

GUIDELINE-INFORMED TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS

Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Korte versie

Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD)

Achtergrond

De behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis is de laatste decennia aanmerkelijk verbeterd. De diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' betekende 25 jaar geleden levenslange, uitzichtloze ellende, nu zijn er echter minimaal vier effectieve psychotherapieën om de stoornis te behandelen. Dit zijn:

- Dialectische Gedragstherapie (DGT)
- Mentalization Based Therapy (MBT)
- Schema Focused Therapy (SFT)
- Transference Focused Psychotherapy (TFP).

Psychotherapie voert de hoofdtoon. Medicatie is hierbij ondergeschikt, hoe veelbelovend de werking ook mag zijn. De euforie over het succes van psychotherapie is groot binnen de beroepsgroep en dat leidde onder andere tot het ontwikkelen van een Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) voor de diagnostiek en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Het probleem

Helaas is er ook minder goed nieuws. Want hoewel die psychotherapieën de symptomen en het lijden doen afnemen, blijven mensen met een persoonlijkheidsstoornis ook na behandeling wat betreft de sociale integratie achter. Ondanks de afname van de ziekteverschijnselen en de lijdensdruk lukt het vaak nog steeds niet goed om evenwichtige relaties aan te gaan en/of een baan te krijgen en te houden.

Daarnaast bleek bij een groot onderzoek van het Trimbos-instituut dat van de mensen die in Nederland voor een persoonlijkheidsstoornis in behandeling zijn bij een GGZ-instelling slechts een klein deel ook werkelijk een adequate psychotherapeutische behandeling krijgt. Het is niet helemaal duidelijk waar dit aan ligt, maar het heeft onder andere te maken met de moeite die de GGZ-instellingen hebben om voldoende professionals met het juiste deskundigheidsniveau voor deze behandelingen in te zetten. Deze behandelingen vragen namelijk om hoog opgeleide psychotherapeuten, wat de teamindeling erg beperkt en de kosten enorm verhoogt. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis die geen psychotherapie ontvangen, krijgen Treatment As Usual (TAU), in het Nederlands: behandeling zoals gebruikelijk. Wat dit inhoudt weten we niet exact. We hebben wel een gegrond vermoeden van de onderscheidende elementen van TAU en dat deze behandeling per instelling en waarschijnlijk zelfs per hulpverlener erg varieert. Grote variatie is zelden een teken van goede werkzaamheid en efficiënte inzet van middelen. Hier is dus plaats voor verbetering.

Daarnaast hebben mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaak problemen op meerdere gebieden. Ze hebben niet alleen last van ontwijkend gedrag, impulsiviteit of de neiging tot afzondering, maar ze zijn ook vaker dan de gemiddelde Nederlander in crisis. Daarmee samenhangend hebben ze vaker financiële problemen en een geringere zelfredzaamheid, omdat het hen aan adequate zelfzorg ontbreekt. Soms komen mensen met een persoonlijkheidsstoornis, mede daardoor met justitie in aanraking. Voor het aanpakken van deze problemen is in de Multidisciplinaire Richtlijn nauwelijks aandacht en ook in de genoemde psychotherapieën komen deze problemen soms amper aan bod.

Tot slot zijn de vier effectieve therapieën net als medicamenteuze behandeling gericht op de cliënt alleen. Aandacht voor de naastbetrokkenen van de cliënt is er zeer beperkt. En dat terwijl die naastbetrokkenen niet alleen veel met de cliënt te maken en soms ook te stellen hebben, maar ook op tal van punten in de behandeling tot steun kunnen zijn.

Het antwoord

Het antwoord op deze problemen kwam uit onverwachte hoek. In het kader van twee onderzoeken naar de werkzaamheid van de DGT en de MBT besloten de onderzoekers echte concurrentie te zoeken. Ze vergeleken hun behandeling niet met TAU, maar met een goed opgezette, geprotocolleerde behandeling. Hierin verwerkten ze veel algemene elementen en kenmerken waarvan we weten dat ze belangrijk zijn voor een goed effect van de behandeling en voorkomen in alle vier de effectieve behandelingen, zoals gestructureerdheid.

