

Zorgprogramma
Persoonlijkheidspathologie
en
Traumagerelateerde stoornissen

GGzE
Circuit Behandeling

Programma methodisch innovatief

INHOUD

❖ Inleiding	2
❖ Omschrijving doelgroep van het zorgprogramma	4
❖ Continuïteit van zorg	4
❖ Preventie	4
❖ Omvang doelgroep	5
❖ Subgroepen	6
❖ Verwijzing	7
❖ Diagnostiek	7
❖ Doelstelling en fasering van de zorg	9
❖ Activiteiten in het zorgprogramma	10
❖ Setting	13
❖ Behandelcoördinatie	15
❖ Subprogramma 1 (psychotische persoonlijkheidsstructuren)	16
❖ Subprogramma 2 (ernstige borderlinestoornissen)	23
❖ Subprogramma 3 (persoonlijkheidspathologie & posttraumatische beelden)	28

Bijlagen

❖ Plaatsbepaling zorgprogramma en patiënten routing	I
❖ Definities	II
❖ Structurele persoonlijkheids diagnostiek	IV
➢ Kernberg	IV
➢ Gunderson	V
➢ Gedo	VI
➢ Typering van borderline patiënten	VIII
❖ Psychodynamische psychiatrie: farmacotherapie en betekenisgeving	XI
❖ 'Chronische' psychotherapie	XVI
❖ Psychotherapie bij psychotici	XVIII
❖ Relationship management	XXIII
❖ De plaats van de kliniek	XXV
❖ Klinische behandeling Centraal Specialistische Zorg	XXXVII
❖ Organisatie van de zorg bij ernstige persoonlijkheidspathologie	XXXII

Inleiding

Het ordenen van zorgprocessen in zorgprogramma's levert een bijdrage aan het inzichtelijk maken en expliciteren van activiteiten van professionals. Als uitgangspunt bij de beschrijving van de verschillende onderdelen van het zorgprogramma is het bio-psycho-sociale model gehanteerd, hierin zijn biologische, psychologische en sociale gezichtspunten geïntegreerd. Het zorgprogramma is ontwikkeld volgens de opzet welke omschreven staat in het boekje '**Handleiding GGZ programma's**' (COPS, 1996). Voor het uitschrijven van de behandelprogramma's is royaal gebruikt gemaakt van het **programma persoonlijkheidsstoornissen van het Regionaal Psychiatrisch Centrum Woerden**.

Dit zorgprogramma zal naast een zorgprogramma psychotische stoornissen en een voordeur- en basis-programma met daarin opgenomen zeer korte directieve behandelmethodieken en een scala aan protocollaire behandelvormen¹ (o.a. stemmingstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, type I traumata), de ruggengraat vormen van het behandel aanbod in het circuit behandeling. *Zie voor een globaal overzicht de bijlage: **Plaatsbepaling zorgprogramma en patiënten logistiek**. (pag. I)*

De werkgroep klinische traumabehandeling:

C. Joosten	voorzitter
J. Beniers	zorgmanager RCE
J. van de Boomen	programmamanager CLH
J. Huisman	programmamanager generalistisch a.i.
R.J. van Montfoort	programmamanager methodisch-innovatief
A. Gerits	coördinator E.H.V
M. Levelink	psycholoog-psychotherapeut CSZ
M. Smulders	psycholoog-psychotherapeut CSZ/RCE
E. van Acker	1e verpleegkundige CSZ
T. Horemans	psychiater CSZ(voorzitter a.i.)
R. Peeters	aandachtsfunctionaris therapie CSZ
B. Simons	psychiater KIB

Redactie nota:

R.J. van Montfoort
T. Horemans

¹ Behandelprotocollen zijn richtlijnen voor diverse doelgroep gerelateerde behandelingen.

Samenvatting

Doelgroep²

Het gaat om een zeer heterogene doelgroep. Op grond van de verschillen in uitingsvorm van de pathologie en verschillen in de manier waarop de werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener vorm gegeven moet worden, is het, om continuïteit van zorg te garanderen, nodig om een 4 tal subprogramma's te vormen.

1. patiënten met psychotische reacties op stress of contact (paranoïde- of schizotypische persoonlijkheidskenmerken) met of zonder dissociatieve verschijnselen of complexe posttraumatische stress-stoornissen
2. ernstige borderlinestoornissen, al of niet met dissociatieve verschijnselen, gedragsproblemen, of complexe posttraumatische stress-stoornis
3. patiënten met mildere persoonlijkheidsproblematiek al of niet in combinatie met dissociatieve stoornissen, of posttraumatische stress-stoornis
4. posttraumatische stress-stoornis in combinatie met ontheemding (vluchtelingen/migranten)

Structurele persoonlijkheidsdiagnostiek

De structurele diagnostiek van de persoonlijkheid is essentieel voor de indeling in subgroepen en wordt uitgebreid beschreven in de bijlagen (pag.IV t/m X).

Omschrijving zorgproces

Na beschrijving van de hulpvraag, de diagnostiek, doelstelling en activiteiten, die voor de hele groep gelden, worden voor de eerste 3 groepen aparte subprogramma's beschreven. Hierin komen steeds de volgende punten aan de orde:

- samenvatting van de problematiek
- de hulpvraag
- de doelstellingen
- de attitude van de hulpverlener
- de hulpverleningsactiviteit

Fasering behandeling

Er is ervoor gekozen om het hulpaanbod in 4 fasen met ieder een eigen doelstelling onder te verdelen.

Deze fasen zijn:

- start van de behandeling (assessment, motivering en introductie)
- stabilisatie en symptoom management
- behandeling van dieptestructuren (verwerken van focale trauma's en traumatische hechtingsrelaties, rouw doorwerken)
- consolidatie (rouw, afscheid, rehabilitatie en reïntegratie)

Verder worden de activiteiten verdeeld naar setting, dat wil zeggen in ambulante-, deeltijd- en klinische activiteiten, zowel binnen een regionaal centrum als binnen gespecialiseerde semi-murale of intramurale voorzieningen.

Het **programma voor ontheemden** wordt later verder uitgewerkt.

² De groep met acute stress-stoornissen en type I traumata komen in aanmerking voor een protocollair behandelaanbod in het voordeur-/ basis-programma

Doelgroep zorgprogramma persoonlijkheidspathologie & trauma gerelateerde stoornissen

De gevolgen van chronische, veelal op jonge leeftijd begonnen, interpersoonlijke traumatisering door fysieke en/of psychische mishandeling (abuse) en/of verwaarlozing (neglect) of door seksueel misbruik zijn frequent een reden om psychiatrische hulp in te roepen. De gevolgen van deze traumatisering zijn ernstig psychisch lijden en beperkingen in persoonlijk, sociaal en gevoelsmatig functioneren door onvermogen om passende relaties aan te gaan, voortdurende herbeleving van traumata, vermijding van situaties die aan trauma kunnen herinneren, afstomping van affecten of aanhoudend verhoogde prikkelbaarheid. In deze groep van vroeg getraumatiseerden treffen we veelal tevens meer of minder erge persoonlijkheidsproblematiek aan. Klinisch manifesteert deze groep van patiënten zich met uiteenlopende hechtingsproblemen en vaak in de tijd wisselende psychiatrische symptoomcomplexen. De gevolgen van traumatisering zijn maatschappelijk kostbaar en veroorzaken aanzienlijke belemmering in de uitvoering van sociale rollen in familie, studie en werk. Onder deze patiënten komen verhoogde sterftcijfers voor door ongelukken en suïcidepogingen. Mensen met trauma gerelateerde stoornissen en persoonlijkheidspathologie hebben sterk invaliderende klachten van een doorgaans langdurig karakter. De behandeling is complex en langdurig en kent een grote mate van soms 'wanhopig' eclecticisme. Door heterogeniteit van de doelgroep en gebrek aan consistente behandelstrategieën is het moeilijk om uitspraken te doen over de prognose.

Continuïteit van zorg in programmatische zin

Continuïteit van zorg moet een peiler van het zorgprogramma zijn. Van Meekeren wijst op de iatrogene schade door slechte organisatie van zorg aan borderline patiënten. (bijlage XXXII) Continuïteit kan continuïteit in persoon zijn, maar beter is een programmatische samenhang, waarbij een gedeelde visie op pathologie, een coherent therapeutisch aanbod en multidisciplinaire behandeling met bijpassende behandelingscoördinatie, de continuïteit van zorg biedt. Deze behandeling is geïndiceerd voor complexe problematiek die niet in het voordeur- of basisprogramma te behandelen valt, voor patiënten die in meerdere settings behandeld moeten worden en voor patiënten met de neiging sterk aan een persoon te gaan hangen op een niet productieve manier, dit zijn patiënten die baat hebben bij 'verdunding van de overdracht'.

Risico's zitten in logistieke verwickelingen, bureaucratie, verlies van overzicht door patiënt of hulpverlener, wie is nu precies verantwoordelijk voor wat, met als gevolg 'georganiseerde eenzaamheid' voor patiënten.

Contra-indicaties zijn situaties waar enkelvoudige behandeling voldoende is, bij patiënten die sterk chaotiseren en bij wie toename van het aantal hulpverleners de ernst van de klachten exponentieel doet toenemen.

Preventie

Preventie activiteiten maken onderdeel uit van het programma, deze zijn gericht op voorkomen van verergering van de stoornissen, i.h.b. voorkomen van regressieve gedragspatronen, voorkomen van hospitalisatiegedrag, voorkomen van verslavingen en tegengaan van sociaal isolement of uitstoting.

Aandacht voor de kinderen van patiënten moet volgende generatie pathologie verminderen. (standaard screening kinderen van patiënten?³)

De doelgroep zal zeker baat hebben bij een vorm van terugval preventie na beëindigen van de behandeling.

³ Opzet van deze screening moet in samenwerking met kinder- & jeugdpsychiatrie gebeuren en wordt momenteel voorbereid door M. Weltevrede(afd. preventie).

Raming van de omvang van de doelgroep

Uitgaande van een huidige populatie en een instroom van 1 nieuwe patiënt per week, komen we op onderstaand aantal patiënten. Hierin is een 50% drop-out percentage verrekend.

In de kolom patiënten wordt een schatting gemaakt van de instroom van het aantal patiënten, die nu bij genoemde locaties in zorg zijn. De kolommen I,II,III geven de verdeling over de 3 subgroepen aan. Uitgaande van een instroom van 1 nieuwe patiënt per week, worden vervolgens steady state ramingen gemaakt, waarin aantal sessies en drop-out zijn verwerkt.

		<u>I</u> 10%	<u>II</u> 20%	<u>III</u> 70%	<u>Totaal zorgprogramma</u>
Huidige populatie	<u>Patiënten</u>				
RCE	20	2	4	14	
RCV	10	1	2	7	
RCG	7	1	1	5	
CSZ	40	4	8	28	
Spec. Psychotherapie	10	1	2	7	
	87	9	17	61	87
		15%	30%	55%	
Instroom per week	1	0	0	1	
Drop-out rate	50%				
Aantal sessies		200	50	200	
Steady state		15	8	55	78
totaal		24	25	116	165

In deze cijfers is de instroom van patiënten voor klinische psychotherapie, die gezien hun persoonlijkheidspathologie ook tot de doelgroep van het programma horen niet verwerkt.

Zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie & Trauma Gerelateerde Stoornissen

Indeling in subgroepen

In het zorgprogramma trauma gerelateerde stoornissen en persoonlijkheidspathologie is gekozen voor een indeling in 4 groepen die hieronder kort worden beschreven, hierbij zijn de volgende overwegingen gebruikt:

- de verschillen in uitingsvorm van de pathologie;
- de verschillen in attitude waarmee de hulpverlener zich dient op te stellen en de wijze waarop de werkrelatie tussen patiënt en hulpverlener vorm gegeven dient te worden.

1. Patiënten met psychotische reacties op stress of contact (paranoïde- of schizotypische persoonlijkheidskenmerken) met of zonder dissociatieve verschijnselen of complexe posttraumatische stress-stoornis.

Dit zijn patiënten met paranoïde- of schizotypische persoonlijkheidskenmerken die in structurele zin een zeer zwakke integratie of een psychotisch organisatie niveau hebben. Hun centrale angst is die van vernietiging of desintegratie. Daarnaast PTSS volgens DSM IV en/of DIS NAO

2. Ernstige borderlinestoornissen, al of niet met dissociatieve stoornissen, gedragsproblemen, of complexe posttraumatische stress-stoornis.

Dit zijn patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM IV (meer dan 7) kenmerken en een borderline persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg⁴ voornamelijk functionerend op lower-level niveau en functionerend op niveau 3 van Gunderson⁵. Op het ontwikkelingsniveau volgens Gedo⁶ functioneren ze op borderline niveau. Daarnaast zijn er kenmerken van een gedragsstoornis en/of dissociatieve - of chronische posttraumatische stress-stoornis volgens de DSM IV classificatie. Een centrale angst bij deze patiënten is de angst voor het alleen zijn, versus de angst voor nabijheid van de ander.

3. Patiënten met mildere persoonlijkheidsproblematiek al of niet in combinatie met dissociatieve stoornissen, of posttraumatische stress-stoornis.

