

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 13-06-2025 om 09:20. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 04-03-2025 Beoordelingsdatum: 17-06-2022

Zorgstandaard

Persoonlijkheidsstoornissen

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	7
1.1 Introductie	7
1.2 Opdracht	7
1.3 Leeswijzer	7
1.4 Disclaimer	8
1.5 Levensloop	8
2. Over persoonlijkheidsstoornissen	9
2.1 Wat is een persoonlijkheidsstoornis?	9
2.1.1 Hoe is het om te leven met een persoonlijkheidsstoornis?	9
2.1.2 Wat kenmerkt een persoonlijkheidsstoornis?	9
2.1.3 Wat zijn de classificaties van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5-TR?	10
2.1.4 Het alternatief DSM-5 model	11
2.2 Hoe vaak komt een persoonlijkheidsstoornis voor?	12
2.3 Comorbiditeit: Wat zijn bijkomende klachten en diagnoses bij persoonlijkheidsstoornissen?	13
2.3.1 Besteed aandacht aan de onderlinge samenhang	14
2.3.2 Andere psychische stoornissen	14
2.3.3 Somatische klachten en lichamelijke aandoeningen	14
2.4 Wat zijn oorzaken en risicofactoren voor persoonlijkheidsstoornissen?	14
2.5 Hoe ziet het beloop van een persoonlijkheidsstoornis eruit?	15
2.5.1 Levensloop	15
2.5.2 Hoe ziet het natuurlijk beloop (zonder behandeling) eruit?	16
2.5.3 'Niet of wel in zorg' heeft invloed op het beloop	16
2.6 Wat zijn de gevolgen van een persoonlijkheidsstoornis?	16
3. Voorkomen en vroegtijdig herkennen	18
3.1 Voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis	18
3.2 Vroegtijdig herkennen van een persoonlijkheidsstoornis	19
3.2.1 Algemene signalen en specifieke kenmerken	19
3.2.2 Wat zijn algemene signalen?	19
3.2.3 Hoe herken je signalen bij jongeren?	20
3.2.4 Hoe herken je signalen bij volwassenen?	20
3.2.5 Hoe herken je signalen bij ouderen?	21
4. Aanmelden	22
4.1 Hoe werkt aanmelding, screening en triage?	22
4.2 Hoe werkt aanmelding, screening en triage bij jongeren?	22
4.3 Hoe werkt aanmelding, screening en triage bij volwassenen?	23
4.4 Hoe werkt aanmelding, screening en triage bij ouderen?	24

5. Diagnosticeren	26
5.1 Hoe loopt het diagnostisch proces bij persoonlijkheidsproblematiek?	26
5.2 Diagnostiek bij een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek	26
5.2.1 Exploreren: hoe onderzoek je klachten en functioneren?	27
5.2.2 Analyseren: hoe analyseer je relevante factoren en stressoren?	28
5.2.3 Integreren: hoe integreer je informatie voor diagnose en classificatie?	29
5.3 Welke aspecten spelen bij diagnostiek jongeren?	29
5.4 Welke aspecten spelen bij diagnostiek ouderen?	30
6. Indiceren	31
6.1 Hoe stel je een samen een zorgplan op?	31
6.1.1 Maak een goede afweging tussen draagkracht en draaglast	31
6.2 Aandachtspunten bij indicatiestelling	32
6.2.1 Passende zorg	32
6.2.2 Hoeveel steun en structuur is nodig?	32
6.2.3 Zoek naar een balans tussen ontregeling en draagkracht	33
6.2.4 Welke zorgzwaartevraag en dosering?	33
6.2.5 Groepsinterventie of individuele behandeling?	33
6.2.6 Welk soort interventie?	34
6.2.7 Overige aandachtspunten	34
6.3 Mogelijke interventies	35
6.3.1 Zelfmanagementondersteuning: Wat kan de patiënt zelf doen?	35
6.3.2 Psychotherapie als eerste keuze	35
6.3.3 Wanneer is farmacotherapie aangewezen?	36
6.3.4 Kunnen vaktherapieën uitkomst bieden?	36
6.3.5 Wanneer is psychosociale begeleiding aangewezen?	37
6.3.6 Systeem-interventies kunnen helpen	37
6.3.7 De plaats van rehabilitatie en re-integratie	37
6.4 Wat staat er in het zorgplan?	37
7. Behandelen	39
7.1 Behandeling en begeleiding	39
7.1.1 Psychotherapie eerste keuze bij persoonlijkheidsstoornissen	39
7.1.2 Voortijdige beëindiging behandeling?	39
7.1.3 Vertrek vanuit een duidelijke visie op persoonlijkheidsproblematiek	39
7.2 Zelfmanagement	40
7.3 Psychotherapie	41
7.3.1 Overzicht vormen van psychotherapie	42
7.3.2 Dialectische Gedragstherapie (DGT)	42
7.3.3 Mentalisation-Based Treatment (MBT)	43
7.3.4 Schematherapie (ST)	43
7.3.5 Transference-Focused Psychotherapy (TFP)	43

7.3.6 Cognitief analytische therapie (CAT)	43
7.3.7 Supportieve psychotherapie (SPT)	44
7.3.8 Guideline-Informed Treatment for Personally Disorders (GIT-PD)	44
7.3.9 Acceptance and commitment therapy (ACT)	44
7.3.10 Affectfobie therapie (AFT)	44
7.3.11 Cognitieve gedragstherapie (CGT) specifiek toegespitst op persoonlijkheidsstoornissen	45
7.3.12 Short-term dynamic psychotherapy (STDP)	45
7.3.13 Groepstherapie	45
7.3.14 Psychotherapie bij jongeren	45
7.3.15 Psychotherapie bij ouderen	46
7.4 Vaardigheidstraining	47
7.4.1 Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS-training)	47
7.4.2 DGT-vaardigheidstraining	47
7.4.3 Agressieregulatie en impulscontroletrainingen	48
7.4.4 Family Skills en MBT-FACTS	48
7.4.5 MBT Parents en Parents Skills	48
7.4.6 Lotgenotencontact	49
7.5 Farmacotherapeutische interventies	49
7.5.1 Farmacotherapie – bij acute symptomen	49
7.5.2 Farmacotherapie – bij aanhoudende belemmerende symptomen	50
7.5.3 Aandachtspunten bij farmacotherapie	50
7.5.4 Farmacotherapeutische interventies bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis	51
7.5.5 Farmacotherapeutische interventies bij de schizotypische- persoonlijkheidsstoornis	52
7.5.6 Farmacotherapeutische interventies bij de overige persoonlijkheidsstoornissen	52
7.5.7 Jongeren - Richtlijn farmacotherapie specifiek voor jongeren	52
7.5.8 Ouderen - Richtlijn farmacotherapie specifiek voor ouderen	52
7.6 Vaktherapieën	52
7.7 Psychosociale interventies	53
7.7.1 Psychosociale behandeling van ouders met een persoonlijkheidsstoornis	55
7.7.2 Crisisinterventie	55
7.8 Systeem-interventies	56
7.9 Wat zijn huidige ontwikkelingen?	58
7.9.1 Nieuwe toepassing van bestaande behandeling of technieken	58
7.9.2 Toepassing van bestaande behandeling van persoonlijkheidsproblematiek bij nieuwe doelgroepen	59
7.9.3 Experimenteren met het format	59
7.9.4 Integratie van deeltechnieken	59
7.9.5 Digitale zorg	59
8. Begeleiden en ondersteunen in de maatschappij	60
8.1 Inleiding sociaal functioneren	60
8.2 Rehabilitatie	60

8.2.1 Aandachtspunten rehabilitatie	62
8.3 Re-integratie na uitval op werk	62
8.3.1 Interventies bij re-integratie na uitval op werk	62
8.3.2 Aandachtspunten	63
9. Monitoren en evalueren	64
9.1 Inleiding	64
9.2 Evaluatieplan en gesprek	64
9.3 Evalueren en monitoren bij persoonlijkheidsstoornissen	65
9.4 Meetinstrumenten voor monitoren en evalueren	66
9.4.1 Veelgebruikte meetinstrumenten voor monitoren en evalueren	66
9.4.2 Advies voor gebruik vragenlijsten	68
9.5 Specifieke persoonlijkheidsstoornissen vragenlijsten - mate van symptomatisch herstel	69
9.5.1 Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)	69
9.5.2 General Assessment of Personality Disorders (GAPD)	69
9.5.3 Inventory of Personality Organization (IPO)	70
9.5.4 Inventory of Interpersonal Problems (IIP)	70
9.5.5 Level of Personality Functioning Scale - Brief Form (LPFS-BF)	70
9.5.6 Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OPV)	70
9.5.7 Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118)	70
9.5.8 Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF)	71
9.6 Generieke instrumenten - mate van symptomatische herstel	71
9.7 Generieke instrumenten - mate van functioneel herstel	71
9.8 Generieke instrumenten - mate van verandering van kwaliteit van leven	71
9.9 Generieke instrumenten - patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie	71
10. Afsluiten	73
10.1 Begrippen afsluiten en nazorg	73
10.2 Overdracht en zorgplan	73
11. Organiseren van zorg	75
11.1 Inleiding	75
11.2 Binnen de ggz-organisatie / behandelpraktijk	75
11.2.1 Inleiding	75
11.2.2 Individuele hulpverlener	75
11.2.3 Professionaliteit	76
11.2.4 Zorgnetwerk intern	77
11.2.5 Zorgnetwerk extern	77
11.2.6 Beleid bij de zorgaanbieder	78
11.2.7 Rol verschillende echelons	79
11.3 Beleid op landelijk niveau	80
11.3.1 Jongeren en beleid op landelijk niveau	80

11.3.2 Ouderen en beleid op landelijk niveau	80
11.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	81
11.5 Financiering	81
12. Kwaliteitsindicatoren	82
12.1 Inleiding	82
12.2 Wat zijn overwegingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren?	82
12.2.1 Wat zijn de doelen van deze kwaliteitsindicatoren?	83
12.2.2 Uitkomst	83
12.2.3 Relaties	83
12.2.4 Proces (gericht op de zorg rondom patiënten met een persoonlijkheidsstoornis)	84
12.2.5 Structuur	84
13. Achtergronddocumenten	85
13.1 Bijlage MDR - Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?	85
13.1.1 "Nulde lijn"/ Lotgenotencontact	85
13.1.2 Huisartsenpraktijk	85
13.1.3 Generalistische Basis GGz (bGGz)	86
13.1.4 Specialistische GGz (sGGz)	86
13.1.5 Langdurige zorg	86
13.1.6 Hoogspecialistische GGz	88
13.2 Bijlage MDR - Zijn er aanwijzingen voor een effectieve organisatie van zorg, inclusief samenwerkingsafspraken m.b.t. persoonlijkheidsstoornissen?	88
13.2.1 Zijn er aanwijzingen voor een effectieve organisatie van zorg, inclusief samenwerkingsafspraken met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen?	88
13.2.2 Continuïteit van zorg	89
13.2.3 Netwerkgzorg	89
13.2.4 Crisis	89
13.2.5 Jeugdigen	90
13.2.6 Ouderen	91
13.2.7 Forensische zorg	91
13.3 Bijlage - Psychotherapeutische interventies bij jongeren	92
13.3.1 MBT-early	92
13.3.2 Helping Young People Early (HYPE)	92
13.3.3 Multidimensionele familietherapie (MDFT)	93
13.3.4 Multisysteem Therapie (MST)	93
13.3.5 Functionele Familie Therapy (FFT)	93
13.4 Bijlage - Domeinen en modellen van diagnostiek met bijbehorende veelgebruikte en in Nederland beschikbare vragenlijsten en interviews voor persoonlijkheidspathologie en de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.	93
14. Opdracht	96
15. Referentielijst	97

1. Introductie

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

1.1 Introductie

Deze zorgstandaard heeft als doel om bij te dragen aan de kwaliteit van zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en hun naasten. De verschillende echelons hebben [verschillende rollen](#) in deze zorg.

In deze zorgstandaard zijn de verschillende cycli uit [het zorgproces](#) uitgewerkt voor zorg rondom patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook wordt aandacht besteed aan de [organisatie van deze zorg](#).

1.2 Opdracht

Deze zorgstandaard is de herziene versie van de zorgstandaard uit 2017. De opdracht voor deze herziening was:

- de zorgstandaard in lijn te brengen met de [multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen uit 2022](#).
- de zorgstandaard in lijn te brengen met de [zorgstandaard Diagnostiek](#).
- daarbij extra aandacht te geven aan de levensloop.

1.3 Leeswijzer

De zorgstandaard is vastgesteld in 2025.

- Hier vind je [de kernaanbevelingen](#) van de standaard op een rij.
- Lees hier de [samenvatting van de standaard](#) voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt [de algemene visie op zorg](#) ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een kerngroep. In het document [Totstandkoming en methoden](#) lees je alles over wie de standaard heeft gemaakt, hoe de standaard is gemaakt en waar de inhoud op is gebaseerd.
- De standaard is goedgekeurd door [beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten](#).

De zorgstandaard gebruiken

- Op het [tabblad hulpmiddelen](#) vind je hulpmiddelen voor gebruik van de zorgstandaard in de praktijk.
- Op [Thuisarts](#) vind je de **patiëntenversie** van deze standaard.

1.4 Disclaimer

- **Patiënt:** In deze zorgstandaard hanteren we het begrip 'patiënt', dit staat afhankelijk van de context voor: patiënt, cliënt, zorgvrager, (wettelijk vertegenwoordiger van de) patiënt/cliënt, mens of burger.
- **Hij:** Ook hanteren we voor de leesbaarheid 'hij', maar daar waar 'hij' (m) staat, bedoelen we ook 'zij' (v), of 'hen' (x)
- **Bronnen:** de inhoud van deze zorgstandaard is geënt op de aanbevelingen en conclusies uit de MDR persoonlijkheidsstoornissen. Daarin zijn alle relevante bronnen en afwegingen terug te vinden.

1.5 Levensloop

Om de levensloop van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te benadrukken, worden in deze zorgstandaard drie groepen onderscheiden:

1. Jongeren (12 tot 23 jaar)
De term 'jongeren' omvat adolescenten (het overgangsgebied tussen jeugd en jongvolwassenheid) en jongvolwassenen (18 tot 23 jaar). Daar waar het specifiek over adolescenten of jongvolwassenen gaat, wordt dit aangegeven.
2. Volwassen (ouder dan 23 jaar)
3. Ouderen (geen strikte leeftijdsgrens, kwetsbaarheid speelt hierbij een rol, voor meer informatie zie de [zorgstandaard ouderen met een psychische kwetsbaarheid](#))

2. Over persoonlijkheidsstoornissen

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

2.1 Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

In deze paragraaf worden de kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis omschreven, gezien vanuit verschillende perspectieven.

2.1.1 Hoe is het om te leven met een persoonlijkheidsstoornis?

Een persoonlijkheidsstoornis gaat over het algemeen gepaard met problemen in zelfbeeld wat zich uit in een gevoel van niet goed weten wie je bent en je niet kunnen verbinden met eigen doelen in het leven. Daarnaast spelen ook problemen in relaties tot anderen meestal een rol.

Vaak is er sprake van intense en negatieve emoties, zoals angst, paniek, wantrouwen, woede of afgunst. Patiënten hebben veelal grote moeite om op adequate wijze hun emoties te reguleren. Dit kan leiden tot problemen op gedragsniveau, zoals:

- sterke neiging om zich terug te trekken,
- zich overmatig aan te passen aan anderen of juist terugkerende patronen van conflicten,
- impulsiviteit en woede uitbarstingen
- zelfbeschadiging of suïcidaliteit.

Naast deze intense emoties kunnen mensen ook lijden onder gevoelens van leegte en zinloosheid.

De klachten van de persoonlijkheidsstoornis kunnen dermate ernstig zijn dat patiënten niet adequaat om kunnen gaan met de gebruikelijke uitdagingen en normale wisselvalligheden van het leven, waardoor problemen op het gebied van werk, studie, intieme relaties, vriendschappen en vrije tijdsbesteding kunnen ontstaan. Persoonlijkheidsstoornissen zijn er in veel variaties, evenals de wijze en ernst waarmee ze tot uiting komen, en het beloop. Er is niet één stereotype beeld.

Het leven met een persoonlijkheidsstoornis gaat vaak gepaard met een grote lijdensdruk bij de patiënt zelf én bij diens directe naaste(n).

Vaak zou deze patiënt behendiger willen zijn in het sociale contact, zaken beter kunnen verdragen, lichtvoetiger in het leven staan. Maar door de ontwikkelde patronen lukt dit niet of slechts in beperkte mate.

2.1.2 Wat kenmerkt een persoonlijkheidsstoornis?

Een persoonlijkheidsstoornis wordt in de DSM-5-TR omschreven als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen van een individu dat duidelijk afwijkt van de normen en verwachtingen die binnen de cultuur van betrokkenen gebruikelijk zijn.

- Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben problemen op het gebied van cognities, emoties, relaties en vertonen geremdheid of impulsiviteit.
- Het patroon is inflexibel, hardnekkig en stabiel over een breed scala aan persoonlijke en sociale situaties, vaak zichtbaar vanaf de adolescentie.
- Het veroorzaakt significante lijdensdruk en/of beperkingen in persoonlijk en maatschappelijk functioneren, inclusief relaties, sociale contacten, studie en werk.

Persoonlijkheidstrekken worden omschreven als duurzame patronen van waarnemen, denken, voelen, willen en omgaan met zichzelf en de ander, die in uiteenlopende situaties worden getoond. Er is slechts sprake van een persoonlijkheidsstoornis wanneer deze trekken inflexibel en maladaptief zijn, significant lijdensdruk of disfunctioneren veroorzaken en niet beter kunnen worden toegeschreven aan een andere psychische stoornis, een somatische oorzaak of het gebruik van middelen. Zonder evidente lijdensdruk of disfunctioneren spreken we niet van een (persoonlijkheids)stoornis.

2.1.3 Wat zijn de classificaties van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5-TR?

Wanneer iemand voldoet aan de algemene kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, wordt gekeken of een specifiek type persoonlijkheidsstoornis geclassificeerd kan worden. De DSM-5-TR beschrijft

beschrijft: Cluster A-, B- en C-persoonlijkheidsstoornissen (DSM-5): A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de betrokkene wordt verwacht. Dit patroon komt op 2 (of meer) van de volgende terreinen tot uiting: 1. Cognities (manieren van denken, waarnemen en interpreteren van zichzelf, andere mensen en gebeurtenissen). 2. Affectiviteit (emotionele reacties zijn te veel of te weinig wisselend, te sterk of te zwak, of ongepast). 3. Interpersoonlijk functioneren (intimiteit en wederkerigheid). 4. Impulsbeheersing (te weinig controle, of juist te rigide). B. Het duurzame patroon is inflexibel en komt tot uiting in een breed scala van persoonlijke en sociale situaties. C. Het duurzame patroon veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. D. Het patroon is stabiel en van lange duur, en het begin ervan kan worden herleid tot op zijn laatst de adolescentie of de jonge volwassen leeftijd. E. Het duurzame patroon kan niet worden verklaard als een uiting of gevolg van een andere psychische stoornis. F. Het duurzame patroon kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (een drug of medicatie) of aan een lichamelijke aandoening (zoals een schedeltrauma).

10 specifieke persoonlijkheidsstoornissen, onderverdeeld in 3 clusters:

1. Cluster A persoonlijkheidsstoornissen (excentrieke cluster)

- Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van wantrouwen en achterdocht waardoor de motieven van anderen als kwaadwillend worden geïnterpreteerd.
- Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van afstandelijkheid in sociale relaties en een

beperkt scala van emotionele expressies.

- Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van ongemak in intieme relaties met vervormingen in het denken en waarnemen en met excentriek gedrag.

2. Cluster B persoonlijkheidsstoornissen (wispelturige cluster)

- Antisociale-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van gebrek aan respect voor de rechten van anderen, criminaliteit, impulsiviteit en onvermogen daarvan te leren.
- Borderline-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van instabiliteit in interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en emoties, en impulsief gedrag.
- Histrionische-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van excessieve emotionaliteit en aandacht vragend gedrag.
- Narcistische-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van grandiositeit, behoefte aan bewondering en een gebrek aan empathie.

3. Cluster C persoonlijkheidsstoornissen (angstige cluster)

- Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van sociale geremdheid, gevoelens van tekortschieten en overgevoeligheid voor een negatief oordeel.
- Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van onderdanig en aanklappend gedrag dat samenhangt met een overmatige behoefte om verzorgd te worden.
- Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis: een patroon van gepreoccupeerd bezig zijn met ordelijkheid, perfectionisme en controle.

Naast deze 10 omschreven persoonlijkheidsstoornissen worden twee extra categorieën onderscheiden: de 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' en de 'ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis'. De eerste categorie is voor situaties waarin iemand wel voldoet aan de algemene DSM-criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, maar niet (volledig) aan de criteria van een van de 10 gespecificeerde stoornissen. De tweede categorie is bedoeld voor een professional die (nog) onvoldoende informatie heeft om een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen bij de patiënt vast te kunnen stellen.