Beide onderzoeksgroepen hebben een controlebehandeling opgezet die de gemeenschappelijke algemene kenmerken uit de 4 effectieve psychotherapieën bevatten. Naast deze algemene kenmerken voegden beide groepen een therapeutische interventie aan de behandeling toe, zoals een interventie gericht op het oplossen van problemen. Vervolgens vergeleken ze deze controlebehandeling met de DGT en de MBT. De uitkomst bleek verrassend genoeg, dat de DGT en MBT het helemaal niet zoveel beter doen dan de vergelijkende behandeling. Kennelijk is een goed gestructureerde, geprotocolleerde aanpak die de gemeenschappelijke kenmerken uit de effectieve psychotherapieën bevat, plus een therapeutische interventie, een effectieve manier om mensen met een persoonlijkheidsstoornis te behandelen.

Deze uitkomst is voor het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen aanleiding geweest om samen met haar leden een programma langs dezelfde lijnen te ontwikkelen. Net als bij de vergelijkingscondities uit de twee genoemde onderzoeken, hebben we de algemene factoren uit de effectief gebleken psychotherapieën samengebracht in een samenhangend, geprotocolleerd behandelprogramma voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Daaraan hebben we een therapeutische interventie toegevoegd en dat is samen de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) geworden. Geïntegreerd omdat we al die algemene elementen en kenmerken samengebracht hebben in één kader. Geïntegreerd ook omdat we niet alleen psychotherapie erin onderbrengen maar ook andere vormen van psychische hulp die mensen met een persoonlijkheidsstoornis nodig hebben zoals crisisinterventie, hulp bij zelfzorg, psychosociale hulp, het betrekken van de naastbetrokkenen bij de behandeling en indien noodzakelijk ook medicatie.

De GIT-PD

Voor een gedetailleerde beschrijving van de GIT-PD verwijzen we naar het basisdocument. Hier gaan we in op een aantal elementen uit de GIT-PD die praktisch van belang zijn voor de cliënt en andere geïnteresseerden. Achtereenvolgens komen aan de orde de basisprincipes, aspecten van de basishouding van de therapeut en algemene en specifieke behandelstrategieën.

Basisprincipes

Een goede behandeling voor mensen met persoonlijkheidsstoornis voldoet aan de volgende algemene behandelprincipes:

1. De behandeling is gestructureerd

Aan cliënten wordt een heldere gestructureerde behandeling geboden, die schriftelijk vastligt. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om:

- duidelijke afspraken over sessies (wanneer, waar, bij wie),
- afspraken over continuïteit tijdens vakanties of afwezigheden
- heldere bereikbaarheid van behandelaars, behandelteams en crisisdiensten.

Daarnaast is er ook aandacht voor duidelijke grenzen van de behandeling en hoe het verder moet als die grenzen worden overschreden, afspraken voor ernstige incidenten, zoals suïcidepogingen of geweld en over uitwisseling van gegevens.

2. Geïntegreerde behandeling

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben doorgaans een brede range aan problemen. Dat vraagt om interventies op verschillende niveaus. Bijvoorbeeld, de psychiater schrijft medicatie voor om de stemming te verbeteren, een somatische arts begeleidt de cliënt voor zijn of haar diabetes, een psychotherapeut werkt samen met de patiënt aan de persoonlijkheidspatronen, een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige werkt met cliënt en naastbetrokkenen aan een crisisplan en een maatschappelijk werker helpt de cliënt 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 cliënt en diens hulpbehoefte op dat moment.

3. Consistentie

Belangrijk is dat eenzelfde behandelvisie door het hele team consistent wordt vastgehouden en dat er eenduidigheid is qua behandeldoelen en aanpak. Daarom vinden er regelmatig behandelplanbesprekingen plaats en kan het multidisciplinaire team terugvallen op intervisie en/of supervisie om de samenwerking te bewaken.

