

Dit zorgprogramma is bedoeld voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in de leeftijd vanaf 18 jaar.

In dit zorgprogramma wordt verwezen naar het classificatiesysteem van de DSM-5, waarbij het van belang is te weten dat dit slechts een manier is van het onderverdelen van persoonlijkheidsstoornissen, en er meer verfijnde diagnostiek mogelijk is. In het DSM-5 classificatiesysteem worden verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, verdeeld over drie clusters. Daarnaast wordt een restcategorie onderscheiden. In cluster A vallen de stoornissen die zich uiten in vreemd en excentriek gedrag, in cluster B vallen de stoornissen die zich uiten in overdreven, emotioneel of onconventioneel gedrag, en in cluster C vallen de stoornissen die zich uiten in gespannen of angstig gedrag.



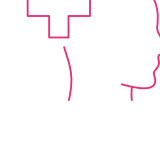
Classificatie volgens DSM-5		ICD-9-CM
Cluster A	Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	301.0
	Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	301.20
	Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	301.22
Cluster B	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	301.7
	Borderline persoonlijkheidsstoornis	301.83
	Histrionische persoonlijkheidsstoornis	301.50
	Narcistische persoonlijkheidsstoornis	301.81
Cluster C	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	301.82
	Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	301.6
	Dwangmatige persoonlijkheidsstoornis	301.4
	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis	301.89
	Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis	301.9

Bij 13% van de algemene bevolking, bij 60% van de psychiatrische patiënten en bij 56% van de behandelde mensen met een verslaving kan een persoonlijkheidsstoornis worden vastgesteld. Cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen komen in de algemene populatie het meeste voor, op de voet gevolgd door cluster-B-stoornissen. Cluster-A-stoornissen komen het minst vaak voor. Persoonlijkheid kan opgevat worden als een relatief stabiel patroon van persoonlijkheidskenmerken, waarvan een unieke combinatie van deze trekken de kleur van de persoonlijkheid bepalen. Voor de structurele ontwikkeling van het brein, gedrag en persoonlijkheid zijn 'nature' en 'nurture' allebei nodig. 'Nature' komt tot expressie door de invloed van 'nurture'. Psychiatrische aandoeningen zijn polygenetisch en multifactorieel van aard en vormen in de meeste gevallen een extreme variant binnen een continuüm. De DSM-5-classificatie is waardevol maar heeft beperkingen: het alles-of-niets-principe van de benadering miskent de complexiteit van graduele variaties in persoonlijkheidstrekken. Meer verfijnde diagnostiek kan recht doen aan de klinische heterogeniteit binnen categorieën en onderliggende ziekteprocessen. Persoonlijkheidspathologie zou beter dimensionaal geconceptualiseerd kunnen worden. De diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' is niet altijd makkelijk te stellen. Er is een groot overgangsgebied tussen 'normale' en 'dysfunctionele' afwijkingen in het karakter. Ook moet zorgvuldig worden gekeken of er niet andere problematiek in het spel is. De diagnose is ook niet te stellen als er op dat moment ook sprake is van een andere aandoening zoals een depressie of een angststoornis. Daarnaast bestaat er een grote overlap tussen de diverse classificaties van persoonlijkheidsstoornissen. Het natuurlijk beloop van persoonlijkheidsstoornissen wordt gekenmerkt door een zekere mate van natuurlijk herstel. Dit natuurlijk herstel lijkt aanmerkelijk te kunnen worden versneld door behandeling.



Diagnostiek

De diagnostiek wordt verricht door een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Semigestructureerde interviews kunnen ook van nut zijn om vrij snel een betrouwbare diagnose te kunnen stellen. De onderzoeker moet hiervoor wel een training hebben gevolgd. Eventueel kan uitgebreider psychologisch onderzoek plaatsvinden. Informatie van betrokkenen, ouders of partners, kan ook van nut zijn. Voor een optimale betrouwbaarheid van de diagnose zijn verschillende informatiebronnen en het volgen van de psychische toestand van de patiënt over de tijd onontbeerlijk.