2.1.4 Het alternatief DSM-5 model

Waarom een alternatief model?

Naast het gangbare en formele classificatiemodel bevat de DSM-5-TR ¹ een alternatief model voor persoonlijkheidsstoornissen. Dit alternatieve model

alternatieve model: De board of trustees van de APA heeft besloten om zowel de indeling van de persoonlijkheidsstoornissen zoals weergegeven in deel II van de DSM-5 als het alternatief model op te nemen in de DSM-5, om aansluiting bij de huidige klinische praktijk te houden en tegelijkertijd een nieuwe indeling te introduceren die tegemoetkomt aan de talrijke tekortkomingen van de huidige indeling van persoonlijkheidsstoornissen

sluit beter aan bij de klinische praktijk en de stand van de wetenschap, en tevens bij de

belevingswereld van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Het alternatieve model heeft aandacht voor de vloeiende overgang van normaliteit naar pathologie en brengt de ernst en aard van de persoonlijkheidsproblematiek beter in kaart. Het is bovendien beter toepasbaar gebleken voor alle fasen van de levensloop.

Hoe ziet het alternatieve model eruit?

Het alternatieve model beschrijft persoonlijkheidsstoornissen aan de hand van beperkingen in het *niveau van persoonlijkheidsfunctioneren* en de aanwezigheid van *pathologische persoonlijkheidstrekken*.

De elementen van het persoonlijkheidsfunctioneren zijn enerzijds identiteit en zelfsturing (het Zelf, oftewel het intra persoonlijk functioneren) en anderzijds empathie en intimiteit (de Ander, ook wel het interpersoonlijk functioneren). De 5 domeinen van de persoonlijkheidstrekken zijn negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme, ongeremdheid en psychoticisme. Het alternatieve model biedt de mogelijkheid om het persoonlijkheidsfunctioneren en de persoonlijkheidstrekken op een meer (multi)dimensionale manier in kaart te brengen. Zonder gebonden te zijn aan de traditionele indeling van de 10 strikt omschreven categoriale persoonlijkheidsstoornissen (in deel II van de DSM-5-TR)

2.2 Hoe vaak komt een persoonlijkheidsstoornis voor?

Betrouwbare cijfers over het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen zijn beperkt beschikbaar. Onderzoek daarnaar is schaars en resultaten slecht generaliseerbaar door tal van methodologische beperkingen.

Onderstaande punten geven een globale schatting van het aantal mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

- Geschat wordt dat in Nederland 1 op de 10 personen in de algehele bevolking voldoet aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis, ook bij jongeren en ouderen.²
- Een aanzienlijk deel van mensen die voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis komt niet in beeld bij de ggz. Dit hangt samen met de aard van de persoonlijkheidsproblematiek.
- Van de patiënten die zijn aangemeld bij de ggz voldoet naar schatting de helft (20 tot 80%) aan de diagnostische criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Zij zoeken hulp voor zeer uiteenlopende klachten en problemen en hebben op grond daarvan vaak ook een andere diagnose of classificatie.

[Klik hier](#)

Klik hier: Uit de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: • Depressie en persoonlijkheidsstoornissen: Ook hier wordt een grote variatie in de mate van comorbiditeit gerapporteerd, afhankelijk van de studiepopulatie heeft tussen de 20 en 80% van de patiënten met een depressie tevens een persoonlijkheidsstoornis. Omgekeerd maakt meer dan 90% van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis minimaal eenmaal tijdens het leven een depressie door. • ADHD en persoonlijkheidsstoornissen: Is vooral onderzocht bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Van de volwassen patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis, in behandeling in de ggz, blijkt in meer dan de helft van de gevallen een voorgeschiedenis van ADHD, en ongeveer een derde voldoet nog steeds aan de DSM-criteria daarvan. Andersom blijkt ongeveer 15 % van de volwassen patiënten met ADHD tevens te voldoen aan de criteria voor borderline persoonlijkheidsstoornis. • Posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en persoonlijkheidsstoornissen: Naar schatting voldoet 35% van de PTSS-patiënten ook aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. • Eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen: Geschat wordt dat ruim de helft van de patiënten met eetstoornissen een comorbiditeit persoonlijkheidsstoornis heeft, het merendeel daarvan een cluster C-persoonlijkheidsstoornis • Persoonlijkheidsstoornissen en middelgerelateerde en verslavingsstoornissen: Deze komen vaak samen voor. De comorbiditeit van aan middelen gerelateerde stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen is vooral onderzocht bij de antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis. De lifetime prevalentie van een stoornis in alcoholgebruik ligt bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ongeveer 5 keer hoger dan in de algemene bevolking, terwijl het risico op het ontstaan van een comorbide stoornis aan een drugsgerelateerde stoornis zelfs 12 keer verhoogd is

voor de schattingen voor depressie, ADHD, PTSS, eetstoornissen en aan middelen gerelateerde stoornissen

- Patiënten met een borderline of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis zijn hierbij in de ggz ruim vertegenwoordigd, gevolgd door de narcistische, histrionische, vermijdende of schizotypische persoonlijkheidsstoornis. De prevalentie van de paranoïde, antisociale, en dwangmatige persoonlijkheidsstoornis is in de ggz maar weinig hoger dan in de algemene bevolking, terwijl de prevalentie van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis in de ggz zelfs lager is.
- De meest gestelde classificatie van een persoonlijkheidsstoornis (50% van de doelgroep) is de 'ongespecificeerde' of 'andere gespecificeerde' persoonlijkheidsstoornis. Hierachter gaat een breed palet van persoonlijkheidsproblematiek schuil.

2.3 Comorbiditeit: Wat zijn bijkomende klachten en diagnoses bij persoonlijkheidsstoornissen?

Mensen melden zich met uiteenlopende klachten in de ggz. Bij naar schatting 20 tot 80% van deze mensen blijkt bij nader onderzoek (tevens) sprake te zijn van een persoonlijkheidsstoornis. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis voldoen vaak aan de classificatie criteria voor een of meer andere psychische stoornissen zoals een angststoornis, een depressie, verslaving, ADHD, PTSS of een eetstoornis. Daarnaast komen lichamelijke klachten vaak voor en is er een aanzienlijk kortere levensverwachting.

2.3.1 Besteed aandacht aan de onderlinge samenhang

Comorbiditeit verwijst naar het samen voorkomen en de classificatie van meerdere somatische of psychische stoornissen. Het is van belang deze afzonderlijke comorbide stoornissen niet alleen goed te onderscheiden, maar ook om aandacht te besteden aan hun onderlinge samenhang. Het is van belang deze samenhang te onderzoeken binnen de context van persoonlijke, relationele en sociale factoren, evenals eventuele trauma's en stressoren. Het verkennen van deze interacties is een complex proces, dat in de volgende hoofdstukken nader zal worden besproken.

2.3.2 Andere psychische stoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen brengen een verhoogde kwetsbaarheid voor bepaalde andere psychische stoornissen met zich mee en kunnen de behandeling van andere klachten ongunstig beïnvloeden. Het is daarom van belang om - zeker bij een meer complex of chronisch beloop van de klachten - de diagnostiek naar een persoonlijkheidsstoornis tijdig in te zetten.

- **Ongunstige invloeden op behandeling**

Een depressie, angststoornis, eetstoornis of verslaving verdient vaak een specifieke aanpak van de behandeling indien er tevens sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Het kan lastiger zijn om een goede therapeutische relatie op te bouwen en het duurt vaak langer voordat voldoende effect of herstel wordt bereikt. Ook worden behandelingen eerder afgebroken en eindigt de behandeling vaker met meer restsymptomen of met blijvende beperkingen in het maatschappelijk functioneren. Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis vormt echter geen contra-indicatie om een evidence based behandeling voor een bijkomende psychische stoornis in te zetten.

- De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis kan gepaard gaan met een **verhoogde kwetsbaarheid voor andere psychische stoornissen**, zoals:

- Patiënten met problemen in de impulsbeheersing, zoals bij de borderline en de antisociale persoonlijkheidsstoornis, zijn gevoeliger voor verslavingen en voldoen ook vaker aan de criteria voor ADHD.
- Patiënten met een afhankelijke of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis hebben een verhoogd risico op een angststoornis of depressie.
- Patiënten met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis zijn psychosegevoeliger en hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van schizofrenie.

2.3.3 Somatische klachten en lichamelijke aandoeningen

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben een aanzienlijk hoger risico op een brede range lichamelijke klachten, waarbij mogelijk onderliggende biologische factoren een rol spelen maar ook gedragsfactoren (zoals slechtere leefstijl of je niet aan een behandeling houden). Dit is een van de redenen dat de levensverwachting aanzienlijk korter is.

Andere redenen voor een kortere levensverwachting zijn: drugs en alcohol gebruik, suïcide, impulsief risicovol gedrag, langdurig medicijn gebruik etc.

2.4 Wat zijn oorzaken en risicofactoren voor

persoonlijkheidsstoornissen?

Complexe interactie tussen verschillende risicofactoren

Een persoonlijkheidsstoornis wordt over het algemeen beschouwd als een verstoring van de ontwikkeling van de persoonlijkheid. De factoren en stressoren die hieraan bijdragen zijn niet altijd eenduidig en kunnen van persoon tot persoon sterk verschillen. Vaak is er sprake van een combinatie van aanleg en omstandigheden (nature and nurture) waardoor de ontwikkeling van de persoonlijkheid ongunstig verloopt.

Risicofactoren in de kindertijd voor de borderline persoonlijkheidsstoornis ³ zijn seksueel geweld, emotionele mishandeling en verwaarlozing, lichamelijke mishandeling en verwaarlozing en onveilige situaties. Verder worden in de literatuur het verlies van ouders/partner door overlijden of echtscheiding genoemd, maar ook gepest worden of het opgroeien in armoede.

Combinatie aangeboren kwetsbaarheid en negatieve levenservaring

Over het algemeen bestaat er een aangeboren kwetsbaarheid door erfelijke aanleg of vroege ontwikkeling in combinatie met negatieve levenservaringen of een omgeving die de psychische ontwikkeling van het kind of de adolescent ongunstig beïnvloedt. Het is belangrijk te beseffen dat risico factoren altijd in interactie met andere risico- en beschermende factoren optreden. Hierbij is zowel sprake van genetische, cognitieve, emotionele, psychopathologische als contextuele factoren.

2.5 Hoe ziet het beloop van een persoonlijkheidsstoornis eruit?

Persoonlijkheidsproblematiek en -stoornissen zijn vaak langdurig van aard en kunnen in elke nieuwe levensfase specifieke aandacht vereisen. Afhankelijk van de levensfase treden kwetsbaarheden en onzekerheden meer op de voorgrond. De manier waarop persoonlijkheidsproblematiek zich uit kan sterk verschillen en dat geldt ook voor het beloop. Symptomen kunnen fluctueren over de tijd, maar in het algemeen nemen ze gaandeweg wel af en een natuurlijk herstel komt vaker voor dan oorspronkelijk werd gedacht. Maar ook als een persoonlijkheidsstoornis in remissie is, resteren nog vaak beperkingen in het psychosociaal functioneren of kenmerken als leegte en eenzaamheid.

2.5.1 Levensloop

De kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis worden gewoonlijk al zichtbaar voor of tijdens de adolescentie. Voorheen was men terughoudend bij het stellen van deze diagnose bij jongeren. Tegenwoordig onderkent men echter steeds meer het belang van vroegtijdige herkenning en behandeling. Dit is cruciaal in een ontwikkelingsfase waarin jongeren essentiële vaardigheden ontwikkelen die zij in hun verdere leven nodig hebben. Vroegtijdige interventie kan de prognose aanzienlijk verbeteren, zowel op het vlak van psychopathologie als in sociaal en maatschappelijk functioneren.

Ook in de ouderenzorg is er steeds meer aandacht voor persoonlijkheidsproblematiek. Een persoonlijkheidsstoornis kan zich ook pas op latere leeftijd uiten. Met name als gunstige omstandigheden wegvallen waarmee aanwezige kwetsbaarheden werden gecompenseerd.

2.5.2 Hoe ziet het natuurlijk beloop (zonder behandeling) eruit?

Het natuurlijk beloop (zonder behandeling) kan sterk verschillen per persoon en per type stoornis.

- Mensen met een antisociale- of borderline-persoonlijkheidsstoornis vertonen in de loop der tijd vaak een afname van agressief en impulsief gedrag, maar er kan juist ook een toename zijn van verslavingen en depressieve klachten.
- Ouderen met narcistische problematiek ontwikkelen regelmatig stemmingsproblemen. Voor hen zijn aanzien, status en uiterlijk zeer belangrijk. Het ervaren verlies daarvan door veroudering ervaren zij daarom als bijzonder krenkend of onverdraaglijk.
- Ouderen met een histrionische persoonlijkheidsstoornis vertonen vaak psychosomatische klachten, vermoedelijk mede door hun behoefte om zorg en aandacht te blijven ontvangen.
- Bij de cluster C persoonlijkheidsstoornissen is er veelal sprake van een persisterend beloop, vaak ook gecompliceerd door stemmings- en angststoornissen.
- Een deel van de mensen met een schizotypische-persoonlijkheidsstoornis draagt een hogere kwetsbaarheid met zich mee voor een psychotische stoornis en het geleidelijk ontwikkelen van schizofrenie.
- Mensen met een borderline- of narcistische-persoonlijkheidsstoornis hebben gemiddeld een aangetoonde kortere levensverwachting: mannen 13 jaar, vrouwen 9 jaar korter⁴. Bij andere persoonlijkheidsstoornissen is dit minder onderzocht.

2.5.3 'Niet of wel in zorg' heeft invloed op het beloop

Een aanzienlijk deel van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis zal de weg naar de hulpverlening niet zoeken. Enerzijds op basis van de kenmerken van de stoornis, zoals een hoge mate van wantrouwen. Anderzijds omdat ze zelf vinden geen hulp nodig te hebben. Bovendien kunnen gunstige omstandigheden in de omgeving bepaalde kwetsbaarheden compenseren.

Daarnaast is de hulpverlening voor verschillende doelgroepen minder toegankelijk, denk aan migranten met een persoonlijkheidsstoornis of mensen uit een laag sociaal economisch milieu.

Voor de mensen die wel in zorg komen kan een adequate behandeling het beloop gunstig beïnvloeden. Veel onderzoek richt zich echter op symptoomafname waardoor onduidelijk blijft of deze verbetering ook tot uitdrukking komt in het sociaal maatschappelijk functioneren, een aspect waar in de zorg expliciet aandacht voor dient te zijn. Geschat wordt dat globaal een derde van de patiënten na verloop van tijd niet meer volledig aan de classificatie van de persoonlijkheidsstoornis voldoet, dat een derde slechts gedeeltelijk herstelt en dat een derde aanhoudend de nodige klachten blijft ervaren of een recidiverend beloop vertoont.

2.6 Wat zijn de gevolgen van een persoonlijkheidsstoornis?

Een persoonlijkheidsstoornis gaat volgens de criteria van de DSM-5-TR gepaard met lijdensdruk en/of sociaal disfunctioneren.

- Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren vaak problemen op het gebied van relaties, intimiteit, seksualiteit

seksualiteit: De problemen kunnen variëren van een volledig gebrek aan seksuele verlangens of juist promiscuïteit of seksuele perversies

- , contacten, wonen, financiën, studie, werk en invulling van de vrije tijd.
- Ze lijden onder emotionele problemen zoals angst, stress, boosheid, wantrouwen, vijandigheid, somberheid of minderwaardigheid.
 - Ze ervaren vaak problemen op het gebied van zelfbeeld, waarbij het zelfgevoel wisselend kan zijn maar veelal negatief gekleurd is.

Met als gevolg een forse negatieve invloed op hun kwaliteit van leven.

Ook de naasten worden in het dagelijks leven beïnvloed door het gedrag en de lijdensdruk van een patiënt met persoonlijkheidsstoornis. Partner, kinderen, ouders, familie en vrienden kunnen daarbij een aanzienlijke belasting ervaren. De aanhoudende wisselvalligheid of frequent ongepast gedrag maakt het voor naasten soms moeilijk om verder te kijken dan het gedrag zelf en af te stemmen op de onderliggende gevoelens. Dit kan leiden tot een negatieve interactiespiraal. De naasten kunnen een positieve invloed hebben op de klachten en problemen, maar ook (meestal onbedoeld) een ongunstige invloed. Hierbij spelen overbelasting en uitputting van naasten vaak een rol. Wanneer er kinderen bij betrokken zijn, kan hun ontwikkeling in gevaar komen.

De maatschappelijke kosten van persoonlijkheidsstoornissen, in termen van ziekteverzuim, zorgvoorzieningen en uitkeringen, zijn aanzienlijk ⁵.

Zie ook de [zorgstandaard Naasten](#) en de [zorgstandaard KOPP/KOV](#)

3. Voorkomen en vroegtijdig herkennen

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

3.1 Voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis

Persoonlijkheidsproblematiek presenteert zich vaak al in de jeugd. Generieke preventie richt zich daarom op een veilig leef-, opgroei- en schoolklimaat voor alle kinderen en jongeren. Hierdoor blijven mogelijke risico's

mogelijke risico's: In wetenschappelijk onderzoek worden risicofactoren genoemd zoals lichamelijke mishandeling, seksueel en emotioneel misbruik, emotionele verwaarlozing, onveilige gehechtheid, overbescherming en een gebrekkige opvoeding. Andere factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis zijn psychische problemen bij ouders, het verlies van ouders door overlijden of echtscheiding, gepest worden en opgroeien in armoede. Let op: er is altijd een complexe interactie tussen aanleg en omgevingsinvloeden. Het is belangrijk dit te benadrukken om niet de suggestie te wekken dat er een lineair verband is tussen bijvoorbeeld opvoedingsproblemen en een persoonlijkheidsstoornis, waardoor ouders zich beschuldigd kunnen voelen.

beperkt en worden beschermende factoren bekrachtigd.

Kinderen die bloot staan aan een of meerdere risicofactoren en kenmerkend gedrag vertonen van een (borderline) persoonlijkheidsstoornis zijn gebaat bij (preventieve) interventies. Soms lijken de gedragingen passend bij pubergedrag en gaat het vanzelf over. Toch is er sprake van een groep die in hun ontwikkeling afbuigt naar daadwerkelijk mentale problemen met alle gevolgen van dien. Voor deze groep is een aandachtig volgebeleid en passende duurzame ondersteuning gewenst. Bij twijfel kan advies worden ingewonnen bij de gespecialiseerde ggz.

2 aanbevelingen ten aanzien van het voorkómen van (ontwikkeling tot) een persoonlijkheidsstoornis:

1. Betrek de ouder(s) of andere belangrijke naasten. Het is voor het kind van belang dat diens psychosociale ontwikkeling professioneel wordt ondersteund. Ook het eigen netwerk van het kind kan hierin worden ondersteund.
2. Heb ook aandacht voor de ouderrol van patiënten in zorg voor psychische of verslavingsproblemen. De kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblematiek (KOPP/KOV) hebben een verhoogde kwetsbaarheid om zelf psychische problemen te ontwikkelen waaronder persoonlijkheidsstoornissen ⁶.

Zie de voor signalen die erop wijzen dat een kind in de knel komt en de [praktijkstandaard Borderline persoonlijkheidsstoornis](#) bij kinderen en adolescenten van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

3.2 Vroegtijdig herkennen van een persoonlijkheidsstoornis

3.2.1 Algemene signalen en specifieke kenmerken

Vroege onderkenning en signalering en waar nodig tijdig ingrijpen, kunnen verdere stagnatie van een persoonlijkheidsontwikkeling voorkomen.

