

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

Tegenover, naast, op, onder of in plaats van
CGT?

JOOST HUTSEBAUT, ARJAN VIDELER, ELLEN WILLEMSSEN &
HELGA AALDERS

Samenvatting

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is bewezen effectief voor diverse symptoomstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen hebben veelal een negatief effect op de werkzaamheid van CGT voor symptoomstoornissen. De Guideline Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) biedt een kader om een aantal generiek werkzame factoren in behandeling systematisch toe te passen, met als doel de effectiviteit van behandeling te vergroten bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Het kunnen hanteren van deze principes kan elke cognitief-gedragstherapeut helpen om de eigen interventies effectiever te laten zijn. GIT-PD biedt daarmee een metakader waarbinnen elke interventie of behandeling, dus ook CGT, bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis een betere kans van slagen heeft.

Trefwoorden: persoonlijkheidsstoornissen, behandeling, GIT-PD

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Mensen die zich aanmelden voor behandeling hebben vaak in meer of mindere mate ook kenmerken van persoonlijkheidsproblematiek.
- ▶ De Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) biedt een kader van principes die zijn afgeleid van bewezen effectieve behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen.

- ▶ Toepassing van deze principes kan naar alle waarschijnlijkheid elke interventie die gericht is op de behandeling van symptoomstoornissen effectiever maken bij mensen die ook persoonlijkheidsproblematiek hebben.

INLEIDING

.....

Persoonlijkheidsstoornissen komen in de klinische praktijk erg vaak voor (Lewis et al., 2019; Zimmerman et al., 2005). Meer dan de helft van de cliënten die voor een depressie in behandeling komt, voldoet daarnaast aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis (Friborg et al., 2014). Omgekeerd zal 90% van de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis ooit in zijn of haar leven een stemmingsstoornis ontwikkelen (Skodol et al., 1999). Vergelijkbare aantallen gelden voor andere veelvoorkomende psychische aandoeningen, zoals eetstoornissen, angststoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen (Hasin & Kilcoyne, 2012; Johnson et al., 2006; Martinussen et al., 2017; Newton-Howes et al., 2017). De grenzen tussen wat we gewoonlijk ‘symptoomstoornissen’ noemen (of ‘as I-stoornissen’) en persoonlijkheidsstoornissen (of ‘as II-stoornissen’) zijn niet zo strak als lange tijd werd aangenomen. Dat komt ook terug in recentere empirische modellen van psychopathologie, zoals de Hierarchic Taxonomy of Psychopathology (Kotov et al., 2017). Zulke modellen suggereren dat de relatie tussen symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen eerder een spectrumrelatie is dan dat het gaat om kwalitatief verschillende diagnostische entiteiten. Symptoomstoornissen, zoals een depressie, vormen minstens in een deel van de gevallen wellicht eerder een (tijdelijke) verergering van onderliggende maladaptive persoonlijkheidstrekken, zoals negatieve affectiviteit, dan dat het gaat om kwalitatief verschillende stoornissen.

De aanwezigheid van symptomen van persoonlijkheidsstoornissen naast een vastgestelde symptoomstoornis, zoals een depressie, markeert daarom wellicht vooral een grotere ernst van psychopathologie. Een relevante vraag is of dit gevolgen moet hebben voor de selectie van interventies. Zijn geprotocolleerde (cognitief-)gedragstherapeutische interventies voor stemmings- of angststoornissen wel even effectief wanneer er sprake is van ‘comorbide’ (klinische of subklinische) persoonlijkheidsstoornissen? De bevindingen zijn gemengd, net als de opinies hierover. Sommige meta-analyses laten zien dat de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis op baseline het effect van een depressiebehandeling halveert (Newton-Howes et al., 2014), terwijl uit andere meta-analyses blijkt dat er nauwelijks tot geen verschil is in effectiviteit wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis (van Bronswijk et al., 2018). Bij angststoornissen is er een kleinere kans op herstel en een grotere kans op terugval bij aanwezigheid van een comorbide cluster C-persoonlijkheidsstoornis (Ansell et al., 2011; Massion et al., 2002).