Behandeling

De behandeling wordt uitgevoerd conform de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is niet altijd nodig maar is geïndiceerd wanneer een aantal persoonlijkheidstrekken aanhoudend het sociaal en/of beroepsmatig functioneren ondermijnt of aanhoudend bijdraagt aan het ontstaan en/of de instandhouding van klachten. Het is belangrijk om terughoudend te zijn met het verbinden van algemene empirisch niet getoetste uitgangspunten voor behandeling op basis van de DSM-5. Zo dient men bedacht te zijn op de beperkte 'dekking' van het classificatiesysteem of, met andere woorden, dat de afwezigheid van een DSM-classificatie niet betekent dat er geen behandeling kan worden geïndiceerd. Naast de classificatie kan informatie over (onder andere) de ernst van de problematiek, andere psychische aandoeningen, psychologische vaardigheden en andere factoren in iemands leven behulpzaam zijn bij het proces van indicatiestelling en het toewerken naar behandeling. Er zijn geen behandelstudies die laten zien dat bepaalde groepen mensen niet zouden kunnen profiteren van behandeling.

De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is in zijn algemeenheid gericht op het verbeteren van de emotieregulatie en impulscontrole, het bevorderen van het mentaliseren, het onderzoeken en aanpassen van rigide denkpatronen, het integreren van conflicterende overtuigingen en het stimuleren van de autonomie- en identiteitsontwikkeling. Dit vindt plaats binnen een veilig klimaat waarin de therapeutische relatie centraal staat. De behandeling van eerste keuze is psychotherapie. Farmacologische en andere psychosociale interventies kunnen een ondersteunende rol vervullen. Als een bepaalde (psychotherapeutische) behandeling niet blijkt te werken kan men onderzoeken welke andere behandelmogelijkheden er zijn. De voortgang van behandelingen, in het bijzonder bij langdurige behandeltrajecten, wordt regelmatig geëvalueerd opdat een eventuele stagnering van de behandeling tijdig wordt gesignaleerd en zo nodig het behandelplan kan worden aangepast.

Behandeltrajecten van mensen met persoonlijkheidsproblematiek kunnen lang duren, soms jaren. Hierbij geldt in het algemeen: hoe meer zittingen of hoe langer de behandelduur, hoe beter het herstel.

Behandeling vindt plaats volgens verschillende principes: het stepped care model, waarbij in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk en geïndiceerd is wordt aangeboden, matched-care, waarbij de behandeling op de persoon en diens klachten wordt afgestemd, en tenslotte subjectieve en praktische overwegingen zoals de beschikbaarheid van de verschillende therapieën en de voorkeur voor een bepaalde behandeling. De regiebehandelaar kan zijn psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog. Behandelingen worden altijd in een multidisciplinair team geïndiceerd en geëvalueerd. De volgende behandelmodules zijn beschikbaar of worden overwogen waarna iemand hier naar kan worden verwezen:

- **Psychotherapeutische interventies**
 - **Individuele psychotherapie** Ambulante individuele psychotherapieën zijn bewezen effectieve behandelingen voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen.
 - **Cognitieve gedragstherapie**

Dit is een behandelvorm waarin samen met de cliënt gedrag en gedachten worden onderzocht, om zo niet-helpende patronen op te sporen en te veranderen. CGT omvat de elementen psychoeducatie, cognitieve herstructurering, exposure en responspreventie, gedragsexperimenten en taak-concentratietraining (voor meer informatie zie www.vgct.nl).
 - **Schematherapie**

Dit is een therapeutische benadering waarin elementen uit de cognitieve, gedrags-therapeutische, psychodynamische en hechtingsmodellen met elkaar worden gecombineerd. De therapie heeft als doel oude dysfunctionele schema's bij cliënten te onderkennen en te doorbreken (www.schematherapie.nl).
 - **Affectfobie Therapie (AFT)**

Affectfobie Therapie is een vorm van kortdurende psychodynamische psychotherapie die elementen bevat uit de gedragstherapie en de psychoanalytische therapie. Klachten worden verondersteld voort te komen uit het vermijden van bepaalde gevoelens uit angst, schaamte of schuldgevoelens. De manier waarop gevoelens weg worden gehouden noemen we afweer. In AFT leer je deze afweer herkennen en veranderen, waarmee ruimte ontstaat voor de beleving van adequate en gezonde emoties (www.affectfobie.nl).
 - **Clïëntgerichte psychotherapie**