Dit zijn patiënten met persoonlijkheidsproblematiek of een dissociatieve stoornis of PTSS volgens de DSM IV criteria en daarnaast een cluster B of C persoonlijkheidsstoornis, of persoonlijkheidsstoornis NAO volgens de DSM IV of geen duidelijke persoonlijkheidsstoornis met alleen chronische PTSS. In structurele zin is er een borderline of neurotische persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg, functionerend op medium of higher level borderline volgens Kernberg of niveau 1 of 2 volgens Gunderson. Op het ontwikkelingsniveau volgens Gedo functioneren ze op narcistisch c.q. neurotisch niveau.

4. Posttraumatische beelden bij ontheemden (vluchtelingen/migranten)

Een specifieke, inhoudelijke omschrijving van de eerste 3 groepen vindt plaats bij de hoofdstukken over de verschillende subprogramma's.

⁴ Zie bijlage: pag. IV Kernberg

⁵ Zie bijlage: pag. V Gunderson

⁶ Zie bijlage: pag. VI, VII Gedo

Verwijzing

Verwijzing naar het zorgprogramma trauma gerelateerde stoornissen en persoonlijkheidspathologie is mogelijk vanuit het voordeurteam, wanneer daar als hoofddiagnose een posttraumatische stress-stoornis, dissociatieve stoornis of ernstige persoonlijkheidsstoornis wordt vermoed of vastgesteld. Of uit een ander behandelprogramma of andere behandelsetting, wanneer na succesvolle of stagnerende behandeling een trauma gerelateerde stoornis cq. persoonlijkheidsstoornis wordt vermoed.

De globale indicatiestelling voor het zorgprogramma vindt plaats in het MDIO en wordt bevestigd, door de indicatie-commissie van het zorgprogramma.

Behandeling in het zorgprogramma trauma gerelateerde stoornissen en persoonlijkheidspathologie kan plaatsvinden indien:

- er een hulpvraag van patiënt en/of omgeving is die verband houdt met de gevolgen van psychologische en/of fysieke traumatisering (abuse en/of neglect).
- er een zodanig disfunctioneren en/of subjectief lijden is dat behandeling noodzakelijk is
- behandeling, begeleiding of verzorging in een ander programma in eerste instantie niet eerder geïndiceerd is
- het niet al op voorhand duidelijk is dat patiënt door sociale, geografische of andere niet medische oorzaken verhinderd zal worden in voldoende mate van het programma te profiteren
- de hoofddiagnose geen antisociale persoonlijkheidsstoornis is (met als kenmerk het grotendeels of totaal ontbreken van empathie en sympathie met anderen)
- de patiënt geen dusdanige psychotische persoonlijkheidsorganisatie heeft dat psychosebehandeling of rehabilitatie casemanagement vanuit circuit complexe & langdurige hulpvragen beter is

Hulpvraag

De hulpvraag van patiënten die zich melden, kan rechtstreeks betrekking hebben op verwerking van een trauma als zodanig, maar ook in eerste instantie andere problemen betreffen. Dit omdat de aanwezigheid van een trauma gerelateerde stoornis kan leiden tot een scala van klachten, zoals chronische depressiviteit, psychogene lichamelijke klachten, angstklachten, arbeidsproblemen, relatieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries, verslavingsproblemen en agressie.

De hulpvraag kan parallel aan de symptomatologie van zeer diverse aard zijn. Comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en andere symptoomstoornissen komt veelvuldig voor. Mede daarom heeft de hulpvraag bij aanmelding dikwijls niet zozeer betrekking op de aanwezigheid van een posttraumatische stress-stoornis en/of persoonlijkheidspathologie, maar staan klachten voortkomende uit de bijkomende symptoomstoornis soms in eerste instantie op de voorgrond. Het kan gaan om uiteenlopende klachten, zoals de aanwezigheid van angst- of depressieve klachten, dissociatieve klachten, of dissatisfactie op talrijke levensgebieden. In veel gevallen kan persoonlijkheidsstoornis en/of PTSS als een 'onderliggende' stoornis beschouwd worden.

Diagnostiek

Het onderzoeken van de aanwezigheid van hechtingsstoornis en traumatische voorgeschiedenis en de wijze waarop de problematiek zoals die zich uit daaraan is gerelateerd, is een belangrijk onderdeel van de diagnostische fase en krijgt met name gewicht naarmate traumatisering langer geleden is. Daarnaast is de diagnostiek gericht op het in beeld brengen van luxerende momenten die er oorzaak van zijn dat het trauma weer gaat opspelen. Naast dit onderzoek is diagnostiek van de persoonlijkheid noodzakelijk. In het algemeen geldt dat persoonlijkheidsonderzoek niet goed mogelijk is als iemand manifest psychotisch, in paniek, ernstig depressief of manisch is en dat dan met name de

afname van psychologische test niet aangewezen is. In die gevallen zal eerst de ernstige psychiatrische symptomatologie behandeld moeten worden, alvorens nadere diagnostiek kan worden uitgevoerd. Dit zal in het generalistische (basis-)programma moeten plaats vinden, behalve als uit beschikbare gegevens het overduidelijk is dat behandeling in het zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en trauma-gerelateerde stoornissen aangewezen is.

De diagnostiek binnen het zorgprogramma dient uitsluitend te geven over:

- of er een dissociatieve stoornis of posttraumatische stress-stoornis is en welk type dat is
- of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis met classificatie van deze stoornis volgens DSM IV kenmerken en een indeling in ontwikkelingsniveau (Kernberg, Gunderson, Gedo)
- beschrijving van lijdensdruk en hulpvraag, zowel bij patiënt als zijn omgeving
- inschatting van bruikbaarheid van psychotherapie
- beschrijven van speciale aandachtspunten bij de behandeling van patiënt, zoals medicatie, verslaving, problemen met dagvulling en werksituatie, problemen in gezin (KOPP), huwelijk of relatie, het ontbreken van een minimaal sociaal netwerk
- mogelijkheid tot evaluatie van de behandeling

Diagnostiek vindt niet alleen plaats aan het begin van de behandeling, maar ook tijdens de behandeling kunnen vragen ontstaan waarvoor aanvullende diagnostiek nodig is.

Onderzoeksmethode

1. Uitgebreide anamnese en biografie, inclusief traumageschiedenis (indien nog niet gedaan in het voordeurprogramma).⁷
2. Diagnostisch interview.
 - semi-structureerde interviews (SCID-D en SCID-II)
 - een structureel interview volgens Kernberg
3. Psychometrie
 - intelligentieonderzoek
 - MMPI
 - SCL-90

⁷ Algemene diagnostiek

- Inventarisatie van klachten
- Levensgeschiedenis (familie, school, werk, relaties, hobby, contacten met justitie)
- Somatiek
- Psychiatrische voorgeschiedenis (eerdere behandelingen, resultaat van eerdere behandelingen, wat werkte wel, wat werkte niet)
- Familiale belasting
- Steunsysteem (partner, contacten met familie, contacten met kennissen en vrienden, relatie met ouders, tekortschietende redders)
- Dagelijks functioneren volgens een aantal levensterreinen
- Medicatie
- Gebruik van alcohol of drugs

Traumadiagnostiek

- Traumageschiedenis
- Aantal trauma's
- Soort trauma
- Leeftijd waarop trauma begon en stopte
- Waardoor stopte het trauma?
- Hoe heeft de omgeving gereageerd op het trauma?
- Loopt er op dit moment een juridische procedure of gaat de patiënt er binnenkort een starten?
-

- Vragenlijst Kenmerken van Persoonlijkheid (VKP).⁸ Een vragenlijst is vooral nuttig om te screenen op de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidspathologie moet dus met gestructureerde klinische interviews bevestigd worden. (SCID-II, IPDE)
- Beoordeling van aanwezigheid van posttraumatische stress-symptomen (Schokverwerkingslijst)
- Screening voor dissociatieve stoornissen vindt plaats d.m.v. DES, SDQ 20, de diagnose wordt bevestigd door SCID-D.
- Ten behoeve van de behandel-evaluatie worden aan het begin en aan het eind van de behandeling vragenlijsten afgenomen die een indicatie geven van de klachten en kwaliteit van leven die patiënt ervaart. Er zijn een groot aantal zelfbeoordeling-lijsten, een mogelijke keuze kan zijn de symptoom checklist (SCL-90), Sickness Impact Profile (SIP), Nieuwkoopse vragenlijst (NVL).

4. Heteroanamnese en/of systeemonderzoek.
5. Dossieronderzoek voor behandelvoorgeschiedenis.
6. Somatisch onderzoek.

Tijdsinvestering

Diagnostische fase bestaat uit minimaal 3 tot 5 sessies van 45 minuten, de semi-gestructureerde interviews zijn hierin inbegrepen. Afnametijd van genoemde semi-gestructureerde interview bedraagt minimaal 90 en maximaal 180 minuten. De zelfbeoordelingvragenlijsten kunnen buiten die tijd gemaakt worden.

Deskundigheid

Diagnostiek van posttraumatische beelden, dissociatieve klachten en persoonlijkheidspathologie wordt gedaan door psychiaters, psychologen, (psycho)therapeuten, met een goede kennis van persoonlijkheidspathologie, persoonlijkheidspsychologie, dissociatieve stoornissen en de beschikbare behandelmogelijkheden. Psychologische tests worden gedaan door of onder begeleiding van daartoe gekwalificeerde psychologen.

Organisatie

De diagnostiek gebeurt dual, dat wil zeggen de patiënt wordt altijd gezien door zowel een medische discipline als de sociaal-wetenschappelijke discipline en het behandelplan wordt multidisciplinair vastgesteld.

Doelstelling

Algemene doelstelling van het programma:

- verlichten en dragelijk maken van de symptomatologie
- voorkomen van verergeren van symptomatologie
- vergroten van vaardigheden
- optimaliseren van dagelijkse levensomstandigheden: wonen, financiën, dagbesteding
- verbeteren, versterken van het sociaal netwerk
- acceptatie van de stoornis en beperking
- het aanleren van adequate denk-, belevings- en gedragspatronen waardoor het subjectief ervaren welzijn toeneemt en het maatschappelijk, interpersoonlijke functioneren in relatie tot relevante anderen verbeterd
- afhankelijk van iemands persoonlijke draagkracht en coping-strategieën kan de nadruk liggen op verwerking van het trauma of op stabilisatie en symptoomreductie

Fasering van de zorg

⁸ deze vragenlijst wordt sterk beïnvloed door as I pathologie, is sensitief maar weinig selectief

In de hulpverlening aan de drie subgroepen wordt gefaseerd aan de verschillende doelstellingen gewerkt. Er worden vier achtereenvolgende fasen onderscheiden, die elkaar ook enigszins kunnen overlappen. Van patiënt tot patiënt zal beoordeeld worden welke activiteiten binnen elke fase gegeven gaan worden en of het zinvol is om een fase over te slaan, of terug te keren naar een vorige fase.

Fase 1, Start van de behandeling (assessment, motivatie en introductie).

In deze fase vindt de diagnostiek plaats en dient patiënt en eventuele systeemleden op cognitief niveau meer zicht te krijgen op de aard en het ontstaan van de klachten en problemen en de wijze waarop in de behandeling daaraan kan worden gewerkt. Middels een adviesgesprek wordt de diagnostische fase besproken. Beoogd wordt een werkerelatie op te bouwen, waarin de patiënt en/of het systeem zich medeverantwoordelijk voelt/voelen voor de gewenste veranderingen. Het geven van uitleg, maken van behandelafspraken en het formuleren van werkdoelen zijn in deze fase de belangrijkste activiteit ('informed consent').

Fase 2, Symptoommanagement en stabilisatie

Deze fase is gericht op het verminderen en dragelijker maken van symptomen op zowel As I als As II niveau en beoogt verandering van disfunctionele denk- en gedragpatronen te bereiken. In deze fase stuit men op belevingen die niet veranderen onder invloed van symptoomvermindering, veranderende cognities en ander gedrag omdat ze verankerd zijn in al of niet traumatische jeugdervaringen.

Fase 3, Behandeling van dieptestructuren

Deze fase heeft als doel het leren hanteren, zo mogelijk het bewerken van diep verankerde emotionele structuren, die gebaseerd zijn op jeugdervaringen en trauma's die doorwerken in de daaropvolgende levensfasen. Doorwerken van focale trauma's en traumatische hechtingsrelaties vindt hier plaats. Rouw verwerking is hier een onderdeel.

Fase 4, Consolidatie

De laatste fase beoogt het duurzaam maken van bereikte veranderingen, er wordt stilgestaan bij wat wel en bij wat niet veranderd kan worden en de gevolgen daarvan voor het verdere functioneren in relaties en andere sociale verbanden. Met verdere aandacht voor rouw over wat er gebeurd is en/of niet meer kan en het losmaken en afscheid nemen van behandelaren en het programma. Er is aandacht voor systematische rehabilitatie. Mogelijkheid en doelen van verdere begeleiding worden besproken. Bij afsluiten van de hulpverlening wordt stilgestaan bij terugvalpreventie en de mogelijkheden van heraanmelding.