4. Collaboratieve houding

Het hele team dient te werken vanuit een samenwerkende, gelijkwaardige houding, die de autonomie van de cliënt respecteert en diens verantwoordelijkheid stimuleert. In elke fase van de behandeling wordt de cliënt eerlijk geïnformeerd over behandel mogelijkheden en keuzeopties. De cliënt wordt betrokken bij alle belangrijke beslissingen in zijn/haar behandeling. Per fase of beslissingsmoment wordt overwogen om naastbetrokkenen te betrekken bij het behandelproces (zie ook punt 12).

5. Persoonlijk afgestemde behandeling

Elke behandeling wordt afgestemd op de individuele noden, verwachtingen en voorkeuren van de cliënt. Dat is onder andere zichtbaar in een geïndividualiseerd behandelplan dat in samenwerking met de cliënt wordt opgesteld.

6. Gemeenschappelijke doelen en evaluatie

De behandeling wordt gestuurd vanuit een behandelplan met doelen, opgesteld in samenwerking met de cliënt en eventueel naastbetrokkenen. De voortgang in het behalen van die doelen wordt samen met de cliënt geëvalueerd. Dit kan leiden tot een aanpassing van de behandelovereenkomst. Als de behandel doelstellingen gehaald zijn, wordt de behandeling afgerond. Evaluaties vinden minimaal elke drie maanden plaats.

7. Actieve en outreachende benadering

Het behandelteam moet in staat zijn om naar de cliënt toe te gaan als hij/zij afhaakt. Denk aan telefonisch contact, huisbezoeken, sms-jes, e-health etc. De behandelaar is dus proactief. Hij neemt in principe zelf het initiatief.

8. Actief engageren/committeren van de cliënt in en aan de behandeling

Een primair doel in de behandeling is om de cliënt actief te betrekken bij zijn/haar eigen behandeling, hem of haar te motiveren en drempels voor commitment weg te werken of te bespreken. De behandeling heeft strategieën voor het bevorderen van de motivatie.

9. Hanteren van crisis

Crisis komt vaak voor bij ernstigere persoonlijkheidspathologie en kan leiden tot wanhoop of angst bij zowel behandelteam als cliënt. Daarnaast kan crisis de behandeling ernstig doorkruisen. Crisisbehandelingen maken daarom regulier deel uit van de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis en vragen om een eigen organisatie. Dat blijkt onder andere uit het opstellen van een crisisplan en indien mogelijk een crisiskaart.

10. Bevorderen van een goede therapeutische relatie

Een goede therapeutische relatie is voorwaarde voor het slagen van een behandeling. Tijdens de behandeling kunnen zich breuken voordoen, geassocieerd met de moeilijkheden van deze cliënten om langdurige stabiele intieme relaties aan te gaan. De behandelaars zullen daarom op een open, creatieve en betrokken manier cliënten moeten benaderen, waarbij ze sensitief zijn voor breuken in de therapeutische relatie en vaardig genoeg om deze breuken te herstellen. Zelfs wanneer ze gepaard gaan met heftige emoties (zoals agressie).

11. Reflectie op de eigen gedachten, gevoelens en intenties

Gedurende alle fasen van de behandeling helpt de behandelaar de cliënt 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 cliënten bewust van het feit dat ze een binnenwereld van emoties en gedachten hebben, die hun gedrag stuurt en waar ze meer grip op kunnen krijgen.

12. Samenwerken met familie en andere naastbetrokkenen

Het uitgangspunt is dat naastbetrokkenen bij de behandeling worden betrokken tenzij er zwaarwegende contra-indicaties zijn. In overleg met de cliënt worden naastbetrokkenen op diverse momenten van de diagnostiek en behandeling uitgenodigd: om informatie te krijgen over het functioneren van de cliënt thuis, psycho-educatie te geven, om betrokkenen een rol te geven in het crisisplan, om behandelimpasses te begrijpen, om persoonlijke zaken te bespreken, maar ook om naastbetrokkenen tot steun te kunnen zijn. Het betrekken van naasten dient kortom tweerichtingsverkeer te zijn.

