

Zorgprogramma Persoonlijkheidspathologie & Traumagerelateerde Stoornissen

Programmalijn Werkgroep PPTgS (oktober 2002)

*A. Baajens
A. Bode
A. Gerits
M. den Haan
T. Horemans
R.J. van Montfoort
G. Peeters
M. Pothoven
N. Raats (secr.)
M. Smulders
M. Zevenbergen*

WAT HEBBEN WE GEDAAN.

De VISIE

Mensen met psychiatrische beperkingen op grond van interferenties in hun emotionele en relationele ontwikkeling c.q. op grond van traumatische levenservaringen helpen in het accepteren hiervan en ze begeleiden in hun herstelproces, zodat ze met succes en tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en socialiseren in de omgeving van hun keuze met zo min mogelijk professionele hulp.

De MISSIE

We willen een actieve bijdrage leveren aan het ontwikkelen, uitvoeren en verbeteren van behandelingen voor cliënten die met voornoemde problematiek kampen. Er wordt daarbij uitgegaan van een bio-psycho-sociale visie op psychopathologie. Het zorgprogramma dient als een kenniscentrum voor de regio en houdt zich daarom bezig met diagnostiek, consultatie, second-opinion, behandeling en onderzoek.

De UITGANGSPUNTEN

1. De werkrelatie met de cliënt staat centraal in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De interactionele aspecten zoals overdracht en tegenoverdracht, afstand en nabijheid, grenstelling in het contact bepalen de handelwijze van de behandelaar/hulpverlener. Dit gegeven stelt bijzondere eisen aan de interactionele vaardigheden van de behandelaar. Ook dient behandelaar voldoende bereikbaar te zijn voor cliënt en teamleden, dit houdt in dat de omvang van het dienstverband voldoende groot moet zijn.
2. De zorgtoewijzing voor regionale cliënten volgt een stepped care principe, te beginnen met het toewijzen van een hoofdbehandelaar.
3. We gaan er vanuit dat mensen die lijden aan een ernstige vorm van een persoonlijkheidsstoornis of een posttraumatische stoornis beperkingen kennen op alle levensgebieden en derhalve dient een zorgprogramma naast behandeling activiteiten te ontwikkelen met betrekking tot onder andere wonen, crisismanagement, dagbesteding en sociale contacten.
4. De aangeboden activiteiten voor een bepaald probleem/hulpvraag worden getoetst aan de 'State of the Art' opvattingen over behandeling van de doelgroep. Het moet niet van toevallige omstandigheden of idiosyncratische opvattingen van behandelaar of cliënt afhangen wat voor zorg iemand krijgt.
5. Verslavingsproblematiek is eerder regel dan uitzondering bij de cliënten van de doelgroep, daarom is het behandeling van verslavingsziekte een geïntegreerd onderdeel van de behandeling binnen het zorgprogramma.
6. De doelgroep heeft door gedragsproblemen en emotie-/agressieregulatie problematiek kans in aanraking te komen met justitie. Een forensische zorgkader hoort daarom onderdeel te zijn van het zorgprogramma.

DOELGROEP

Het zorgprogramma is bedoeld voor cliënten met als hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis en/of traumagerelateerde stoornis (stoornisgeoriënteerd uitgangspunt).

Daarnaast dient het zorgprogramma ook voor cliënten die, om te kunnen komen tot een therapeutisch proces, de "holding" van een complex en geïntegreerd behandelaanbod nodig hebben, waarin het methodisch hanteren van de relatie, centraal staat (procesgeoriënteerd uitgangspunt).

Soms is de persoonlijkheid nog weinig uitgerijpt of diagnostisch moeilijk in te schatten omwille van een manifest toestandsbeeld of onvoldoende informatie. Co-morbiditeit in de vorm van bijvoorbeeld angst- en stemmingsstoornissen, impulsregulatieproblemen of middelen misbruik is eerder regel dan uitzondering in deze groep. In de praktijk kan dan ook het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornis of symptoom-stoornis (alleen een as I aandoening in DSM-termen, zonder as II classificatie) soms moeilijk te maken zijn, met als gevolg onduidelijkheid in het vaststellen wat het primaire aangrijpingspunt van de behandeling/begeleiding moet zijn.

