**Congres Ernstige persoonlijkheidsstoornissen en complexe (behandel)relaties**

*20 november 2018, Van der Valk, Amsterdam-Amstel*

09.30uur Inleiding op het dagthema door de dagvoorzitters Ad kaasenbrood, psychiater Pro Persona en Bert van Luijn, klinisch psycholoog, systeemtherapeut GGNet.

 09.40uur **Ik haat van jou’-falende interpersoonlijke relaties**

Door epistemisch wantrouwen durven patiënten met een persoonlijkheidsstoornis niet te vertrouwen op wat hun behandelaren te bieden hebben. Dit komt tot uiting in ‘hechtingsontmoedigend’ gedrag en hoog oplopende emoties, zowel bij de patiënt als de behandelaar. Het lijkt alsof deze patiënten niet willen luisteren, waardoor behandelaren hen beleven als niet gemotiveerd en/of niet geschikt voor behandeling. Door verlies van mentaliseren zijn we geneigd te vervallen in controle, waardoor het systeem nog meer rigide wordt en de rigiditeit en het wantrouwen van de patiënt versterkt. Ongewild raakt men in een neerwaartse spiraal die eindigt in het falen van de (behandel) relatie.

*Saskia Knapen, psychiater en inhoudelijk leidinggevende, Altrecht.*

Wat heeft u geleerd na het bijwonen van deze lezing?
•Wat epistemisch wantrouwen is
•Neerwaartse spiraal naar falende relaties.
•Hoe u dit kan voorkomen.

 10.15uur **Ken je mij? Van beheersen naar begrijpen van hechtingsontmoedigend gedrag**

Ondanks intensieve scholing en training in evidence based psychotherapieën en geïntegreerde richtlijnbehandeling voor persoonlijkheidsstoornissen kent iedere hulpverlener die patiënt, bij wie het maar niet lijkt te lukken om de uitgangspunten toe te passen. Het vasthouden aan deze protocollen en richtlijnen kan zelfs tot stagnatie van of uitval uit behandeling leiden. In alle relaties rondom deze patiënt ontstaan crises, conflicten, verwijten, een gevoel van falen, uitputting en boosheid.

Hoe kun je in dit soort moeilijke relaties je nieuwsgierigheid in jezelf, je patiënt en je collega behouden en waarom is dit essentieel in de behandeling van de EPA PS doelgroep?

*Cora Loffeld, psychiater, GGzE Eindhoven.*

 Wat heeft u geleerd na het bijwonen van deze lezing?

•Welke, schijnbaar organisatorische, aspecten van zorg eigenlijk cruciale behandelinhoudelijke voorwaarden zijn.

•Wat u nodig heeft van uwzelf, uw team, uw patiënt en van de organisatie waarbinnen u werkt, om de behandeling vorm te geven en vol te houden?

•Wat de patiënt nodig heeft van u en uw team om het vol te houden en het vertrouwen te vergroten.

 10.50uur Pauze

11.15uur **Let’s boost recovery! Nieuwste wetenschappelijke inzichten voor de dagelijkse praktijk**

De ambitie is gezet in Nederland: 30% meer herstel voor mensen met een ernstig psychische aandoening in 2025! Om zicht te krijgen waar de kansen liggen om meer herstel te bereiken, kijken we eerst met zijn allen naar de beloopcijfers. Deze geven zicht op waar we nu staan. Vervolgens willen we natuurlijk weten welke factoren het kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Door deze wetenschappelijk kennis te delen hebben we concrete handvaten voor de praktijk hoe we herstel positief kunnen beïnvloeden. Zijn we goed op weg?.

*Stynke Castelein, hoogleraar Herstelbevordering bij Ernstig Psychiatrische Aandoeningen, RUG en hoofd van Lentis Research (Groningen).*

Wat heeft u geleerd na het bijwonen van deze lezing?

•Dat herstel bestaat uit drie vormen: klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Daarom brede aanpak van herstel nodig.

•Zicht op het beloop van herstel over de tijd, de bevorderende en belemmerende factoren bij EPA.

•(Nieuwe) behandelinterventies die herstel positief kunnen beïnvloeden.

.