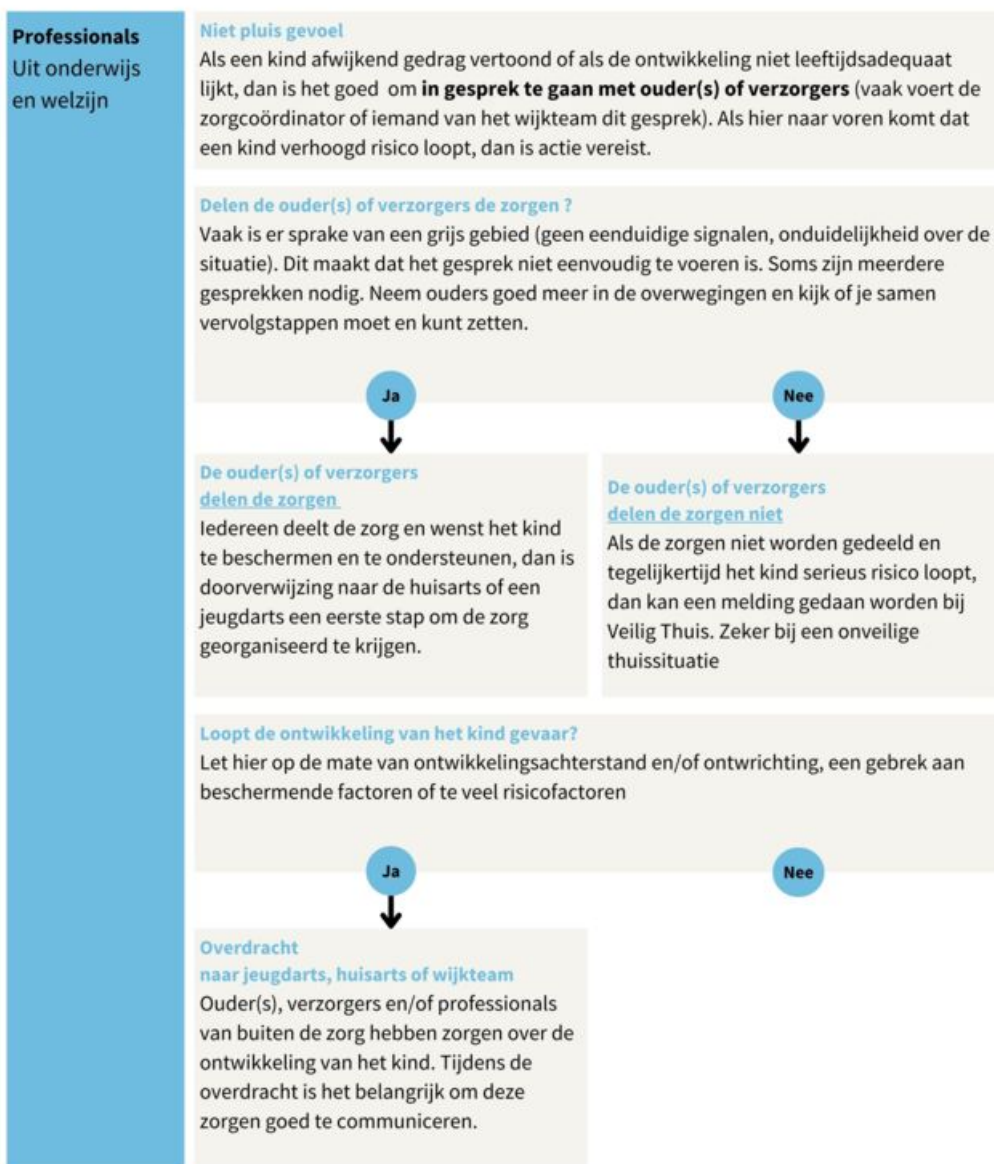
In deze paragraaf wordt eerst kort ingegaan op signalen die in algemene zin voor psychische problemen gelden. Vervolgens wordt ingegaan op het onderkennen van specifieke aanwijzingen voor persoonlijkheidsproblematiek bij jongeren, volwassenen en ouderen.

3.2.2 Wat zijn algemene signalen?

Vóór het 12e levensjaar kunnen er signalen zijn dat een kind meer risico loopt op het ontwikkelen van psychische problemen of een psychische stoornis. Deze signalen zijn veelal niet specifiek of uniek voor de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis.

Om een bedreiging van de persoonlijkheidsontwikkeling tijdig te herkennen en een persoonlijkheidsstoornis te voorkomen is een actieve samenwerking nodig tussen ouders of verzorgers, professionals in het onderwijs, het sociaal domein, de jeugdhulpverlening en de ggz. Deze samenwerking omvat het gezamenlijk monitoren en waar nodig extra ondersteunen van de ontwikkeling van het kind.

Het schema hieronder geeft een overzicht van mogelijkheden bij zorgen over een mogelijke stagnatie in de ontwikkeling.



In de paragraaf '[Welke aspecten spelen bij diagnostiek jongeren?](#)' staan meer aandachtspunten.

3.2.3 Hoe herken je signalen bij jongeren?

Er zijn geen signalen bij jongeren die enkel heel specifiek wijzen op persoonlijkheidsproblematiek. Afwijkend of niet leeftijdsadequaat gedrag kunnen wijzen op het ontwikkelen van een psychische stoornis.

Het signaleren daarvan vindt vaak plaats binnen hun directe omgeving. De persoon zelf, naasten, maar ook professionals signaleren dat iemand klachten ontwikkelt of dreigt vast te lopen in het leven. Met het oog op de nog door te maken (mentale) ontwikkeling kan vroegtijdig ingrijpen belangrijk zijn. Een eerste stap in dit proces is het inschakelen van de huisarts of een jeugdarts.

3.2.4 Hoe herken je signalen bij volwassenen?

De signalering van een vermoeden van het ontwikkelen van een psychische stoornis bij volwassenen gebeurt vaak in hun directe omgeving. De persoon zelf, naasten, maar ook professionals signaleren dat iemand klachten ontwikkelt of vastloopt in het leven. Een eerste stap is om hulp te zoeken bij de huisarts.

3.2.5 Hoe herken je signalen bij ouderen?

De persoon zelf, naasten, maar ook professionals signaleren dat iemand klachten ontwikkelt of dreigt vast te lopen in het leven. Het kan zijn dat een persoonlijkheidsstoornis zich pas op latere leeftijd openbaart. Als een oudere met afhankelijke persoonlijkheidsproblematiek zijn of haar partner verliest, kan een latent aanwezige persoonlijkheidsstoornis verder tot uiting komen, bijvoorbeeld door opeens meerdere keren per dag bij naasten en/of hulpverleners wanhopig op zoek te gaan naar steun.

Soms wordt een oudere als moeilijk in de omgang ervaren door naasten en zorgverleners, dan kan dit duiden op dieperliggende problemen. Het is dan verstandig om nader onderzoek te doen, ook naar mogelijke persoonlijkheidsproblematiek.

(Zie ook de zorgstandaard [Ouderen met psychische aandoeningen](#))

4. Aanmelden

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

4.1 Hoe werkt aanmelding, screening en triage?

Als professional ga je in deze fase aan de slag met het verduidelijken van de hulpvraag met als doel iemand een passend zorgtraject op de juiste plek te bieden.

De centrale vragen zijn: Wat is de hulpvraag? Wie kan passende hulp hierbij bieden?

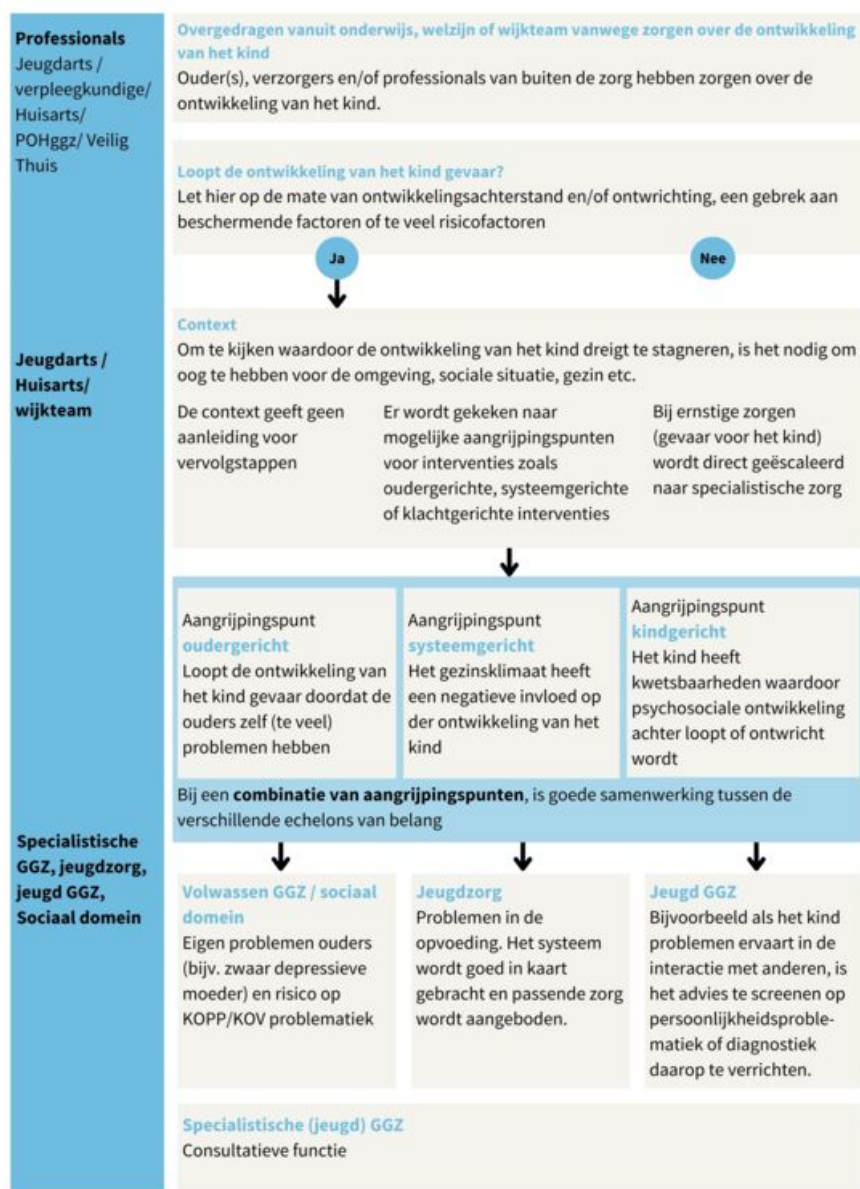
Na aanmelding volgt de screening en de triage. De reden van aanmelding en zorgvraag worden verhelderd en desgewenst kan er worden gescreend op een vermoede psychische aandoening. Hieruit volgt een afgewogen besluit over de vervolgstappen (triage en gerichte doorverwijzing) op basis van de globale inschatting van de aard en de ernst van de problematiek. Dit triagebesluit kent drie mogelijke uitkomsten:

1. vooralsnog tijdelijk afwachten en de klachten vervolgen (het natuurlijk beloop monitoren);
2. start van een diagnostische fase;
3. zinvol en gepast overdragen (gericht doorverwijzen).

De naasten worden waar mogelijk actief betrokken in deze fase. Zij zijn vaak een relevante bron van informatie en steun.

4.2 Hoe werkt aanmelding, screening en triage bij jongeren?

Bij jongeren geldt, meer nog dan bij volwassenen, dat een gedegen analyse van individuele factoren én ook de context waarin de jongere zich ontwikkelt nodig is. Deze analyse biedt inzicht in oorzakelijke, onderhoudende en beschermende factoren. Als de jongere naast eventuele psychische klachten ook problemen heeft in de interactie met anderen, wordt geadviseerd om nader te screenen op persoonlijkheidspathologie of om daar de diagnostisch onderzoek naar te verrichten.

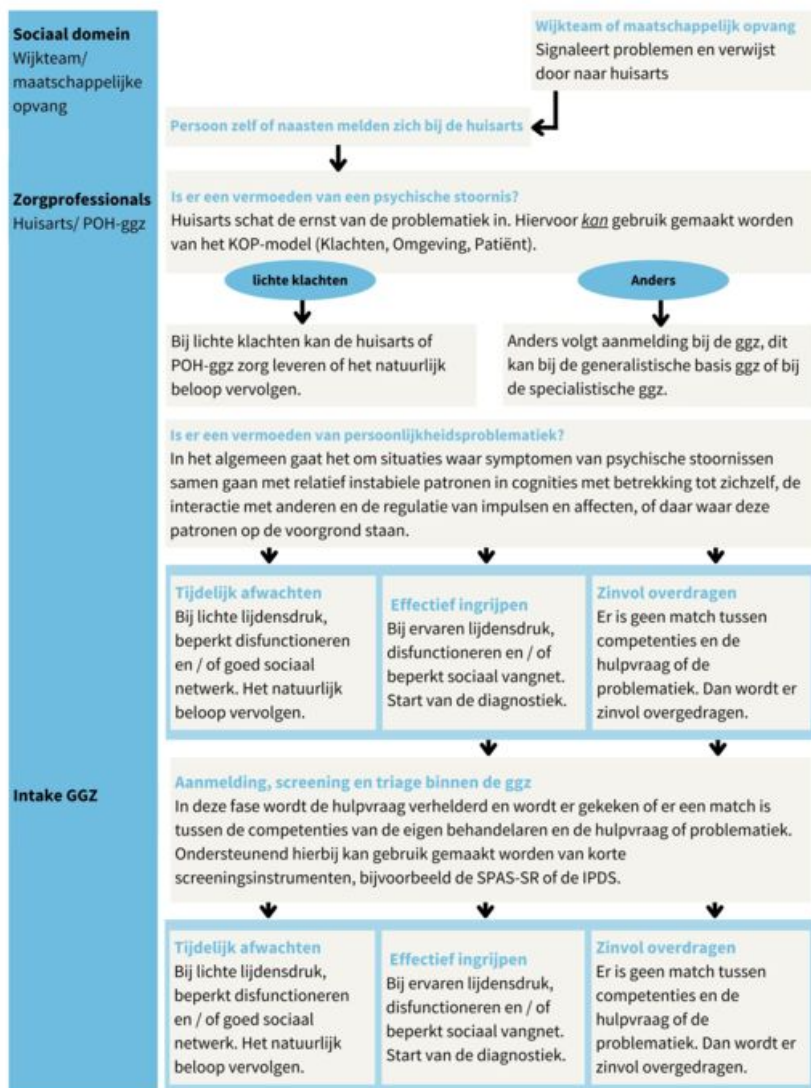


4.3 Hoe werkt aanmelding, screening en triage bij volwassenen?

Over het algemeen komen volwassenen aanvankelijk in zorg bij de huisarts. Meestal melden mensen zich met uiteenlopende klachten of problemen en niet direct met een hulpvraag op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek. Bij de huisarts en/of POH-GGZ vindt een globale inhoudelijke beoordeling plaats. Bij een vermoeden dat de klachten en de hulpvraag samenhangen met (primair) persoonlijkheidsproblematiek kan aanmelding en nader onderzoek plaatsvinden in de generalistische ggz of de specialistische ggz.

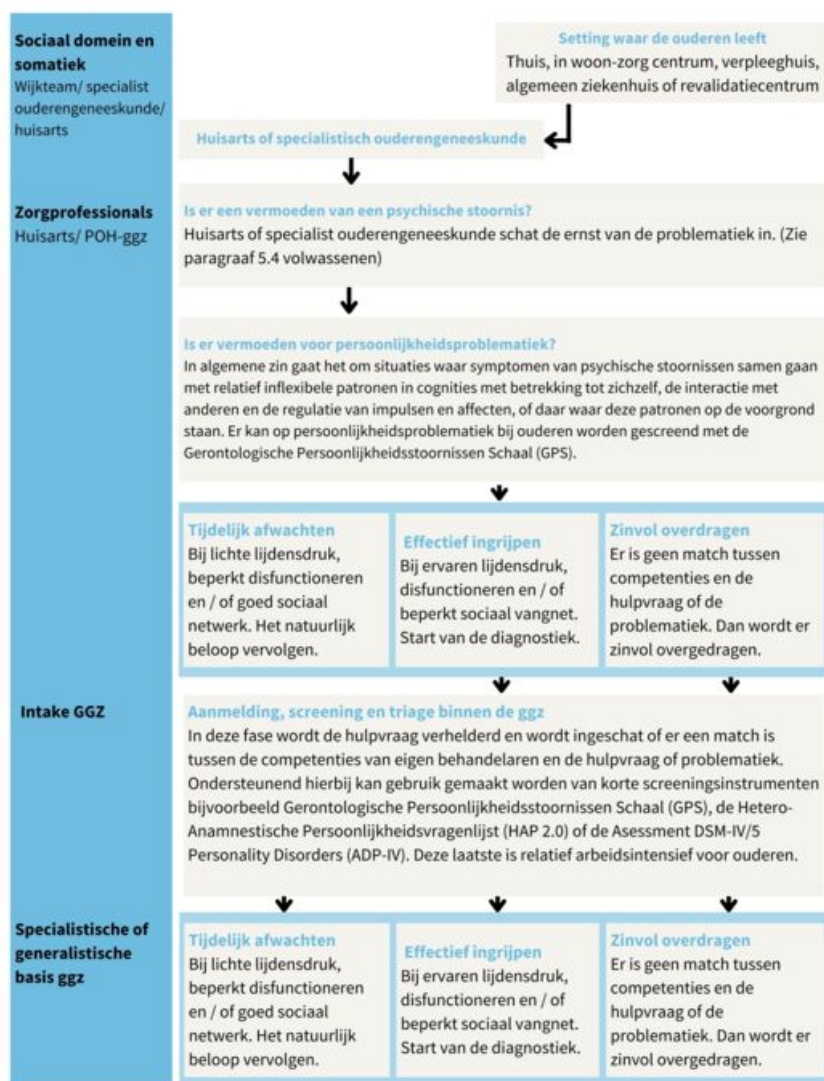
- Verwijzing kan plaatsvinden naar de generalistische ggz indien er geen eerdere hulpverlening voor deze klacht is gezocht, het een probleemgebied betreft dat intra-of interpersoonlijk van aard is en wijst op persoonlijkheidsproblematiek, met een verder relatief stabiel functioneren op andere levensgebied.

- Verwijzing naar de specialistische ggz als eerdere hulpverlening gericht op deze klacht niet voldoende effect heeft gehad, er meerdere probleemgebieden blijken die intra- en interpersoonlijk van aard zijn en het gepaard gaat met significante lijdensdruk en/of disfunctioneren op meerdere levensgebieden.
- Bij twijfel kan de huisarts of POH-GGZ overleggen met de ggz.



4.4 Hoe werkt aanmelding, screening en triage bij ouderen?

Thuiswonende ouderen worden over het algemeen bij de ggz aangemeld door de huisarts. Ouderen met zorg vanuit de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (vvt) kunnen ook worden aangemeld door een specialist ouderengeneeskunde. Bij ouderen spelen vaak meerdere specifieke factoren, zowel sociaal, somatisch als psychisch. Dit laatste blijft geregeld onderbelicht. Ook kan er een hulpvraag komen vanuit het zorgsysteem over omgang met de patiënt of met diens gedrag. ⁷



5. Diagnosticeren

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

5.1 Hoe loopt het diagnostisch proces bij persoonlijkheidsproblematiek?

Na 'aanmelding, screening en triage', kan er een vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek zijn welke nadere aandacht verdient. Na overleg met de patiënt start het diagnostisch traject.

In dit traject zijn de centrale vragen: Wat zijn precies de problemen? Welke factoren dragen hieraan bij?

In de [zorgstandaard Diagnostiek](#) wordt uitgebreid ingegaan op basisprincipes van het diagnostische proces. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de diagnostiek rondom persoonlijkheidsstoornissen. Hierbij is het extra relevant om gedurende het gehele diagnostische proces expliciet aandacht te hebben voor een goede relatie met de professional.

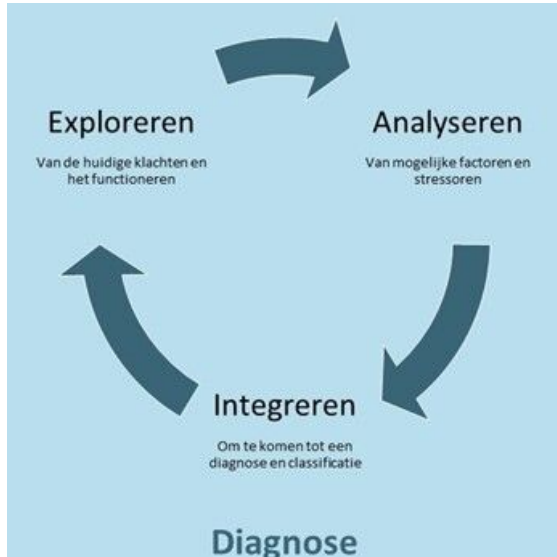
➔ **Aandachtspunten bij diagnostiek bij patiënten met complexe (persoonlijkheids)problematiek uit de zorgstandaard Diagnostiek**

- ➔ De aard, de ernst, het ontstaan en het beloop van de klachten en problemen van de patiënt.
- ➔ De betekenis en beleving van de klachten, de problemen en het verhaal van de patiënt en waar wenselijk het verhaal van zijn naasten.
- ➔ De culturele context, religieuze context of levensovertuiging.
- ➔ De ontwikkeling, complicaties en uitbreiding van de problemen.
- ➔ Comorbide psychische en somatische klachten en aandoeningen en differentiaal diagnostische overwegingen.
- ➔ Eventuele aanwezigheid van een lager IQ, laaggeletterdheid en/of beperkte gezondheidsvaardigheden.
- ➔ Factoren die bijdragen aan de ontwikkeling en/of de instandhouding van de klachten en problemen.
- ➔ De invloed van specifieke symptomen op het (dagelijks) functioneren, op relevante levensgebieden en capaciteiten, inclusief situatieve, actuele en vroegere stressfactoren en persoonlijke kwetsbaarheden.
- ➔ Steunbronnen uit de leefsituatie, persoonlijke krachtbronnen en weerbaarheid van de patiënt.
- ➔ Factoren die positief of negatief van invloed kunnen zijn op het te verwachten beloop van de klachten en problemen.
- ➔ Een omschrijving van wat de patiënt (en naasten) wil bereiken en welke bijdrage de patiënt zelf (en naasten) hierbij kan leveren.
- ➔ Een analyse en beoordeling van informatie van eerdere diagnostiek en behandeling. Hierbij wordt ook de visie van de patiënt op deze informatie meegenomen.