Modulen en activiteiten binnen het zorgprogramma

De groep patiënten in het zorgprogramma heeft een heterogene samenstelling en er bestaat een diversiteit aan behandelvormen. Dit hangt samen met de structuurpathologie en de in de persoonlijkheid gelegen talenten, het al of niet voorkomen van meer of minder ernstige vormen van dissociatieve symptomatologie, de aard van de hulpvraag, de motivatie van patiënt en zijn sociale inbedding

In het algemeen moet men in de behandeling van de patiënt in de doelgroep rekening houden met de volgende factoren:

- het regelmatig voorkomen van voortijdig beëindigen van de behandeling
 - de contactfase in het begin van de behandeling is in dit verband van groot belang
- het voorkomen van ernstige en sterk wisselende symptomatologie

- de noodzaak van flexibiliteit en continuïteit in de behandeling
- het meestal nodig zijn van een langerdurende behandeling (gemiddeld 2 tot 5 jaar, welke regelmatig uitgestrekt zal zijn over meerdere settingen)
- ingewikkelde overdrachts- en tegenoverdrachtspatronen.

Psychotherapie

De psychotherapeutische behandeling kan alle erkende psychotherapeutische behandelvormen omvatten. Behandeling kan gericht zijn op inzicht, maar zal vaak de nadruk leggen op het aanleren van handelingsstrategieën in de omgang met de gevolgen van het trauma of hechtingsstoornis. Uitgangspunt is dat steunende inzichtgevende psychotherapie gegeven wordt aangepast aan de mogelijkheden van patiënt.

Er is nog niet zoveel gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapeutische behandeling van patiënten uit deze doelgroep gedaan. Wel is bekend dat de indicatie voor openleggende behandeling bij trauma patiënten steeds behoedzamer gesteld wordt in vergelijking met enkele jaren geleden.

Studies van Linehan betreffende cognitieve gedragstherapeutische behandeling (**dialectische gedragstherapie**) van borderline patiënten met parasuïcidaal gedrag en misbruik en verwaarlozing in de voorgeschiedenis zijn methodisch goed en gecontroleerd opgezet. DGT in zijn totaliteit uitgevoerd, dat wil zeggen inclusief vaardigheidstraining, individuele psychotherapie en telefonische bereikbaarheid blijkt succesvol bij patiënten die bij andere behandeling weinig of geen baat vinden.

Van **psychoanalytische psychodynamische psychotherapieën** in het continuüm van openlegend naar steunend zijn voor de doelgroep posttraumatische stressstoornissen weinig gecontroleerde studies bekend. Op het gebied van persoonlijkheidspathologie is er een beperkt indicatiegebied voor ambulante psychodynamische therapieën bij goed geïntegreerde persoonlijkheidsstructuren. Bij minder geïntegreerde persoonlijkheidsstructuren komen gemodificeerde ambulante procesgerichte psychotherapieën in aanmerking, zoals '**chronische**' **psychotherapie**,⁹ of **klinisch psychotherapeutische behandelingen** (PDC, Wende).

Voor persoonlijkheidspathologie zijn **cognitieve therapievormen** in opkomst (oa. scheme oriented cognitive therapy - Young), ook voor **interpersoonlijke psychotherapie** (IPT) zou een rol zijn weggelegd.

Voor traumabehandeling zijn er protocollaire vormen voor type I trauma's en er is een protocollaire behandelvorm voor incestslachtoffers (J. Herman) waarvan de effectiviteit aannemelijk is. Het EHV aanbod in de eerste lijn kent geen gecontroleerde effectiviteits studies maar heeft talrijke tevreden gebruikers en kan een rol spelen als behandelaanbod voor met name patiënten uit subgroep 3

De betekenis van rouw:

Rouw is soms expliciet en steeds impliciet aan de orde. Bij het begin van de behandeling zal het er vaak over moeten gaan dat intensievere op verwerking gerichte therapieën niet geïndiceerd en/of niet mogelijk zijn. Dit aspect wordt bij het begin van de behandeling expliciet besproken en in een cognitief en structurerend kader geplaatst, waarop kan worden teruggegrepen.

De mate waarin de rouw kan worden beleefd en bewerkt is afhankelijk van het separatie-individuele-niveau dat is bereikt. Vaak is het bewerken van rouw slechts ten dele mogelijk.

Valkuilen in de langdurige psychotherapeutische behandeling van deze groep:

Een lang lopende laagfrequente psychotherapie kent nogal wat technische problemen en valkuilen. Een valkuil is dat er sprake kan zijn van een **schijncontact**, waarbij de therapeut de illusie heeft dat het contact als 'holding' een voldoende waarborg is voor groei, terwijl de

⁹ Zie bijlage: pag. XVI 'chronische psychotherapie, Jaap Voorhoeve

therapeut steeds meer de plaats gaat innemen van een hulpego. Het wordt dan een steunende begeleiding met het risico van het ontstaan van een **afhankelijkheidsrelatie**.

Globale contra-indicaties voor exploratieve (trauma)-behandeling zijn momenteel:

- Levensfase (middelbare leeftijd, belastende gezinsomstandigheden, of lichamelijke ziekten, zorg voor zeer jonge kinderen)
- Wanneer traumata grotendeels onbewust zijn
- Ernstige persoonlijkheidspathologie en hechtingsstoornissen
- Ontbrekend sociaal netwerk
- Doorgaand misbruik
- Onvoldoende stabiliteit

Sociaal psychiatrische begeleiding.

Er is geen gecontroleerd onderzoek naar sociaal psychiatrische begeleiding of case-management bekend.

Sociaal psychiatrische begeleiding is geïndiceerd in het kader van dagstructurering, het vinden van werk, het regelen van thuiszorg en het regelen van financiële problemen, etc.

Psycho-educatie

Psycho-educatieve activiteiten rond 'gevolgen van traumatisatie' en de behandeling daarvan wordt geboden aan patiënten en indien wenselijk aan familie.

Systeembehandeling

Systeembehandeling begint veelal met informatieverschaffing over trauma en persoonlijkheidspathologie. Daarna kan gezins- of partnerrelatietherapie volgen.

Non-verbale therapie

Non-verbale therapieën maken deel uit van het ambulante/deeltijd/klinische aanbod. Het betreft psychomotore therapie, creatieve therapie en activiteitenbegeleiding. Psychomotore therapie wordt met name geboden aan slachtoffers van mishandeling en seksuele trauma's, maar ook voor getraumatiseerde ontheemden lijkt er een indicatie te zijn. Deze patiënten kenmerken zich veelal door een zeer negatieve lichaamsbeleving. Creatieve therapie biedt de gelegenheid om stabilisatie technieken als begrenzing en balans houden tastbaar en aanschouwelijk te maken en kan erop gericht zijn uiting te geven aan een onbewuste laag die verbaal nog niet goed door de patiënt kan worden geuit. De activiteitenbegeleiding behoort tot het standaard aanbod in het kader van dagstructurering.

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling van posttraumatische beelden en persoonlijkheidspathologie vormt een jong onderzoeksterrein. Er zijn weinig dubbelblind gecontroleerde studies. Het meest onderzocht is de borderline persoonlijkheidsstoornis, waarbij vooral de behandeling met antipsychotica het best gedocumenteerd is. Bij deze groep lijkt er ook plaats te zijn voor serotonine re-uptake remmers (SSRI), stemmingsstabilisatoren en MAO-remmers. Het focus van farmacotherapeutische interventies is gericht op symptoomclusters.

- Het **cognitief/perceptionele cluster** correspondeert met dopaminerge-systemen en kan reageren op antipsychotica.
- Het **impulsieve/agressieve cluster** correspondeert met het serotonerge-systeem en vooral stemmingsstabilisatoren kunnen hier effectief zijn.
- Het **affectieve cluster** correspondeert met het serotonerg/noradrenerg-systeem en hier zijn antidepressiva i.h.b. SSRI en MAO-remmers effectief.
- Het **angstcluster** correspondeert met het GABA-systeem. Hier zijn minortranquillizers effectief (cave verslaving of paradoxale reacties, het gebruik van benzodiazepines dient spaarzaam te zijn).
- bij **posttraumatische stressstoornissen** komen regelmatig ontregeling van de slaap voor. Bij **alleen slaapstoornissen** kan een hypnoticum geïndiceerd zijn, er is echter

groot risico op verslaving. Lage doses pipamperon of trazodon kunnen effect hebben. Bij **meerdere PTSS-symptomen** is een SSRI geïndiceerd, wanneer na 12 weken geen effect is bereikt, is een ander SSRI aangewezen. Wanneer dit ook niet helpt is een behandeling met een stemmingsstabilisator, TCA of MAOI aangewezen. Propanolol en clonidine geven incidenteel vermindering van de klachten.¹⁰

Als aanbevelingen kan worden gedaan:

- Een symptoomgerichte aanpak gericht op symptoomclusters verdient de voorkeur.
- Enkelvoudige farmacotherapie heeft de voorkeur.
- Behandelduur kort en gericht op acute symptomatologie (weken tot maanden).
- Er bestaat een groot gevaar voor verslaving en misbruik.
- Medicamenteuze behandeling dient geïntegreerd te worden in een psychosociaal psychotherapeutisch behandelingsperspectief en ook in farmacotherapeutische behandeling van deze patiëntengroep speelt een psychodynamische krachtenspel met overdracht en tegenoverdracht tussen farmacotherapeut en patiënt.¹¹

Setting

Behandeling in het zorgprogramma is in beginsel ambulant, bij noodzaak van intensivering van behandelaanbod komt deeltijd in beeld; in een enkele situatie is een kortdurend klinisch traject noodzakelijk. De klinische opname zal vooral geïndiceerd zijn voor crisisinterventie.¹² Wel zijn er specifieke indicaties voor langerdurende klinische behandeling in speciaal op borderline behandeling gerichte kliniek-settings. Dit is vooral voor patiënten met groepspsychotherapeutisch te bewerken hechtings-problematiek. In het zorgprogramma kan dit in het aanbod van het (methodisch) **klinisch psychotherapeutisch programma van de Wende**. Voor de borderline- en traumapatiënten uit subgroep 2 geldt dat de behandeling het beste ambulant kan plaatsvinden. In de kliniek heerst vaak chaos door opnames en ontslagen van patiënten en er verblijven veel verschillende mensen in een kleine ruimte. De borderline patiënt met problemen met afstand en nabijheid, met hechten en onthechten, raakt daarvan vaak in de war en symptoom gedrag neemt niet zelden toe. Patiënten kunnen zich ook sterk gaan hechten aan een afdeling, bijvoorbeeld uit angst voor de eenzaamheid thuis. Zij hebben dan de neiging zich niet te houden aan afspraken die over het ontslag gemaakt zijn.

Mensen met hechtingsstoornissen en structurele persoonlijkheidspathologie uit subgroep 1 en 3 kunnen juist wel baat hebben van een klinische psychotherapeutische behandeling in een vroege fase van hun behandelproces. Een intensieve (klinische)-psychotherapeutische behandeling is dan behandeling van de eerste keus.

De behandeling van ernstige persoonlijkheids- en posttraumatische stoornissen zal echter vaak ambulant zijn en primair bestaan uit individuele contacten, psychotherapie of sociaal-psychiatrische begeleiding eventueel gecombineerd met andere activiteiten, zoals farmacotherapie, vaardigheidstraining, systeembegeleiding en non-verbale therapie.

De deeltijd en klinische activiteiten hebben als focus het scheppen van randcondities om een ambulante behandeling mogelijk te maken.

Er is in het programma een onderscheid tussen generalistische en gespecialiseerde voorzieningen. Met een generalistische voorziening wordt het aanbod in een regionaal centrum bedoeld. Een gespecialiseerde voorziening is gespecialiseerd in de behandeling of specifieke bejegening van persoonlijkheidspathologie of gedragsstoornissen. Een globaal

¹⁰ Richtlijn Farmacotherapie Angststoornissen van de NVvP

¹¹ Zie bijlage: pag. XI psychodynamische psychiatrie: farmacotherapie & betekenisverlening

¹²De specifieke indicaties voor langduriger klinische behandelingen moeten nog verder uitgewerkt worden. Het betreft hier de volgende specialistische settings: kliniek voor psychotherapie de Wende, KIB, en de KPG.

onderscheid tussen generalistische en gespecialiseerde voorzieningen is dat de generalistische voorzieningen als hoofdtaak hebben accent op herstel van de oorspronkelijke toestand met de mogelijkheid van enige focale persoonlijkheidsveranderingen, meer individueel gericht zijn, een lage intensiteit met minder mogelijkheden van holding en behandeldruk hebben en weinig gebruik maken van milieutherapeutische behandelprincipes. Specialistische voorzieningen doen dat laatste wel, hebben een meer groepsgericht aanbod en hebben een hogere intensiteit ten aanzien van holding en behandeldruk. Ook kunnen ze een langere behandelduur mogelijk maken en is het accent meer gelegd op persoonlijkheidsverandering.

Deeltijdactiviteiten:

De indicatie is voor patiënten die intensievere behandeling nodig hebben, bijv. bij een chronisch gebrek aan dagbesteding en/of zeer hardnekkige vermijding van sociale contacten. Patiënten dienen gemotiveerd te zijn om interpersoonlijke mogelijkheden uit te breiden en bereid te zijn 2 tot 4 dagen per week aan activiteiten deel te nemen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid aan de individuele behandeling enkele deeltijdmodules toe te voegen. Deze kunnen afhankelijk van de inhoud binnen een generalistische of specialistische voorziening aangeboden worden. De deeltijdbehandeling kan plaats vinden in een gespecialiseerde voorziening zoals de **sekspecifieke traumabehandeling (specialistische deeltijdbehandeling van C.S.Z.)** wanneer vooral stabilisatie bij posttraumatische klachten aangewezen is, of op de **psychotherapeutische deeltijd**, wanneer persoonlijkheidspathologie of specifieke systeem pathologie op de voorgrond staat. Wanneer een generalistische voorziening nodig is vindt dit plaats op de **supportieve deeltijd van een R.C.**

Inhoud generalistische deeltijdvoorziening.