 11.50uur **Klinische case-discussie**

Onder leiding van de dagvoorzitters wordt een een panel met drie van EPA-podium uitgedaagd met lastige cases, in directe interactie met de zaal. Opzet zal zijn dat gedurende de ontwikkeling van de casus de deelnemers in de zaal drie momenten kunnen kiezen uit diagnostische en therapeutische opties.

12.50uur Lunch

13.50uur **Mentaliseren, anti sociale persoonlijkheidsstoornis en klinische problemen bij de behandeling**

Wat zijn de voorwaarden, valkuilen in de behandeling van PS met ernstige antisociaal gedrag?

*Anthony Bateman MA, FRCPsych is Consultant to the Anna Freud Centre, London; Visiting Professor University College, London; Honorary Professor in Psychotherapy University of Copenhagen.*

Mentalizing, Anti-social personality disorder, and Clinical problems in treatment

Mentalization Based Treatment (MBT) for antisocial personality disorder (ASPD) integrates cognitive and relational components of therapy and has a theoretical basis in attachment theory. MBT was developed for people with borderline personality disorder and therefore focused on mentalizing problems associated with high emotional arousal in the context of attachment relationships. Adaptation of this basic model is necessary for people with ASPD not only because their mentalizing problems differ from those found in BPD but also for a number of other descriptive reasons (Bateman, Bolton, & Fonagy, 2013).

Firstly, people with ASPD are more likely to demonstrate over-control of their emotional states within well-structured, schematic attachment relationships rather than under-control in chaotic attachment relationships, which are more commonly found in people with BPD.

Second, people with ASPD tend to seek relationships which are organized hierarchically with each person knowing their place whereas people with BPD aim for, but tend to struggle to reach, consensus and shared respect.

Third, it is, specifically, threats to the hierarchical order of relationships that lead to arousal within the attachment system in people with ASPD; this triggers an inhibition of mentalizing. Loss of status is devastating as it potentially reveals shameful internal states that threaten to overwhelm, so any threat of loss of status becomes firmly rooted as a dangerous reality which has to be dealt with by physical force. Finally, in ASPD there is a reduction in ability to recognise others’ emotions which is more pervasive than being restricted to fear and sadness, so a focus in treatment on recognition of all emotions in others is essential. Fear for the self is often absent and violent impulses are uninfluenced by the emotional expressions of others, which go unrecognized. Indeed the consequences and dangers of aggression become secondary.

 Key interventions for clinicians to address these problems of ASPD will be discussed.

14.55uur Pauze

15.15uur **Workshops**

16.30uur Einde programma

1. Wat is de rol van vroeg Trauma in de latere verstoring van relaties naar Zelf en Ander

2. De ernstig Vermijdende Persoonlijkheidsstoornis: dynamiek en behandeling

Wanneer u als therapeut merkt dat uw aandacht afdwaalt, of dat u zich verveelt in een therapiegesprek, wordt er waarschijnlijk vermeden. De vermijdende persoonlijkheidsstoornis is niet zeldzaam en kan een grote impact hebben op de behandeling van andere stoornissen. Patiënten met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis zijn voortdurend bang voor afwijzing of kritiek. Dit maakt dat zij ook in de therapeutische relatie terughoudend zijn en niet het achterste van hun tong laten zien. Irritatie en ongeduld bij de behandelaar ligt op de loer. Hoe nodigt u hen toch uit tot contact en tot verandering?

Ellen Willemsen, psychiater, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen/Parnassia Groep.

Wat heeft u geleerd na het bijwonen van deze workshop?

•Differentiaal diagnostiek van de vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

•De impact van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis op de prognose.

•Technieken om om te gaan met vermijding - hoe houd u zelf de moed erin?

3. Samenwerking in de zorg

Net als de zorg voor mensen met EPA, is de zorg van mensen met een persoonlijkheidsstoornis niet alleen multidisciplinair maar ontstijgt het bovendien vaak de instellingsgrenzen. Samenwerking is in deze zorg niet zozeer een credo als wel een bestaansvoorwaarde. In deze workshop zal de inleider met de deelnemers niet alleen op zoek gaan naar de partners die bij de zorg voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek regulier betrokken zijn maar bovendien zal hij in interactie met de zaal tot een set voorwaarden komen waar die samenwerking aan dient te voldoen. Daarbij zal er aan de hand van filmmateriaal veel ruimte zijn voor de noodzakelijke therapeutische attitude en het aangaan en onderhouden van een goede therapeutische relatie.