De volgende indicatoren kunnen een toewijzing aan het zorgprogramma rechtvaardigen:

- Cliënten maken de relatie met de intaker/behandelaar snel tot de kern/crux van de behandeling en geven daarbij blijk van sterke overdrachtsvervormingen (ophemelen, verguizen, verleiden, dwangmatig controleren, wantrouwen, boycotten)
- Een eerdere symptomatische behandeling heeft niet tot voldoende effect geleid (snel recidief, steeds weer andere klachten) en dit is niet afdoende te verklaren vanuit matchingsvariabelen (sexe, leeftijd van de behandelaar), biologische factoren of nieuwe c.q. persisterende negatieve life-events.
- Verlatingsgevoeligheid en/of een hechtingsstoornis zijn belangrijke uitlokkende of onderhoudende factoren van de symptomatologie.
- Er is sprake van zodanig verzwakte Ik-functies dat een langer durende, complexe therapeutische context noodzakelijk is om te komen tot voldoende zelfhandhaving. Er moet met andere woorden gewerkt worden aan:
 - ontwikkeling van bestaansrecht en basisvertrouwen;
 - versterking van het vermogen onderscheid te maken tussen fantasie en werkelijkheid en tussen zichzelf en de ander;
 - versterking van de impulscontrole, angst- en frustratietolerantie (emotieregulatie);
 - versterking van het vermogen om ambivalenties te verdragen;
 - versterking van het vermogen om alleen te kunnen zijn;
 - verbeteren van het vermogen betekenisvolle relaties aan te kunnen gaan;
 - ontwikkelen van een coherent en realistisch zelfgevoel.

De doelgroep behelst vooral cliënten die gedurende hun behandeling behoefte zullen hebben aan interdisciplinaire, multidisciplinaire en multimethodische behandelvormen.

Enkele afbakeningen ter verduidelijking:

Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen waarbij een monomethodische psychotherapie volstaat en cliënten die lijden aan de gevolgen van een type 1 trauma, worden behandeld binnen het zorgprogramma protocollen en zorgarrangementen. Cliënten die lijden aan de gevolgen van een type 2 trauma worden behandeld binnen het zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen omdat het bij deze cliënten niet te voorspellen is in hoeverre ze gedurende hun behandeling aanvullende behandelvormen nodig zullen hebben.

Vluchtelingen met traumagerelateerde problematiek (meestal type 2 trauma's) worden behandeld binnen het zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen wanneer ze een verblijfsstatus hebben. Zonder verblijfsstatus is de toekomst van deze vluchtelingen te onzeker en verdient het aanbeveling deze cliënten in het entreeprogramma of in het zorgprogramma protocollen en zorgarrangementen onder te brengen.

Om de zorgtoewijzing aan zorgprogramma's te optimaliseren is een pragmatische indicatiestelling gewenst waarbij, naast de diagnose, ook de hulpvraag en de meest gewenste methodiek meegenomen wordt in de besluitvorming.

INDELING IN SUB-DOELGROEPEN

Gelet op de verschillen in de structuur van de persoonlijkheid en het daarmee samenhangende verschil in attitude waarmee de hulpverlener zich dient op te stellen, zijn er in de nota "persoonlijkheidspathologie en trauma gelegateerde stoornissen", d.d. maart 1999, keuzen gemaakt voor verschillende behandelarrangementen/methodieken, voor onderscheiden sub-groepen binnen de doelgroep. Die subgroepen zijn:

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

Het verschil in aanpak per subgroep wordt herkend in alle leeftijdscategorieën. Bij mensen met bovengenoemde problematiek lijkt het van wezenlijk belang om de activiteiten in het kader van het zorgprogramma toe te spitsen op jeugdigen, volwassenen en ouderen. De indeling in de vier subgroepen clusters geldt voor alle leeftijden.