Afhankelijk van de mogelijkheden en motivatie van patiënt en de aard van zijn problematiek worden in samenspraak met patiënt in concretere termen werkdoelen beschreven en worden specifieke behandelactiviteiten afgesproken. Onderdelen van het programma zijn:

- individuele begeleiding gericht op systeemproblemen, medicatie, etc.
- psycho-educatie in groepsverband over verband van symptomen met het intrapsychische, interpersoonlijke en sociaal c.q. beroepsmatig functioneren
- onderzoek naar de beperkingen en mogelijkheden van werk of studie, begeleiding bij het starten of hervatten van werk en studie
- sociale vaardigheidstraining
- psychomotore therapie
- creatieve therapie beeldend

Het **psychotherapeutisch dagcentrum** en de **sekspecifieke traumabehandeling (specialistische deeltijd C.S.Z.)** hebben een vaststaand behandelprogramma. In de vorm van een programma van 2 tot 4 dagen per week over een periode van 3 tot 12 (24) maanden. De **sekspecifieke traumabehandeling** biedt daarnaast een op trauma gericht modulen aanbod.

Afronding van de ondersteunende vormen van deeltijdbehandeling verloopt doorgaans gefaseerd, waarbij geleidelijk aan afscheid genomen wordt van verschillende activiteiten waardoor er meer ruimte komt het dagelijkse leven geleidelijk op te pakken en de behandeling in een ambulante minder intensieve vorm voort te zetten.

Klinische activiteiten

Voltijdse klinische opvang op een open afdeling, omvat een sociotherapeutisch programma naast een therapeutisch programma van een gespecialiseerde of generalistische deeltijdvoorziening en zal geïndiceerd zijn wanneer het systeem de patiënt niet meer kan opvangen of er geen systeem is.

Opname op een gesloten afdeling vindt alleen plaats in het kader van crisisinterventie wanneer er sprake is van suïcidegevaar, of impulsdoorbraak. De zorg op een gesloten afdeling is primair gericht op stabilisering via intensieve structurering en ondersteuning. De opname is kortdurend, reeds vooraf in tijd gelimiteerd, waarbij gedacht wordt aan een opname van max. 2 weken. In de attitude jegens patiënten in de klinische setting zijn de principes van **'relationship management'**¹³ nuttig. De ambulante hulpverlener blijft intensief betrokken en wanneer die er niet is wordt hij tijdens de opname gezocht. Voor patiënten waarbij deze strategie van korte gelimiteerde crises opnamen tijdens een ambulante of deeltijd behandeling averechts blijkt te werken kan een andere strategie gehanteerd worden. Een aantal van de patiënten die momenteel langdurig verblijven in een klinische setting zal gebruik moeten blijven maken van de CSZ, voor deze groep zal Clinical Casemanagement toegespitst op deze doelgroep ontwikkeld worden. Een verdere uitwerking van de klinische zorg bij borderline- en traumabehandeling is te vinden in de bijlagen **De plaats van de kliniek**(bijlage Van Meekeren pag. XXV) en **Klinische behandeling Centaal Specialistische Zorg** (bijlage pag XXVII), ook het behandelprogramma van de **Wende** (bijlage pag XLI) is in deze relevant.

Clinical Casemanagement.

Een uitwerking hiervan is er in een separate nota. (bijlage pag XXXV) De instroom in Clinical Casemanagement zal uiteraard zowel vanuit klinische als ambulante cq. deeltijd condities kunnen plaats vinden. Het moet dus zeker niet gezien worden als een vorm van nazorg voor patiënten die klinisch opgenomen zijn geweest.

Indicatiestelling

Na de globale indicatiestelling voor het zorgprogramma in het MDIO, wordt na de diagnostische fase in het behandelplanningsoverleg van het zorgprogramma een definitieve toewijzing aan een subprogramma gedaan, een besluitgenomen over wel of geen psychotherapeutische behandeling op te starten, een indicatie voor klinische psychotherapie of casemangement gesteld, en patiënt gematched aan een therapeut/behandel duo. De samenstelling van dit behandelplanningsoverleg is multidisciplinair en multimodaal samengesteld, maar niet te groot van omvang (max. 6).

Behandelcoördinatie zorgprogramma

De doelgroep van het zorgprogramma heeft complexe problematiek, is lang in zorg en heeft vaak meerdere behandelaren, die ieder hun eigen specialisme inbrengen in het behandelpakket. Meestal zal er dus sprake zijn van multidisciplinaire behandelingen. Dit multidisciplinair behandelen is bekend vanuit de klinische behandelpraktijk, minder vanuit de ambulante/poliklinische praktijk. Hier krijgen we dus te maken met meerdere soms complexe behandelmodaliteiten (psychotherapie, vaardigheidstraining, non-verbale therapieën, casemanagement, klinische opname), die langdurig naast elkaar lopen. Dit vergt coördinatie en hiervoor zullen dus binnen het zorgprogramma behandelcoördinatoren (te vergelijken met de vroegere behandelcoördinator in de kliniek) benoemd moeten worden. Deze werken dus in de programmalijn en zijn een afgeleide functie van de programmamanager methodisch/innovatief. Naast de behandelcoördinerende taak zijn zij verantwoordelijk voor indicatiestelling. Zowel een behandelcoördinatorschap gekoppeld aan een subprogramma, als een meer aan caseload gebonden coördinatorschap zijn mogelijk en hebben ieder eigen voor- en nadelen. Deze behandelcoördinatoren zijn psychiater, of psycholoog-psychotherapeut en hebben een regulatieve functie in de behandeling van patiënten waarvan ze niet direct zelf therapeut zijn. Zie voor voorbeelden de bijlage organisatie van de zorg pag. XXXII

¹³ Zie bijlage: pag. XXIII relationship management

Subprogramma groep 1

Patiënten met psychotische reacties op stress of contact (paranoïde- of schizotypische persoonlijkheidskenmerken) met of zonder dissociatieve verschijnselen of complexe posttraumatische stress-stoornis

Samenvatting problematiek

Deze groep kenmerkt zich door bizar en excentriek gedrag. Psychodynamisch gezien is de centrale angst, de angst voor vernietiging door de ander. In het interpersoonlijk functioneren overheerst wantrouwen en achterdocht, bij een aantal kunnen cognitieve en perceptuele vervormingen, idiosyncratische gedragingen alsmede sociale en intermenselijke beperkingen aangetroffen worden.

Ook afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties en intermenselijke situaties kan voorkomen. We hebben hier te maken met meer schizoïde trekken. Er bestaat in deze groep een grote kans op misbruik en afhankelijkheid van middelen. Verwaarlozing en misbruik in de ontwikkelingsgeschiedenis is aanwezig of aannemelijk, en meestal zijn er klachten passend bij posttraumatische en/of dissociatieve stoornissen. Deze groep vormt in diagnostisch opzicht een probleem. Ze hebben doorgaans een al wat langere voorgeschiedenis en hebben een uitgebreid scala aan psychiatrische diagnoses gekregen. Het is een groep met een psychotische vulnerabiliteit, die tussen de groep van permanent psychotische mensen en de ernstige borderline patiënten instaat en die niet in aanmerking komen voor de diagnose schizofrenie. Een groep mensen die op ontwikkelingsniveau in structurele zin een psychotische persoonlijkheidsorganisatie hebben en die op de ontwikkelingsstadia van Gedo op niveau 1 of 2 functioneren.

Hulpvraag

Deze patiënten hebben sterke vermijdingsreacties vanwege hun angst voor anderen, contact met de GGZ komt doorgaans moeizaam tot stand uit angst voor beïnvloeding en dat vormt een frequente reden voor afbreken van contacten. De hulpvraag heeft vaak te maken met angst voor contacten met anderen, een angst die regelmatig niet rechtstreeks geuit wordt, maar meer naar voren komt door vreemde belevingen, achterdocht of teruggetrokkenheid. Het is van belang om te proberen hiervan een interactionele vertaling van het probleem of de klacht te maken.

Doelstelling

De algemene doelstellingen van behandeling van deze groep mensen zijn o.a.:

- Preventie van verergering van de symptomatologie c.q. psychotische decompensatie in de richting van chronische psychose.
- Aanleren c.q. verbeteren van vaardigheden.
- Optimaliseren van het dagelijks leven: wonen, financiën, vrije tijd, dagbesteding/opleiding/werk, netwerk.
- Verminderen c.q. hanteerbaar maken van angst in contacten met anderen en intieme relaties.
- Acceptatie van de stoornis.
- Indien haalbaar thematiseren, benoemen en bewerken van interpersoonlijke problematiek.
- Indien haalbaar zicht krijgen op en verwerken van traumatische ervaringen.

Bij overheersen van paranoïdie geldt het verminderen, hanteerbaar maken van wantrouwen en achterdocht waarbij de aandacht uitgaat naar projectie en de daarmee samenhangende aannames dat de ander misbruik maakt van betrokkene als een belangrijke doelstelling.

Bij de meer schizotypische reacties is het verminderen van cognitieve en perceptuele vervormingen, gedragseigenaardigheden, sociale en intermenselijke beperkingen een

hoofddoelstelling.

Bij de meer schizoïde reactiewijze is het verminderen en het hanteerbaar maken van de afstandelijkheid in sociale relaties en beperkingen in het uiten van emoties in intermenselijke situaties een belangrijk behandelfocus.

Attitude

De algemene attitude is echtheid, openheid, duidelijkheid en enige gedoseerde zelfdisclosure (geen strikte therapeutische neutraliteit). Verder is flexibiliteit en creativiteit van de therapeut van groot belang. Het kunnen 'containen' van chaotische overdracht en tegenoverdracht is van belang in de behandeling van deze patiëntengroep.

Activiteit

De centrale activiteit is een langerdurende voornamelijk ambulante individuele psychotherapie met biopsychosociale uitgangspunten. Dit is een weinig frequente, langdurige steunende procesmatige therapie door een ervaren therapeut. De setting van deze psychotherapie bestaat uit een laag frequent contact, 1 x per enkele weken tot enkele maanden, terwijl tussentijdse variatie in frequentie mogelijk is. De behandeling wordt uitgevoerd door een psychotherapeut gedurende een langere (zeer lange) periode, vis-à-vis, een half uur of drie kwartier per zitting. Miel Gans¹⁴ heeft een dergelijke therapie vorm voor psychotisch gestructureerde patiënten beschreven.

De inhoud van de psychotherapie is afhankelijk van de fase van het therapieproces. Indien noodzakelijk kan er gebruik gemaakt worden van andere ambulante, deeltijd of klinische activiteiten. Psychotherapie wordt niet toegepast bij patiënten die vrijwel uitsluitend sociale interventies behoeven en waarbij psychotherapie niet haalbaar is. Bij deze patiënten bestaat het aanbod uit sociaal psychiatrische begeleiding.

¹⁴ Zie bijlage: pag. XVIII psychotherapie bij psychotici; Miel Gans

Fase 1 Start van de behandeling

Psychotherapie.

Indicatie

Alle patiënten uit groep 1 die in aanmerking komen voor psychotherapie.

Inhoud

Het opstellen van een behandelovereenkomst. Hierbij wordt het behandelplan zoals vastgesteld in het intakeoverleg als uitgangspunt genomen. In de behandelovereenkomst zijn opgenomen, de behandeldoelen, afspraak over de frequentie en duur van de zittingen en de verwachte behandelduur. Indien noodzakelijk is het van belang ook afspraken te maken over middelengebruik in het algemeen en drugs in het bijzonder en over de controle hierop.

Psycho-educatie

Voorlichting geven over de psychopathologie aan patiënten. Het opstellen van een crisisprotocol, met name bij gevaar voor psychotische decompensatie.

Systeembijeenkomst

Overwogen wordt of de familie of de partner betrokken wordt. In het kort wordt op hoofdlijnen voorlichting gegeven over de psychopathologie, de behandelovereenkomst en het crisisprotocol.

Vorm

Vijf bijeenkomsten van 45 minuten met een frequentie van een maal per week of een maal per 2 weken.

Discipline

psychiater-psychotherapeut of een (psycholoog)-psychotherapeut met psychiater voor consultatie.

Sociaal psychiatrische begeleiding

Indicatie

Patiënten uit groep 1 die niet in aanmerking komen voor psychotherapie.

Inhoud

Zie zoals hierboven beschreven onder psychotherapie.

Vorm

5 bijeenkomsten van 30 à 45 minuten met een frequentie van een maal per 2 weken.

Discipline

Sociaal psychiatrische verpleegkundige of maatschappelijk werkende op indicatie psycholoog of psychiater.

Setting

In principe ambulante of als intake traject als patiënt elders is opgenomen.

Fase 2 Stabilisatie en symptoommanagement

Psychotherapie.

Inhoud

Tijdens de therapie blijft er diagnostische alertheid o.a. ten aanzien van het

ontwikkelen in schizofrene richting. Ook blijft er voortdurend een psycho-educatief element in de therapeutische sessies.