5.2 Diagnostiek bij een vermoeden van

persoonlijkheidsproblematiek

Bij een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis is het van belang de diagnostiek vorm te geven conform de cyclus exploreren-analyseren-integreren. Dit proces kan herhaaldelijk worden doorlopen.



5.2.1 Exploreren: hoe onderzoek je klachten en functioneren?

Tijdens de aanmelding heeft de patiënt een beeld gegeven over diens leven en sociale omstandigheden. Hieruit is het vermoeden van persoonlijkheidsproblematiek ontstaan. In de fase van de diagnostiek gaat de professional met de patiënt, en desgewenst dienst naasten, samen na wat de problemen precies zijn en wat het effect daarvan is op het iemands functioneren en welbevinden. De klachten, belemmeringen, mogelijkheden en gedragingen worden met meer diepgang uitgevraagd. Er wordt een klachtenanamnese afgenomen, een probleemanalyse doorlopen en onderzoek gedaan naar de persoonlijkheidsontwikkeling en sociale context.

Het heeft de voorkeur om:

- In het diagnostisch proces meerdere bronnen van informatie te verzamelen, zoals dossieranalyse, gespreksdiagnostiek bij zowel patiënt als eventueel naasten, relevante vragenlijsten, semigestructureerde interviews en eventueel nog andere vormen van testdiagnostiek.
- De algemene criteria van een persoonlijkheidsstoornis na te lopen. En later verdieping middels de specifieke criteria van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen.
 - Neem een semigestructureerd interview af (bijvoorbeeld SCID-5-P).
 - Om tijd te besparen kan eerst een screenende vragenlijst (bijvoorbeeld SCID-5-PV of ADP-IV) door de patiënt worden ingevuld. Neem daarna alleen die delen van het semigestructureerd interview af die behoren bij de stoornissen waarvoor aanwijzingen zijn gevonden in de klachtenanamnese en de screeningsvragenlijst of waar andere aanwijzingen voor zijn gevonden.
- Andere relevante psychische stoornissen in kaart te brengen (differentiaal diagnostiek en vaststellen van comorbiditeit). Waar nodig ondersteunt door het inzetten van een semi

gestructureerd interview (eventueel na afname van een screener).

- Het sociaal, maatschappelijk en persoonlijk functioneren in kaart te brengen (bijvoorbeeld door een (verpleegkundige) anamnese volgens Gordon, gevolgd door een ICF-classificering en verpleegkundige diagnostiek (NANDA International)). Eventueel ondersteund door gebruik te maken van:
 - de [WHODAS](#) of de [HOnoS](#) voor het sociaal maatschappelijk functioneren.
 - of de [NEL](#) of de [I.ROC](#) voor het persoonlijk functioneren.

5.2.2 Analyseren: hoe analyseer je relevante factoren en stressoren?

Daarna volgt het analyseren, wat zijn factoren en stressoren

factoren en stressoren: Factoren: binnen de persoon - persoonlijkheidstrekken Stressoren: buiten de persoon - omgevingsinvloeden

die de problematiek mogelijk hebben veroorzaakt, verergeren of in stand houden. Wanneer zijn deze begonnen en welke rol spelen ze momenteel?

- Dossieranalyse is belangrijk: kijk wat er al is gedaan en wat aanvullend nodig is om een compleet beeld te vormen.
- Door het uitvoeren van zowel een biografische als een ontwikkelingsanamnese, eventueel aangevuld met een heteroanamnese, is het mogelijk factoren en stressoren nauwkeurig in kaart te brengen. In het geval van meerdere classificaties of stoornissen is het van belang te onderzoeken hoe deze zich tot elkaar verhouden of elkaar beïnvloeden.
- Als na het doorlopen van bovenstaande stappen nog onvoldoende duidelijkheid is omtrent de achtergrond van de klachten en het functioneren, is verdiepende diagnostiek nodig. Formuleer samen met de patiënt de vragen en zoek naar antwoorden totdat er werkbare werkhypothesen zijn geformuleerd.
- Maak eventueel gebruik van [diagnostische instrumenten](#).
- Het Alternatief model voor Persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5-TR biedt hiertoe een bruikbaar referentiekader. Waar nodig kan dit worden ondersteund met diagnostische instrumenten, zoals de STiP-5.1 (semigestructureerd interview) en de PID-5 (vragenlijst).
- Bij complexe problematiek, zoals comorbiditeit met somatische, psychosociale problemen, verslaving, of andere psychische aandoeningen, kan het moeilijk zijn de diversiteit aan klachten en functioneringsproblemen te begrijpen. In zulke gevallen is specialistisch psychodiagnostisch en/of psychiatrisch onderzoek noodzakelijk. Soms is dat soort onderzoek pas mogelijk nadat bijvoorbeeld de verslaving of de symptomen van de andere psychische stoornis (bijvoorbeeld manie of depressie) goeddeels onder controle zijn gebracht.
- Diagnosen en classificaties zijn niet statisch. In de loop van de tijd kan uit het beloop van de klachten of aanvullende informatie blijken dat klachten of problemen veranderen of toch beter toe te schrijven zijn aan een andere psychische stoornis, zoals bijvoorbeeld een autisme spectrum stoornis (ASS) of een psychotische stoornis (zoals schizofrenie). De diagnose en classificatie dienen in voorkomende gevallen dan te worden aangepast of te worden herzien.

Ook **bij stagnaties in het proces van behandeling** kan het nodig zijn om nadere verdiepende

diagnostiek in te zetten.

5.2.3 Integreren: hoe integreer je informatie voor diagnose en classificatie?

Bij het integreren van informatie wordt kennis uit voorgaande fases samengevoegd. Dit is nodig om tot een verklaringsmodel en samenhangende conclusies te komen en aangrijpingspunten voor de behandeling te kunnen omschrijven. Een van de modellen die voor integratie gebruikt kan worden is het alternatieve model.

Op basis van het alternatieve DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen kunnen kaders voor behandeling worden geformuleerd, zoals aangegeven in de kwadranten van onderstaande tabel.

ZELF - intrapersoonlijk	ANDER - interpersoonlijk
1. Identiteit • Zichzelf als eigenstandig ervaren, duidelijk begrepsd tegenover anderen; een stabiel gevoel van eigenwaarde met gepast zelfbeeld; het vermogen om een palet aan emoties te ervaren en te reguleren.	1. Empathie • Met begrip en waardering kunnen inleven in andermans ervaringen en drijfveren; het vermogen om uiteenlopende gezichtspunten te tolereren; inzicht in het effect van het eigen gedrag op anderen.
2. Zelfsturing • Nastreven van samenhangende en betekenisvolle doelen op korte en lange termijn; het gebruik van constructieve en prosociale persoonlijke maatstaven voor gedrag; het vermogen tot effectieve zelfreflectie.	2. Intimiteit • Diepe en duurzame positieve verbondenheid met anderen: de wens en het vermogen tot intimiteit, wederkerigheid en respectvol interpersoonlijk gedrag.

Problemen op het gebied van identiteit en zelfsturing (individueel perspectief) en empathie en intimiteit (interpersoonlijke context), kunnen zorgen voor problemen op het gebied van sociaal functioneren en andere psychische problemen (bijvoorbeeld middelengebruik ten behoeve van emotieregulatie).

Patiënt en behandelaar komen samen tot een samenhangend verhaal over het ontstaan en het beloop van de problematiek vanuit een individueel perspectief en situationele context. Hierdoor ontstaat begrip over de situatie en de problematiek. Dit vormt de opmaat om samen een zorgplan op te stellen. Op basis van de integratie van alle informatie wordt een beschrijvende diagnose geformuleerd en parallel daaraan een classificatie.

5.3 Welke aspecten spelen bij diagnostiek jongeren?

- Bij het diagnosticeren van jongeren is het belangrijk om naar de bredere context, zoals hun familie of omgeving, te kijken. Soms wordt de jongere aangewezen als de 'geïdentificeerde patiënt', terwijl de eigenlijke problemen breder en complexer zijn en vooral betrekking hebben

- op het systeem waarin ze leven.
- Overweeg bij jongeren die duidelijk kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis hebben maar niet voldoen aan de criteria van een van de tien gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen, de classificatie 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' indien er reden is voor zorg. Wanneer interventies tijdig worden ingezet, kan de persoonlijkheidsontwikkeling nog in goede banen worden geleid.
 - Het is aan te bevelen om bij jongeren die zich in de loop van de puberteit met klachten aanmelden systematisch oog te hebben voor mogelijke kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, en daar diagnostiek naar te verrichten (eventueel ondersteund door [diagnostische instrumenten](#)), in het bijzonder als er sprake is van suïcidaal, zelfverwondend of ernstig vermijdingsgedrag.
 - Betrek ouders en andere belangrijke naasten bij de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie bij jongeren.
 - Het is bij jongeren aan te bevelen om bij het bespreken van de diagnose aandacht te besteden aan (zelf)stigma en verhullend taalgebruik te vermijden.
 - Het is aan te bevelen rekening te houden met fluctuaties in het actuele toestandsbeeld en het beloop van de problematiek.
 - Indien de klachten of persoonlijkheidsproblematiek in remissie zijn, leg dat dan expliciet vast in het dossier. De classificatie komt daarmee te vervallen en dient daarop te worden aangepast.

5.4 Welke aspecten spelen bij diagnostiek ouderen?

Een persoonlijkheidsstoornis kan zich op latere leeftijd anders manifesteren dan in een vroegere levensfase. Dit vereist een gerichte aanpak:

- Overweeg bij ouderen die een aantal kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis hebben maar niet voldoen aan de criteria van een van de tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen, de classificatie 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis'.
- Betrek de omgeving nadrukkelijk en stem waar nodig af met een gerontoloog of arts in verband met mogelijke somatische aspecten.
- Bij ouderen met beperkte psychische of somatische belastbaarheid is het aan te bevelen om de diagnostiek in stappen te verrichten. En waar nodig ondersteund met relatief korte en (tevens) voor [ouderen gevalideerde instrumenten](#) (screeners, interviews en/of vragenlijsten).
- Bij ouderen met ernstige cognitieve stoornissen is het advies nadrukkelijk ook aandacht te hebben voor diagnostiek op basis van informatie van naasten of andere informanten.

6. Indiceren

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

6.1 Hoe stel je een samen een zorgplan op?

Nadat een gezamenlijke diagnostische formulering als werkhypothese is opgesteld, wordt bepaald welke behandeling nodig is. Deze keuze is gebaseerd op de hulpvraag, de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt (en diens naasten), op de behoeften en wensen van de betrokkenen, en de haalbaarheid ervan.

Centrale vragen in deze fase zijn: Welke vormen van behandeling sluiten aan bij de problematiek? Wat is haalbaar? Wat wordt ons plan?

Indicatiestelling is een complex proces, waarin veel uiteenlopende aspecten zorgvuldig moeten worden afgewogen, met een concreet zorgplan als uitkomst. Er is immers geen 'one-size-fits-all' behandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Er zijn effectieve vormen van behandeling ontwikkeld die zich primair richten op een fundamentele en blijvende verandering van de persoonlijkheidsproblematiek. Deze behandelingen zijn echter niet voor iedereen aangewezen of onder alle omstandigheden haalbaar. Andere vormen van behandeling richten zich meer op specifieke klachtgebieden, acceptatie en/of het leren leven met beperkingen.

6.1.1 Maak een goede afweging tussen draagkracht en draaglast

Door middel van een sterkte en zwakteanalyse, van zowel de patiënt als zijn factoren en stressoren

factoren en stressoren: Factoren: binnen de persoon - persoonlijkheidstrekken Stressoren: buiten de persoon - omgevingsinvloeden

, worden mogelijkheden en beperkingen voor behandeling zorgvuldig afgewogen. In het gesprek worden deze duidelijk toegelicht en worden de voorkeuren van de patiënt en - indien passend - diens naasten meegenomen.

Behandelingen die zich primair richten op blijvende persoonlijkheidsverandering zijn vaak intensief en kunnen als bijwerking hebben dat ze de patiënt tijdelijk ontregelen door de confrontatie met de eigen problemen. Tegelijkertijd is het voor veel patiënten een steunende ervaring om in behandeling te gaan. De therapeutische relatie wordt als waardevol ervaren of het contact met andere patiënten in de groep wordt als helpend ervaren.

Indien wordt ingeschat dat een ambulante behandeling onvoldoende toereikend is, kan worden gekozen voor een dagklinische psychotherapeutische behandeling. Of zelfs voor een opname

middels klinische psychotherapie. Deze vormen van behandeling zijn echter niet voor iedere patiënt aangewezen. Niet voor elke patiënt is een intensievere behandeling ook een betere behandeling, bij hen kan een minder intensieve behandeling juist passend zijn.

Bij het vermoeden dat een veranderingsgerichte psychotherapie de draagkracht van iemand kan overschrijden, kan - zeker bij individuele behandelingen - de therapie goed op de patiënt worden afgestemd. Dit kan door meer geleidelijk te werk te gaan of door gebruik te maken van meer structurerende of ondersteunende interventies. Als dit niet haalbaar is of iemand profiteert hier niet van, kan worden gekozen op een behandeltraject dat meer nadruk legt op acceptatie, herstel en maatschappelijke ondersteuning.

Binnen de gekozen mogelijkheden worden specifieke behandeldoelen geformuleerd op basis van de wensen en de behoeften van de patiënt en diens naasten. Hierbij is het goed om samen te bepalen waar het zwaartepunt komt te liggen. Daarbij rekening houdend met ieders draagkracht en draaglast. Het zwaartepunt kan liggen op het verminderen van concrete klachten of symptomen en het verbeteren van persoonlijk functioneren. Daarnaast kan het zich richten op acceptatie, behoud van hoop en motivatie, het leren omgaan met bepaalde persoonlijkheidstrekken en het verbeteren van het sociaal en maatschappelijk functioneren.

6.2 Aandachtspunten bij indicatiestelling

6.2.1 Passende zorg

De indicatiestelling voor passende zorg verloopt aan de hand van het 'zo-zo-zo principe'.

- **Zo** licht als het kan, zo zwaar als het nodig is.
- **Zo** kort als het kan, zo lang als het nodig is.
- **Zo** dichtbij als het kan, zo ver weg als het beschikbaar is.

Als tijdens het proces van indicatiestelling blijkt dat het eigen aanbod van de hulpverlener of instelling niet voldoende passend is, dan kan een patiënt gericht worden doorverwezen en overgedragen naar een therapeut of instelling die het betreffende behandelaanbod wel in huis heeft. Dit hoeft niet via de huisarts. ⁸

6.2.2 Hoeveel steun en structuur is nodig?

Om te bepalen hoeveel steun en structuur er nodig is om niet te veel uit balans te raken, wordt er een afweging gemaakt over enerzijds de aard, ernst en complexiteit van de persoonlijkheidsproblematiek en anderzijds iemands capaciteiten (waaronder laag IQ) en steunsysteem. Hierbij wordt ook rekening gehouden met steunende en ontregelende sociale factoren, evenals de behoeften en mogelijkheden van de patiënt en diens naasten

Belangrijke overwegingen hierbij zijn:

- Psychiatrische comorbiditeit
 - Zoals niet-gestabiliseerde vormen van psychiatrische comorbiditeit zoals bijvoorbeeld een op de voorgrond staande psychotische stoornis, ernstige bipolaire-I stoornis, detoxificatie-behoevende verslaving of ernstig ondergewicht.
- Sociale omgevingsfactoren
 - Steunende en ondermijnende factoren uit de sociale omgeving, zoals problemen op het gebied van wonen, leren en werken, financiën, steunsysteem, welzijn en gezondheid.
- Crisisgevoeligheid
 - Zoals ernstige gedragsontregeling, impulsiviteit, zelfbeschadiging, dissociatie of suïcidaliteit.

6.2.3 Zoek naar een balans tussen ontregeling en draagkracht

Oude patronen van gevoelens, gedachten of gedragingen worden doorbroken om plaats te maken voor gewenste alternatieven. Dit betekent dat zekerheden wegvallen en oude overlevingsmechanismen losgelaten moeten worden. Iemand kan hierdoor min of meer ontregeld raken. Zorg voor een balans tussen deze ontregeling (draaglast) en de draagkracht.

6.2.4 Welke zorgzwaartevraag en dosering?

Bij de keuze over de **setting** (bijvoorbeeld ambulant, dagklinisch (deeltijd) of klinisch) spelen een aantal aspecten een rol, zoals ernst van de actuele symptomen en de persoonlijkheidsproblematiek, de capaciteiten en veerkracht van de patiënt, de aanwezigheid van sociaal maatschappelijke problemen en de aanwezigheid en stabiliteit van het steunsysteem.

Het is aan te bevelen om de behandeling in beginsel ambulant aan te bieden, tenzij de complexiteit van de problematiek dusdanig ernstig wordt ingeschat dat er een meer intensieve behandeling is aangewezen.

Het valt te overwegen, wanneer ambulante vormen van behandeling als onvoldoende effectief wordt ingeschat, dan wel de thuissituatie onvoldoende structuur biedt, intensivering van behandeling middels een (dag)klinische programma aan te bieden.

Bij de **frequentie en duur** lijkt bij ambulante behandeling een frequentie van tweemaal per week effectiever dan lagere frequenties. Een nog intensievere behandeling is niet altijd beter maar kan soms wel aan te bevelen zijn als een therapie niet voldoende heeft opgeleverd.

Ook kan overwogen worden om **sequentiële of intermitterende behandeling** in te zetten. Bijvoorbeeld patiënten die meer tijd nodig hebben om geleerde vaardigheden toe te passen, zouden meer kunnen profiteren van een intermitterende behandeling. Hier wordt momenteel nog onderzoek naar gedaan.

6.2.5 Groepsinterventie of individuele behandeling?

De keuze voor een individuele of groepsbehandeling verdient een zorgvuldig afwegingsproces. Individuele en groepsbehandelingen hebben ieder hun mogelijkheden en beperkingen.

De groep doet meer recht aan de situatie waarin mensen leven, namelijk in interactie met anderen. Nieuw interpersoonlijke gedrag kan tijdens een groepsinterventie ter plekke worden geoefend. In eerste instantie kan een groepsbehandeling patiënten afschrikken, goede voorlichting over groepstherapie is dan van belang.

Toch is niet elke patiënt in staat om te starten in een groep. Redenen om individuele behandeling te indiceren zijn bijvoorbeeld een grote mate van schaamte, hoge mate narcisme, te veel wantrouwen of comorbide problematiek waardoor de behandeling meer op maat gemaakt moet worden op mogelijkheden patiënt.

6.2.6 Welk soort interventie?

Afhankelijk van het geïndiceerde en beoogde doel van de behandeling worden de interventies afgewogen.

- Als het **doel gericht is op persoonlijkheidsverandering** dan is psychotherapie de eerste keuze behandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Desgewenst kan deze aangevuld worden met andere interventies. [Zie hoofdstuk behandelen](#)
- Als het **doel is om patiënten met milde persoonlijkheidsproblematiek te helpen om beter te functioneren** kan ook een eigenstandige vaardigheidstraining worden overwogen (bijvoorbeeld een VERS training).
- Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis waarbij een **behandeling zich richt op herstel** (zoals kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie en empowerment), bijvoorbeeld binnen de EPA-doelgroep en bij hen die al meerdere vormen van evidence-based psychotherapie hebben ondergaan, is het belangrijk om een flexibele en steunende (netwerk)aanpak te overwegen. Een dergelijke aanpak, zoals Flexible Assertive Community Treatment ([FACT](#)) sluit beter aan bij de complexe en (soms) veranderende behoeften van de patiënt. ([zie hoofdstuk begeleiden in ondersteunen in de maatschappij](#)) Tijdens dit traject kan, waar mogelijk en indien gewenst, worden toegewerkt naar een psychotherapeutische behandeling.