Dat cognitieve gedragstherapie (CGT) minder effectief is bij persoonlijkheidsstoornissen, blijkt ook uit de kleine effecten van CGT in de behandeling van (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen (Storebø et al., 2020). CGT komt niet terug in de diverse nationale en internationale behandelrichtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen. Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen werden er binnen het cognitief-gedragstherapeutisch kader drie adaptaties ontwikkeld: de dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993), de schematherapie (ST; Young et al., 2003) en de Vaardigheidstraining EmotieRegulatieStoornis (VERS; in het Engels: STEPPS; Black & Blum, 2017). Alle drie blijken ze effectief bij mensen met (borderline-) persoonlijkheidsstoornissen. Deze therapievormen worden wel genoemd in de diverse richtlijnen (GGZ Standaarden, 2017; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Ze onderscheiden zich van de meer klassieke gedragstherapeutische stromingen vanwege hun systematische aandacht voor de kwaliteit van de therapeutische relatie, de focus op interventies die verbanden leggen tussen gedachten, gevoelens en gedrag, en hun focus op emoties en emotieregulatie (Weinberg et al., 2011). Daarnaast berusten ze op een coherente theorie over de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen en bieden ze een kader om de typische symptomen van mensen met persoonlijkheidsstoornissen te begrijpen.

Dat deze adaptaties betere effecten behalen, komt wellicht doordat ze beter inspelen op de specifieke kwetsbaarheden van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Weinberg et al., 2011). Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak moeite om zichzelf aan te sturen in het leven en dus ook tijdens een behandeling (Bender et al., 2011). Ze haken eerder af, kunnen frustraties lastiger verdragen en raken daardoor sneller gedemotiveerd. Ze raken emotioneel sneller ontregeld en vragen daarom om een (behandel-)omgeving die niet terugdeinst voor deze ontregelingen, maar er adequaat en doordacht op reageert. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben doorgaans moeite om een behandelaar te vertrouwen, reageren sensitief op elke bedoelde of onbedoelde interpersoonlijke cue, en geven daar vaak een eigen betekenis aan. Deze kwetsbaarheden stellen behandelaars op de proef en maken het lastiger om 'gewoon hun werk te doen'. De therapeutische relatie en de samenwerking daarbinnen is veel minder vanzelfsprekend dan bij minder kwetsbare cliënten. Mogelijk leiden deze fenomenen ertoe dat heel wat ingezette interventies bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen minder effectief zijn en sneller ingeruild worden voor andere behandeltrajecten, wat leidt tot vele breuken en demoralisering tijdens de behandeling van deze cliënten (Zanarini et al., 2012).

Wellicht onderscheiden DGT, VERS en ST zich (onder meer) van traditionele CGT omdat ze een duidelijk kader bieden hoe met deze kwetsbaarheden om te gaan en omdat ze systematische aandacht schenken aan een aantal *common factors* die in de werkzaamheid van de behandeling van deze cliënten misschien nog nauwer luisteren dan bij andere cliënten. Met 'common

factors' wordt verwezen naar de factoren die van invloed zijn op de werkzaamheid van een behandelvorm zonder uniek te zijn voor deze specifieke behandelvorm (Weinberg et al., 2011). In elk van de genoemde adaptaties worden deze common factors geborgd. Wel vragen deze specifieke behandelmodellen langdurige en specifieke training en supervisie, waardoor ze meestal slechts door een selecte groep van behandelaars worden uitgeoefend binnen specifiek daarop ingerichte settings. Daarom is er behoefte aan breed toepasbare methodieken die gemakkelijker aan professionals te leren zijn. In dit artikel stellen we de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) voor (Hutsebaut et al., 2020). GIT-PD werd ontwikkeld als een toegankelijker alternatief voor goede zorg voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen dan de specifieke behandelprogramma's (zoals DGT en ST). De focus in dit artikel ligt vooral op de bruikbaarheid van dit kader als een onderlegger waarmee de werkzaamheid van klassieke interventies, zoals CGT, vergroot kan worden bij cliënten bij wie de behandeling weliswaar op de symptoomstoornis is gericht, maar bij wie daarnaast ook (meer of minder ernstige) persoonlijkheidsproblemen spelen.