Voor technieken wordt gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, in het bijzonder in het geval van persisterende irrationele cognities. Ook methodes die ontwikkeld zijn voor de behandeling van chronische 'stemmenhoorders' zijn bij hardnekkige, akoestische hallucinaties die in deze groep veel voorkomen van belang.

Systeembijeenkomsten

De psycho-educatie van fase 1 kan op gezette tijden worden herhaald of worden aangevuld of gepreciseerd naar aanleiding van het voortschrijdend inzicht over patiënt. Het gaat dan vooral over omgangsvormen in het gezin of in het systeem.

Farmacotherapie

Wanneer de psychotherapeut tevens psychiater is kan hij de farmacotherapie in één hand houden. Tijdens deze psychotherapie zal ook nauwkeurig farmacotherapeutisch beleid gevoerd moeten worden. Vaak zal het echter aangewezen zijn om de farmacotherapie en de psychotherapie te scheiden.

Vorm

Varieert van een aantal malen tot 1 à 2 jaar in een frequentie van 1 à 2 maal per week gedurende 30 à 45 minuten.

Discipline

psychiater-psychotherapeut, klinisch-psycholoog-psychotherapeut in samenwerking met psychiater voor diagnostiek of farmacotherapie.

Setting

Ambulant

Supportieve deeltijd RC:

niet specifiek steunend structurend activerend programma als aanvulling op ambulante psychotherapie of s.p.v. begeleiding.

Crises opnamen op PAAZ of RC

Centraal Specialistische Zorg

milieutherapeutische behandeling als aanvulling op ambulante psychotherapie of S.P.V. begeleiding (duur tot enkele maanden)

Sociaal psychiatrische begeleiding

Inhoud

Individuele gesprekken gericht op het verbeteren c.q. oplossen van praktische problemen op het gebied van wonen, financiën, dagbesteding/opleiding/vrije tijd, etc.

Vorm

Variërend van een aantal maanden tot 1 à 2 jaar in een frequentie van wekelijks tot maandelijks gedurende 30 à 45 minuten.

Discipline

Sociaal psychiatrische verpleegkundige of maatschappelijk werkende of psycholoog.

Setting

idem als bij psychotherapie

Aan zowel de sociaal psychiatrische begeleiding als de psychotherapie kunnen indien

noodzakelijk de volgende activiteiten worden toegevoegd:

Vaardigheidstraining

Indicatie

Cluster A persoonlijkheidspathologie met een gebrek aan sociale, of cognitieve vaardigheden.

Inhoud

Vaardigheidstraining gericht op het verbeteren van sociale cognitieve en/of motorische vaardigheden, bijv. het leren adequaat waar te nemen, juist leren interpreteren van de waarnemingen, trainen van geheugen en aandacht.

Vorm

20 à 30 zittingen van 1 à 1½ uur in een groep.

Discipline

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige, eventueel samen met een co-therapeut (psycholoog).

Crisisinterventie

Indicatie

Patiënten in crisis bij wie de inschatting is dat de crisis ambulante doorbroken kan worden.

Inhoud

Individuele gesprekken gericht op crisisinterventie.

Vorm

Afhankelijk van de aard van de crisis en de kracht van het systeem gedurende een korte periode van maximaal een aantal weken dagelijks tot een aantal keren per week gesprekken van 15 à 30 minuten.

Discipline

Bij voorkeur de vaste behandelaar.

Farmacotherapie

Een laag gedoseerd modern antipsychoticum (Risperidone of Olanzapine) als eerste keus, z.n. stemmingsstabilisatoren of SSRI's, afhankelijk van de overheersende symptoom clusters.

Fase 3 Behandeling van dieptestructuren

Psychotherapie.

Inhoud

Diagnostische alertheid en farmacotherapie zijn hetzelfde als in fase 2.

Psycho-educatie

Voorlichting over de psychopathologie wordt voortgezet. Indien psycho-educatie weinig effect heeft moet men rekening houden met weerstand met het accepteren van de stoornis. Ingaan op acceptatie en rouwverwerking is dan noodzakelijk. Cognitieve defecten die opname van informatie over psychopathologie kunnen verhinderen, moeten worden uitgesloten, evt. met behulp van psychodiagnostisch onderzoek.

Individuele gesprekstherapie

Rouwverwerking:

Voor de prognose is van groot belang dat patiënt zijn stoornissen zo goed mogelijk accepteert, vooral omdat in de psycho-educatie vaak al enige rouw op gang is gekomen gaat het bij rouwverwerking vooral om de emotionele doorwerking. Deze doorwerking is met name van belang voor de aanpassing aan de dagelijkse realiteit. Van belang is dat in deze fase suïcidaliteit erg toe kan nemen.

Het opzoeken van luxerende momenten die spanningsvol zijn c.q. aanleiding geven tot crisis moeten worden geïnventariseerd om samen met patiënt manieren te vinden om er mee om te gaan.

Geprobeerd kan worden traumatische levenservaringen een plaats te geven in het leven van patiënt. Het thematiseren van interpersoonlijke problematiek zoals die blijkt uit de ontwikkeling van de therapeutische relatie kan verbonden worden aan de ouderlijke gezinssituatie.

Cognitief gedragstherapeutische technieken

Deze zijn met name van belang om dieper verankerde basisassumpties te bewerken.

Groepspsychotherapie met name geïndiceerd als toevoeging aan de individuele psychotherapie als interpersoonlijke problematiek op de voorgrond staat en patiënt een oefenveld nodig heeft. Dit zal een steunende en qua ik-sterkte homogene groep moeten zijn, met als voorwaarde dat patiënt niet te angstig is voor een groep.

Systeembijeenkomsten

Het betrekken van familie en partner is essentieel zeker wanneer interacties binnen het systeem vastlopen, samenhangend met de stoornis van patiënt, met de verandering die patiënt ten gevolge van de therapie doormaakt of door het naar boven komen van problemen van anderen.

Vorm

Meestal langerdurend, 1 à 2 jaar met een frequentie van 1 à 2 maal per week gedurende 30 à 45 minuten, groepspsychotherapie gedurende 1 à 2 jaar, wekelijks gedurende 60 à 90 minuten.

De frequentie van de systeemtherapie hangt sterk samen met de ernst van de systeemproblematiek: variërend van een aantal keren gedurende deze fase tot eens in de 4 à 6 weken in geval van een gezin; eens in de twee weken in geval van relatie.

Discipline

Psychiater-psychotherapeut of psycholoog-psychotherapeut. Systeemtherapeut indien er sprake is van ernstige systeempathologie. Het is van belang om niet te veel verschillende therapeuten binnen de behandeling van patiënt te betrekken. Bij toevoegen van groepspsychotherapie aan de behandeling is het belangrijk om de individuele psychotherapeut ook de groepspsychotherapeut te laten wezen.

Setting

Ambulant

Specialistische voorzieningen:

Kliniek voor Psychotherapie de Wende (psychose groep)

Vaardigheidstraining

Dit is meer iets wat in fase 2 thuis hoort, maar het kan mogelijk zijn om de vaardigheidstraining nog eens te herhalen.

Crisisinterventie

In principe hetzelfde als in fase 2 alleen als tijdens fase 3 er zich steeds meer crises gaan voordoen, zou dat erop kunnen wijzen dat de behandeldruk van fase drie te hoog is. Dit betekent of terug naar fase 2 en over naar fase 4, of fase 3 qua intensiteit verminderen of deeltijd of kliniekactiviteiten aan de behandeling toe te voegen.

Fase 4 Consolidatie

Psychotherapie.

Indicatie

Dit betreft die patiënten die na fase 2 of fase 3 de therapie kunnen gaan afronden of waarvan na fase 2 of 3 geen vooruitgang meer mag worden verwacht van therapie.

Inhoud

Opnieuw afchecken van de mogelijkheid of het om een schizofrene stoornis zou gaan.

Farmacotherapie

Men kan proberen een eventueel ingestelde anti-psychoticum te staken. Dit vergt wel een controle van 6 à 12 maanden op het effect hiervan.

Evaluatie

Samen met patiënt wordt teruggekeken op de behandeling, met name naar welke behandeldoelen wel en welke niet gehaald zijn. Overwogen wordt of 1 of meerdere activiteiten uit de vorige fase nog aan bod moeten komen.

Voor patiënten die de behandeling beëindigen is het van belang om uitgebreid stil te staan bij het thema loslating. Voor patiënten die de behandeling nog niet kunnen afronden is het van belang om afspraken te maken over frequentie, duur en inhoud van de contacten. Sociaal psychiatrische en maatschappelijk werk begeleiding voor langere tijd maar op laag frequente basis kan worden overwogen.

Vorm

Verschillende mogelijkheden. Variërend van gewoon stoppen tot geleidelijk aan verminderen van contacten tot uiteindelijk eens in de 6 maanden. Zo kan de duur van fase 4 variëren van een maand of 6 tot jaren. Zoals eerder genoemd is het voor deze subgroep beter om lange tijd een laagfrequent contact te onderhouden.

Disciplines

Idem als de vorige fase.

Setting

Ambulant

Crisisinterventie

In principe gelden dezelfde richtlijnen als bij crisisinterventie genoemd in fase 2. Indien er zich echter een crisis voordoet in deze fase, dan moet er rekening mee worden gehouden dat dit samenhangt met het moeilijk kunnen verdragen van het loslatingproces, dan wel met het niet zonder behandeling kunnen. Dit moet zorgvuldig worden geïnventariseerd en samen met patiënt wordt een plan gemaakt.

Subprogramma groep 2

Ernstige borderlinestoornissen al of niet met dissociatieve stoornissen, gedragsproblemen, of complexe posttraumatische stress-stoornis.

Samenvatting problematiekgroep 2

Tot deze groep horen patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis volgens DSM IV (meer dan 7 kenmerken positief), een borderline persoonlijkheidsstructuur volgens Kernberg (lower level), voornamelijk functionerend op niveau 3 volgens Gunderson en niveau 2 van Gedo. Bij deze patiënten is onderliggend o.a. sprake van heftige separatieangst en van een gefragmenteerd of labiel beeld van zichzelf en anderen. Gevolg hiervan is dat symptomatologie vaak toeneemt bij dreigende verlating of bij een door de patiënt beleefd te veel aan nabijheid. Wat betreft de symptomatologie staat acting out gedrag zoals suïcidepogingen, automutilatie, misbruik van alcohol of drugs, agressieve impulsdoorbraken en promiscuïteit op de voorgrond. Er doen zich verder psychotische momenten, paniekaanvallen en dissociatieve fasen voor. Deze patiënten hebben meestal een gebrekkig sociaal netwerk, weinig daginvulling en een grillige en sterk wisselende motivatie voor behandeling. Er is meestal een langere psychiatrische voorgeschiedenis met meerdere opnamen.

Hulpvraag

Deze komt van patiënt zelf, maar vaak ook van de omgeving. In het geval van een crisissituatie brengt de patiënt zelf een alles-of-niets hulpvraag in de trend van "red mij, anders maak ik er een eind aan". De omgeving kan vanuit deze drang en/of klempositie een sterk appèl doen op hulp. Buiten crisissituatie is de hulpvraag grillig variërend van "red me" tot "je kan toch niets voor me doen en laat me maar met rust".

Doelstelling

- Voorkomen van suïcide.
- Voorkomen van toename van symptomatologie.
- Verminderen van symptomatologie, verbeteren van sociaal netwerk en daginvulling.

Als al deze doelen gehaald zijn en het acting out gedrag niet meer op de voorgrond staat, zal patiënt volgens de subgroepdefiniëring niet meer tot deze patiëntencategorie horen, maar in subgroep 3 (de cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen).

Attitude

Bij begeleiding van deze ernstige borderline patiënt is de houding van de hulpverlener belangrijk. De algemene attitude is duidelijk zijn over inhoud en vorm van de therapie en bereikbaar zijn. Serieus nemen van patiënt met een hoopvolle en optimistische attitude is van belang. Flexibiliteit van de hulpverlener is belangrijk, waarbij wel heel duidelijk de grenzen bewaakt moeten worden. Het moeten hulpverleners zijn die zeer goed uit de voeten kunnen met afstand en nabijheid en die heel duidelijk een therapeutische alliantie aan kunnen gaan die hartelijk bereikbaar en nabij is, zonder grensvervaging. Het zullen therapeuten moeten zijn die goed tegenoverdracht erkennen en herkennen en die niet uitageren. Tegenoverdracht is vooral in de sfeer van de neiging 'to blame the patient', wraak en woede en onder het mom van stimuleren van eigen verantwoordelijkheid in feite patiënt aan zijn lot overlaten en verwaarlozen of juist grenzeloze toewijding en reddersgedrag.

Activiteiten

De centrale activiteit bij de behandeling van deze groep is een langerdurende ambulante begeleiding c.q. behandeling. Dit kan zijn een sociaal psychiatrische begeleiding met als uitgangspunt relationship management of een psychotherapeutische behandeling op basis van dialectische gedragstherapie volgens Linehan.

Fase 1 Dialectische gedragstherapie volgens Linehan

Psychotherapie

Indicatie

Alle patiënten uit deze groep waarbij para-suïcidaliteit en frequente crises aanwezig zijn en die mee willen doen aan deze behandelmethodiek.

Linehan gaat ervan uit dat een borderline persoonlijkheidsstoornis een emotioneel kwetsbaar persoon is die opgroeide in een gezin waarin het ontbrak aan validatie.