Bij jeugdigen tot 18 jaar kan niet in formele zin gesproken worden over persoonlijkheidsstoornissen. Wel zijn er indicatoren voor een ontwikkeling in die richting. Wij zijn

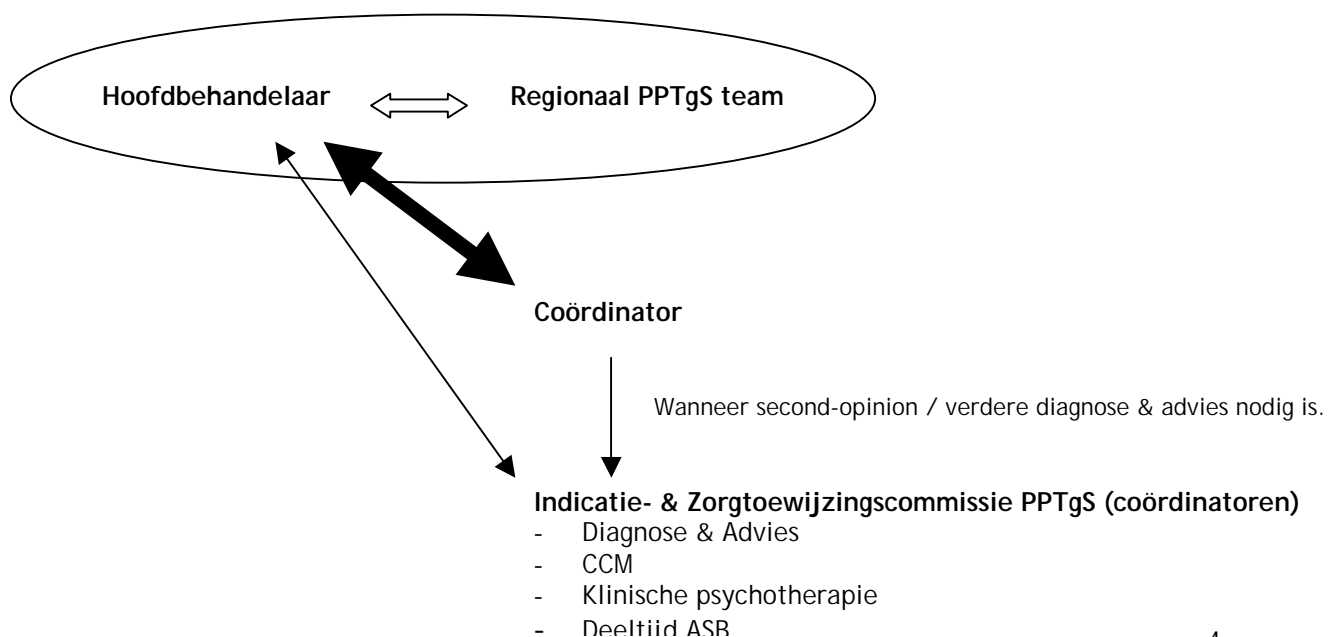
van mening dat jongeren onder de 18 jaar in principe niet in aanmerking komen voor het zorgprogramma. We achten het wel noodzakelijk dat er samenhang gebracht wordt tussen dit zorgprogramma en de overige zorgprogramma's. Als voorbeeld kunnen jeugdige cliënten gelden omdat hierop een ander juridisch kader van toepassing is.

Gelet op ouderen met bovengenoemde problematiek kan het volgende gezegd worden: er zijn drie "presentatievormen":

- mensen die al vroeg in de psychiatrie terecht gekomen zijn en daarin ouder zijn geworden (de primaire AS I problematiek is verweven geraakt met hun persoonlijkheid. Met andere woorden "mensen hebben geen klachten en symptomen meer maar zijn hun symptoom geworden");
- mensen die een complementaire relatie hebben gehad en dankzij die relatie niet in beeld zijn geweest binnen de psychiatrie. Pas na het overlijden van de partner komen ze in beeld. Dit zegt niets over het type persoonlijkheidsstoornis;
- mensen bij wie de persoonlijkheidsstoornis in beeld komt door een knik in de levenslijn. Zij komen over het algemeen laat in beeld.

CLIËNTEN ROUTING.