GIT-PD: ACHTERGROND, RATIONALE EN OMSCHRIJVING

.....

In 2008 verscheen de eerste *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen* (MDR) (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Net als in de later te verschijnen zorgstandaard *Persoonlijkheidsstoornissen* (GGZ Standaarden, 2017) werden in de richtlijn vier specialistische behandelprogramma's aanbevolen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: DGT, Mentalization-Based Treatment (MBT; Bateman & Fonagy, 2004), SFT, en Transference-Focused Psychotherapy (Yeomans et al., 2015). Enkele jaren na het verschijnen van de MDR onderzochten Hermens en collega's (2011) in hoeverre de aanbevelingen in de richtlijn werden opgevolgd bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Nauwelijks één op vijf cliënten die zich met een borderline-persoonlijkheidsstoornis aanmeldde bij een ggz-instelling in Nederland kreeg enige vorm van psychotherapie, en wellicht slechts een fractie van hen een van de genoemde bewezen effectieve behandelingen. De reden was eenvoudig: te duur en te weinig beschikbaar. De disciplinemix die vereist is om deze behandelprogramma's uit te voeren, verschilt volledig van de huidige disciplinemix in de ggz, wat de brede implementatie van deze programma's onhaalbaar maakt. Gevolg is een erg heterogeen zorgaanbod voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis: een zeer kleine groep van cliënten heeft toegang tot kwalitatief hoogwaardige bewezen effectieve behandelingen, uitgevoerd door goed opgeleide behandelaars; een iets grotere groep heeft toegang tot behandelprogramma's die weliswaar in opzet bewezen effectief zijn, maar slechts half geïmplementeerd en uitgevoerd door onvoldoende

opgeleide behandelaars; en veruit de grootste groep krijgt iets anders. Dat andere hoeft niet per se slechte zorg te zijn, maar veel hangt daarbij af van de toevallige behandelaars en de toevallige context waarin zij werken.

In de jaren na het verschijnen van de eerste richtlijnen werden steeds meer studies gepubliceerd waaruit bleek dat de reguliere zorg kon worden verbeterd door haar vast te leggen in een handleiding en door de behandelaars te voorzien van enkele specifieke tools voor de omgang met deze cliënten. Dat is wat onder meer Anthony Bateman met Structured Clinical Management (SCM; Bateman & Fonagy, 2009; Bateman & Krawitz, 2013) en John Gunderson met Good Psychiatric Management (GPM; Gunderson & Links, 2014) hebben gedaan. Beiden ontwierpen een controleconditie voor een trial, gebaseerd op algemene vaardigheden en competenties, en op een eenvoudig model van persoonlijkheidsstoornissen. Het idee was om op die manier een meer gelijkwaardige controleconditie te ontwikkelen voor de specialistische behandeling in onderzoek, te weten MBT respectievelijk DGT. Opmerkelijk was dat in beide studies de verschillen tussen de experimentele en de controlecondities nagenoeg verdwenen: de goed opgeleide en langdurig gesuperviseerde behandelaars binnen de MBT respectievelijk DGT deden het gemiddeld genomen amper beter dan de generiek opgeleide behandelaars binnen SCM en GPM (Bateman & Fonagy, 2009; McMain et al., 2009). Deze bevindingen werden nadien ook in een meta-analyse teruggevonden: dure, specialistische psychotherapieprogramma's doen het gemiddeld genomen niet duidelijk beter dan goedkopere, generalistische behandelingen (Christea et al., 2017). Vooral wanneer deze laatste beschreven staan in een handleiding en uitgevoerd worden binnen een instelling waarin voldoende deskundigheid aanwezig is, doen ze het uitstekend.

Een belangrijke reden voor het onverwachte succes van deze generieke behandelingen is wellicht dat ze noch het uitgebreide theoretische discours, noch de brede range aan specifieke interventies delen met hun specialistische tegenhanger, maar wel een focus op een aantal common factors. Het effect daarvan blijkt zo groot dat de meeste cliënten weinig extra winst behalen bij de inzet van een specialistische behandeling. Uit deze bevinding is de GIT-PD ontstaan (Hutsebaut et al., 2020).