In de behandeling wordt op cognitief-gedragstherapeutische wijze gewerkt in combinatie met een dialectische opstelling, dat wil zeggen dat er enerzijds acceptatie en anderzijds verandering wordt nagestreefd.

Doel

Het doel van de behandeling is het verwerven van meer controle op denken, voelen en doen, waardoor er meer stabiliteit komt en een groter probleemoplossend vermogen ontstaat.

Inhoud

In een aantal individuele sessies wordt uitleg gegeven over de behandeling en een behandelcontract voor de duur van 1 jaar opgesteld. Afspraken in dit contract zijn o.a. dat de patiënt in het eerste jaar van DBT naast individuele behandeling tevens een vaardigheidstraining volgt, gebruik kan maken van telefonische consultatie en dat de behandeling stopt als patiënt 4 weken achter elkaar geplande therapiesessies (individueel of trainingsgroep) mist om welke reden dan ook. Het contract kan na 1 jaar eventueel verlengd worden.

Vorm

Wekelijks individuele gesprekken gedurende 45 à 60 minuten.

Discipline

Een psychotherapeut die in deze methodiek geschoold is.

Setting

Ambulant

Sociaal psychiatrisch begeleiding

Indicatie

Alle patiënten behorend tot groep 2 waarbij motivatie voor of mogelijkheden tot volgen van de behandeling volgens Linehan ontbreekt.

Vorm

Tweewekelijkse individuele gesprekken gedurende 30 minuten met een maximale duur van 3 maanden met een vaste hulpverlener.

Inhoud

Geven van psycho-educatie over diagnose, behandelmogelijkheden en behandelvoorwaarden. Bij aanwezigheid van een systeem dient ook hieraan psycho-educatie gegeven te worden bijv. door hen een keer bij het gesprek uit te nodigen.

Maken van een crisisprotocol aangepast aan de individuele patiënt: hierin wordt beschreven wat te doen in geval van crisis, wat kan patiënt zelf doen, en met wie en

hoe kan hij contact opnemen als hij er zelf niet uitkomt. Wat is de plaats van medicatie en wanneer is een crisisopname geïndiceerd. Wat is het doel ervan, hoe lang zal de opname duren en wat zijn de taken van de vaste hulpverlener tijdens de crisisopname. Motivering van patiënt voor verdere behandeling in het Linehanprogramma waarbij men gebruik kan maken van onderhandelen.

Het opstellen van een behandelovereenkomst:

Hiervan wordt een behandelplan zoals vastgesteld in het intakeoverleg als uitgangspunt genomen. In de behandelovereenkomst zijn opgenomen behandel-doelen, afspraken over de frequentie en duur van de zitting en de verwachte behandelduur.

Discipline

Psychiater, psycholoog, SPV, maatschappelijk werkende.

De methode van relationship management van Dawson is een belangrijke leidraad in de attitude jegens patiënt.

Telefonische consultatie

Patiënten kunnen gebruik maken van telefonische consultatie indien patiënt dit nodig acht. Uitgangspunt hierbij is dat contact zoeken beter is dan jezelf beschadigen. Patiënten die in dialectische gedragstherapie zijn kunnen bellen met de eigen psychotherapeut. Voorlopig zijn dit alleen de patiënten die in het pilot programma voor Linehan participeren. Als bellen een te hoge frequentie aanneemt, dan is het goed een vaste afspraak te maken voor tussentijds telefonisch contact, bijv. twee keer per week gedurende beperkt aantal minuten met de vaste behandelaar.

Inhoud

Onderwerp van gesprek wordt door de patiënt aangegeven. In het volgende individuele gesprek wordt teruggekeken op het telefonisch contact.

Farmacotherapie

Door een vaste psychiater.

Uitgangspunten van de farmacotherapie zijn reeds beschreven.

Diagnostiek

Bij patiënten uit deze groep zal vaak uitgebreide diagnostiek niet altijd mogelijk zijn geweest gezien de grillige en bonte symptomatologie, deze zal dus in een latere fase gecompleteerd moeten worden.

Fase 2 Symptoommanagement en stabilisatie

Psychotherapie

Dialectische gedragstherapie volgens Linehan.

Indicatie

Zie fase 1, patiënt moet het behandelcontract ondertekend hebben.

Inhoud

In de individuele therapie wordt op hiërarchische wijze aan verschillende zaken gewerkt. In eerste instantie staan vermindering van suïcidaal en zelfdestructief gedrag centraal, gevolgd door vermindering van therapieverstorend gedrag, verhoging van gedrag dat de kwaliteit van leven verbetert, versteviging van het gedrag dat in de vaardigheidstraining geleerd wordt, vermindering van de posttraumatische stress, en als laatste het opvijzelen van zelfwaardering. In de groepsvaardigheidstraining worden

de volgende vaardigheden aangeleerd: kernoplettendheids-, intermenselijke-, persoonlijke-, effectiviteits-, emotieregulatievaardigheden en vaardigheden voor het verdragen van crisis (zie verder de betreffende literatuur over DGT).

Vorm

Wekelijkse individuele therapie gedurende 45 à 60 minuten. Wekelijks vaardigheidstraining in een groep gedurende 2½ uur door twee vaardigheidstrainers.

Telefonische bereikbaarheid (dag en nacht, door individuele therapeut):

Farmacotherapie

Indien noodzakelijk farmacotherapie bij een psychiater die niet tegelijkertijd de individuele therapeut is.

Alle therapeuten dienen deel te nemen aan een wekelijkse consultatiegroep voor Linehan-therapeuten met een duur van 2 uur.

Discipline

Individuele therapie: psychotherapeut.

Trainer vaardigheidsgroep: SPV'er, maatschappelijk werkende, psycholoog of psychotherapeut.

Farmacotherapie: psychiater.

Setting

Ambulant

Z.n. crises interventie OVDB of klinisch

Sociaal psychiatrische begeleiding

Indicatie

Alle patiënten behorende tot groep 2 waarbij motivatie voor of mogelijkheid tot volgen van de behandeling volgens Linehan niet aanwezig is.

Inhoud

Individuele gesprekken, tweewekelijks, 30 minuten met duidelijk behandelplan zoals opgesteld in fase 1. In deze gesprekken kan van cognitief gedragstherapeutische technieken gebruik gemaakt worden. Indien dit geïndiceerd is kan dit aangevuld worden met modules van de specialistische- of supportieve deeltijdbehandeling.

Telefonisch contacten

Indicatie

Vorm en inhoud hetzelfde omschreven onder fase 1.

Evaluatie

Vorm

Iedere 6 maanden evaluatie van de behandeling en indien noodzakelijk bijstellen van het behandelplan. Belangrijk is het om deze patiënten toe te leiden naar het Linehan therapieaanbod.

SPV-begeleiding is idealiter de opstap naar dialectische gedragstherapie.

Discipline

Psychiater, psycholoog, SPV'er of maatschappelijk werkende.

Setting
idem

Fase 3 Behandeling van dieptestructuren

Geen activiteiten, want indien patiënt hier aan toe zou zijn of aan zou kunnen, dan valt hij onder subgroep 3.

Fase 4 Consolidatie

Psychotherapie

Dialectische gedragstherapie volgens Linehan.

Indicatie

Patiënten die dialectische gedragstherapie volgens Linehan doen, die in de laatste drie maanden van een jaarcontract zijn.

Inhoud

Reeds bij aanvang van de therapie wordt besproken dat het programma (vaardigheidstraining, telefonische consultatie, DGT) na een jaar zal stoppen. In de laatste drie maanden wordt op actieve wijze aandacht besteed aan het beëindigen van de behandeling. Voorbeelden hiervan zijn:

- Het gebruiken van de geleerde vaardigheden als probleemoplossende strategieën bij afscheid nemen.
- Het evalueren van de vooruitgang.
- Het bespreken of verwijzing naar verdere therapie gewenst is. Het voortzetten van DGT zonder inbedding in een Linehan-programma is een voor de hand liggende variant, maar ook andere vormen van psychotherapie(ambulant, of klinisch psychotherapeutisch) zijn mogelijk.
- Het stimuleren van vertrouwen in zichzelf en vrienden en niet alleen de therapeut.

Vorm

Individuele gesprekken die vanaf 3 maanden voor het beëindigen van de therapie geleidelijk aan minderen.

Sociaal psychiatrische begeleiding

Indicatie

Indien met behulp van sociaal psychiatrische begeleiding in fase 2 de doelstellingen gehaald zijn en als patiënt niet gemotiveerd of geschikt is voor verdere behandeling volgens subgroep 3, fase 3 is consolidatie aangewezen.

Vorm / inhoud

In deze fase wordt aandacht besteed aan de evaluatie van de begeleiding, het in principe zelfstandig zonder hulpverlening functioneren, het afscheid nemen van de hulpverlening en aan het feit dat bij stress een terugval in functioneren kan optreden. Aangezien separatie en loslaten een centraal thema is bij deze subgroep, zal het afscheid nemen per definitie moeilijk zijn en zal hiervoor genoeg tijd genomen moeten worden. In deze fase kunnen de individuele gesprekken met een groter tijdsinterval gaan plaatsvinden. Als de patiënt aangeeft dat de gesprekken niet meer nodig zijn, kan ermee gestopt worden. Afhankelijk van de behoefte van de patiënt kan afgesproken worden dat patiënt nog eens in de zoveel tijd telefonisch contact opneemt, of dat hij/zij indien nodig wederom contact op kan nemen. Bij een subgroep zal het beste zijn om gedurende een lange tijd een laag frequent contact te onderhouden.

Subprogramma groep 3

Persoonlijkheidsstoornissen en/of dissociatieve stoornissen, posttraumatische stress-stoornis en mildere persoonlijkheidspathologie.

Samenvatting problematiek

De symptomatologie en dus ook de hulpvraag is binnen deze doelgroep zeer divers. Daarom is voor deze groep het moeilijk om een nauwkeurig uitgewerkt programma op te stellen. In deze sub-groep zijn het aantal behandelmogelijkheden dus rijker geschakeerd dan in de vorige sub-groepen. Patiënten presenteren zich met uiteenlopende klachten, bijvoorbeeld depressieve symptomen, angstklachten, dissatisfactie met meerdere levensgebieden. Vanwege meer complexe persoonlijkheidsproblematiek kunnen ze niet door een symptoom behandeling geholpen worden of eerdere symptoombehandeling hebben onvoldoende resultaat gegeven. Er zal in het algemeen een nauwe verwevenheid met 'hechtingsproblemen' en posttraumatische beelden zijn.

Tot deze groep horen patiënten met, in (descriptieve) DSM-IV termen, een dissociatieve stoornis (vooral dissociatieve identiteitsstoornis of dissociatieve stoornis N.A.O.) en/of een posttraumatische stress-stoornis en eventueel daarnaast een persoonlijkheidsstoornis (borderline, narcistische of theatrale persoonlijkheidsstoornis, een persoonlijkheidsstoornis uit Cluster C of een persoonlijkheidsstoornis N.A.O.).

In de termen van Kernberg (structuurpathologie) gaat het om een borderline of neurotische persoonlijkheidsorganisatie, functionerend op medium of higher level borderline niveau (zie bijlage).

In de termen van Gunderson functioneren ze op niveau 1 of 2.

Op het ontwikkelingsniveau volgens Gedo functioneren ze op narcistisch c.q. neurotisch niveau.

Daarnaast is er dikwijls sprake van co-morbiditeit, welke vaak haar oorsprong vindt in de traumatische voorgeschiedenis.

Volgens structurele diagnostiek en descriptieve diagnostiek volgens DSM IV kan groep 3 ingedeeld worden in de volgende subtypen:

- Patiënten met een borderline persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg.
Op descriptief niveau de slechter functionerende theatrale, afhankelijke, ontwijkende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.
 - De borderline persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit.
 - De theatrale persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een diepgaand patroon van buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen. Bij de slechter functionerende theatrale persoonlijkheidsstoornis zijn de kenmerken van de theatrale persoonlijkheidsstoornis meer geprononceerd aanwezig.
 - De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een diepgaande en buitensporige behoefte verzorgd te worden, hetgeen leidt tot onderwerping en vastklampend gedrag, en de angst om in de steekgelaten te worden.
 - De ontwijkende persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een diepgaand patroon van geremdheid in gezelschap, gevoel van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel.
 - De obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een diepgaand patroon van preoccupatie met ordelijkheid, perfectionisme, beheersing van psychische en intermenselijke processen, ten koste van soepelheid, openheid en efficiëntie.

- Patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis die zich volgens de DSM-IV kenmerkt door een diepgaand patroon van grootheidsgedrag (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie. In het algemeen zijn er bij narcistische persoonlijkheidsstoornissen 'exploiterende' relatiepatronen. Patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis hebben zo'n grote moeite met de regulatie van hun zelfgevoel, dat ze zich onderscheiden van de andere persoonlijkheidsstoornissen. Vanuit descriptief oogpunt is er een continuüm van de narcistische persoonlijkheidsstoornis te beschrijven. Aan de ene kant gaat het om mensen die zeer met zichzelf zijn ingenomen, zich arrogant en agressief opstellen, weinig ruimte hebben voor reacties van anderen en niet toegankelijk zijn voor kritiek. Ze proberen de ander onder de indruk te brengen van hun talenten en vermijden elke mogelijke narcistische kwetsbaarheid door zich van de mening van anderen af te sluiten (het arrogante type). Aan de andere kant gaat het om mensen die geremd zijn, geneigd zijn zichzelf weg te cijferen, niet op de voorgrond willen treden, voortdurend op hun hoede zijn, elke reactie aftasten die mogelijk een zweem van kritiek zou kunnen bevatten en die zich snel gekwetst, beschaamd of vernederd voelen. De meer waakzame groep probeert hun narcistische kwetsbaarheid te voorkomen door waakzaam en tentatief uit te zoeken wat er van hen verwacht wordt en hoe ze zich moeten gedragen. Zij houden hun eigen grootheid in stand door projectie van eigen afkeuring, waarbij ze de ander tot vervolger maken (het sensitieve type) (Gabbard)
- Patiënten met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie, waartoe op descriptief niveau volgens de DSM-IV de beter functionerende theatrale, afhankelijke-, ontwijkende- en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis gerekend worden. In het algemeen zijn er bij deze groep wederkerige relatiepatronen en schuldgevoelens. Bij deze doelgroep staat suïcidaliteit impulsiviteit en acting-out gedrag niet op de voorgrond, maar kan bij een toename van stress wel naar voren komen en is dan naar verwachting binnen de behandeling redelijk hanteerbaar omdat daarover met de patiënt is te praten en er ook afspraken over zijn te maken. Deze patiënten vertonen vooral een neiging tot acting-out en suïcidaliteit als de draaglast toeneemt (b.v. bij ziekenhuisopname, stellen van de diagnose, levensfase) of de draagkracht afneemt (bij b.v. ziekte, verlies van steunsysteem). De sociale aanpassing is matig tot redelijk. Er bestaat een wens en motivatie tot behandeling/verandering. Er is een sociaal netwerk waar steun en structuur aan ontleend kan worden. Deze steun is niet altijd toereikend. Dreigende verlaten of een voor de patiënt te grote nabijheid leidt niet onmiddellijk tot crisis of toename van symptomatologie. Meestal lukt het snel om een werkbare behandelrelatie op te bouwen. Ook bij deze groep gaat het dikwijls om mensen met een lange psychiatrische voorgeschiedenis. Dikwijls werd de traumatische voorgeschiedenis niet onderkend of werd er onvoldoende aandacht besteed aan de invloed van deze voorgeschiedenis op de psychiatrische symptomatologie. In deze groep zullen zich echter ook mensen bevinden die zich voor het eerst aanbieden voor psychiatrische hulp/behandeling en die een specifieke vraag hebben voor het behandelen van hun traumatisch verleden.

Behandeling persoonlijkheidspathologie cq. hechtingsstoornissen

De richtlijnen voor het therapeutisch proces die in de volgende pagina's beschreven worden zijn gericht op ambulante behandeling van ernstig getraumatiseerden cq. specifieke behandeling van dissociatieve stoornissen. De behandeling van persoonlijkheidspathologie en hechtings-problemen in een ambulante methodische procesmatige therapie of klinisch psychotherapeutische setting, zoals het psychotherapeutisch dagcentrum of de Wende worden niet uitgewerkt. Deze laatstgenoemde therapievormen zijn op te vatten als methodische psycho-therapie-vormen die niet mono-disciplinair, maar multidisciplinair zijn. Zij vormen een behandeling op zich of zijn een behandelmodule in een langer behandel-

traject. (zie oa. bijlage pag XLI)

‘Trauma-behandeling’

Hulpvraag:

Deze kan van de patiënt komen, maar kan ook van de omgeving komen.

Bij een aantal mensen zal een crisis (t.g.v. verstoring van het evenwicht tussen draaglast en draagkracht) aanleiding zijn tot het vragen van hulp, bij anderen zullen jaren aanslepende klachten of problemen de aanleiding vormen.

De manier van aanbieden kan dan ook zeer verschillend zijn en zeker bij het aanbieden in crisis kan het moeilijk zijn om onderscheid te maken met een patiënt uit subprogramma 2.

Ook bij deze patiënten bestaat er dikwijls een zekere ambivalentie t.o.v. behandeling. Dit heeft dan vooral te maken met de onderliggende traumasymptomatologie die gekenmerkt wordt door herbeleving en vermijding. Enerzijds bestaat er een neiging om het te hebben over het trauma en behandeling te zoeken. Anderzijds wil men alle gevoelens en alle herinneringen aan het trauma vermijden wat ook dikwijls leidt tot vermijding van behandeling.

Bij deze patiënten kan uitleg over deze ambivalentie en uitleg over de gefaseerde aanpak van de behandeling (waarbij er pas op het trauma ingegaan kan worden als er voldoende stabilisatie bestaat), voorkomen dat mensen voortijdig afhaken.

Doelstellingen:

- Herstellen van / of bevorderen van evenwicht tussen draagkracht en draaglast
- Crisisinterventie en crisispreventie
- Vergroten van vaardigheden
- Optimaliseren van dagelijkse levensomstandigheden
- Verbeteren, versterken van het sociaal netwerk
- Acceptatie van de gevolgen van de traumatische voorgeschiedenis
- Symptoomreductie
- Verwerking van traumatisch verleden als draagkracht en draaglast dit toelaat
- Leren leven als persoon en niet langer als slachtoffer of overlevende van trauma. (reïntegratie, rehabilitatie)

Attitude:

De hulpverlener werkt vanuit/staat open voor de principes van de emancipatorische hulpverlening.

De algemene attitude bestaat uit echtheid, openheid, duidelijkheid, betrouwbaarheid en enige gedoseerde zelfdisclosure. Er is geen noodzaak tot strikte therapeutische neutraliteit. Verder is flexibiliteit en creativiteit van de therapeut van groot belang.

Ook bij deze groep patiënten is goed om kunnen gaan met afstand en nabijheid en overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen van cruciaal belang in de therapie.

Activiteiten:

Ook hier geschiedt de behandeling voornamelijk ambulante. De ambulante begeleiding of psychotherapie kan aangevuld worden met deeltijdvarianten. Indien een crisis dit noodzakelijk maakt kan een liefst korte klinische opname dienen ter crisisinterventie.

De behandeling start met het inschatten van de crisissituatie.

Als een patiënt aangemeld wordt die zich in een crisis bevindt, dient beoordeeld te worden in hoeverre het doorlopen van de diagnostische fase de draagkracht niet te boven gaat en dient er eventueel afgeweken te worden van de protocollaire diagnostische fase.

Crisisinterventie, waarbij vooral elementen uit fase 2 gebruikt zullen worden, staat dan

centraal.

Als de crisis bedwongen is dient opnieuw overwogen te worden of patiënt toe is aan een langere begeleiding of behandeling. Indien dit niet het geval is kan best overgegaan worden tot een laagfrequent onderhoudscontract (1 x /3 tot 6 maand) of kan de behandeling voorlopig afgesloten worden. Als de patiënt wel bereid is tot verdere behandeling en ingeschat wordt dat hij de druk van de diagnostische fase aankan, kan de diagnostische fase afgewerkt worden.

Fase 1 Start van de behandeling

Psychotherapie

Indicatie

Alle patiënten uit deze groep behalve diegene die vrijwel uitsluitend sociale interventies behoeven en niet open staan voor psychotherapeutische behandeling. Bij deze patiënten bestaat het aanbod uit sociaal psychiatrische begeleiding.

Inhoud

Uitvoeren en bespreken van de diagnostische fase en het opstellen van een behandelovereenkomst. Hierbij wordt het behandelplan zoals vastgesteld in het intakeoverleg als uitgangspunt genomen.

In de behandelovereenkomst zijn opgenomen: de behandeldoelen, afspraak over de frequentie en duur van de zittingen, en de verwachte behandelduur en het te verwachten behandelresultaat.

Tevens dienen er afspraken gemaakt te worden wanneer en op welke manier een evaluatie zal gebeuren.

Indien noodzakelijk is het van belang om afspraken te maken over middelengebruik in het algemeen en drugs in het bijzonder en over de controle hierop. In sommige gevallen dienen ook afspraken gemaakt te worden over wat te doen bij acting out, ondergewicht etc.

Steeds wordt er een crisisprotocol opgemaakt waarbij o.a. in is opgenomen S-telefoon, crisisbed.

Psycho-educatie:

Voorlichting geven over psychopathologie en behandeling.

Systeembijeenkomst:

Er vindt steeds een gesprek met de partner plaats, tenzij de patiënt het hier niet mee eens is, om de hoofdlijnen van de diagnostiek en de behandeling, de behandelovereenkomst en het crisisprotocol te bespreken.

Er kan overwogen worden om ook aan andere familieleden informatie te verstrekken.

Vorm:

Diagnostische fase 3 tot 5 sessies van 45 minuten.

Uitleg over diagnose, opstellen van behandelovereenkomst en opstellen van crisisprotocol: 2 tot 3 sessies van 45 minuten.

Psycho-educatie aan patiënt en familie: 2 sessies van 45 minuten

Discipline:

Psychiater-psychotherapeut of een psycholoog-psychotherapeut met een psychiater voor consultatie

Setting:

In principe ambulante of als intake als patiënt opgenomen is.

Sociaal psychiatrische begeleiding

Indicatie:

Patiënten die niet open staan voor psychotherapeutische behandeling en wel behoefte hebben aan sociale interventies. .

Inhoud:

Komen pas in actie na diagnostische fase of als diagnostische fase voorlopig geheel of gedeeltelijk overgeslagen wordt.

Er wordt in ieder geval wel een inventarisatie gemaakt van de problemen op de diverse levensterreinen om de sociale interventies zo doelgericht mogelijk in te zetten.

Op basis hiervan wordt een behandelovereenkomst opgesteld met behandeldoelen, afspraak over de frequentie en de duur van de zittingen en de verwachte duur van de begeleiding.

Indien nodig worden er afspraken gemaakt over de randvoorwaarden (druggebruik, ondergewicht etc.). Er wordt ook een crisisprotocol opgemaakt.

Indien geïndiceerd motiveren voor verdere psychotherapeutische behandeling.

Systeembijeenkomst:

Overwogen wordt of de familie of de partner betrokken wordt.

Vorm:

5 bijeenkomsten van 30 tot 45 minuten met een frequentie van een maal per 2 weken.

Discipline:

Sociaal psychiatrische verpleegkundige of maatschappelijk werkende, op indicatie psycholoog of psychiater.

Setting:

In principe ambulante of als intake als patiënt opgenomen is. Als patiënt opgenomen is kan de frequentie van de bijeenkomsten eventueel verhoogd worden.

Farmacotherapie:

Door een vaste psychiater.

Uitgangspunten van de farmacotherapie zijn reeds beschreven.

De verdere indeling in fase 2, 3 en 4 komt niet geheel overeen met de werkelijkheid en is enigszins arbitrair. Enerzijds is het wel mogelijk om deze fases in grote lijnen te onderscheiden, wat we bijvoorbeeld zien doordat sommige mensen nooit verder komen dan fase 2. Bij patiënten die wel aan fase 3 en 4 toekomen stellen we vast dat er bij momenten toch behoefte is aan een nieuw stuk stabilisatie. Dit betekent dat er dan flexibel van de ene naar de andere fase overgegaan moet kunnen worden.

Fase 2 Stabilisatie en symptoommanagement/ -reductie

Er bestaat consensus dat snelle exploratie of doorwerking van trauma in de meeste gevallen gecontraïndiceerd is. Een dergelijke aanpak leidt meestal tot verdere destabilisatie en toename van PTSS-, dissociatieve en andere symptomen.

Fase 2 richt zich dan ook op uitbreiden van 1) copinggedrag en symptoomreductie en 2) het bevorderen van het relationeel functioneren.

Doelen:

Van voorbehandeling:

In geval van voorbehandeling wordt een maximale duur afgesproken, waarin patiënt de tijd krijgt om die problemen op te lossen die een ambulante behandeling in de weg staan.

