontvangen, hoe ze worden gepingpongnd tussen instellingen of hoe ze jarenlang voor allerhande diagnoses worden behandeld zonder dat dit echt zoden aan de dijk heeft gezet. Je voelt mee hoe ze gedempt zijn geweest door medicatie, hoe hun behandeltrajecten voortdurend onderbroken werden als behandelingen weer eens niet aansloegen, zij zelf niet kwamen opdagen of er crisissen kwamen. Deze casussen getuigen niet per se van een slechte hulpverlening, maar misschien wel van een herkenbare hulpverlening die soms (of vaak) te weinig echt rekening houdt met de kwetsbaarheden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Soms zijn mensen gewoon te bang en wantrouwend om nog te durven vertrouwen op de goede bedoelingen van hun hulpverleners. Vaak hebben ze zo’n impact op hun hulpverleners dat die onbedoeld minder goede versies van zichzelf worden en bijvoorbeeld mee machteloos, angstig of gefrustreerd worden. GIT-PD is ontstaan vanuit de vaststelling dat hulpverlening niet altijd baat, erger nog: soms zelfs schaadt. GIT-PD is in eerste instantie ontwikkeld om iatrogene schade te voorkomen.

Sinds het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen in 2012 startte met de *Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders* (GIT-PD, toen nog onder de

naam GRB: Geïntegreerde Richtlijnbehandeling Persoonlijkheidsstoornissen) kregen we telkens dezelfde twee vragen: hoe ziet zo'n GIT-PD programma er concreet uit en hoe moeten we GIT-PD praktisch implementeren?

Deze vragen hebben te maken met de achtergrond van de GIT-PD. Aanvankelijk was het helemaal niet de bedoeling om een eigen behandeling met een eigen drieletterafkorting te ontwikkelen. De missie van het Kenniscentrum was om de kwaliteit van zorg voor zoveel mogelijk mensen met een persoonlijkheidsstoornis te verbeteren. In eerste instantie vertaalden we dat als 'zoveel mogelijk mensen met een persoonlijkheidsstoornis toegang geven tot een bewezen effectieve behandeling'. En dus startten we een queeste langs de instellingen om te peilen naar een gedeelde interesse om een nationaal trainingscentrum op te richten voor één of meer van deze bewezen effectieve behandelingen (zoals MBT of DGT). Ons idee was destijds om vanuit zo'n nationaal centrum de training, supervisie en implementatie van de genoemde specialistische psychotherapieën te organiseren. We kwamen van een koude kermis thuis. Instellingen hadden weinig interesse in zo'n initiatief: ze ervoeren de genoemde behandelingen vaak als te strikt en veeleisend, de opgelegde disciplinemix was financieel onhaalbaar en een hele groep van mensen met persoonlijkheidsstoornissen vond nauwelijks of niet de weg naar deze programma's. Doorgaans omdat er te veel sociaal-maatschappelijke problemen waren die behandeling in de weg stonden. We moesten het dus over een andere boeg gooien.

Wat hielp, was de publicatie destijds van een reeks nieuwe studies, die – dixit Anthony Bateman – “aanleiding gaven tot één van de meest verrassende bevindingen in het veld van persoonlijkheidsstoornissen”. Goed gestructureerde, psychotherapeutisch geïnformeerde, behandelprogramma's lieten gemiddeld genomen ongeveer even goede behandelresultaten zien als de genoemde specialistische programma's. In plaats van veel energie en middelen te spenderen aan het implementeren van specialistische psychotherapieprogramma's zou het kosteneffectiever kunnen zijn om de basis van de zorg in de breedte te verbeteren. Kortom: GIT-PD.

GIT-PD was daarbij altijd net wat anders dan de bestaande behandelingen. We hebben GIT-PD steeds beschreven als een behandel*kader*. We noemden GIT-PD a-theoretisch en a-methodisch en beschreven met GIT-PD vooral een kader van principes voor goede zorg. GIT-PD definieert de buitengrenzen van goede zorg voor persoonlijkheidsstoornissen, maar schrijft niet voor wat er binnen die grenzen precies moet gebeuren. Het laat instellingen vrij om daarin eigen accenten te leggen, vaak in functie van de lokale smaken en voorkeuren. Meteen is dat naar ons idee ook één van de succesfactoren van GIT-PD geweest: het laat instellingen toe om bestaande programma's te herstructureren volgens een reeks

principes en biedt daartoe heel wat hulpmiddelen aan, maar laat de instellingen tegelijk de autonomie om zelf invulling te geven aan de concrete programma's. Anno 2019 zijn er naar schatting twintig instellingen waar één of ander GIT-PD programma draait.