GIT-PD is een behandelkader. Het is geen programma dat vastlegt wat er precies wel en niet gedaan moet worden in een behandeling, of hoe een therapieooster eruit moet zien. GIT-PD gaat bovendien niet uit van een theorie of methode, maar van een reeks principes. Die principes kunnen in meer of mindere mate worden toegepast in een hele brede reeks van settings: zowel op een crisisafdeling als op een ambulante behandelafdeling, en zowel binnen een psychodynamische praktijk als in een cognitief-gedragstherapeutische praktijk. GIT-PD vertrekt vanuit de bestaande zorg en biedt een geheel van principes aan die de bestaande zorg kunnen verbeteren. Het idee achter GIT-PD is dat wanneer een team deze behandelprincipes goed implementeert, de common factors beter geborgd worden, waardoor de werkzaamheid

van de interventies die geënt zijn op dit kader waarschijnlijk zal toenemen. Dat is meteen ook het aantrekkelijke van GIT-PD: het stelt niet dat een team of behandelaar iets plotsklaps helemaal anders moet gaan doen, integendeel. Het gaat ervan uit dat wat een behandelaar al goed doet, nog verder verbeterd kan worden, in het bijzonder bij mensen met een (comorbide) persoonlijkheidsstoornis. Een verdere uitwerking van GIT-PD in de praktijk kan worden teruggevonden in Aalders en Hengstmengel (2019).

PRINCIPES VAN GIT-PD

.....

GIT-PD beschrijft principes op het niveau van de individuele behandelaar, het team, en van de instelling of organisatie (Hutsebaut et al., 2020). Als geheel borgen deze principes meer effectieve zorg. Hoewel de principes ontwikkeld zijn op basis van de literatuur over werkzame ingrediënten in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen, is hun toepassing ongetwijfeld breder. Wel denken we dat de principes extra nauw luisteren bij mensen met grotere kwetsbaarheden in hun persoonlijkheid.

In het hart van de GIT-PD ligt de basishouding. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis voelen zich sneller onbegrepen, begrijpen zichzelf vaak ook niet goed, durven niet zonder meer te vertrouwen op de goede bedoelingen van de hulpverlener, en sluiten zich daardoor vaak a priori meer af van hulp. De basishouding gaat uit van de wil om samen te werken, van een betrokken, actieve, onderzoekende en nieuwsgierige behandelaar, die niet weet, maar wil weten. Naast deze onderzoekende houding zal de behandelaar oog hebben voor empathische validering en steun, waardoor er veiligheid ontstaat waarbinnen de cliënt zijn of haar eigen gedachten en gevoelens verder wil onderzoeken. Naast dit aansluiten en trachten te begrijpen zal de behandelaar ook iets nieuws moeten inbrengen. Dit sluit aan bij het derde kenmerk van de basishouding, de authentieke openheid om te bespreken wat de behandelaar zelf denkt, vindt of ervaart. Vanuit de juiste basishouding dient de behandelaar in contact met de cliënt een evenwicht te vinden tussen enerzijds aansluiten en steunen, en anderzijds iets nieuws inbrengen, motiveren om te veranderen en empathisch confronteren.

Vanuit de basishouding zal de behandelaar vervolgens de focus houden op de common factors in de behandeling: cliënten helpen om zichzelf, en in het bijzonder hun emoties en behoeften, beter te leren kennen; hen helpen opnieuw de regie te nemen over hun leven en die motivatie tot verandering vast te houden; en hen steunen om betere relaties op te bouwen door hen te helpen zich beter af te stemmen op anderen, en in contacten beter om te gaan met positieve en negatieve emoties. De therapeutische relatie is het vehikel waarbinnen deze common factors geborgd worden. Wat de behandelaar ook doet, zij zal steeds ook de relatie moeten monitoren. Geeft de behandelaar bijvoorbeeld psycho-educatie, dan houdt ze tegelijk de vinger

aan de pols of de cliënt 'mee' is. Wanneer dat niet het geval is, schakelt ze over naar het bespreken van de relatie. Het heeft dan immers weinig zin om de educatie te herhalen, of om een nog overtuigendere rationale voor de educatie te bieden.