13. Continuïteit van zorg

Behandeling wordt doorgaans vooraf gegaan door andere behandeling en mogelijk op haar beurt gevolgd door een nieuwe behandeling. Elke afdeling streeft naar maximale continuïteit van behandelaanbod voor de cliënt, zowel binnen de afdeling als bij doorverwijzing naar een andere afdeling of wanneer het behandelbehoef een wijziging van setting vraagt (bv. klinische opname). Waar continuïteit desondanks niet gewaarborgd kan worden, wordt met de cliënt overlegd over diens keuzemogelijkheden en wordt in overleg met de cliënt gekozen voor een oplossing die continuïteit van behandeling 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 basishouding

Behandelaars van mensen met een persoonlijkheidsstoornis hanteren een basishouding die zich kenmerkt door:

- Bereidwillige, verwelkomende, enthousiaste en hoopvolle klinici en organisaties zullen de verwachting van een succesvolle behandeling maximaliseren.
- Het werken met deze doelgroep is een eigen keuze, dit wordt niet opgelegd van bovenaf.
- 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 goed te doen.
- De ontwikkeling van een goede therapeutische relatie wordt bevorderd door een houding van interesse, nieuwsgierigheid, respect, warmte, positieve houding, openheid, oorspronkelijkheid en flexibiliteit. Daarnaast zijn validatie en steun belangrijk, naast confrontatie.
- Een goede therapeutische relatie wordt ook bevorderd door actieve betrokkenheid van de cliënt bij het realiseren van de behandeldoelen. Een goede therapeut vraagt van zijn cliënt die betrokkenheid.
- De 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 cliënt'; 'help me te begrijpen wat er anders moet in therapie'). Een therapeut moet zijn cliënt graag zien en in actie komen wanneer er situaties optreden waarin hij zijn cliënt niet graag ziet.
- Behandelaars moeten actief zijn, niet observerend en reflecterend op afstand. Een actieve behandelaar biedt meer structuur en betrokkenheid, gericht op het willen verminderen van de last van de cliënt. Te neutrale gezichtsuitdrukkingen worden vaker als negatief geïnterpreteerd.
- Behandelaars hebben oog voor de gevolgen van de stoornis op het dagelijkse leven (opleiding, werk, naastbetrokkenen), en ondernemen daar actie op.
- Therapiesessies dienen op vaste momenten ingepland te worden.
- Reacties van de cliënt op de behandeling en op de therapeutische relatie moeten routinematig gemonitord worden.

Algemene behandelstrategieën

Een behandeling is een aaneenschakeling van stappen. Die stappen borgen samen de basisprincipes. De

behandeling is in negen stappen opgedeeld. Die stappen volgen logisch op elkaar maar kunnen in de praktijk soms door elkaar lopen. In deze paragraaf komen de algemene behandelstrategieën aan de orde.

STAP 1: Aanmelding

In de meeste instellingen komen mensen met een persoonlijkheidsstoornis binnen via een centraal intake team. Het is van belang dat de genoemde basishouding ook hier zo veel mogelijk worden ingevoerd, zodat mensen duidelijke informatie krijgen, op een manier gericht op samenwerking 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 afdeling zoveel mogelijk worden vermeden. Er dient goed gemonitord te worden of de overdracht van cliënten betrouwbaar plaatsvindt, of er duidelijke afstemming is wie het aanspreekpunt is voor cliënt en naastbetrokkenen en of dat duidelijk gecommuniceerd wordt, wie verantwoordelijkheid draagt indien er crisis optreden etc. Het verdient aanbeveling de procedures zo helder mogelijk te communiceren aan cliënt, bij voorkeur via goed leesbare folders en brieven.

STAP 2: Omvattende analyse

Bij een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis is het van belang dat de behandelaar de tijd neemt om een grondige analyse uit te voeren van de diverse probleemgebieden van de cliënt. De diagnose beperkt zich dus niet tot een klinisch etiket, maar ook sociale gegevens, gegevens uit de voorgeschiedenis (zowel van de verschijnselen van de persoonlijkheidsstoornis als van eventuele eerdere behandelingen), biografische gegevens (opleiding, hobbies) en risicofactoren worden geïnventariseerd. Het is verstandig om daar enkele gesprekken voor te nemen. Het heeft de voorkeur om de diagnose pas na deze gesprekken definitief te stellen, al zal in sommige instellingen de diagnose vanuit de intake gesteld worden en zal de cliënt op basis van de diagnose geïndiceerd worden voor het behandelprogramma.