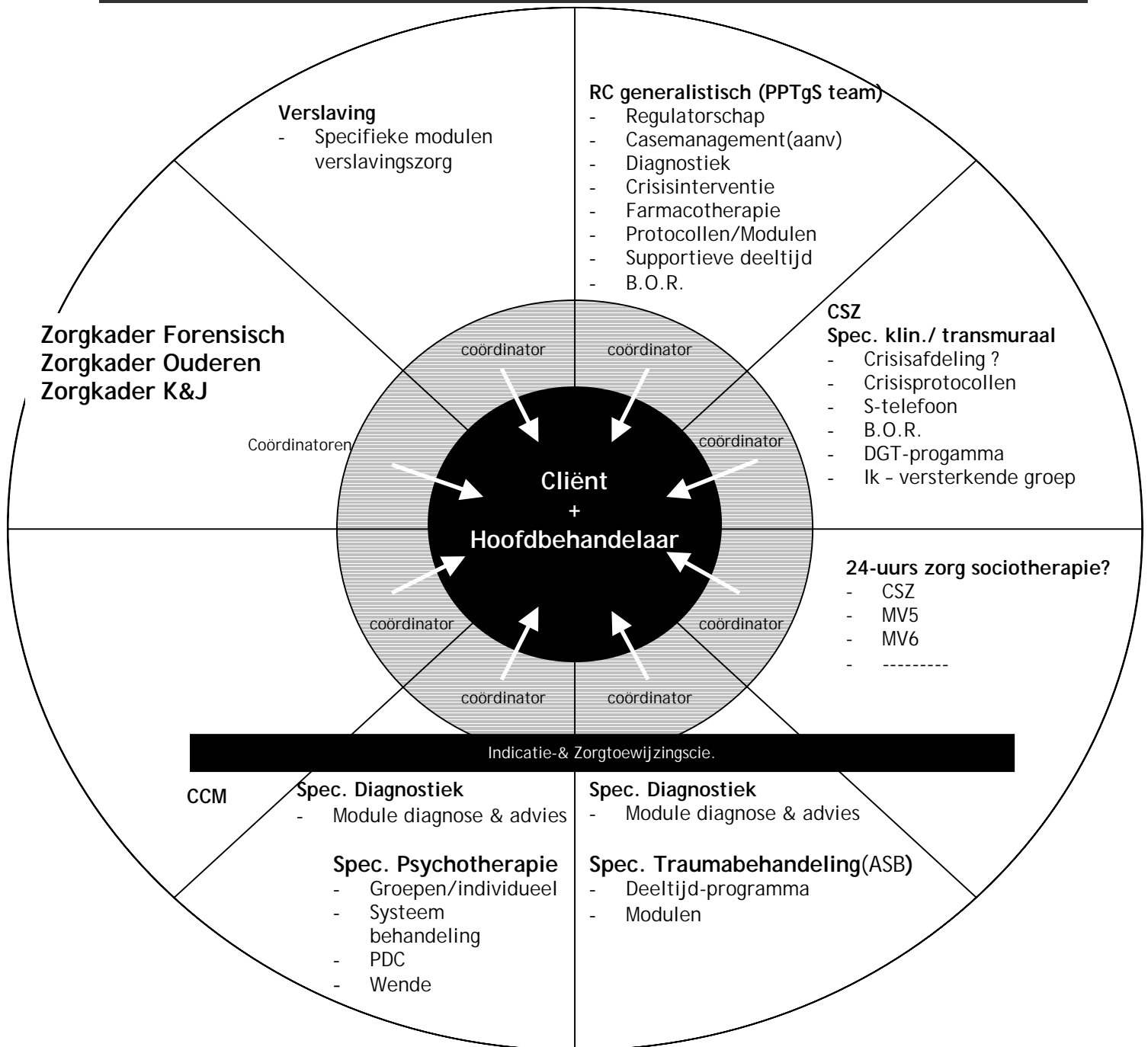
1. Toewijzing zorgprogramma door programma entree-activiteiten.
2. Matching Ambulante Hoofdbehandelaar (AHB), die onderdeel is van een binnen een regionaal centrum gesitueerd ambulante team van PPTgS behandelaars. Dit regionaal PPTgS-team heeft een specifieke, aangepaste caseload-normering (ca 30 cliënten op f.t.e.-basis) en adequate mogelijkheden tot multidisciplinair overleg en intervisie. In een dergelijk team zijn psychiatrische, psychodiagnostische, psychotherapeutische, systeemtherapeutische en sociaal-psychiatrische kennis en vaardigheden voorhanden. Het team werkt volgens de visie en uitgangspunten voor het zorgprogramma PPTgS. Een dergelijk team is ambulante/transmuraal werkzaam. De werkwijze lijkt op die van een ACT-team. De lokale verhoudingen in een RC bepalen omvang en aantal PPTgS-teams. De behandelregie ligt binnen het regionale PPTgS team. Voor de verdere uitwerking zie integrale nota zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen.
De hoofdbehandeling omvat assessment, behandeling (relationship management / psychotherapie), crisismanagement, casemanagement)
3. Coördinatoren vormen de aanspreekpunten voor de AHB'en waarnaar uitbreiding van de hoofdbehandeling met modulaire, andere activiteiten of programma onderdelen gewenst is. In overleg met de coördinatoren voor de betreffende onderdelen passen ze het behandelplan aan.
4. Coördinatoren vormen een indicatiestellings- en zorgtoewijzingscommissie voor het zorgprogramma. Hier komen alleen die cliënten waar AHB en coördinator niet tot consensus komen of waar nadere diagnostiek, second-opinion of consultatie gevraagd wordt.
5. Indicaties voor CCM, klinische psychotherapie, ASB-deeltijd lopen altijd via de indicatie- en zorgtoewijzingscommissie PPTgS.