Ad Kaasenbrood, psychiater Pro Persona.

4. Interpersoonlijke kwetsbaarheid en autismespectrumstoornissen; overeenkomsten en verschillen met persoonlijkheidsstoornissen

Bij mensen met autismespectrumstoornissen staat de interactie met anderen, en dus ook de behandelrelatie, onder druk door beperkingen in de betekenisverlening en de zelfregulatie. In de therapeutische relatie wordt geprobeerd om steeds vanuit het perspectief van de patiënt het gedrag te begrijpen in relatie tot de context waarin iemand zich bevindt. Deze benadering wordt ook wel een ‘enactive approach’ genoemd en hiervoor wordt het Syndroom-Patiënt-Professional (SPP) model gehanteerd.

Bram Sizoo, psychiater, Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen, Dimence.

Wat heeft u geleerd na het bijwonen van deze workshop?

•Kennismaking met het SPP (Syndroom, Persoon, Professional) model.

•Benoemen van verschillen tussen aanpak bij autisme en PS.

•Kennis over kenmerken van autisme: betekenisverlening en zelfregulatie.

5. De dynamiek van geweld binnen relaties bij mensen met ernstige EPA-PS

Agressie hoort bij de mens, maar kan op allerlei manieren, in verleden en heden, een negatieve rol spelen in het leven van mensen met een ernstige PS. Dat palet aan agressie - zowel naar binnen als naar buiten gericht als op hen gericht - wordt geschetst. Hierbij wordt er specifieke aandacht besteed aan agressie in partner-relaties en het effect op de positie van kinderen. Wat zijn de ingrediënten van een destructief patroon, wat maakt het zo moeilijk om zo’n patroon te doorbreken en hoe komt het dat de destructie telkens weer wordt ‘opgezocht’? Therapeutische dilemma’s en mogelijke interventies komen hierbij aan de orde.

Eigen casuistiek inbrengen is uiteraard mogelijk. Graag mailen naar henriette.boven@bsl.nl.

Jan Baars, klinisch psycholoog en Erwin van Meekeren, psychiater.

6. Zelfdestructief en suicidaal gedrag bij ernstige PS

Suïcidaal gedrag, suicides en suïcidepogingen komen relatief veel voor bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Vaak is sprake van een sterk reactieve, fluctuerende suïcidaliteit.

Door het ‘hechtingsontmoedigend gedrag’ van deze patiënten en hun verminderd vermogen te mentaliseren, is risico-beoordeling niet gemakkelijk. Bijvoorbeeld omdat de affectieve lading wordt ontkend, of de hulpverlener wordt gediskwalificeerd. In deze workshop wordt met behulp van een professionele actrice een interactioneel model van suïcidaliteit gedemonstreerd.

Bert van Luijn is klinisch psycholoog bij GGNet.

 7. LVB en EP: Een

LVB in de S-GGZ komt veel vaker voor dan gedacht. Uit onderzoek met de screener op intelligentie (SCIl) blijkt dat er bij 4 van de 10 EPA patiënten een aanwijzing is voor LVB. De diagnose EP wordt relatief vaak gesteld bij deze groep terwijl daar geen sprake van is na specialistische diagnostiek. In deze workshop wordt stil gestaan bij hoe coping, context en psychiatrische problemen kan leiden tot op een EP lijkende stoornis. Hoe LVB middels de SCIl op te sporen, een indruk te vormen over het emotionele ontwikkelingsniveau en adaptief functioneren van de patiënt en wat behandelingsmogelijkheden zijn.

Jeanet Nieuwenhuis, ( beleids)psychiater en junior onderzoeker, GGNet specialisme VGGNet.

Wat heeft u geleerd na het bijwonen van deze workshop?

•Hoe eenvoudig een indruk te vormen van het cognitieve functioneren van uw patiënt.

•Hoe coping, context en psychiatrische stoornissen een look a like kunnen zijn van EP.

•Hoe hierin onderscheid te maken en een idee te krijgen welke behandelmogelijkheden er zijn.