6.2.7 Overige aandachtspunten

- Denk naast een steunende of psychotherapeutische vorm van behandeling ook aan aanvullende interventies zoals farmacotherapeutische interventies, verschillende vormen van vaktherapie, psycho-educatie, partnerrelatietherapie (PRT) of gezinstherapie, leefstijladviezen of zelfmanagementstrategieën.
- Overweeg ook noodzakelijke interventies vanuit het sociaal domein of de eerste lijn (huisarts en POH-ggz), zoals psychosociale interventies, ondersteuning van naasten en/of maatschappelijke ondersteuning/begeleiding, leefstijladviezen of zelfmanagementstrategieën.
- Er is voortsnog onvoldoende wetenschappelijke evidentie welke vorm van psychotherapie voor welke persoon het beste werkt. Het volgen van de voorkeur van de patiënt blijkt hierbij een positief effect te hebben op het uiteindelijke resultaat.⁹
- Maak een inschatting van de motivatie en het vermogen tot het aangaan van een werkalliantie.
- Heb speciaal ook aandacht voor vroegere of actuele traumatiserende ervaringen welke specifieke interventies vereisen.
- Heb aandacht voor ouderschap. Dit in verband met het voorkomen van intergenerationele

overdracht van de problematiek.

- Evalueer het beloop en effect van voorgaande behandelingen, alsmede de somatische aspecten.

6.3 Mogelijke interventies

Passend bij iemands wensen, de geformuleerde doelen en binnen iemands mogelijkheden en beperkingen, kunnen diverse interventies worden overwogen.

6.3.1 Zelfmanagementondersteuning: Wat kan de patiënt zelf doen?

Zelfmanagementondersteuning gaat uit van het principe dat mensen zoveel mogelijk voor zichzelf en elkaar zorgen. Met aandacht voor het zelfvertrouwen en rekening houdend met ieders kwetsbaarheden. Zelfmanagement mag niet worden verward met een patiënt de boodschap geven dat hij het allemaal alleen moet doen. Het blijft van groot belang dat de behandelaar de patiënt een veilige, steunende en coachende omgeving biedt.

Voorwaarden voor zelfmanagement zijn:

(afhankelijk van de ernst en aard van de problematiek)

- De bereidheid van de patiënt om zelf aan de slag te gaan.
- Het vermogen van de patiënt om zelfmanagement toe te kunnen passen.
- De mogelijkheden voor de patiënt om ondersteuning te krijgen bij zelfmanagement.
- De bereidheid van de patiënt om gebruik te maken van deze ondersteuningsmogelijkheden.

Zie ook de [zorgstandaard Zelfmanagement](#) of de [paragraaf 'zelfmanagement'](#) van deze zorgstandaard.

6.3.2 Psychotherapie als eerste keuze

Het is aan te bevelen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis waar mogelijk een psychotherapeutische behandeling aan te bieden, gericht op het verbeteren van het persoonlijkheidsfunctioneren, het verlichten van lijdensdruk en het opheffen van belemmeringen in het maatschappelijk functioneren. Psychotherapie gericht op fundamentele verandering van de persoonlijkheid wordt echter niet door iedereen gewenst en is ook niet voor iedereen haalbaar.

Goede psychotherapieën voor persoonlijkheidsstoornissen gaan uit van een duidelijk model, staan beschreven in een handleiding en houden rekening met de mogelijkheden en beperkingen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ze zijn gebaseerd op behandelprincipes en -methodes waar wetenschappelijke evidentie voor bestaat en worden uitgevoerd door daarin opgeleide en gecertificeerde behandelaars.

Het is aan te bevelen om waar nodig uit te gaan van een voldoende lange (gemiddeld 40 tot 60 sessies, 12 tot 18 maanden) en hoog gedoseerde behandeling (waar nodig 2 of meer contactmomenten per week) om de kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis duurzaam te veranderen. Momenteel worden ontwikkelingen naar kortere of minder intensieve varianten onderzocht (zie [paragraaf 7.9 wat zijn huidige ontwikkelingen?](#)).

De beoogde behandelduur en -intensiteit dienen in overleg met de patiënt te worden besproken, afgestemd op diens kenmerken (bijvoorbeeld ernst/stadium van de persoonlijkheidsstoornis) en diens hulpvraag. Dit geldt ook voor beslissingen over de voortzetting van een behandeling, waar mogelijk op geleide van het behaalde resultaat.

Mogelijke aangrijpingspunten voor behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn:

ZELF - intrapersoonlijk	ANDER - interpersoonlijk
1. Identiteit • Verbeteren van het zelfbeeld, gevoel van eigenwaarde en zelfreflectie.	1. Empathie • Verbeteren wederkerigheid in het sociale contact.
2. Zelfsturing • Verbeteren van de impulscontrole en de emotieregulatie (bijvoorbeeld bij zelfdestructief gedrag).	2. Intimiteit • Verbeteren van persoonlijke relaties (bijvoorbeeld samenwerking of intimiteit).

In het algemeen is een psychotherapeutische behandeling gericht op het weer op gang brengen van een gestagneerde leeftijdsadequate ontwikkeling met als doel betekenisvolle relaties, een zinvolle daginvulling, meer participatie en een eigen plek in de maatschappij.

Specifieke vormen van psychotherapie worden verder beschreven in het [hoofdstuk behandelen](#).

6.3.3 Wanneer is farmacotherapie aangewezen?

Farmacotherapie kan, waar nodig, worden aangeboden aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis om tijdelijk verlichting te geven. Bijvoorbeeld gedurende een crisisachtige periode of voor verlichting van klachten zoals oplopende gespannenheid, verwardheid, dysforie, angstklachten of slaapproblemen.

Ook kan farmacotherapie geïndiceerd zijn voor de behandeling van een comorbide symptoomstoornis (zoals depressie of adhd). De mogelijke voordelen van farmacotherapie dienen te worden afgewogen tegen mogelijk ongewenste effecten en bijwerkingen. Zie ook de [zorgstandaard Bijwerkingen](#). Hierbij is het van belang dat men oog heeft voor de hoopvolle of pessimistische betekenissen die de patiënt aan de medicatie toe kan dichten.

6.3.4 Kunnen vaktherapieën uitkomst bieden?

Vaktherapie wordt in de praktijk ingezet bij intensivering van de behandeling met name voor patiënten die moeite hebben hun ervaringen en problemen te verwoorden. Vaktherapieën hebben een ervaringsgerichte en handelingsgerichte werkwijze. Ze maken gebruik van een breed pallet aan werkvormen om aan te sluiten bij gevoelens, gedachten en gedragingen van patiënten. Hierbij kan meer lichaamsgericht worden gewerkt.

Vaktherapieën kunnen als zodanig als onderdeel van een breder psychotherapeutisch behandel aanbod worden aangeboden, zowel ambulant als in een (dag)klinische behandeling. Vaktherapieën die kunnen worden ingezet zijn: beeldende therapie, dramatherapie, danstherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT).

6.3.5 Wanneer is psychosociale begeleiding aangewezen?

Psychosociale begeleiding kan worden ingezet als hulp bij het beter leren omgaan met de gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis in het dagelijks leven. Dit kan geïndiceerd zijn bij praktische problemen en om behaalde leerdoelen uit de behandeling te generaliseren naar de thuissituatie. Bij chronische en/of ernstige problematiek kan het overwegen van een programma met een gestructureerde aanpak zoals bijvoorbeeld de Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Behandeling of Collaborative Care Programma, of het hanteren van methodieken zoals Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Resource Assertive Community Treatment (RACT) of Active Recovery Triad (ART) nuttig zijn.

6.3.6 Systeem-interventies kunnen helpen

Het systeem van de patiënt staat vaak onder grote druk. Naasten vormen een belangrijke steunpilaar. Verschillende interventies gericht op de interactie van de patiënt met diens naasten kunnen het herstelproces bevorderen. Voorbeelden hiervan zijn psycho-educatie, vaardigheidscursussen, partnerrelatie- of gezinstherapie, mediatietherapie, opvoedondersteuning of lotgenotencontact.

6.3.7 De plaats van rehabilitatie en re-integratie

Interventies rondom rehabilitatie en re-integratie helpen de patiënt om sociale of maatschappelijke rollen te vervullen. Rehabilitatie is een ontwikkelingsproces gericht op het verbeteren van vaardigheden, activiteiten en participatie, terwijl re-integratie zich specifiek richt op werk en opleiding.

6.4 Wat staat er in het zorgplan?

Het indiceren gebeurt op basis van de wensen en mogelijkheden van de patiënt. En aan de hand van professionele standaarden en financiële randvoorwaarden. Het resultaat hiervan is een integraal zorgplan met de beoogde doelen, afgesproken activiteiten, acties van de professional(s), de inzet van de patiënt (en naasten) en de te verwachte resultaten.

Om tot een zorgplan te komen worden vanuit de werkhypothese (de diagnostische formulering) verschillende aandachtspunten afgewogen. Op zoek naar interventies die passen bij de draagkracht en draaglast van de patiënt en zijn naasten:

1. Wat zijn passende mogelijkheden?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van deze opties?
3. Wat betekenen ze voor de patiënt en zijn naasten?

In het zorgplan staan:

- De hulpvraag van de patiënt,
- De beschrijvende diagnose en classificatie,
- De geformuleerde behandeldoelen.
- Daarnaast staat er duidelijk in vermeld wie welke rol op zich neemt, rekening houdend met de draagkracht en draaglast van de patiënt en diens naasten.
- Als het geïndiceerd is, bevat het zorgplan ook duidelijke afspraken over wat te doen bij crisis of om een aanvullend crisissignaleringsplan toe te voegen.
- Afspraken over de frequentie, vorm en inhoud van de gezamenlijke evaluatie. (zie hoofdstuk [monitoren en evalueren](#)).
- Afspraken over het contact met de regiebehandelaar en informatie over het aanspreekpunt voor naasten.

Ondersteunend aan dit proces zijn de [Toolkit Samen Beslissen bij Persoonlijkheidsstoornissen](#) en de [Keuzehulp persoonlijkheidsstoornissen](#) ontwikkeld.

7. Behandelen

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

7.1 Behandeling en begeleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de zorg, georganiseerd vanuit de ggz, gericht op de begeleiding en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis of -problematiek.

Centrale vragen zijn: Wat voeren we uit? Wat zijn de effecten?

Na de fase van diagnostiek en indicatiestelling vormt het zorgplan het uitgangspunt voor de behandeling en begeleiding. Op basis van het zorgplan wordt deze gestart, regelmatig geëvalueerd, en zo nodig in overleg met de patiënt en diens naasten bijgesteld.

7.1.1 Psychotherapie eerste keuze bij persoonlijkheidsstoornissen

Indien mogelijk en haalbaar vormt psychotherapie, individueel of in een groep, gericht op persoonlijkheidsverandering de eerste keuze behandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Waar nodig kan deze worden aangevuld met zelfmanagementstrategieën, vaardigheidstraining, farmacotherapeutische interventies, verschillende vormen van vaktherapie, partner- en relatietherapie (PRT) of gezinstherapie, psychosociale interventies, ondersteuning van naasten en/of maatschappelijke ondersteuning/begeleiding. Voor patiënten die (nog) niet kunnen profiteren van psychotherapie kan een begeleidingstraject worden gestart, gericht op herstel, rehabilitatie en re-integratie. Tijdens dit traject kan, waar mogelijk en indien gewenst, worden toegewerkt naar een psychotherapeutische behandeling.

7.1.2 Voortijdige beëindiging behandeling?

In de behandelpraktijk en uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat bij behandelingen van patiënten met een (borderline)persoonlijkheidsstoornis veelvuldig een voortijdige beëindiging van het behandeltraject plaatsvindt ¹⁰. Vaak is een dergelijke drop-out een reactie op een breuk in de behandelrelatie, op problemen met vertrouwen of commitment, of op een acute (suïcidale) crisis. Om dergelijke breuken te voorkomen is het extra belangrijk dat gedurende een behandeling hierop wordt geanticipeerd vanuit een duidelijke visie op persoonlijkheidsproblematiek en vanuit een eenduidig psychotherapeutisch referentiekader met interventies gericht op de specifieke emotionele en interpersoonlijke kwetsbaarheden van deze patiënten.

7.1.3 Vertrek vanuit een duidelijke visie op persoonlijkheidsproblematiek

Om de behandeling vorm te kunnen geven, en voortijdige beëindiging daarvan te voorkomen, zijn in de loop van tijd verschillende psychotherapeutische behandelvormen ontwikkeld die zich specifiek

richten op persoonlijkheidsproblematiek.

Een aantal daarvan richtte zich aanvankelijk nadrukkelijk alleen op patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, zoals Transference Focused Psychotherapy (TFP), Dialectische Gedragstherapie (DGT) en Mentalization-Based Treatment (MBT), maar bleken vervolgens ook goed inzetbaar voor patiënten met een andere persoonlijkheidsstoornis.

Andere vormen van psychotherapie die zich op persoonlijkheidsverandering richten, zoals psychodynamische psychotherapie, cognitieve gedragstherapie of groepspsychotherapie, werden ontwikkeld of aangepast voor een breder scala aan persoonlijkheidsstoornissen. Voorbeelden hiervan zijn Supportieve psychotherapie (SPT), Schematherapie (ST), Affectfobie therapie (AFT), Guideline-Informed Treatment for Personally Disorders (GIT-PD) en Cognitief Analytische Therapie (CAT). Ook werden specifieke vaardigheidstrainingen als eigenstandige behandeling ontwikkeld zoals de VERS (Vaardigheidstraining Emotieregulatiestoornis).

Momenteel is als gevolg hiervan een breed scala van gerichte behandelingen beschikbaar. Deze vertonen grote overeenkomsten in hun werkwijze en blijken weinig van elkaar te verschillen wat betreft hun (in meer of mindere mate wetenschappelijk bewezen) effectiviteit. Deze vormen van behandeling bieden een competente therapeut - binnen het behandelkader - voldoende ruimte om interventies aan te passen aan de specifieke behoeften, context, en mogelijkheden van de patiënt. Ze verschillen echter ten aanzien van het vereiste opleidingsniveau van de betreffende therapeuten en de wijze waarop kwaliteit gegarandeerd wordt middels certificatie en (her)registratie. Ook verschillen ze in de wijze waarop ze individueel worden toegepast of in een groep. Bovendien zijn niet al deze vormen van psychotherapie in elke regio of organisatie in dezelfde mate beschikbaar.

Naast vormen van ambulante psychotherapie zijn ook in beperkte mate regionale dagklinische programma's voorhanden, evenals enkele landelijke centra voor klinische psychotherapie waarbij de patiënt tijdelijk wordt opgenomen in een therapeutisch behandelmilieu om de therapie vorm te kunnen geven.

7.2 Zelfmanagement

Niet alle problemen hoeven worden opgelost middels professionele hulpverlening. Patiënten en naasten kunnen ook veel zelf doen. Bij zelfmanagement staat het zelf nemen van initiatief, meer regie en eigen verantwoordelijkheid centraal. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten en met eventuele ondersteuning van professionals. Bij zelfmanagement kunnen we denken aan aandacht voor:

- Zelfzorg en leefstijl

Zelfzorg en leefstijl: Een behandelaar kan iemand erop wijzen dat een gezonde levensstijl, zoals voldoende slaap, voldoende beweging, een goed dag- en nachtritme, gezond eten, beperken van alcohol of drugs, en het vermijden van te veel stress en overprikkeling, niet alleen van belang is voor de fysieke maar ook voor de psychische gezondheid.

- : het verkrijgen van meer kennis en inzicht (informatie en psycho-educatie). Zie zorgstandaard Leefstijl (in ontwikkeling).
- Crisisgevoeligheid: patiënten kunnen overwegen om zelf of met naasten een crisisplan, crisiskaart of een signaleringsplan op te stellen om (vroeg) signalen tijdig te herkennen en weten hoe in dat geval te handelen. Informatie hierover is te vinden op de website crisiskaart.nl.
 - Steun voor naasten: indien naasten zich gesteund voelen, vergroot dat de draagkracht van de omgeving. Er ontstaat meer onderling begrip waardoor (steunende) relaties worden versterkt. Zie [zorgstandaard Naasten](#).
 - Een 'herstel academie' en 'zelfregiecentrum' zijn landelijke of regionale initiatieven voor en door mensen met een psychische aandoening die actief werken aan herstel. Deze centra bieden een vrijplaats voor peer support, zelfregie en autonomie. [Klik hier](#) om deze initiatieven te vinden. Zie de [zorgstandaard Herstelondersteuning](#).

Een belangrijk aandachtspunt bij zelfmanagement is dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervoor moeten waken om zichzelf te overvragen. Psychische problematiek, maar ook de behandeling daarvan, kunnen veel van iemand vragen. Bij het stellen van doelen is het van belang deze zo realistisch en haalbaar mogelijk te formuleren, eventueel in kleine stappen. Het is belangrijk dat iemand daarbij niet te hoge eisen stelt, mild is voor zichzelf en zichzelf de ruimte gunt om fouten te mogen maken. Bij het niet behalen van de doelen is het van belang dat iemand begrijpt dat dit geen bewijs is van falen en mislukken.

7.3 Psychotherapie

Zoals vermeld vormt psychotherapie, waar mogelijk, de eerste keuze van behandeling voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het doel daarvan is om de persoonlijkheidsproblematiek, binnen een behandeltraject van veelal 1 of 2 jaar, substantieel te verminderen. Zodat minder klachten en problemen worden ervaren en de patiënt meer zelfstandig en autonoom het leven op gewenste wijze vorm kan geven.

Een aantal vormen van psychotherapie is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Het blijkt echter dat ze veel breder kunnen worden ingezet voor de behandeling van mensen met andere persoonlijkheidsstoornissen, al dan niet in aangepaste vorm. Voor patiënten met de meest complexe problematiek en de ernstigste persoonlijkheidsstoornissen wordt bij voorkeur een van de onderstaande psychotherapie vormen ingezet:

- [Dialectische Gedragstherapie](#) (DGT)
- [Mentalisation-Based Treatment](#) (MBT)
- [Schematherapie](#) (ST)
- [Transference-Focused Psychotherapy](#) (TFP)

Ook voor sommige andere behandelingen bestaat steeds meer evidentie, waardoor deze tevens aanbevolen kunnen worden, zoals:

- Behandelingen zoals [Cognitief Analytische Therapie](#) (CAT) of [Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis](#) (VERS), zelfstandig of als toevoeging van een breder psychotherapeutisch behandelprogramma.

- Generalistische behandelvormen zoals, [Supportieve psychotherapie](#) (SPT), [Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders \(GIT-PD\)](#).

Al deze behandelingen zijn te verkiezen boven vormen van psychotherapie die niet specifiek uitgaan van een visie op persoonlijkheidsproblematiek. Het is daarbij wel belangrijk dat deze vormen van psychotherapie worden uitgevoerd zoals ze beschreven en onderzocht zijn.

- Daarnaast zijn er nog een aantal psychotherapievormen die een uitgewerkt theoretisch en methodisch kader hebben, maar waar minder wetenschappelijk onderzoek naar is verricht bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. De [Affectfobietherapie](#) (AFT), [Cognitieve Gedragstherapie aangepast aan specifieke types van persoonlijkheidsstoornissen](#) (CGT), [Kortdurende Psychodynamische therapie](#) (STDP) en de [Acceptance and Commitment Therapy](#) (ACT).

Bij de [indicatiestelling](#) wordt ook nagedacht over de gewenste vorm van behandeling. Maar ook over de lengte van behandeling en over de intensiteit ervan.

- Voor jongeren: [klik hier](#)
- Voor ouderen: [klik hier](#)

7.3.1 Overzicht vormen van psychotherapie

In de volgende paragrafen volgt een korte toelichting op de genoemde vormen van psychotherapie. De verschillende vormen zijn voortgekomen uit verschillende theoretische referentiekaders, zoals cognitieve gedragstherapie, psychodynamisch psychotherapie, systeemtherapie en het groepsdynamische referentiekader zoals omschreven in de [zorgstandaard Psychotherapie](#).

Bij elke toelichting wordt omschreven waar de focus van de vormen van psychotherapie primair ligt, rekening houdend met [het alternatief DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen](#).

ZELF – intrapersoonlijk	ANDER – interpersoonlijk
1. verbeteren van het zelfbeeld, gevoel van eigenwaarde en zelfreflectie.	3. verbeteren wederkerigheid in het sociale contact (empathie).
2. verbeteren van de impulscontrole en de emotieregulatie (bijvoorbeeld bij zelfdestructief gedrag).	4. verbeteren van persoonlijke relaties (bijvoorbeeld samenwerking en intimiteit).