Hoofdbehandeling

- Assessment
- Behandeling (relationship management/psychotherapie)
- Crisismanagement
- Casemanagement

De coördinatoren zijn dienstverlenend (informatie, consultatie, behandelondersteuning, aanvullende behandeling, tijdelijke overname van behandeling).



K.I.B.

- Consultatie
- Crisisinterventie
- Tijdelijke behandelingsondersteuning

WAT IS ER AL.

Een inventarisatie van alle activiteiten binnen circuitbehandeling is gedaan. Inventarisatie van activiteiten binnen de zorgkaders K&J, ouderen en forensisch moet nog gebeuren. Een indeling is gemaakt conform het taartmodel, zie schema. De complete inventarisatie moet op intranet gezet worden. Voorlopig zal deze op het internet toegankelijk zijn, te bereiken via <http://kib.netmenu.nl> <http://wende.netmenu.nl> of <http://overzicht.netmenu.nl>.

WAT MOET ER PER 1-1- 2003 GEBEUREN.

1. Vaststellen omvang doelgroep.
2. Oprichten van regionale PPTgS teams. Waarbij de uren voor de medewerkers t.b.v. het zorgprogramma geoormerkt zijn, de caseload op ca. 30 cliënten op f.t.e. is vastgesteld en een overlegstructuur bestaat specifiek voor cliënten van het zorgprogramma.
3. Benoemen van coördinatoren.
4. Samenvoegen van indicatie- en klinische psychotherapie (TIP-setting), indicatie- en Clinical casemanagement (CCM), indicatie- en aanvullende specialistische behandelings (ASB) tot één indicatie- en zorgtoewijzings- PPTgS.

WAT MOET ER NA 1-1-2002 NOG GEBEUREN.

- Ontwikkelen van het netwerk door participatie aan elkaars activiteiten en uitwisselingsprogramma's.
- Wachtlijstmanagement.
- Samenwerking opbouwen met K&J, ouderen en forensische zorgkaders.
- Opstellen van een deskundigheidsbevorderingsprogramma en in-service training voor nieuwe medewerkers.
- Evaluatie- en onderzoeksactiviteiten ontplooiën.
- Zie verder het hoofdstuk gewenste ontwikkelingen in de inventarisatie van activiteiten PPTgS.
- ?????

ONDERLIGGEND WERK.¹

- De Notitie Sekse-specifieke Traumabehandeling (1996)
- Zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen (1 maart 1999).
- Commanster nota Zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen (augustus 2001).
- Inventarisatie activiteiten Zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen (oktober 2002)
- Cliënten inventarisatie circuitbehandeling.

¹ Beschikbaar op de I-schijf.