Clïëntgerichte psychotherapie is een persoonsgerichte therapie die de cliënt helpt om emoties, gedachten en gedrag in een doorleefde samenhang met de eigen situatie en geschiedenis een plaats te geven en/of te verwerken. Men leert zichzelf beter kennen, leert de eigen mogelijkheden benutten en om te gaan met beperkingen, waardoor symptomen verminderen. Methodische staan de houding van de therapeut en de werkd relatie met de cliënt centraal (www.vcgp.nl).
 - **Mentalisation Based Treatment (MBT)**

Bij MBT wordt uitgegaan van het principe dat een persoonlijkheidsstoornis een stoornis is in de hechting en in het mentaliseringsvermogen. Tijdens MBT wordt geleerd te 'mentaliseren'. Mentaliseren houdt in dat mensen het doen en laten van zichzelf en anderen waarnemen en begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen, verlangens. Hierdoor kan beter met stresssituaties om worden gegaan en kunnen contacten met anderen verbeteren.
 - **Psychodynamische psychotherapie**
 - **Dialectische gedragstherapie**

Dit is een bewezen effectieve behandelvorm voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Indien dit geïndiceerd is zal de patiënt worden verwezen naar een centrum waar deze behandeling wordt aangeboden. Deze behandelvorm is niet beschikbaar bij Prisma Praktijk
 - **Transference focused psychotherapie**
 - **Groepspsychotherapie** Groepspsychotherapie kan bij de minder ernstige persoonlijkheidsstoornissen effectief zijn.
 - **Systeemtherapie** Systeemgesprekken kunnen geïndiceerd zijn en vinden plaats bij een systeemtherapeut. Systeemtherapie is een vorm van psychotherapie waarbij de problematiek van de cliënt wordt gezien in de complexe samenhang met 'het systeem'. Dit betreft de omgeving en leefwereld van de cliënt, zoals gezin, partnerrelatie, familie en vrienden, maar ook de maatschappelijke positionering. Een belangrijk doel van systeemtherapie is om zicht te krijgen op de interacties van de cliënt met zijn of haar 'systeem' en de samenhang met de aangemeldklacht. Kenmerkend hierbij is dat belangrijke personen van de betrokkenen vaak uitgenodigd worden bij de gesprekken (www.nvrg.nl).
 - **Deeltijdbehandeling en klinische psychotherapie** Als een indicatie is gesteld kan de patiënt verwezen worden naar een centrum waar dit wordt aangeboden.
- **Psychosociale interventies**
 - **Psychosociale begeleiding** De indicatiestelling vraagt een inschatting van een grote diversiteit aan zorgbehoeften. Ernstige persoonlijkheidsproblematiek kan leiden tot zorgbehoeften op diverse levensgebieden. Het indiceren van verpleegkundige zorg richt zich op het psychisch en lichamelijk functioneren, intieme relaties en sociale interacties, maatschappelijk functioneren, financiën, huisvesting en veiligheid.
 - **Steunend structurerende gespreksvoering** Bij steunend structureerde psychotherapie ligt de nadruk op de actualiteit, het hier-en-nu. Er wordt structuur geboden en gezocht naar effectieve en bevredigende manieren om met de problemen die zich voordoen om te gaan.
 - **Psychiatrische thuiszorg**
 - **Maatschappelijk werk** De maatschappelijk werker kan worden ingeschakeld indien hulp nodig is op het gebied van financiën, maatschappelijk functioneren, huisvesting e.a.
 - **Farmacotherapie** Verschillende soorten psychofarmaca kunnen worden voorgeschreven in het kader van een behandeling van een patiënt met persoonlijkheidsproblematiek. De farmacotherapeutische behandeling wordt uitgevoerd door een psychiater.
 - **Impulsregulatietraining** Dit kan geïndiceerd zijn bij agressie- en impulsdysregulatieproblematiek.
 - **Relaxatietechnieken** Het aanleren van relaxatiemethoden gericht op het reguleren van het spanningsniveau en het vergroten van de zelfwaarneming kan waardevol zijn in de behandeling.
 - **Crisismanagement** Al bij de aanmelding bij Prisma Praktijk wordt een beoordeling gemaakt van de crisisgevoeligheid van de patiënt, en zal iemand, indien wordt voorzien dat een kleine instelling als Prisma Praktijk niet voldoende steun en crisismanagement kan bieden, worden doorverwezen naar een grotere instelling die meer faciliteiten biedt. Aan het begin van de behandeling wordt een behandelplan gemaakt, en in de loop van de behandeling kan een crisissignaleringsplan gemaakt worden.