STAP 3: Diagnose en psycho-educatie

De behandelaar bespreekt de diagnose met de cliënt en diens naastbetrokkenen. Belangrijker wellicht nog dan het meedelen van de diagnose, is het stimuleren van de cliënt (en naastbetrokkenen) om mee te denken hoe de persoonlijkheidskenmerken samenhangen met de veelal uiteenlopende problemen. De behandelaar zal daarbij het accent leggen op onderliggende problemen, zoals de moeite van cliënt om emoties te reguleren, de gevoeligheid van cliënt 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 is gedurende het proces sensitief voor de betekenis van de diagnose voor de cliënt en diens naastbetrokkenen.

Naast informatie over de diagnose zal de behandelaar ook informatie bieden over de behandeling en het behandelkader: wanneer vinden afspraken plaats, hoe kan de cliënt de afdeling bereiken, wat wordt van de cliënt verwacht en wat kan de cliënt 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.

STAP 4: Formulering behandelplan met een hiërarchie van behandeldoelen

De uitgebreide assessment vormt de basis voor een omvattende formulering van de problemen van de cliënt, waarin de belangrijkste thema's worden aangestipt en gerelateerd aan concrete behandeldoelen. Zo'n formulering helpt de cliënt om de samenhang tussen de probleemgebieden te zien. 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 cliënt. De behandelaar bepaalt de doelen in een overleg met de cliënt en naastbetrokkenen. Als het behandelplan geformuleerd is, wordt dit met de cliënt en naastbetrokkenen besproken. Samen met de cliënt maakt de behandelaar een behandeltraject 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).

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

Een van de eerste stappen in de behandeling is het maken van een crisisplan. 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. Het plan bevat ook contactgegevens en bereikbaarheidsinformatie van het behandelteam, de crisisdienst, de huisarts enzovoort. Verder bevat het aanwijzingen voor zowel hulpverleners als naastbetrokkenen over wat te doen bij crisis (denk bijvoorbeeld aan een contactpersoon voor opvang van jonge kinderen wanneer de ouder in crisis is). Bij het maken van een crisisplan kunnen naasten betrokken worden: zij hebben vaak zinvolle informatie over signalen van een oplopende crisis. Het wordt afgestemd met alle betrokkenen die hierin een rol spelen, inclusief de huisarts. Gedurende de behandeling wordt het risico op crisis voortdurend actief gemonitord en bij toenemende dreiging ook expliciet gecheckt met de cliënt. Zeker indien er incidenten plaatsvinden, die overeenkomen met de geïdentificeerde voorlopers, is expliciete risico-inschatting noodzakelijk.

STAP 6: Engageren en motiveren van de cliënt in de behandeling

Een van de primaire taken van het behandelteam is om de cliënt in de beginfase actief te committeren aan de behandeling en de motivatie te bevorderen. Dat kan door:

- Samenwerking na te streven
- De emotionele ervaring van de cliënt en de moeite om te veranderen te valideren
- Een betrokken, authentieke houding aan te nemen
- Beschikbaar te zijn op momenten van crisis (binnen de grenzen die vooraf werden aangegeven)
- Te steunen in praktische zaken, door bijvoorbeeld brieven te schrijven aan andere instanties, de cliënt te helpen bij aanvraag voor huisvesting enzovoorts
- Hoop te genereren, optimisme uit te stralen
- Relevante naasten te betrekken
- Te starten met kleine, haalbare doelen
- Overeenstemming te zoeken over doelen, samenwerking, afspraken
- Cliënt niet te gaan overtuigen, niet direct confronteren
- Outreachend te werken bij dreigend afhaken
- Naastbetrokkenen vanaf het begin goed betrekken

STAP 7: Evalueren en bijstellen behandelplan met alle betrokkenen

Het behandelplan is leidraad voor de uitvoering van de behandeling. Het dient op geregelde tijdstippen samen met de betrokken behandelers, de cliënt en naastbetrokkenen geëvalueerd te worden. Het gebruik van routine outcome monitoringinstrumenten (beter bekend als ROM) wordt daarbij aanbevolen. Evaluatie houdt in dat kritisch gekeken wordt naar het verloop van de behandeling in de afgelopen periode, redenen voor stagnatie of behandel succes worden benoemd en indien noodzakelijk worden doelen heroverwogen. Daarbij worden afspraken gemaakt wie wat doet de komende behandelperiode.