Deze keuze heeft echter ook een keerzijde. Want begin maar eens een GIT-PD programma op te zetten. Hoe moet je een team samenstellen? Welke disciplines? Hoe ziet je rooster eruit? Hoe lang duurt een GIT-PD behandeling? Wat doe je in de sessies? Het zijn maar enkele van de vragen waar afdelingen mee worden geconfronteerd wanneer ze de principes van GIT-PD willen vertalen naar de praktijk. Precies daarom komt een boek als dit zo gelegen. Het geeft weer hoe Altrecht aan de slag is gegaan met het GIT-PD kader. Dit is een boek van behandelaars voor behandelaars. Van behandelaars die hebben nagedacht over de vertaling van GIT-PD naar de praktijk voor behandelaars die daar net als zij voor staan of mee bezig zijn.

Waar de auteurs van dit boek verder in gaan dan we tot nu toe vanuit het Kenniscentrum hebben gedaan, is om de principes van de GIT-PD praktisch toe te passen. Weinig boeken over persoonlijkheidsstoornissen zijn zo direct, herkenbaar, praktisch en toegepast als dit boek. Veel meer dan over de theorie, zul je in dit boek lezen over de praktijk, over wat je kunt doen en hoe je het kunt doen.

De auteurs van dit boek zijn er helemaal in geslaagd het hart van GIT-PD te vatten. Dit boek getuigt van de menselijkheid, creativiteit, flexibiliteit en empathie die het werken met mensen met een persoonlijkheidsstoornis nodig heeft. Het getuigt van de samenwerking die behandelaars zoeken met cliënten en naastbetrokkenen, maar ook met collega's in een team. Dit boek ademt liefde uit van een hulpverlening waarin ook een moeilijke groep cliënten echt (graag) gezien wordt en welkom is. Het is een boek waar wij plaatsvervangend trots op zijn.

Joost Hutsebaut

Klinisch psycholoog

Medewerker Kenniscentrum

Persoonlijkheidsstoornissen

Ellen Willemsen

Psychiater

Directeur Kenniscentrum

Persoonlijkheidsstoornissen

1

Visie op de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

Helga Aalders en Saskia Knapen

In dit hoofdstuk zal aan de hand van een casus worden beschreven wat een persoonlijkheidsstoornis is en hoe het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis vanuit het biopsychosociale model kan worden verklaard. Daarop aansluitend wordt uiteengezet wat de visie op de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis is. Deze visie is gebaseerd op de meest recente inzichten uit wetenschappelijk onderzoek en ervaringen uit de praktijk. Tot slot wordt beschreven hoe op basis van deze inzichten en ervaringen een behandeling van een persoonlijkheidsstoornis kan worden vormgegeven.

PRELUDE

Belinda is een alleenstaande 39-jarige vrouw die vanaf haar jongvolwassenheid kampt met diverse psychische en lichamelijke klachten. Ze heeft al zolang ze zich herinnert veel last van hoofdpijn en ze voelt zich onzeker en angstig in sociale situaties, die ze dan ook zo veel mogelijk vermijdt. Ze is vaak erg somber en voelt zich eenzaam. Ze slaapt moeilijk in en gebruikt vaak (te) veel alcohol om de avonden door te komen en in slaap te vallen. Ze wordt regelmatig wakker met pijnlijke spieren en heeft dan de neiging haar bed niet uit te komen. Ze heeft sinds tien jaar een WIA-uitkering vanwege de pijnklachten en depressiviteit. Haar sociale leven speelt zich af in haar familiekring met wie ze een haat-liefdeverhouding onderhoudt. Daarnaast heeft ze sporadisch contact met haar burens. Ze heeft weinig geld te besteden en heeft nog schulden uitstaan die samenhangen met het financiële wanbeleid van een ex-partner met een gokverslaving die een tijd bij haar was ingetrokken.

Belinda heeft in haar leven al diverse behandelingen gehad voor haar problematiek: fysiotherapie voor haar pijnlijke spieren, groepstherapie voor de sociale angstklachten, gesprekken met het maatschappelijk werk vanwege haar eenzaamheid en schulden, en medicatie voor haar depressiviteit. De meeste behandelingen lijken even te helpen en worden dan naar tevredenheid afgesloten. Ook is het wel voorgekomen dat Belinda zelf de behandeling heeft beëindigd omdat ze het idee had dat de behandelaar haar niet begreep, haar een aansteller vond en genoeg van haar had. Haar vertrouwen in de hulpverlening is er in de loop der jaren niet beter op geworden. De huisarts weet het ook niet meer, maar meldt haar toch maar weer aan bij een ggz-instelling. Er is een lange wachttijd voordat Belinda wordt uitgenodigd voor een intakegesprek. Ze laat vervolgens de eerste uitnodiging schieten, ze voelt zich die dag erg somber en heeft geen zin om weer voor niets haar hele verhaal te vertellen. Tot haar verbazing wordt ze nog diezelfde dag gebeld door de intaker.

WAT IS EEN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS?