De behandelaar werkt in een team. Dat hoeft niet per se te betekenen dat er verschillende actieve behandelaars betrokken zijn bij de cliënt. Het betekent wel dat de behandelaar een achterban heeft die zij kan raadplegen. En dat de behandelaar dat ook doet. Vaak roepen cliënten als deze immers negatieve gevoelens op (of iets te positieve), verliest de behandelaar soms het overzicht, of is zij te snel geneigd bepaalde acties uit te zetten. Hierdoor kan de behandelaar in een interactiespiraal terechtkomen, die uiteindelijk niet langer helpend is (of nog erger: waardoor de cliënt verder verslechtert of afhaakt). Een team kan de behandelaar helpen begrijpen wat er in het contact is gebeurd: waardoor is de neiging ontstaan om af te wijken van de reguliere afspraken? GIT-PD beschrijft een aantal strategieën waarmee een team de besprekingen effectiever kan maken.

Vanuit het team geeft de behandelaar vorm aan een klinisch proces. GIT-PD stelt dat dat doelgericht moet zijn, dat het afgebakend en gestructureerd moet zijn in episoden, en dat er geregeld evaluatie moet plaatsvinden, met de cliënt en bij voorkeur ook met naasten. Het risico bij deze cliënten is immers dat behandelingen eindeloos kunnen doorgaan, wat kan leiden tot afhankelijkheid en de eigen regie bemoeilijkt. Een ander risico is dat er telkens nieuwe problemen opduiken, en behandelaar en cliënt telkens iets nieuws beginnen te bespreken.

Ten slotte dient het behandelproces plaats te vinden binnen een duidelijke en voorspelbare structuur, een kader van afspraken rond bereikbaarheid, wederzijdse verwachtingen en verantwoordelijkheden. En dit alles binnen de structuur van georganiseerde zorg, met duidelijke samenwerking met andere onderdelen van die zorg.

GIT-PD TEGENOVER OF MET CGT?

.....

GIT-PD en CGT hoeven elkaar niet te bijten, integendeel. GIT-PD kan de onderlegger zijn waarop het gedragstherapeutische proces plaatsvindt. Gedragstherapeuten zijn van oudsher prima gewend om gestructureerd, doelgericht en begrensd te behandelen. GIT-PD voegt daar een aantal principes aan toe. Het GIT-PD-kader helpt om extra alert te zijn op aspecten in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen waarvan onderzoek heeft laten zien dat ze bepalend zijn voor een succesvolle uitkomst. Sterker nog, GIT-PD biedt een aantal concrete en eenvoudig te leren tools aan waardoor behandelaars dit makkelijker in de praktijk kunnen brengen. Deze principes zullen aan belang winnen naarmate de ernst van de persoonlijkheidsproblemen toeneemt. Laten we dit met enkele voorbeelden verduidelijken.

Problemen in de therapeutische relatie
.....

In de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen zal er in de regel al snel iets gaan meespelen in het contact, wat de behandeling kan hinderen. De behandelaar merkt in de fase van informatieverzameling dat een cliënt erg terughoudend is om openheid te geven; hij twijfelt of de cliënt wel eerlijk is wanneer ze instemt met zijn holistische theorie; hij merkt dat een cliënt niet aanhaakt wanneer hij psycho-educatie geeft; een cliënt maakt een enigszins vervelende, op de persoon gerichte opmerking over een oefening die de behandelaar voorstelt; of een cliënt geeft aan dat ze geen ‘klik’ met de behandelaar voelt en de behandeling ‘dus niet gaat werken voor haar’. Alledaagse voorbeelden van wat er in een contact kan meespelen die de samenwerking op de proef stellen. Een principe van GIT-PD is dat de behandelaar de therapeutische relatie steeds actief monitort. Dit principe geeft haar een heldere focus en prioriteit, namelijk schakelen van inhoud naar relatie wanneer de samenwerking stroef verloopt, vanuit de assumptie dat cliënten niet langer leren van de behandelaar wanneer ze intern afgehaakt zijn, geen vertrouwen ervaren of zich onbegrepen voelen. Aan de hand van vijf eenvoudige stappen – (1) opmerken en ter sprake brengen, (2) onderzoeken van de ervaring van de cliënt en valideren last, (3) op zich nemen van eigen aandeel, (4) alternatief perspectief bieden, en (5) opvolgen herstel – kan de werkrelatie (als fundament voor de interventie zelf) hersteld worden, zodat opnieuw teruggeschakeld kan worden naar de interventie.