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

Naast het motiveren van de cliënt en het hanteren van crisissen, is het werken aan een goede therapeutische relatie heel belangrijk. Dit speelt een rol vanaf het begin, maar problemen kunnen zich ook voordoen wanneer de cliënt al een tijd in behandeling is en de therapeutische relatie hechter en intenser wordt. Vaak wordt zo'n relatie voor mensen die zo interpersoonlijk kwetsbaar zijn lastiger hanteerbaar. Behandelers monitoren voortdurend of er sprake is van wrijvingen, misverstanden, veranderingen in affectieve lading in het contact, teleurstellingen etcetera. Als dat het geval is, reageert de behandelaar daar sensitief en gepast op door de betreffende observaties aan de orde te brengen en te onderzoeken waar het is misgelopen en hoe de relatie weer hersteld kan worden.

STAP 9: Einde van de behandeling/afscheid/reductie van aantal sessies

De behandelaar kondigt iedere verandering in het behandeltraject – en dan in het bijzonder bij het beëindigen van het behandeltraject, het overdragen aan een andere instelling etc. – tijdig aan. Hij bespreekt dit en stemt dit af met de cliënt, zodat die weet waar hij/zij aan toe is en er ruimte komt voor thema's die te maken hebben met loslaten, en verlaten.

Specifieke behandelstrategieën

Naast deze meer algemene kenmerken en interventies van de behandeling is er ook een specifiek deel in de GIT-PD opgenomen (voor toelichting zie boven). Dit specifieke deel is een probleemoplossingsmodule. Er zijn vijf van deze modules, die zijn gericht op de behandeling van vijf specifieke symptomen die bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis veel voorkomen:

- Emotieregulatie
- Omgaan met stemmingen
- Impulscontrole
- Zelfverwonding
- Interpersoonlijke overgevoeligheid

In de bijlagen van het basisdocument zijn deze modules uitgebreid beschreven. In deze modules koppelen behandelaar en cliënt de problemen uit de probleembeschrijving aan de symptomen uit de modules. De gedachte is dus dat met de behandeling van de symptomen de cliënt de problemen uit de probleembeschrijving beter weet op te lossen.

Dit is de keuze die voor de GIT-PD is gemaakt. Echter, als een instelling in plaats van deze probleemoplossingsmodule liever DGT-modules of VERS wil integreren: ook goed. De GIT-PD beschrijft de hele organisatie, structuur, systematiek in de behandeling, niet de heel specifieke modules.

Resumerend

De GIT-PD geeft dus op verschillende niveaus van de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis leidraden. Zowel op het niveau van de therapeutische relatie, de kwaliteiten van de behandelaar, en de basisprincipes van de behandeling, als op het algemene en specifieke deel van de behandeling. Het gaat om onderling samenhangende aspecten. Een interventie uitvoeren zonder de principes van de basishouding daarbij te volgen maakt die interventie minder werkzaam.

De plaats

De GIT-PD is niet bedoeld om de effectieve bestaande psychotherapieën te vervangen. Geen competitie dus, maar wel aanvulling. Met de GIT-PD menen we de TAU zoals die nu binnen GGZ-instellingen wordt gegeven te verbeteren. Dat doen we dus door de kenmerken die de psychotherapieën effectief maken in een samenhangend, geïntegreerd kader aan te bieden in combinatie met een standaardinterventie (de probleemoplossingsmodule) De GIT-PD is ontwikkeld voor een grote groep cliënten, maar staat naast de genoemde vier psychotherapieën die hun aandeel in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis behouden en wellicht zelfs in de toekomst verruimen. Met de implementatie van de GIT-PD neemt het aanbod aan hoogwaardige zorg en behandeling in GGZ-instellingen voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis toe.