De voorbehandeling concentreert zich op;

- stoppen van suïcidaal en autodestructief gedrag, acting out, doorgaand misbruik
- stoppen van met therapie interfererend gedrag b.v. te laat komen op een sessie, sterk appel op therapeuten buiten de sessie,
- therapie blokkeert door continue crisisgerichte gesprekken
- aanpassen van slechte levensstijl (financieel wanbeheer, verslaving, afwezig steun-systeem, destabiliserend sociaal systeem)

Van behandeling:

1) Bevorderen van relationeel functioneren door:

Focus op:

- cyclisch angstig en vermijdend hechtingsgedrag (d.m.v. behandelcontract en interpretatie van overdracht te bewerken)
- probleem om therapeutisch contact aan te gaan t.g.v. dissociatieve ont koppeling
- identificatie en bewerking van innerlijke ambivalentie of relationele moeilijkheden
- kwetsbaarheid t.g.v. de neiging om te herhalen d.m.v. grensoverschrijdende relaties, pathologische afhankelijk te worden in de behandeling of om traumatische dubbelebindingen te herhalen
- een plaats geven aan traumagerelateerd wantrouwen en het opbouwen van werkrelatie

2) Vergroten van copinggedrag en symptoomreductie

Focus op:

- opwekken van gevoel van veiligheid (extern en intern)
- groter gevoel van verbondenheid
- reguleren van afstand en nabijheid
- zichzelf leren troosten
- vergroten van zelfwaardegevoel
- omgaan met PTSS- en dissociatieve symptomen
- hyperarousal verminderen d.m.v. medicatie of relaxatie
- identificeren en modifieren van cognitieve distorsies
- omgaan met andere symptomen
- omgaan met stresssituaties in dagelijks leven

Tekenen van stabilisatie zijn:

- In staat zijn veiligheid voor zichzelf en veiligheid in relaties te waarborgen
- Mogelijkheden ontwikkelen om gevoel van verbondenheid te hebben (minder depersonalisatie en derealisatie)
- In staat zijn om voor zichzelf te zorgen (zowel op lichamelijk als geestelijk gebied)
- Vergroot gevoel van zelfwaardering
- Meer copingmogelijkheden t.a.v..
 - symptomen (angst, depressie, slaapstoornissen, pijn, ...)
 - verslavingsgedrag, zoals afhankelijkheid van medicatie, drugs en alcohol en ook eetstoornissen of seksueel compulsief gedrag
 - relationele problemen (minder conflicten en minder hechtingsproblemen)
 - werk of school (prestatievermogen stijgt)
 - goed kunnen omgaan met posttraumatische stress-stoornissymptomen, zoals:
 - * fysiologische arousal (chronische en als reactie op triggers)
 - * intrusieve symptomen

- * verdoving en vermijding
- * dissociatieve symptomen
- Identificatie en partiele modificatie van traumagerelateerde cognitieve distorsies over zichzelf en de omgeving

Voor mensen met een dissociatieve identiteitsstoornis zijn er enkele bijkomende doelen die bereikt moeten zijn vooraleer er van echte stabilisatie sprake is:

- Contact maken en identificeren van alters (vooral die die een taak hebben in het dagelijks leven)
- Opbouwen van een werkrelatie met verschillende alters in het persoonlijkheidssysteem
- Werken aan een vermindering van acting out of een vermindering van handelingen die de werkrelatie in het gedrang brengen
- Vergroten van de mogelijkheid tot interne communicatie en onderhandeling

Inhoud

Als basis:

- Individuele psychotherapie
 - wordt gegeven in duovorm (daardoor is er steeds iemand beschikbaar bij vakantie, ziekte)
 - liefst een gemengd duo (man/vrouw) psychotherapeut(e)-s.p.v.
vorm: varieert van een aantal malen tot een aantal jaren in een frequentie van wekelijks of tweewekelijks gedurende 45 minuten tot een uur.
- Indien nodig voorbehandeling d.m.v.
 - individuele psychotherapie
 - Vaardigheidstraining volgens Linehan
- Crisisprotocol met o.a.:
 - S-telefoon: mogelijkheid om bij (dreigende) crisis even hulp te zoeken via de telefoon
 - Bed op recept
- Systeembijeenkomsten
Met als inhoud enerzijds voortgezette psycho-educatie en anderzijds om interacties in het gezin op te volgen en bij te sturen om te voorkomen dat het systeem of de therapie vastloopt.
De frequentie van de systeembijeenkomsten hangt sterk samen met de ernst van de systeemproblematiek: variërend van een aantal keren gedurende deze fase tot eens in de 4 tot 6 weken in geval van een gezin en eens in de 2 weken in geval van een relatie.
Gezien het feit dat het in deze groep vaak tot eigen gezinsvorming is gekomen zal aandacht besteed moeten worden aan ondersteuning in opvoedende taken van ouders. (KOPP-project)

Mogelijke aanvullingen:

(Samen te stellen volgens het principe “Zorg op maat”).

- Farmacotherapie
- Cursorisch programma
 - Psycho-educatie

- Vaardigheidstraining volgens Linehan
- Sociale vaardigheidstraining
- Oriëntatie - Actualiteit
- Modulair programma (mogelijke onderdelen)
 - Psychomotore therapie
 - Beeldend creatieve therapie
 - Vrouwengroep
 - Groepstherapie (Individuele therapie in groep)
 - Hobby
 - Sport
 - Zwemmen
 - Activiteitenbegeleiding
 - Doelenbespreking
 - Weekevaluatie
 - Stress-management
 - Ergotherapie
 - Muziektherapie

Sommige patiënten lijken onvoldoende te profiteren van dit therapeutisch aanbod. De behandeling lijkt te stagneren, terwijl er toch nog nood is aan verdere intensieve begeleiding.

Voor deze groep patiënten dient Clinical casemanagement ontwikkeld te worden. De modaliteiten en de inhoud van Clinical casemanagement zullen het komende jaar verder ontwikkeld worden. (zie nota clinical casemanagement)

Discipline:

Individuele psychotherapie: psychotherapeut

Cursorisch programma: SPV-er, maatschappelijk werkende, HBO-therapeut, psycholoog of psychotherapeut.

Modulair programma: vnl. HBO-therapeut, SPV-er, activiteitenbegeleider

Groepstherapie: psychotherapeut, HBO-therapeut, SPV-er

Farmacotherapie: psychiater

Clinical casemanagement: SPV-er

Setting:

Uitgangspunt is een ambulante behandeling, eventueel aangevuld met deeltijdvarianten.

Een klinische opname zal vooral gebruikt worden ter voorkoming van crisis (bed op recept, knipkaartensysteem) of in het kader van crisisinterventie als de crisis niet ambulant doorbroken kan worden.

Een mogelijke indicatie tot klinische opname kan ook zijn het doorbreken van doorgaand misbruik.

Fase 3 Integratie van de herinnering aan de traumatische ervaringen

Inhoud:

Fobische reactie t.o.v. traumatische herinneringen overwinnen en controle krijgen over de gevoelens die met de traumatische herinnering samenhangen.

In eerste instantie streeft men naar de integratie van het narratief geheugen voor de traumatische ervaring in het autobiografisch geheugen.

Hierbij zal de therapeut geen extra informatie vragen (therapeut vraagt niet door naar inhoud of details), maar hij zal de patiënt enkel aansporen om verder te vertellen (en dan..., en dan...). Daarbij blijft in de attitude van de therapeut respect voor het eigen tempo en proces van patiënt. De taak van de therapeut is dit proces te steunen en te faciliteren.

De therapeut helpt bij het identificeren van geheugenfragmenten en het leren differentiëren tussen geheugenfragment en producties van fantasie.

In een volgende stap, als de narratieve elementen meer gedetailleerd en georganiseerd zijn, streeft men naar integratie van de gedissocieerde elementen van de traumatische ervaring (b.v. gedachte, gedrag, zintuiglijke en sensorimotorische waarneming, emotie). Hiervoor wordt o.a. gebruik gemaakt van het BASK-model van Braun (in de Nederlandse vertaling GGZE-model). Verder is het ook noodzakelijk dat het tot een integratie komt van de introjecten (o.a. daderintroject en introject van falende beschermer) en de eventueel gevormde alters.

Bij die patiënten die partieel of volledig amnestisch zijn voor de traumatische ervaring bestaat er een onvolledig narratief geheugen voor de traumatische ervaring. Bij deze patiënten moet men zeer goed stilstaan bij de indicatie voor en de timing van het opsporen van deze verloren herinneringen en moet men die therapeutische technieken kiezen die het minste geheugenfouten opleveren.¹⁵

Doel:

- vermindering van vermijding van of hevige reacties op traumatische herinnering
- van symbolisatie en herhaling van traumatische ervaring komt het tot verbalisatie
- alters werken samen en synthetiseren zo de herinnering van de traumatische ervaring(en), eerst via narratief geheugen, daarna via componenten van het GGZE-model. (alleen bij DIS)
- traumatische herinneringen krijgen een plaats in het autobiografisch geheugen
- doorwerken van existentiële crisis die dit met zich meebrengt
- integratie van introjecten en eventueel gevormde alters
- doorwerken van psychodynamiek die het gevolg is van het hebben van een trauma-verleden (m.n. de overdracht naar de hier-en-nu situatie)

Basis:

- Individuele psychotherapie (zie fase 2)
 - vorm: meestal langerdurend (enkele jaren) in wekelijkse tot twee-wekelijkse frequentie gedurende 45 tot 60 minuten

¹⁵ Richtinggevend in deze is volgende tabel uit "Memory, trauma, treatment and the law" van Brown, Schefflin en Hammond.

A step-wise approach to the treatment of amnesia for trauma:

Minimal memory error rates

1. Free narrative recall

Mild increase in memory error rates

2. Transference interpretation combined with free recall
3. Context reinstatement combined with free recall

Mild to modest increase in memory error rates

4. State dependent recall

Modest increase in memory error rates

5. Specialized memory recovery techniques (combinations of the above methods without supplying misinformation in the interview)

High increase in memory error rates

6. Interrogatory and coercive interviewing (systematically supplying misinformation within and across interviews combined with other interrogatory and coercive methods)

- Crisisprotocol: (zie fase 2)
- Systeembijeenkomsten (zie fase 2)
- Aanvullend:
- Farmacotherapie
- Modulair programma
 - Verwerkingsgroep
 - Psychomotore therapie (in groep of individueel)
 - Psychodrama (in groep of individueel)
 - Beeldend creatieve therapie (in groep of individueel)
 - EMDR
- Psychotherapeutisch deeltijdprogramma?
- Kortdurende ondersteunende klinische opname

Discipline:
zie fase 2

Setting:

Uitgangspunt is een ambulante behandeling, eventueel aangevuld met deeltijdvarianten. Een klinische opname zal vooral gebruikt worden ter voorkoming van crisis (bed op recept, knipkaartensysteem, korte ondersteunende klinische opname) of in het kader van crisisinterventie als de crisis niet ambuland doorbroken kan worden (patiënt doorloopt dan terug een stuk fase 2).

Fase 4 Rehabilitatie en reïntegratie

Inhoud:

Voor die patiënten waarbij fase 3 een haalbare kaart was:

Verdere stabilisatie van integratie bij DIS-patiënten met:

- fusie van emotionele reacties
- komen tot nieuwe keuzes in hulpbronnen en hulpsysteem
- komen tot enkelvoudige overdracht behorend bij èèn persoon tot de therapeut

Zelfontwikkeling:

- komen tot groter zelfbewustzijn en grotere zelfervaring
- rouwen over slachtoffer zijn en overgang maken van “Overlever” tot “Lever”
- rouwen over “dader” in zichzelf en komen tot acceptatie van zowel positieve als negatieve eigenschappen
- komen tot verhoogd gevoel van eigenwaarde
- kunnen begrijpen waar de verantwoordelijkheid lag voor het traumatisch gebeuren en zicht krijgen op factoren die dit gebeuren mogelijk hebben gemaakt In deze fase kan ook bekeken worden of er een indicatie bestaat om de dader of de familie te benaderen.
- doorbreken van een aantal vermijdingsreacties en aandacht schenken aan nieuwe interesses

(Verdere inhoudelijke uitwerking hiervan is opgenomen in de bijlage pg XXXIV)

Beëindiging van de therapie

- voldoende aandacht besteden aan afscheid nemen
- mogelijkheid bieden tot opvolgingscontact (b.v. telefonisch om de 3 maanden gedurende

- 2 jaar)
- mogelijkheid bespreken van heraanmelding

Voor die patiënten waarbij fase 3 niet of niet volledig haalbaar was:

Elementen uit bovenstaande van fase 4 (niet alles zal haalbaar zijn) en Rouwen over “onvolledige” therapie.
Consolidatie van bereikte veranderingen
Beëindiging overwegen en bespreken
Langere begeleiding in het kader van clinical casemanagement overwegen

Individuele psychotherapie (zie fase 2)

vorm:

Meestal langerdurend (enkele jaren) in een geleidelijk minderende frequentie gedurende 30 tot 45 minuten. De ervaring leert dat deze fase ongeveer een derde van de therapietijd in beslag neemt. Indien mogelijk zet het duo van fase 2 de behandeling in fase 3 voort.

Voor die patiënten waarbij beëindiging van behandeling niet haalbaar lijkt, (in de praktijk zal het dan vooral gaan om patiënten waarvoor fase 3 niet haalbaar was) geleidelijk overdragen aan clinical casemanagement.

- Crisisprotocol: (zie fase 2)
Als fase 2 en 3 zijn afgerond is dit meestal overbodig, dan beëindiging bespreken.
Als dit voor patiënt nog nodig is, mogelijkheid van bed op recept nog laten staan, anders crisisprotocol afbouwen als teken naar patiënt dat er een andere fase ingaat.
- Systeembijeenkomsten (zie fase 2)
In deze fase kan ook bekeken worden of er nood is aan relatietherapie en/of confrontatie met dader of gezin van herkomst, dit laatste op uitdrukkelijke wens van patiënt. Dit geldt enkel voor die patiënten waarvoor fase 3 is afgerond

Aanvullend:

- Farmacotherapie In deze fase ook gericht op afbouw van medicatie in het tempo van de patiënt
- Modulair programma
- Vrouwengroep
- Mannengroep
- Assertiviteitstraining
- Seksuologische consultatie
- Cognitieve therapie
- Oriëntatie/ Aktua

Discipline:
zie fase 2

Setting:

Uitgangspunt is een ambulante behandeling, eventueel aangevuld met deeltijdvarianten. Een klinische opname zal in deze fase meestal niet meer nodig zijn. Met patiënt bespreken of crisisprotocol eventueel aangepast wordt.