Merkt een behandelaar bijvoorbeeld dat een cliënt tijdens het geven van psycho-educatie niet meer aangehaakt is, dan kan ze die educatie even stopzetten (switch van inhoud of taak naar proces): ‘Wacht even, ik heb de indruk dat je niet meer helemaal mee bent. Klopt dat?’ Vervolgens zal de behandelaar vanuit een betrokken basishouding onderzoeken wat er hier en nu speelt dat de cliënt doet afhaken. Ze houdt daarbij steeds in het achterhoofd dat bij interpersoonlijk kwetsbare mensen dit vaak te maken heeft met iets in het contact (focus op de ervaring van de therapeutische relatie): ‘Is er tijdens deze sessie iets tussen ons gebeurd waardoor je misschien bent afgehaakt?’ De behandelaar onderzoekt en valideert daarbij het affect dat de cliënt wellicht in het contact heeft opgelopen. Ze neemt waar nodig ook de verantwoordelijkheid voor haar eigen aandeel daarin (op zich nemen van eigen aandeel in de interactie): ‘Ik begrijp nu dat mijn uitleg over hoe het feit dat je nog maar weinig onderneemt kan samenhangen met je depressieve stemming, jou het gevoel heeft gegeven dat ik je als het ware de schuld geef voor je depressie en dat je zulke verwijten al zo vaak hebt gekregen. Het spijt me als ik daardoor onbedoeld verwijtend of beschuldigend bij je ben overgekomen.’ De behandelaar zal na dit aansluiten bij het perspectief van de cliënt echter ook een alternatief bieden en daarmee haar binnenkant of intentie – die verkeerd begrepen werd door de cliënt – verwoorden (bieden

van alternatief perspectief): ‘Het nare is dat mijn bedoeling helemaal anders was. Ik wilde je juist helpen – omdat ik voel hoezeer die sombere stemming op je drukt – door je snel uitleg te geven. Langs die weg hoop ik dat we iets aan je stemming kunnen veranderen.’ De behandelaar volgt ten slotte op of dit alternatief ook landt en er iets verandert in de misinterpretatie van de cliënt die de breuk veroorzaakte (opnieuw monitoren van samenwerking).

Inzetten van intercollegiaal overleg

Behandelaars kunnen soms vastlopen met een cliënt. Ze komen terecht in discussies, merken dat ze tegen sessies gaan opkijken, ervaren negatieve emoties (zoals gevoelens van falen, machteloosheid of irritatie) of ze geloven een cliënt niet. De behandelaar kan zulke casussen bespreken in intervisie met andere collega's. Vaak is de neiging in zulke intervisies om in te zoomen op de inhoud van de therapie: Klopt de diagnose? Speelt er iets mee in het systeem van de cliënt? Klopt de holistische theorie wel? Past een andere methodiek niet beter bij deze cliënt? Collega's vullen behandelplanbesprekingen of intervisies vaak met goedbedoelde tips en adviezen. Probleem is dat een behandelaar daar niet altijd wat aan heeft. Ook hier biedt GIT-PD een duidelijk kader hoe collega's de behandelaar kunnen helpen, wat het doel van zo'n intercollegiaal overleg moet zijn en welke vragen steunend zijn.