Een persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door hardnekkige en duurzame patronen van denken, voelen en doen die binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijken van de verwachting. Deze patronen komen vaak tot uitdrukking in verstoorde denkbeelden over zichzelf en anderen, in (te) intens of juist geen gevoel en in (gedrags)problemen in de omgang met anderen. De persoonlijkheidsstoornis tast het functioneren zodanig aan dat er forse problemen ontstaan op het gebied van veiligheid en gezondheid, relaties en sociaal-maatschappelijk functioneren. Dit heeft weer grote consequenties voor de kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven die mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren is te vergelijken met die van mensen met ernstige medische aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson, diabetes of reuma (Kaasenbrood, Hutsebaut & Kaasenbrood, 2017).

Kijken we naar de casus van Belinda, dan vallen een aantal kenmerken op die het vermoeden staven dat er waarschijnlijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. In de eerste plaats is er sprake van een al jaren bestaande psychische problematiek die door middel van kortdurende behandeltrajecten die gericht zijn op één bepaalde klacht onvoldoende herstel opleveren (*hardnekkige en duurzame patronen*). Verder blijkt dat Belinda in sociaal-maatschappelijk opzicht weinig naar eigen tevredenheid heeft kunnen opbouwen. Ze voelt zich eenzaam, woont alleen en heeft weinig vrienden. Bovendien heeft ze weinig geld te beste-

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak dusdanige moeite met het dagelijks functioneren dat er forse problemen ontstaan op het gebied van veiligheid, gezondheid, relaties en sociaal maatschappelijke participatie. Het is dus van groot belang dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis een adequate behandeling krijgen.

Hoewel uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat specifieke psychotherapeutische behandelingen effectief zijn, blijkt in de praktijk dat veel patiënten deze niet (of niet in de juiste dosering) krijgen. En de meer reguliere sociaal-psychiatrische behandeling die ze wel krijgen, is vaak weinig effectief.

Om die reden heeft het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen in samenwerking met een expertgroep, bestaande uit medewerkers uit 8 instellingen in Nederland, een model ontwikkeld voor kwalitatief goede en kosteneffectieve zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Dit model, genaamd *Guideline Informed Treatment – Personality Disorders* (GIT-PD), bevat bewezen werkende kenmerken van specialistische psychotherapeutische behandelvormen en is geïntegreerd met sociaal psychiatrische behandelvormen. In GIT-PD staan de volgende kenmerken centraal:

- integrale probleembenadering,
- generiek werkzame factoren van evidence based behandelmethoden,
- gecombineerd met uit verschillende specialistische methoden voortvloeiende interventies voor specifieke pathologie,
- veel aandacht voor het maken van goed kloppende casusconceptualisatie en op maat behandelplan,
- groepsgericht werken, tenzij...
- multidisciplinair team,
- samenwerking met netwerk.

In *GIT-PD in de praktijk* wordt onder redactie van Helga Aalders en Marjolijn Hengstmengel uiteengezet wat het GIT-PD-model is. In 11 beknopte hoofdstukken en geïllustreerd met heldere voorbeelden beschrijven zij de verschillende facetten van GIT-PD: zoals de intake- en contracteerfase, het groepsmodulair werken, shared caseload principe, begrensd behandelen en het belang van het betrekken van naasten bij de behandeling.

Daarnaast wordt ingegaan op thema's als epistemisch vertrouwen, somatiek, farmacotherapie en leefstijl, interpersoonlijke sensitiviteit, emotieregulatie, negatief zelfbeeld, suicidaliteit en zelfbeschadiging. Vanzelfsprekend is er ook aandacht voor de implementatie van het GIT-PD-model in de praktijk en krijgt de lezer handvatten aangereikt hoe men deze ingrijpende cultuuromslag kan bereiken en borgen.

The basic principles which guide effective treatment for people with personality disorder have become increasingly clear. This book provides a comprehensive and evidence-based guideline on how to implement them skillfully in daily clinical work. It is essential reading for all those interested in personality disorder.

Anthony Bateman, Consultant to the Anna Freud National Centre for Children and Families, Visiting Professor University College London, Affiliate Professor Copenhagen University

GIT-PD in de praktijk is het 18-de deel in de zeer succesvolle serie *In de praktijk*. Eerder verschenen:

- **Narratieve therapie**
- **Oplossingsgerichte therapie**
- **Mindfulness en contact met het nu (DVD)**
- **Positieve psychologie**
- **Acceptatie en commitment-therapie**
- **Psychodynamischetherapie**
- **Emotiegerichte therapie**
- **Schemagerichtetherapie**
- **Cognitievegedragstherapie**
- **Rationeel-emotieve gedrags-therapie**
- **Dialectische gedragstherapie**
- **Psychodrama**
- **Psychoanalyse en psychoanalytische therapie**
- **Persoonsgerichte therapie**
- **Inquiry-based stress reduction**
- **Affectfobietherapie**
- **Compassion Focused Therapy**

Hogrefe Publishing Group

Göttingen · Berne · Vienna · Oxford · Paris
Boston · Amsterdam · Prague · Florence
Copenhagen · Stockholm · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Seville · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisbon

www.hogrefe.com

ISBN 978-94-92297-27-3