7.3.2 Dialectische Gedragstherapie (DGT)

Dialectische Gedragstherapie (DGT) is gebaseerd op verandering middels gedragstherapeutische principes, dialectisch in evenwicht gebracht met validering en acceptatie op basis van mindfulness. De behandeling richt zich op het aanleren en toepassen van adequate vaardigheden, zoals emotieregulatie, stresstolerantie, interpersoonlijke vaardigheden, crisismanagement en mindfulness. DGT wordt zowel ambulant als klinisch aangeboden, vaak in een combinatie van individuele en

groepstherapie. De therapie kan worden ingezet bij uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen, maar met name bij de Cluster B borderline-persoonlijkheidsstoornis.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

7.3.3 Mentalisation-Based Treatment (MBT)

MBT is een vorm van psychodynamische psychotherapie, voortgekomen uit een gehechtheids theoretisch referentiekader. MBT is gebaseerd op de aanname dat een ernstige persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door beperkingen in het vermogen om goed te kunnen mentaliseren. Dit betekent dat iemand moeite heeft de intenties, emoties en andere mentale toestanden van zichzelf en de ander goed te begrijpen, met name bij oplopende stress. MBT wordt zowel ambulant als (dag)klinisch aangeboden, meestal als individuele therapie in combinatie met een groep.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

7.3.4 Schematherapie (ST)

Schematherapie (ST) is een vorm van psychotherapie waarin verschillende therapiescholen binnen een cognitief theoretisch raamwerk zijn geïntegreerd. Bij persoonlijkheidsstoornissen wordt gewerkt met het schemamodusconcept: een modus beschrijft de actuele toestand op basis van geactiveerde schema's en coping. Patiënten kunnen sterk variëren in emoties, overtuigingen en gedrag, wat met behulp van het modusconcept kan worden begrepen. Het wordt zowel ambulant als (dag)klinisch aangeboden, individueel of in een groep. Schematherapie wordt ingezet bij uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen, met name bij de Cluster B borderline persoonlijkheidsstoornis en bij Cluster C persoonlijkheidsstoornissen, zoals de vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

7.3.5 Transference-Focused Psychotherapy (TFP)

Transference-Focused Psychotherapy (TFP) is een vorm van psychodynamische psychotherapie en is gebaseerd op de objectrelatietheorie. TFP richt zich op de borderline persoonlijkheidsorganisatie, waarbij de focus ligt op niet-geïntegreerde representaties die in stand worden gehouden door het gebruik van primitieve afweermechanismen zoals splijting, zwart- wit denken en externaliseren. De therapie richt zich specifiek op wat de patiënt ervaart in de dynamiek van therapeutische relatie in het hier en nu. Problemen die de patiënt met andere mensen ervaart, zullen zich immers ook in het contact met de therapeut openbaren en kunnen juist daar worden aangepakt. TFP wordt ingezet bij persoonlijkheidsstoornissen, met name bij de Cluster B borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis en ook bij cluster C persoonlijkheidsstoornissen. TFP wordt voornamelijk ambulant aangeboden, individueel, eenmaal of tweemaal per week.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

7.3.6 Cognitief analytische therapie (CAT)

CAT is een integratieve vorm van psychotherapie gebaseerd op psychodynamische en leertheoretische uitgangspunten. CAT richt zich op het begrijpen van klachten en vroege relationele ervaringen die daarbij hebben meegespeeld en die momenteel de klachten in stand houden. Door het herkennen van deze relationele patronen kunnen patiënten meer helpende patronen ontwikkelen. Er worden verklaringen opgesteld voor de zich herhalende averechts werkende gedrag patronen van de patiënt. Onderzoek van de patronen en huiswerkopdrachten bieden de gelegenheid om deze te veranderen. CAT wordt in Nederland vooral toegepast bij adolescenten en jongvolwassenen. De therapie wordt voornamelijk ambulant aangeboden, individueel of in een groep en vaak in samenwerking met het systeem (naasten).

Meer informatie is beschikbaar via het [Nederlands Register Cognitieve Analytische Therapie \(CAT-NL\)](#).

7.3.7 Supportieve psychotherapie (SPT)

SPT is een vorm van psychodynamische psychotherapie en is gericht op symptoomverlichting en gedragsverandering zonder nadruk op het aanpassen van persoonlijkheidskenmerken of het oplossen van onbewuste innerlijke conflicten. SPT wordt zowel ambulant als (dag)klinisch aangeboden, individueel of in een groep.

7.3.8 Guideline-Informed Treatment for Personally Disorders (GIT-PD)

GIT-PD is een integratieve vorm van psychotherapie en biedt een kader voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De behandeling maakt gebruik van de gemeenschappelijke werkzame elementen uit bestaande effectieve behandelingen, aangevuld met praktijkkennis van professionals, patiënten en naasten. Eerst worden probleemgebieden in kaart gebracht, waarna gericht wordt gestart met modules of programmaonderdelen. GIT-PD wordt veelal ambulant individueel aangeboden, vaak in combinatie met een groep.

Meer informatie is terug te vinden bij het [Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen](#).

7.3.9 Acceptance and commitment therapy (ACT)

ACT is een vorm van contextuele gedragstherapie. ACT richt zich op herstel door acceptatie, het aanleren van mindfulnessvaardigheden en het effectief leren omgaan met belemmerende emoties en cognities. Het doel van ACT is om zaken waar je weinig invloed op hebt, zoals nare gedachten, angsten of pijn, te leren accepteren in je leven en hier anders mee om te gaan, zodat je ongehinderd en op een waardevolle wijze je leven kunt inrichten. ACT legt de nadruk op zelfsturing en het maatschappelijk functioneren. ACT wordt met name ambulant aangeboden, zowel individueel als in groepsverband.

[Klik hier](#) voor meer informatie over ACT

7.3.10 Affectfobie therapie (AFT)

AFT is een vorm van kortdurende psychodynamische psychotherapie en is gebaseerd op de aanname dat veel klachten geworteld kunnen zijn in een angst voor de eigen gevoelens, oftewel een

affectfobie. De therapie richt zich op innerlijke gevoelsmatige belevingen (zoals een negatief zelfbeeld en gevoelens van verdriet, boosheid of plezier) als interpersoonlijk functioneren (zoals sociale vermijding) worden in AFT aangepakt. AFT draagt bij aan het opbouwen van zelfvertrouwen en het in contact komen met eigen gevoelens. Van daaruit kan de patiënt experimenteren met nieuw gedrag. AFT wordt met name ambulant of in deeltijd aangeboden, individueel of in een groepsverband. De therapie wordt ingezet bij persoonlijkheidsstoornissen en in het bijzonder in de Cluster C persoonlijkheidsstoornissen zoals de vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

7.3.11 Cognitieve gedragstherapie (CGT) specifiek toegespitst op persoonlijkheidsstoornissen

CGT is een vorm van klachtgerichte psychotherapie die zich richt op het veranderen van aangeleerde gedachten en gedrag die de problemen veroorzaken of in stand houden. CGT wordt veelal ambulant, individueel of in een groep aangeboden. Het wordt met name ingezet bij de Cluster C persoonlijkheidsstoornissen zoals de vermijdende persoonlijkheidsstoornis, maar ook bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld via contingentiemanagement).

[Klik hier](#) voor meer informatie over CGT, en [hier](#) voor meer informatie over contingentiemanagement.

7.3.12 Short-term dynamic psychotherapy (STDP)

Kortdurende psychodynamische psychotherapie (STDP) is een vorm van psychodynamische psychotherapie die gericht is op persoonlijkheidsverandering waarbij de ontwikkeling van de persoon centraal staat. Gedachten, gevoelens, verlangens, motieven en gedrag worden beschouwd in samenhang met vroegere ervaringen uit de kindertijd. Reflectie op onbewuste wensen, drijfveren en innerlijke conflicten zorgen voor inzicht en verwerking van psychische problemen. De therapie wordt zowel ambulant als (dag)klinisch aangeboden, individueel of in een groep. De therapie wordt ingezet bij persoonlijkheidsstoornissen en in het bijzonder bij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

7.3.13 Groepstherapie

Groepstherapie, zoals groepsdynamische groepspsychotherapie, is een vorm van psychotherapie waarbij wekelijkse sessies in groepsverband worden gehouden om bij terugkerende ineffektieve patronen in het denken, voelen en handelen te onderzoeken. Tijdens deze therapie wordt ruimte geboden om gezondere manieren van functioneren te ontwikkelen en hiermee te experimenteren. Naast de therapeuten bieden ook groepsgenoten steun en (h)erkenning, confrontatie en waardevolle feedback. Groepsdynamische groepspsychotherapie wordt zowel ambulant als in een (dag)klinische setting aangeboden aan groepen.

Meer informatie in de [factsheet van de NVP](#) en in de [praktijkrichtlijn van de NVGP](#).

7.3.14 Psychotherapie bij jongeren

Bij jongeren met persoonlijkheidsproblematiek is het, naast het [voorkomen en vroegtijdig herkennen](#), van belang om tijdig te starten met een psychotherapeutische behandeling. Een behandeling die zowel is afgestemd op het stadium van de problematiek, de ontwikkelingsfase van de jongere als de kenmerken van het systeem. Er zijn meerdere programma's voor vroege interventie ontwikkeld. In Nederland zijn twee programma's beschikbaar:

- [MBT-early](#) op basis van mentalisation based treatment
- [Helping Young People Early \(HYPE\)](#) op basis van cognitieve analytische therapie.

De [Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders \(GIT-PD\)](#) wordt ook toegepast voor jongeren (GIT-PD Jeugd). GIT-PD Jeugd biedt een toegankelijk, generiek en op persoonlijkheidsstoornissen georiënteerd behandelkader voor jongeren aan.

Bij jongeren met persoonlijkheidsproblemen en ernstig antisociaal gedrag worden specifieke systeeminterventies aangeraden. Voorbeelden van behandelingen die voor dit doel zijn ontwikkeld zijn: [Multidimensionele familietherapie \(MDFT\)](#), [Multisysteem Therapie \(MST\)](#) en [Functionele Familie Therapie \(FFT\)](#).

Deze vormen van behandeling richten zich op jongeren (tot 21 jaar) met gedragsproblemen, alcohol- of drugsproblemen (dubbele diagnoseproblematiek), hoog (recidive) risico op gewelddadig (waaronder zedendelinquentie) of crimineel gedrag.

Naast een gedragsstoornis kan er tevens sprake zijn van een of meerdere andere psychische stoornissen zoals ADHD, depressie, angststoornis, PTSS of een neurobiologische ontwikkelingsstoornis.

Ook kan er sprake zijn van ernstige opvoedingsonmacht bij de ouders (al dan niet gerelateerd aan psychische problemen of verslaving van de ouders). De behandeling richt zich op voor de jongere belangrijke systemen, zoals de ouders, het gezin, familie- en vriendennetwerk en de school. Er wordt gewerkt aan verbetering van de relaties binnen het gezin.

7.3.15 Psychotherapie bij ouderen

Het is aan te bevelen om ouderen waar mogelijk psychotherapeutische behandeling aan te bieden. Met inachtneming van de leeftijdsspecifieke aspecten, zoals somatische of cognitieve beperkingen, comorbiditeit en/of het wegvallen van een steunsysteem.

- Voor schematherapie zijn er meerdere voor ouderen aangepaste psychotherapeutische behandelingen beschikbaar. Dit betreft zowel kortdurende groepsschematherapie als intensieve groepsschematherapie voor ouderen. Evenals aanpassingen in de intensieve individuele schematherapie.
- GIT-PD heeft een groepsinterventie en een bejegeningkader ontwikkeld specifiek voor ouderen.
- Ook VERS heeft de interventie aangepast voor ouderen.
- Voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen die vanwege motivationele redenen en/of cognitieve/verstandelijke beperkingen onvoldoende kunnen profiteren van een psychotherapeutische behandeling kan gedacht worden aan mediatietherapie. CoMBI is een voorbeeld van mediatietherapie gericht op persoonlijkheidsaspecten van ouderen. Tijdens deze

therapie wordt de omgeving (professionele zorgverleners of mantelzorgers) ingezet om 'probleemgedrag' aan te pakken.

7.4 Vaardigheidstraining

Voor patiënten, al dan niet met een persoonlijkheidsstoornis, die worstelen met impulsief en agressief gedrag zijn vaardigheidstrainingen ontwikkeld om beter om te leren gaan met impulsen en agressief gedrag te leren beheersen.

7.4.1 Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS-training)

De Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS-training) wordt in Nederland vaak toegepast in behandelprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen. Zowel binnen een ambulant programma naast (groeps)psychotherapie als in de dagklinische en klinische psychotherapie. VERS is een vorm van cognitieve gedragstherapie gecombineerd met elementen uit schematherapie, mindfulness en ACT. Naasten worden nauw bij de therapie betrokken in de vorm van 'de steungroep'. VERS kan behalve als zelfstandige behandeling ook als 'add-on' worden ingezet. Het is een geprotocolleerde training

geprotocolleerde training: Er is een VERS I en VERS II. In VERS I worden vijf emotieregulatievaardigheden doorlopen: 1. observeren 2. beschrijven (mentaliseren) 3. uitdagen 4. aandacht verplaatsen 5. problemen oplossen. Het tweede deel van de therapie is gericht op het verbeteren van het evenwicht op de belangrijkste levensgebieden, waaronder interpersoonlijk functioneren en persoonlijk en sociaal maatschappelijk herstel. VERS I kan desgewenst nogmaals worden doorlopen, of er kan gekozen worden voor het vervolg op VERS I, VERS II. Hierin worden op basis van VERS I nieuwe thema's behandeld gericht op verdieping van het geleerde in VERS I. Doel is, naast het hanteren van een beter evenwicht, meer sturing en kwaliteit te kunnen geven aan het dagelijks leven

gericht op het verbeteren van de omgang met emoties, welke desgewenst meerdere keren kan worden doorlopen. VERS is ontwikkeld voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis maar kan breder voor emotieregulatieproblemen worden ingezet. Voor informatie zie: [Verstraining](#).

Voor ouderen is er een specifieke VERS-training ontwikkeld. Dit voor ouderen aangepaste protocol wordt momenteel op effectiviteit onderzocht

onderzocht: Promotieonderzoek van Erol Ekiz

7.4.2 DGT-vaardigheidstraining

Deze wekelijkse vaardigheidstraining wordt binnen de DGT gecombineerd met de individuele psychotherapie (CGT). De training, die bij voorkeur in een groep wordt aangeboden, is gericht op

emotieregulatie, stresstolerantie, interpersoonlijke vaardigheden en crisismanagement. Ook patiënten met andere persoonlijkheidsstoornissen dan een borderline persoonlijkheidsstoornis kunnen hiervan profiteren. Daarom wordt deze vaardigheidstraining tegenwoordig ook toegepast buiten een strikt DGT-behandelkader.

7.4.3 Agressieregulatie en impulscontroletrainingen

Voor patiënten, al dan niet met een persoonlijkheidsstoornis, die worstelen met impulsief en agressief gedrag zijn vaardigheidstrainingen ontwikkeld om beter om te leren gaan met impulsen en agressief gedrag te leren beheersen, zoals Agressie Regulatie op Maat (ARopMaat). Ze worden vaak toegepast binnen de forensische psychiatrie maar kunnen ook binnen de reguliere ggz worden aangeboden.

7.4.4 Family Skills en MBT-FACTS

Het aanbieden van een specifieke vaardighedencursus, om de omgang met de patiënt te verbeteren, zoals Family Skills en MBT-FACTS:

- **Family Skills, inclusief family Connections**, is een reeks van interventies gericht op naasten van mensen met een (borderline)-persoonlijkheidsstoornis, met als doel ook hen DGT-vaardigheden aan te leren en beter om te leren gaan met de uitdagingen die de stoornis met zich meebrengt. Deze interventie varieert qua opzet en duur van 3 tot 6 maanden. Ze kan leiden tot een afname van de ervaren draaglast en gevoelens van hopeloosheid en verbetert de autonomie en grip op de situatie.
- **MBT-FACTS** is ontwikkeld als een interventie van 5 sessies voor naasten van mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, gericht op het aanleren van mindfulness- en mentalisatietechnieken om problemen in relaties beter te kunnen reguleren. Dit kan leiden tot een afname van negatieve incidenten en een verbetering van het familiefunctioneren en het welbevinden van de naasten.

(Zie ook de [zorgstandaard Naasten](#))

7.4.5 MBT Parents en Parents Skills

Het aanbieden van ondersteuning bij de opvoeding van kinderen om ouderschaps-vaardigheden te versterken en intergenerationele overdracht van de problematiek te beperken. Dit kan via MBT Parents of Parent Skills.

- **MBT Parents** is van oorsprong een programma voor ouders met een borderline persoonlijkheidsstoornis en hun kinderen. Het programma focust op het versterken van het reflexieve functioneren van de ouders. Dit om de ontwikkeling van hun kind te bevorderen en mogelijke intergenerationele overdracht van problematiek te beperken. MBT Parents bevordert het mentaliserend vermogen, wat een gezonde interacties tussen ouder en kind ondersteunt. MBT Parents wordt ook breder ingezet, bijvoorbeeld bij ouders met emotieregulatieproblemen, angst of stemmingsklachten.
- **Parent Skills** is een programma voor moeders met een borderline persoonlijkheidsstoornis met kinderen van 0-6 jaar op basis van DGT-principes. Het programma bestaat uit twaalf sessies

met huiswerk gericht op het versterken van ouderschapsvaardigheden.

7.4.6 Lotgenotencontact

Het attenderen op lotgenotencontact om verlichting en validering van de draaglast van een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis te bewerkstelligen. Bijvoorbeeld door herkenning, erkenning en ondersteuning van hun situatie vanuit lotgenotenperspectief.

- <https://stichtingborderline.nl/omgaan-met-borderline/>
- [Organisatie - Naasten Centraal](#)
- <https://naasteninkracht.nl/nl>

7.5 Farmacotherapeutische interventies

Farmacotherapie heeft een bescheiden, maar duidelijke plaats binnen het behandelaanbod voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Het richt zich niet op de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis zelf, maar op met farmacotherapie behandelbare symptomen die ermee samenhangen. Het doel is om specifieke klachten te verlichten of draaglijk te maken, suïcidegevaar af te wenden, een crisis te bezweren en/of psychotherapeutische behandeling mogelijk te maken of te ondersteunen.

- Aanbevolen wordt om waar nodig een comorbide psychische stoornis (zoals een depressie of ADHD) middels farmacotherapie te behandelen binnen een geïntegreerd behandel(stappen)plan. Dit met inachtneming van de desbetreffende geldende multidisciplinaire behandelrichtlijn van die comorbide stoornis.
- Indien farmacotherapie voor klachten direct gerelateerd aan de persoonlijkheidsstoornis wenselijk of noodzakelijk wordt geacht, wordt aanbevolen om de farmacotherapie op geleide van behandelalgoritmen te richten op de voorgrond staande symptoomdomeinen, zoals cognitief-perceptuele symptomen, impulsieve gedragsontregeling of affectieve dysregulatie.

Farmacotherapie kan worden ingezet bij acute symptomen om verlichting te geven of bij persisterende symptomen om andere vormen van behandeling (met name psychotherapie) mogelijk te maken. Bijwerkingen (zoals emotionele vervlakking, sufheid, gedragsontregeling) kunnen echter ook het effect van psychotherapie juist verminderen of ondermijnen. (zie [zorgstandaard Bijwerkingen](#)).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen symptomen die om een directe, korte of krachtige interventie vragen en symptomen die op langere termijn om verlichting vragen. Schrijf psychofarmaca liefst slechts tijdelijk voor en voorkom waar mogelijk polyfarmacie.

7.5.1 Farmacotherapie – bij acute symptomen

Bij oplopende spanning, angst, tijdelijke verwardheid, denk- of waarnemingsstoornissen (cognitief-perceptuele symptomen) of slaapproblemen, al dan niet in een crisis, is er meestal behoefte aan rust middels enige sedatie. Hierdoor kunnen het angst- en spanningsniveau worden doorbroken en de nachtrust verbeterd, waardoor de acute klachten of crisis aanzienlijk verminderen.

Hierbij gelden de volgende overwegingen:

- Probeer het gebruik van benzodiazepinen te beperken, dit in verband met de kans op gewenning, verslaving en ontregeling.
- Overweeg het tijdelijk gebruik van een sederend antihistaminicum (zoals promethazine) of een lage dosering van een antipsychoticum met sederende eigenschappen (zoals quetiapine).
- Antidepressiva en stemmingsstabilisatoren zijn niet geschikt als acute interventie.

7.5.2 Farmacotherapie – bij aanhoudende belemmerende symptomen

Symptomen die de voortgang van een (psychotherapeutische) behandeling beperken, vragen soms om aanvullende farmacotherapeutische behandeling. Gericht op specifieke symptoomdomeinen kan worden gekozen voor verschillende behandelalgoritmes. Hierbij gelden de volgende overwegingen:

- De antipsychotische, stemmingverbeterende of stabiliserende werking van psychofarmaca komt over het algemeen pas geleidelijk (in de loop van weken) op gang.
- Deze medicatie dient geleidelijk te worden opgebouwd, waarbij gezocht wordt naar een optimale dosering waarin de voordelen van het middel opwegen tegen de nadelen, met name de bijwerkingen en gevaren op korte en langere termijn.

Aanbevolen wordt extra terughoudend te zijn bij het voorschrijven van psychofarmaca ten behoeve van klachten of gedragingen die terug te voeren zijn op een andere persoonlijkheidsstoornis dan een borderline of schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Hiervoor is nauwelijks wetenschappelijke evidentie, zeker indien er geen sprake is van een andere (comorbide) psychische symptoomstoornis die medicamenteuze behandeling behoeft.