Achtereenvolgens worden de volgende vijf vragen gesteld aan de collega die is vastgelopen: (1) Waar loop je precies in vast? (2) Welk effect heeft dit/deze cliënt op jou? (3) Heb je een idee wat de achterliggende behoefte/wens/emotie is vanwaaruit de cliënt dit gedrag stelt (dat zo'n effect heeft)? (4) Bestaat er een verband tussen deze interactie, het knelpunt en de aanmeldklachten van de cliënt? (5) Wat zou je kunnen doen? De bedoeling van deze vragen is om de focus te verschuiven van een discussie over de problemen van de cliënt naar een discussie over de interactie in de behandelrelatie. Dit vanuit het idee dat bij interpersoonlijk kwetsbare cliënten knelpunten en aanmeldproblemen vaak intrinsiek verweven zijn met hun interactiepatronen. Daarnaast dienen de vragen vooral ook om de behandelaar te ondersteunen: GIT-PD gaat ervan uit dat behandelaars doorgaans goede behandelaars zijn, maar in interactie met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek soms mindere versies van zichzelf worden. Intercollegiaal overleg kan de behandelaar helpen om opnieuw de betere versie van zichzelf te worden.

Co-behandelen

Stel, een behandelaar is succesvol bezig met een behandeltraject. Gaandeweg is de cliënt opener geworden over de traumatische ervaringen die zich vroeger hebben afgespeeld. Hij heeft nog opvallend veel last van specifieke traumatische herinneringen. EMDR lijkt aangewezen, maar zelf beheerst de

behandelaar die interventie niet. Hoe koppelt hij een collega aan de behandeling? Ook voor zulke vraagstukken biedt GIT-PD principes. Ten eerste, dat een behandelaar pas een behandelgoal ter hand neemt wanneer de cliënt daar ook zelf achter staat (samenwerking en motivatie) en dat de keuze voor de behandelinterventie (bijvoorbeeld EMDR) samen met de cliënt wordt genomen. Ten tweede, dat de behandelaar een afgebakende periode afspreekt met een duidelijk doel, en dat hij na deze periode samen met een andere behandelaar en de cliënt evalueert. Het idee hierachter is dat de manier waarop een behandelaar zulke interventies inbedt in het klinische proces en in de samenwerking met de cliënt, belangrijker is dan welke interventie hij precies inzet.

CONCLUSIE

.....

GIT-PD biedt een kader van principes dat als onderlegger kan dienen voor specifieke interventies bij mensen met (kenmerken van) persoonlijkheidsstoornissen. Uitgangspunt is dat de reguliere behandeling – of dat nu een meer inzichtgevende groepstherapie is of een specifieke gedragstherapeutische interventie – effectiever wordt wanneer zij ingebed is in een aantal basisprincipes. Centraal daarin staat een voortdurende aandacht van de behandelaar voor een actieve en samenwerkende basishouding, een goede therapeutische relatie, motivatie, emoties en bevordering van zelfreflectie. Daaromheen staat een team dat de behandelaar helpt uit te zoomen en ervoor zorgt dat hij of zij een goede behandelaar blijft, zelfs in het licht van soms ongemakkelijke ervaringen en emoties in de therapeutische relatie. GIT-PD verkondigt daarmee niets nieuws, integendeel. Het herneemt wat we eigenlijk allang weten, maar waar we in het trainen van allerlei specifieke interventies vaak te weinig aandacht voor hebben. GIT-PD stelt dat wanneer we systematisch de genoemde principes borgen, de werkzaamheid van al onze interventies, gedragstherapeutisch of niet, zal verbeteren, in het bijzonder bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Laten we duidelijk zijn: heel wat cognitief-gedragstherapeuten zullen heel wat van deze principes wellicht al prima toepassen. Maar misschien hebben ook zij ergens een of meerdere casussen bij wie ze meer vastlopen dan ze zouden willen. Of hebben ze jongere collega's die een kader missen om die lastigere casussen goed te behandelen. We denken dat GIT-PD voor hen een bruikbaar kader kan vormen om op terug te vallen.

We begonnen dit artikel met de vaststelling dat er sprake is van continuïteit tussen symptoomstoornissen – waarvoor juist CGT bewezen effectieve behandelingen biedt – en persoonlijkheidsstoornissen, en dat er redenen zijn om aan te nemen dat zulke persoonlijkheidsproblemen de werkzaamheid van CGT kunnen verminderen. GIT-PD biedt een kader om een aantal generiek werkzame factoren in behandeling systematisch toe te passen, met

als doel de effectiviteit van behandeling te vergroten. We denken dat het kunnen hanteren van deze principes elke (cognitieve gedrags)therapeut wellicht kan helpen om de eigen interventies effectiever te maken. GIT-PD is naar onze mening niet zozeer een nieuwe behandeling voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen, maar een metakader waarbinnen om het even welke interventie of behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis een betere kans van slagen heeft.