7.5.3 Aandachtspunten bij farmacotherapie

Geadviseerd wordt om gezamenlijk een farmacotherapeutisch zorgplan op te stellen, als geïntegreerd onderdeel van het individuele zorgplan. Dit vergroot de kans op een gezamenlijk gedragen beleid waarin het risico op polyfarmacie, therapieontrouw, 'shoppen', misbruik of opsparen van de medicatie of gevaarlijke overdoseringen wordt beperkt.

Aandachtspunten:

- Wees alert op de neiging om 'iets met medicatie te moeten doen' voor de patiënt, bijvoorbeeld omdat deze wanhopig is of vanuit druk vanuit de omgeving, terwijl een goede indicatie of voldoende ondersteunende bewijskracht voor farmacotherapie ontbreekt.
- Monitor de (on)gewenste (somatische) effecten van medicatie regelmatig (aanvankelijk wekelijks). Ook tijdens het afbouwen van medicatie is regelmatige controle gewenst. Dit is nodig omdat patiënten daarbij ernstige klachten kunnen ontwikkelen en ontregeld kunnen raken.
- Overweeg samen om medicatie waar mogelijk weer tijdig af te bouwen. Ook indien het effect ervan (aanvankelijk) positief was. Maak een goed afbouwplan voor de medicatie waar nodig in samenwerking met de eerste lijn.
- Stel samen een plan op voor medicamenteuze interventies voor onverhoopt voorkomende crisissituaties en neem dit op in het individuele zorgplan en het crisissignaleringsplan. Dit voorkomt dat onder druk van de actualiteit en tijdens chaotische situaties ongewenste of extra

- medicatie wordt voorgeschreven door artsen die de patiënt niet kennen.
- Monitor suïcidaliteit expliciet en zorg ervoor dat medicatie indien nodig (tijdelijk) niet in eigen beheer wordt gehouden. Hierbij dient ook aandacht te zijn voor het saneren van overtollige medicatie die niet meer wordt gebruikt. Juist ook als de patiënt in rustiger vaarwater verkeert.
 - Heb samen oog voor de specifieke betekenis van medicatie. In positieve zin zoals erkenning en hoop. Of in negatieve zin, zoals controle verlies, een negatief stigma of de associatie met een mogelijk slechtere prognose.
 - Volg als voorschrijver de wettelijke regels voor het off-label voorschrijven van medicatie.
 - De patiënt dient er expliciet van op de hoogte te worden gebracht en uitleg te krijgen. De patiënt moet instemming geven en er dient een aantekening van te worden gemaakt in het behandeldossier. Bovendien moet de apotheker worden geïnformeerd als de geneesmiddelen niet zijn voorgeschreven conform een geldende Nederlandse behandelrichtlijn.
 - Voorkom dat op basis van achtereenvolgende crisissituaties steeds nieuwe psychofarmaca worden toegevoegd of dat doseringen onnodig worden opgehoogd.
 - Een dergelijke 'cocktail' kan aanzienlijke iatrogene schade veroorzaken doordat het juist symptomen induceert en gedrag ontregelt. Bovendien wordt hiermee het effect van psychotherapeutische interventies ondermijnd. Een goed bewakingssysteem in een apotheek en één verantwoordelijk voorschrijvend arts zijn hierbij essentieel.
 - Wijk tijdens vervanging en in diensten niet af van het beschikbare crisisplan voor medicamenteuze interventies, tenzij daar echt een noodzaak toe bestaat.

7.5.4 Farmacotherapeutische interventies bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis

Hierbij worden de algoritmen uit de Multidisciplinaire Richtlijn persoonlijkheidsstoornissen gevolgd:

- **Cognitief-perceptuele symptomen**

Indien medicamenteuze behandeling van cognitief-perceptuele symptomen bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis (en voor de behandeling van schizotypische trekken) gewenst is, worden antipsychotica aanbevolen. [Raadpleeg de richtlijn voor dosering en overwegingen](#).

- **Impulsieve gedragsontregeling**

Indien op korte termijn (uren, dagen) effect moet worden gesorteerd op impulsieve gedragsontregeling lijkt een antipsychoticum aangewezen, in relatief lage dosering. Op langere termijn kan een stemmingsstabilisator of SSRI geïndiceerd zijn. [Raadpleeg de richtlijn voor dosering en overwegingen](#).

- **Affectieve dysregulatie**

Bij persisterende invaliderende stemmingswisselingen wordt geadviseerd een proefbehandeling te overwegen met een SSRI, lamotrigine of een atypisch antipsychoticum. [Raadpleeg de richtlijn voor dosering en overwegingen](#).

Het gebruik van omega-3-vetzuren als voedingssupplement wordt aanbevolen ter ondersteuning van de behandeling van affectieve dysregulatie klachten.

7.5.5 Farmacotherapeutische interventies bij de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Een antipsychoticum in een relatief lage dosering kan worden overwogen in de behandeling van cognitief-perceptuele symptomen bij patiënten met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis. [Klik hier voor dosering en overwegingen](#).

In verband met mogelijke bijwerkingen wordt geadviseerd de dosering te beperken. Uitgebreide voorlichting hierover voorafgaand en tijdens de behandeling is essentieel, evenals het monitoren van klachtenreductie en bijwerkingen. Ook wordt geadviseerd te overwegen de behandeling met antipsychotica binnen enkele maanden te staken nadat de symptomen onder controle zijn gebracht.

7.5.6 Farmacotherapeutische interventies bij de overige persoonlijkheidsstoornissen

Aanbevolen wordt om bij persoonlijkheidsstoornissen, indien nodig, farmacotherapie te richten op vooraanstaande symptoomdomeinen. Deze omvatten cognitief-perceptuele symptomen, impulsieve gedragsontregeling of affectieve dysregulatie, zoals ook beschreven bij de aanbevelingen voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

Bij patiënten met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis wordt aanbevolen om te overwegen om persisterende sociale angstklachten te behandelen met een SSRI of SNRI.

7.5.7 Jongeren - Richtlijn farmacotherapie specifiek voor jongeren

Bij jongeren wordt aangeraden een nog grotere terughoudendheid ten aanzien van farmacotherapie te betrachten dan bij volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Raadpleeg hiervoor de [richtlijn van het kenniscentrum Kinder & Jeugdpsychiatrie](#)

7.5.8 Ouderen - Richtlijn farmacotherapie specifiek voor ouderen

Bij ouderen kan symptomatische farmacotherapie worden overwogen. Het is echter belangrijk om terughoudendheid te betrachten en rekening te houden met mogelijke bijwerkingen en interacties als gevolg van polyfarmacie. Het effect en de bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie dienen regelmatig te worden gemonitord, bijvoorbeeld wekelijks of tweewekelijks tijdens het instellen van de medicatie. Als het beoogde doel niet wordt bereikt of als er bijwerkingen optreden, moet de medicatie worden afgebouwd. Daarnaast wordt geadviseerd om medicijnen met anticholinerge eigenschappen zoveel mogelijk te vermijden.¹¹

7.6 Vaktherapieën

Onder vaktherapieën worden beeldende therapie, dramatherapie, danstherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie gerekend. Vaktherapieën maken gebruik van specifieke ervaringsgerichte, handelingsgerichte, bewegingsgerichte en lichaamsgerichte en/of creatieve technieken welke methodisch en doelgericht worden ingezet in het kader van een behandeling.

Therapeuten zetten diverse werkvormen, materialen, instrumenten en attributen in. Gevoelens, gedachten en gedrag patronen die via vormgeving, spel of beweging naar voren komen, bieden aanknopingspunten voor het maken van contact met emoties en patronen in denken, voelen en doen. Dit kan leiden tot (zelf)inzicht en verandering op basis van versterking van het lichaams- en zelfbewustzijn, interactie met anderen, verbetering van de impuls- en emotieregulatie en het oefenen met nieuwe rollen en vaardigheden.

- Het is aan te bevelen dat een behandelprogramma voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ook vaktherapie in haar aanbod heeft.
- Overweeg om binnen een behandeling een of meerdere vormen van vaktherapie in te zetten, onafhankelijk van leeftijd, sekse of specifieke diagnostische kenmerken.
- Het is aan te bevelen om binnen een ambulante, deeltijd- of klinische behandeling psychotherapeutische en vaktherapeutische methoden te integreren om zo optimaal aan te kunnen sluiten bij patiënten met verschillende affiniteiten, mogelijkheden en leerstijlen.
- Overweeg om vaktherapieën in te zetten om het (emotioneel) in contact te komen met moeilijk bereikbare aspecten van de innerlijke belevingswereld. Bijvoorbeeld een traumabehandeling of bij ondersteuning van een rouwproces.
- Overweeg om vaktherapieën ook een bijdrage te laten leveren aan het diagnostisch proces. Middels probleemanalyse via observaties en met specifieke zelfrapportage instrumenten (bijvoorbeeld over lichaamsbeleving), en bij het vaststellen van behandelindicatie, motivatie en behandeldoelen.

Vaktherapieën worden vaak hooggewaardeerd door patiënten en het belang ervan wordt in de multidisciplinaire samenwerking in de behandelpraktijk onderkend. Vaktherapieën vormen vaak een onderdeel van een (dag)klinisch behandelprogramma. Welke vaktherapie voor welke patiënt geïndiceerd is vereist een individueel afwegingsproces. Het is van belang dat vaktherapieën worden gegeven door gekwalificeerde therapeuten die hiervoor een erkende opleiding hebben gevolgd.

Voor een passend aanbod is het aanbevolen de beroepscompetentieprofielen (BCP's) van de afzonderlijke vaktherapeutische beroepen te raadplegen, om zo de verschillende methodieken te overwegen voor een passende behandelstrategie. Iedere beroepsgroep beschikt over een unieke stand van praktijk en wetenschap.

(Zie zorgstandaard [Vaktherapeutische beroepen](#)).

7.7 Psychosociale interventies

De behandeling van een persoonlijkheidsstoornis richt zich altijd ook, direct of indirect, op het verbeteren van het maatschappelijke en sociaal functioneren van de patiënt. Psychosociale interventies

Psychosociale interventies: Sociaalpsychiatrische en psychosociale behandeling / begeleiding wordt in dit stuk als vergelijkbaar gezien.

zijn overwegend steunend en praktisch van aard en richten zich direct op het bevorderen van de adaptieve capaciteiten, dit op basis van de veerkracht van de patiënt en diens omgeving. Denk

hierbij aan Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment (Ambit)

Ambit): Ambit (Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment) is een therapeutische benadering voor complexe psychische aandoeningen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen. Het focust op mentalisatie, het vermogen om eigen en andermans gedachten en gevoelens te begrijpen, wat vaak verstoord is bij deze stoornissen. Ambit combineert verschillende therapievormen en is flexibel aan te passen aan de individuele behoeften van de cliënt. De aanpak benadrukt veilige en ondersteunende relaties en wordt vaak uitgevoerd door een multidisciplinair team. Het doel is om emotionele regulatie en interpersoonlijke vaardigheden te verbeteren.

of de inzet van Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

FACT): FACT (Flexible Assertive Community Treatment) biedt intensieve en flexibele zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, zoals persoonlijkheidsstoornissen. Een multidisciplinair team van professionals levert deze zorg in de leefomgeving van de cliënt, wat continuïteit en praktische ondersteuning in het dagelijks leven garandeert. De aanpak is gericht op persoonlijke behoeften, voorkomen van terugval, en het bevorderen van herstel. FACT streeft naar stabiliteit door snelle interventies bij tekenen van terugval en helpt cliënten bij het bereiken van hun persoonlijke doelen.

Hierbij worden 2 perspectieven onderscheiden:

1. Het ondersteunen en verbeteren van het sociaal en maatschappelijk functioneren is van essentieel belang om de start of continuering van psychotherapie mogelijk te maken en een passende behandelomgeving te waarborgen. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten die naast psychotherapie ondersteuning nodig hebben op het vlak van maatschappelijk functioneren, zoals bij problemen met opleiding, werk en/of daginvulling. En voor patiënten die hulp nodig hebben bij het generaliseren van geleerde vaardigheden naar hun huidige leefsituatie.
2. Patiënten die (nog) niet met psychotherapie

Patiënten die (nog) niet met psychotherapie: Bijvoorbeeld vanwege een te groot aantal sociale problemen, onvoldoende motivatie en/of grote crisisgevoeligheid

kunnen beginnen, hebben ondersteuning nodig om niet verder uit balans te geraken. Deze ondersteuning is gericht op stabilisatie en het leren accepteren en omgaan met de uitingen en gevolgen van de persoonlijkheidsproblematiek in het dagelijks leven. Deze psychosociale begeleiding voorziet in zorgelementen die ondersteunend zijn voor een zinvolle levensinvulling. Ook patiënten die die niet meer in psychotherapie zijn, maar nog wel een hulpvraag hebben voor psychosociale begeleiding, komen hiervoor in aanmerking. Vaak betreft dit mensen met een persoonlijkheidsstoornis die daarbij tevens voldoen aan de criteria van een ernstige

psychische aandoening. (zie zorgstandaard [Ernstige Psychische Aandoeningen](#)).

Het is hierbij aan te bevelen om:

- Waar nodig psycho-educatie te geven.
- Aandacht te hebben voor de probleemoplossende vaardigheden van de patiënt.
- Te helpen het sociaal netwerk van de patiënt te versterken of uit te breiden (zie [zorgstandaard naasten](#))
- Bij ernstige of complexe problematiek multidisciplinaire psychosociale interventies aan te bieden binnen een eenduidig behandelkader.
- Liberman-modules aan te bieden ([zie hoofdstuk 8.2](#))
- Bij persisterende en ernstige problematiek leefstijlinterventies in te zetten en bijwerkingen van psychofarmaca te beperken door monitoring en behandeling van de bijwerkingen (bijvoorbeeld het metabool syndroom). Zie [zorgstandaard Leefstijl](#) en de zorgstandaard [Bijwerkingen](#).

7.7.1 Psychosociale behandeling van ouders met een persoonlijkheidsstoornis

Het is belangrijk om ouders met een persoonlijkheidsstoornis ook begeleiding aan te bieden die zich richt op het functioneren in hun rol als ouder. Hoewel er verschillende interventies beschikbaar zijn om de ouder-kind relatie te verbeteren, is het effect van deze interventies nog relatief weinig wetenschappelijk onderzocht. Toch wordt aanbevolen om ouders psycho-educatie en behandeling aan te bieden waarbij ze leren om hun kinderen te observeren en hun behoeften beter aan te voelen. Evenals interventies gericht op het verbeteren van opvoedingstechnieken en communicatievaardigheden in het hele gezin. Hierbij is ook aandacht voor de hechtingsproblematiek van de ouders zelf van belang. (Zie zorgstandaard [KOPP/KOV](#)).

Voor meer psychotherapeutische interventies voor ouders en naasten zie [paragraaf 7.8](#) systeeminterventies

7.7.2 Crisisinterventie

Crisispreventie

- Om crisis te kunnen voorkomen, is het belangrijk dat de patiënt, diens naasten en professionals de eerste signalen herkennen welke kunnen wijzen op een mogelijke crisis en dat zij weten wat ze moeten doen om deze (beginnende) crisis tijdig te keren. Daarom wordt aangeraden een (crisis)signaleringsplan op te stellen vanuit het reguliere zorgplan.
- Als de patiënt en/of diens naasten bezwaren hebben om samen te werken, is het belangrijk om te onderzoeken waar deze bezwaren vandaan komen en hoe ze kunnen worden overwonnen. De professional moet daarbij in gesprek blijven met de patiënt om te zoeken naar mogelijkheden om, indien mogelijk, naasten alsnog bij het proces te betrekken. (zie ook de werkkaart '[Patiënt houdt naaste af](#)')

Crisiskaart

- De Crisiskaart is een persoonlijk document, vaak in de vorm van een opvouwbaar kaartje, dat past in een portemonnee. Op de Crisiskaart staat beschreven wat omstanders en hulpverleners kunnen doen of beter kunnen laten als de persoon in kwestie in crisis is. Zo wordt aangegeven

wie ze kunnen bellen en welke afspraken er zijn gemaakt met bijvoorbeeld behandelaar(s), de crisisdienst en vertrouwenspersonen. De Crisiskaart is bedoeld voor mensen die vrezen een crisis mee te gaan maken of bang zijn om in een verwarde toestand te geraken. De kaart biedt houvast voor zowel de kaarthouder als voor de mensen die hulp willen bieden. Voor meer informatie [klik hier](#).

Crisisinterventies

In het geval van crisis kunnen verschillende interventies worden ingezet. Idealiter zijn deze met de patiënten en zijn naaste(n) besproken en zijn de afspraken hierover vastgelegd in een crisisplan en/of Crisiskaart.

- Ambulante interventies zoals Intensieve Begeleiding Thuis (IBT) hebben waar mogelijk de voorkeur boven opname, maar dit is mede afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen van het sociale steunsysteem.
- Mogelijkheid voor een time-out

Mogelijkheid voor een time-out: Het is van belang dat hier een duidelijk behandelplan aan ten grondslag ligt gericht op behoud van de autonomie van de patiënt, en dat er gelegenheid is tot dagelijkse gesprekken.

middels opvang of Bed-op-recept-regeling (BOR).

- Indien een Intensieve behandeling thuis (IHT) niet haalbaar is, dan is een crisisopname (HIC) geïndiceerd.
- Wees extra alert op een mogelijk acuut risico op suïcidaal gedrag. Geadviseerd wordt om het inzetten/aanbieden van Intensieve behandeling thuis (IHT) te overwegen, vooral bij acute suïcidaleiteit. (zie ook de [zorgstandaard Suïcidaal gedrag](#))
- In geval van crisis met impulsief en suïcidaal gedrag verdient een kortdurende opname met een vooraf overeengekomen doelstelling en termijn de voorkeur boven een mogelijk langer durende opname zonder duidelijk omschreven doelstelling of plan. Bij crisisopnames is het zeer aan te raden om een crisis/veiligheidsplan te maken. (zie ook de [zorgstandaard Suïcidaal gedrag](#))

7.8 Systeem-interventies

De sociale omgeving van de patiënt speelt een belangrijke rol in het proces van behandeling en herstel. Het kan zijn dat er ook behoefte is aan ondersteuning van de naasten in de omgeving, zodat zij de balans tussen draagkracht en draaglast kunnen behouden.

Afhankelijk van de ondersteuningsvraag zijn er verschillende interventies mogelijk:

- Voorlichting (psycho-educatie) aan naasten om hun kennis en begrip van een persoonlijkheidsstoornis te vergroten en de rollen van de naasten te verhelderen en af te bakenen.
- Lotgenotencontact aanbieden voor steun, kennis en begrip.
- Een vorm van begeleiding van het naasten om gedragsproblemen en emotieregulatie in goede

banen te leiden, zoals bij mediatietherapie.

- Het aan partners van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis aanbieden van specifieke relatietherapie (zoals Couple-DGT

Couple-DGT: Koppel-DGT is een vorm van relatietherapie gebaseerd op Dialectische gedragstherapie (DGT), ontworpen om invaliderende interactiepatronen binnen de (partner)relatie te doorbreken. Koppel-DGT bestaat uit 14 wekelijkse sessies en heeft als doel de impact van de borderline-problematiek op de relatie te verminderen en de kwaliteit van de relatie vanuit het perspectief van patiënt en zijn of haar partner te verbeteren. Deze therapievorm wordt met name ambulant aangeboden met het systeem (naasten). Koppel-DGT wordt ingezet bij persoonlijkheidsstoornissen, met name bij de Cluster B borderline persoonlijkheidsstoornis.

of Couple-EDT

Couple-EDT: Koppels-EDT is een vorm van partnerrelatietherapie en is gebaseerd op de principes van de Ervaringsgerichte Dynamische Therapie (EDT), een vorm van psychodynamische psychotherapie. Deze interventie helpt om de ernst van de emotionele disregulatie te beperken en mogelijk de relatiekwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt te verbeteren. Het betreft een vorm van relatietherapie in groepsverband, waaraan meerdere koppels (patiënt met partner) gedurende 16 wekelijkse sessies deelnemen.

) of een generieke relatietherapie, zoals Emotioneel gerichte therapie

Emotioneel gerichte therapie: - EFT is een vorm van partnerrelatietherapie die gericht is op het doorbreken van invaliderende interactiepatronen binnen de (partner)relatie. EFT is geschikt voor paren die vastlopen in een patroon van conflicten of verwijdering van elkaar ervaren, nadat zij bijvoorbeeld geconfronteerd zijn met verlies, depressie, trauma of somatische aandoeningen. Bij EFT ligt de nadruk op onderliggende emoties, om deze beter te begrijpen, elkaars reacties te kunnen begrijpen en weer meer verbinding met elkaar te ervaren. Hierdoor wordt de relatie als stabiel en veiliger beleefd. EFT wordt vooral ambulant aangeboden aan de cliënt en diens naaste. - Meer informatie via <https://www.eft.nl/>

(EFT).