Joost Hutsebaut is werkzaam bij De Viersprong te Bergen op Zoom, bij Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen te Utrecht en bij Tilburg University.

Arjan C. Videler is verbonden aan PersonaCura, Topklinisch Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen en Autisme bij Ouderen, GGz Breburg te Tilburg en aan Tranzo Tilburg University.

Ellen Willemsen is werkzaam bij Parnassia Groep te Den Haag en Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen te Utrecht.

Helga Aalders is verbonden aan Zorgenschap Persoonlijkheidsstoornissen Altrecht te Zeist.

Correspondentieadres: Joost Hutsebaut, de Viersprong, Postbus 7, 4660 AA Halsteren.
E-mail: joost.hutsebaut@deviersprong.nl.

Summary *GIT-PD besides, over, above, under, or instead of CBT?*

Cognitive behavioral therapy (CBT) has been proven efficacious for several symptom disorders. Personality disorders usually have a negative effect on the effectiveness of CBT. The Guideline Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) provides a framework for systematically integrating several common factors into treatment, with the aim of enhancing its effectiveness. Handling those principles can help any cognitive behavioral therapist to enhance the effectiveness of his or her interventions. GIT-PD thus provides a meta-framework in which any intervention or treatment, including CBT, is more promising for people with personality disorders.

Keywords *personality disorders, treatment, GIT-PD*

Literatuur

- Aalders, H., & Hengstmengel, M. (red.). (2019). *GIT-PD in de praktijk: Guideline-informed treatment for personality disorders*. Hogrefe.
- Ansell, E. B., Pinto, A., Edelen, M. O., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Yen, S., Zanarini, M., Skodol, A. E., Shea, M. T., Morey, L. C., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine, 41*, 1019-1028.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*, 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder.

- American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bateman, A. W., & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder: An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford University Press.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 333-346.
- Black, D. W., & Blum, N. S. (2017). *Systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder: Implementing STEPPS around the globe*. Oxford University Press.
- Christea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74, 319-328.
- Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152, 1-11.
- GGZ Standaarden. (2017). *Persoonlijkheidsstoornissen (zorgstandaard 2017)*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen-zorgstandaard-2017/introductie
- Gunderson, J. G., & Links, P. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Hasin, D., & Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: Current issues and findings from the NESARC. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 165-171.
- Hermens, M. L., van Splunteren, P. T., van den Bosch, A., & Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62, 1381-1383.
- Hutsebaut, J., Willemsen, E., Bachrach, N., & Van, R. (2020). Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: The Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, 1-7.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Personality disorders evident by early adulthood and risk for anxiety disorders during middle adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 408-426.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Trimbos-instituut.
- Lewis, K. L., Fanaian, M., Kotze, B., & Grenyer, B. F. (2019). Mental health presentations to acute psychiatric services: 3-year study of prevalence and readmission risk for personality disorders compared with psychotic, affective, substance or other disorders. *British Journal of Psychiatry Open*, 5, e1.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martinussen, M., Friberg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffer, A. L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: A meta-analysis. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 201-209.
- Massion, A. O., Dyck, I. R., Shea, M. T., Phillips, K. A., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (2002) Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 434-440.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Newton-Howes, G. M., Foulds, J. A., Guy, N. H., Boden, J. M., & Mulder, R. T. (2017). Personality disorder and alcohol treatment outcome: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211, 22-30.
- Newton-Howes, G. M., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., & Schoevers, R. (2014). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 28, 577-593.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Dyck, I. R., & Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depression and Anxiety*, 10, 175-182.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CDO12955.
- van Bronswijk, S. C., Lemmens, L. H., Viechtbauer, W., Huibers, M. J., Arntz, A., & Peeters, F. P. (2018). The impact of personality disorder pathology on the effectiveness of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 530-538.
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M., & Maltsberger, J. T. (2011). Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13, 60-68.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.