- Het aanbieden van psychotherapie voor het inzetten van MBT in systemen, zoals MBT-family

MBT-family: Deze therapie richt zich op het verbeteren van de communicatie en de interactie binnen het gezin door het bevorderen van mentalisatievaardigheden. Het doel is om de gezinsleden te helpen begrijpen hoe hun eigen gedachten en gevoelens invloed hebben op hun interacties met anderen, en om hen te helpen begrijpen hoe anderen denken en voelen.

- Het aanbieden van ondersteuning bij de opvoeding van kinderen om ouderschapsvaardigheden te versterken en intergenerationele overdracht van de problematiek te beperken. Bijvoorbeeld MBT Parents of Parents Skills. (zie ook [paragraaf 7.4.5](#))
- Het aanbieden van een specifieke vaardigheidencursus, zoals Family Skills en MBT-FACTS om de omgang met de patiënt te verbeteren. (zie ook [paragraaf 7.4.4](#))

7.9 Wat zijn huidige ontwikkelingen?

Behandelingen gericht op mensen met een persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen zich momenteel snel. Hierin zijn een aantal ontwikkelingen te onderscheiden:

1. Nieuwe toepassing van bestaande behandelingen of technieken voor andere psychische stoornissen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.
2. Toepassing van bestaande behandeling van persoonlijkheidsproblematiek bij nieuwe doelgroepen. Bijvoorbeeld bij jongeren, ouderen, mensen met een verstandelijke beperking of met complexe vormen van comorbiditeit, zoals verslaving of psychose.
3. Aanpassingen van het format van de behandeling, zoals dosering, lengte, aantal sessies of intermitterend behandelen.
4. Integratie van deeltechnieken uit verschillende bestaande programma's.
5. Toepassingen van digitale zorg.

Dergelijke ontwikkelingen zijn in meer of mindere mate onderzocht op (kosten)effectiviteit en zijn (vooralsnog) niet opgenomen in de huidige [multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen](#) (MDR). In de toekomst zal de werkgroep van de MDR zich opnieuw buigen over de evidentie van deze ontwikkelingen en de aanbevelingen die daaruit voortvloeien.

7.9.1 Nieuwe toepassing van bestaande behandeling of technieken

Een van de nieuwe toepassingen is de inzet van traumagerichte behandelingen, zoals **EMDR-therapie** in de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ¹². Deze therapie richt zich met name op herinneringen aan beschadigende gebeurtenissen (fysiek en seksueel geweld, maar ook emotioneel geweld en verwaarlozing uit het verleden die in de ontwikkeling tot de huidige persoonlijkheidsstoornis heeft geleid om zo de actuele klachten en problemen in remissie te krijgen.

Een andere ontwikkeling zijn de **kortdurende intensieve behandeltrajecten**, geïnspireerd door, en vergelijkbaar met, behandelprogramma's op het gebied van complexe PTSS. Deze variëren van meerdere sessie per week tot meerdere sessie per dag. Wetenschappelijk onderzoek, zal moeten uitwijzen in hoeverre deze interventies (kosten)effectief zijn.

Een ander voorbeeld is **Een sterk verhaal**¹³, een groepsinterventie die wordt aangeboden om persoonlijk herstel van mensen met persoonlijkheidsproblematiek te bevorderen. Dit gebeurt door middel van schrijfopdrachten, het delen van levensverhalen en het maken van een gedrukt persoonlijk levensboek op een digitaal platform.

7.9.2 Toepassing van bestaande behandeling van persoonlijkheidsproblematiek bij nieuwe doelgroepen

Bestaande behandelingen worden toegepast bij nieuwe doelgroepen, zoals adolescenten, ouderen, mensen met een verstandelijke beperking of met complexe vormen van comorbiditeit. Voorheen kwamen deze doelgroepen niet in aanmerking voor een dergelijke behandeling. Ook worden combinaties gemaakt met andere behandelingen in gevallen van comorbiditeit, bijvoorbeeld persoonlijkheidsgerichte psychotherapie in combinatie met traumafocale EMDR-therapie.

7.9.3 Experimenteren met het format

Momenteel worden er studies uitgevoerd naar kortere of minder intensieve vormen van behandelingen. Hoewel (nog niet alle) resultaten bekend zijn, lijken onderzochte groepen vaak ook te kunnen profiteren van kortere of minder intensieve variant. Voorbeelden zijn een minder intensieve ambulante variant van MBT, of meer stapsgewijze of intermitterende behandelingen.

In behandelingen kan ook het systeem actiever worden betrokken, waardoor mensen meer ruimte krijgen om thuis te oefenen met wat ze geleerd hebben in therapie. **Een voorbeeld hiervan is de systeembenadering beschreven door Fonagy.**¹⁴

7.9.4 Integratie van deeltechnieken

Er worden verschillende deeltechnieken geïntegreerd. Een voorbeeld hiervan is Compassion Focused Therapy (CFT), een relatief nieuwe vorm van psychotherapie die zich richt op gevoelens als schaamte en op zelfkritiek. Deze therapie bouwt voort op ingrediënten uit de dialectische gedragstherapie (DGT) en schematherapie.¹⁵

7.9.5 Digitale zorg

Een belangrijke ontwikkeling is de toepassing van digitale zorg. Bijvoorbeeld de zorgmodules, zoals de DGT-app of ST-app, als aanvulling op of gedeeltelijke vervanging van psychotherapie, of de volledig online behandelingen, zoals online schematherapie.

Ook ontwikkelingen rondom Virtual Reality (VR) en Kunstmatige intelligentie (AI) zullen in de toekomst nauw gevolgd worden.

Zie ook de [zorgstandaard digitale zorg](#).

8. Begeleiden en ondersteunen in de maatschappij

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

8.1 Inleiding sociaal functioneren

In dit hoofdstuk staat de begeleiding en ondersteuning centraal die niet direct gericht is op de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis zoals in de ggz, maar meer op de sociale en maatschappelijke aspecten van het leven, zoals huisvesting, financiën, dagbesteding, opleiding en (hervatting van) werk. Deze ondersteuning wordt geboden in het sociale domein, buiten de ggz, maar wel in samenwerking daarmee. De sociaal-maatschappelijke begeleiding is minder gericht op verandering, maar meer op het ondersteunen van het dagelijks leven en participatie in de samenleving. Indien nodig kunnen professionals in het sociale domein gebruik maken van de consultatiefunctie van de ggz (de [consultatiefunctie ggz](#)).

Ook professionals in het sociale domein hebben goed zicht op gedrag en interactie, op overdracht en tegenoverdracht. Zij kunnen mensen met een persoonlijkheidsstoornis die beperking(en) ervaren in hun dagelijks leven en maatschappelijke functioneren ondersteunen. De focus ligt hierbij op het helpen van de patiënt om diens capaciteiten op zo'n manier te benutten zodat hij zelfstandig kan functioneren en een zinvol leven kan leiden. Met niet meer professionele hulp dan nodig is. Het doel is om volwaardig deel te kunnen nemen aan de maatschappij. Deze vorm van ondersteuning of begeleiding richt zich niet zozeer op een psychotherapeutisch veranderingsproces maar voornamelijk op het herstel van functioneren en zelfvertrouwen en op het invullen van sociale rollen en zingeving.

Om het **sociaal functioneren** te ondersteunen of te verbeteren zijn de begrippen rehabilitatie en re-integratie van belang.

- Rehabilitatie richt zich op het herstel van hoop, het hervinden van perspectief, maatschappelijke participatie en de persoonlijke emancipatie van de patiënt. (zie Zorgstandaard [Herstelondersteuning](#)).
- Re-integratie betreft de ondersteuning bij inspanningen om na uitval weer aan het werk te gaan of een nieuwe werkomgeving te vinden. Van behandelaars (ggz) en begeleiders (sociale domein) wordt ten aanzien van re-integratie een actieve rol verwacht.

Het is van belang om het thema rehabilitatie en re-integratie in het individuele zorgplan te integreren, inclusief alle bijhorende afspraken en interventies. Hierbij is het belangrijk niet alleen naar interventies binnen het eigen behandelprogramma te kijken, maar ook om patiënten te wijzen op aanvullende mogelijkheden elders. Of ze vanuit de ggz te verwijzen naar methodieken en interventies in het sociale domein. Goede afstemming en onderlinge samenwerking daarbij is cruciaal.

8.2 Rehabilitatie

Rehabilitatie is gericht op het vergroten van participatie. Dat betreft zaken als sociale redzaamheid, persoonlijke zorg, huishoudelijke taken, dagstructuur, dagactiviteiten, maatschappelijk leven, onderwijs, (vrijwilligers)werk en (zelfstandig) wonen. Door de ernst van de problematiek en de duur van de behandeling kunnen patiënten een vervreemding van het maatschappelijk leven gaan ervaren en hebben zij begeleiding en ondersteuning nodig om hun sociale en maatschappelijke rollen te (her)vinden en vorm te geven.

Een paar voorbeelden van interventies zijn:

- Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB): De kern van de IRB is mensen te ondersteunen bij het inventariseren en realiseren van hun eigen wensen en doelen op de genoemde maatschappelijke terreinen. Onderdelen van de techniek zijn het scheppen van een band, het kiezen van een focus, het beoordelen bespreken en ontwikkelen van doelvaardigheid, het stellen van een concreet doel, en het inventariseren en verkrijgen van onmisbare vaardigheden en hulpbronnen daarvoor.

- Steunend Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)

Steunend Rehabilitatiegericht Handelen (SRH): SRH (Steunend Relationeel Handelen, voorheen Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen) is een methodiek waarmee je mensen kunt ondersteunen in hun herstel- en ontwikkelingsproces en een omgeving kunt creëren die steunend is. Dat doe je door krachten aan te boren voor herstel van regie en persoonlijke groei, met oog voor iemands kwetsbaarheden en beperkingen. De methodiek heeft zich doorontwikkeld op basis van wetenschappelijke studies naar integrale rehabilitatiebenadering, de presentietheorie, positieve psychologie, sociale inclusie, empowerment, ervaringsdeskundigheid en studies naar herstel. De methodiek bestaat uit een waarde gedreven mensvisie waarin 4 kernhandelingen centraal staan, 'verbinden, verstaan, verzekeren en versterken', en met een methodische cyclus worden vormgegeven.

- Liberman-modules

Liberman-modules: De Liberman modules bieden mensen met een ernstige psychiatrische stoornis de mogelijkheid op een systematische manier vaardigheden voor uiteenlopende levensterreinen te leren. Ze stellen hen in staat hun zelfstandigheid te vergroten. Hierdoor wordt de basis gelegd voor sociale re-integratie. De Liberman modules zijn gericht op het leren van praktische en sociale vaardigheden en behandelen ieder een afgerond onderwerp. Bij de opbouw van de modules is gebruik gemaakt van de expertise uit de gedragstherapie, de leertheorie en de psycho-educatie.

In de databanken [Effectieve Sociale Interventies](#) van Movisie en [Effectieve Jeugdinterventies](#) van het Nederlands jeugdinstituut zijn meer voorbeelden van interventies te vinden. Het [Participatiewiel](#) is een door Movisie ontwikkelde leidraad voor integrale participatiebevordering en kan als hulpmiddel worden toegepast om problemen op het terrein van functioneren en participeren in kaart te brengen.

8.2.1 Aandachtspunten rehabilitatie

- Het is aan te bevelen waar nodig de thema's stigmatisering (zie zorgstandaard [Destigmatisering](#)), uitsluiting en zingeving (zie zorgstandaard [Zingeving](#)) in ogenschouw te nemen en waar nodig te bespreken.
- Het is aan te bevelen om samen te werken met en/of te verwijzen naar ervaringsdeskundigen en lotgenotencontact.
- Het is aan te bevelen om in het belang van de patiënt adequate informatie te verstrekken die voor derden nodig is om gepaste zorg te kunnen verlenen. Dit dient altijd in samenspraak met de patiënt en binnen de wettelijke kaders te gebeuren.

8.3 Re-integratie na uitval op werk

De re-integratie naar werk verloopt vaak moeizaam bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Veel van hen zijn in de ziektewet of arbeidsongeschikt geraakt en bang of terughoudend om weer deel te gaan nemen aan het arbeidsproces. De eventuele druk vanuit het UWV, de werkgever of de maatschappij om betaald werk te verrichten of het aantal arbeidzame uren uit te breiden leidt regelmatig tot een averechts effect. Tegelijkertijd kan hervatting van werk juist bijdragen aan het herstel van het gevoel van eigenwaarde. Werk biedt een dagstructuur en kan ook een bron zijn voor waardevolle contacten en zingeving.

8.3.1 Interventies bij re-integratie na uitval op werk

Het is van belang om de weg naar re-integratie geleidelijk vorm te geven. Vrijwilligerswerk kan daarbij als (tussen)stap dienen om het zelfvertrouwen te verstevigen en positieve ervaringen op te doen.

Een trajectbegeleider of jobcoach kan de patiënt ondersteunen in het re-integratieproces en samen met de patiënt onderzoeken wat deze nodig heeft om stapsgewijs de afstand tot de arbeidsmarkt te overbruggen. (zie zorgstandaard [Arbeid als medicijn](#) en de zorgstandaard [Daginvulling en participatie](#))

Een voorbeeld van een specifieke interventie is Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Individuele Plaatsing en Steun (IPS): Het IPS-traject kent een aantal fasen die elkaar cyclisch op kunnen volgen: intake en assessment (kennismaken en in kaart brengen interesses), acquisitie en plaatsing, coaching en begeleiding op de werkplek en, indien nodig, aanpassen van de werkplek. Mensen worden dus eerst in de gekozen functie geplaatst en daarna gericht getraind in de benodigde werkvaardigheden ('place-then-train'). Ondersteuning vindt plaats zo lang als nodig is. De IPS-trajectbegeleider maakt deel uit van een multidisciplinair ggz-team, waardoor de arbeidsbegeleiding en ggz-hulpverlening beter geïntegreerd worden aangeboden. Daarnaast vindt ondersteuning van de werkgever plaats, onder meer bij juridische en financiële kwesties rond uitkeringen en werk.

. Het uitgangspunt van IPS is dat iedere patiënt die dat wil betaald werk kan gaan doen.

8.3.2 Aandachtspunten

- Het is aan te bevelen re-integratie naar werk te beschouwen als essentiële onderdelen van een volwaardige behandeling in het kader van duurzaam herstel, rehabilitatie en terugvalpreventie.
- Het is aan te bevelen de kloof tussen programma's die meer specifiek gericht zijn op klinisch herstel en programma's die meer specifiek gericht zijn op het sociaal-maatschappelijk herstel (zoals rehabilitatie en re-integratie) te overbruggen en de samenwerking daartussen te verbeteren.

9. Monitoren en evalueren

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

9.1 Inleiding

Elk contactmoment biedt de behandelaar inzicht in de toestand van de patiënt en de voortgang van de behandeling. Tijdens een (tussentijdse) evaluatie wordt beoordeeld of de diagnose, classificatie, indicatie, het zorgplan (inclusief de doelen) en de behandeling nog steeds passend zijn of dat er aanpassingen nodig zijn.

De centrale vragen in deze fase zijn: Wat is er tot nu toe bereikt? Wat is ons gezamenlijke oordeel daarover? Wat moet er nog worden bereikt en hoe gaan we dat aanpakken? Is het tijd om de behandeling af te gaan ronden?

Om dit proces van monitoren en evalueren te ondersteunen, kunnen meetinstrumenten worden gebruikt.

9.2 Evaluatieplan en gesprek

Patiënt, naasten en behandelaar maken samen afspraken om het proces van evaluatie vorm geven. Deze afspraken hebben betrekking op:

- frequentie van het evalueren;

frequentie van het evalueren;: Evaluatie vindt in ieder geval aan het einde van een behandeling en een aantal keren tijdens de behandeling plaats. De patiënt, diens naasten en de professional beslissen samen wat een passende frequentie is voor tussentijdse evaluaties. In situaties waarin bijvoorbeeld sprake is van patiënten met persisterende problematiek of waarin de situatie van de patiënt langere tijd stabiel is, kan evaluatie in een lagere frequentie plaatsvinden. In de beginfase van de behandeling, bij een kortdurende behandeling of als er sprake is van stagnatie of verergering, is het waardevol om in een hogere frequentie te evalueren. Of eerder dan aanvankelijk was afgesproken.

- betrokken personen bij de evaluaties;

betrokken personen bij de evaluaties;: Evalueren kan vanuit 3 perspectieven, namelijk de patiënt, diens naaste en de professional. De Engelse taal kent 3 begrippen voor ziekte of aandoening/beperking, die corresponderen met de perspectieven van deze betrokkenen. 'Illness': de patiënt ervaart lijdensdruk van de aandoening (perspectief patiënt). 'Sickness': men ziet beperkingen in het functioneren van de patiënt (perspectief naasten). En 'disease': de disfuncties worden beschouwd als aspecten van een aandoening (perspectief professional). Het is belangrijk deze verschillende perspectieven te bespreken en te integreren.

- wijze van evalueren, al dan niet met behulp van meetinstrumenten;
- waarover de evaluatie gaat. Bijvoorbeeld thema's zoals de klachten, het functioneren, de werkrelatie of de motivatie.

Tijdens het evaluatiegesprek worden de volgende vragen beantwoord:

- Wat waren onze doelen?
- Hebben we gedaan wat we hebben afgesproken?
- Wat hebben we bereikt?
- Hebben we bereikt wat we hadden verwacht tot op dit moment? Als het anders gaat dan verwacht:
 - Hoe begrijpen we dat?
 - Wat vinden we daarvan?
- En hoe gaan we verder?

De tussentijdse evaluatie(s) en de eindevaluatie kunnen ertoe leiden dat de patiënt, zijn naasten en de professional besluiten tot het:

- continueren van het zorgtraject;
- afsluiten van het zorgtraject;
- herzien van de diagnose of classificatie;
- bijstellen van de doelen en/of werkwijze (bijstelling zorgplan);
- vragen om consultatie of advies (second opinion);
- overdragen van de zorg.

9.3 Evalueren en monitoren bij persoonlijkheidsstoornissen

Het wordt sterk aanbevolen om het monitoren en evalueren te koppelen aan de persoonlijke doelen van de patiënt en de gemaakte afspraken in het zorgplan.

De persoonlijke doelen komen vaak voort uit de klachten en de aard van de (persoonlijkheids)problematiek. Ze kunnen zich richten op symptoomherstel, functioneel herstel, persoonlijk herstel of maatschappelijk herstel. Maar ook het proces van behandeling (patiënttevredenheid) en de kwaliteit van de relatie met de behandelaar zijn relevant om te beoordelen. Overweeg samen welke aspecten in welke onderlinge samenhang worden geëvalueerd. Evaluatie dient altijd gezamenlijk te worden gedaan door de betrokken behandelaars en de patiënt. Indien gewenst en mogelijk kunnen ook naasten worden betrokken.

De frequentie van evalueren is afhankelijk van het doel, de aard, de duur en intensiteit van de behandeling. Bij benadering zal dit voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis over het algemeen eens per 3 tot 6 maanden zijn. Zo kan tijdig worden gesignaleerd of de behandeling niet (meer) tot verbetering leidt of onbedoeld zelfs tot verslechtering. Het is van belang te onderzoeken wat de redenen hiervan kunnen zijn.

- Wordt de behandeling wel uitgevoerd zoals die is bedoeld en in voldoende dosering?
- Hoe verloopt de samenwerking?
- Lukt het de patiënt om de resultaten van de therapie naar het dagelijks leven te generaliseren?
- Zijn er andere belemmerende omgevings- of therapiefactoren?

Als er een verklaring is gevonden, kan de behandeling (op punten) worden bijgesteld.

In geval van stagnatie is het aan te bevelen de behandeling uitsluitend te vervolgen indien patiënt en behandelaar overeenstemming hebben over de reden van stagnatie en de veranderingen die nodig zijn om het behandelproces weer op gang te brengen. Heroverweeg bij stagnerende behandeling of de diagnose nog passend is en of er relevante comorbiditeit of andere therapie-belemmerende factoren zijn. Overleg met een collega kan aangewezen zijn, of eventueel een second opinion bij een afdeling of instelling in de hoog specialistische ggz.

Voor ondersteuning bij het maken van een evaluatieplan kan gebruik gemaakt worden van de [online evaluatieondersteuning](#).

9.4 Meetinstrumenten voor monitoren en evalueren

Bij het kiezen van een meetinstrument zijn de hulpvraag van de patiënt en het doel van de behandeling leidend. Niet alle meetinstrumenten zijn per definitie geschikt voor alle echelons in de zorg, alle patiënten, elk type stoornis, alle zorgprofessionals of alle behandelingsvormen. De behandelaar en patiënt bepalen samen welke indicatoren goed passen bij het beoogde doel in het zorgplan. Deze kunnen zich richten op:

- symptomatisch herstel;
- functioneel herstel, persoonlijk herstel of maatschappelijk herstel;
- verbetering van de kwaliteit van leven;
- realisatie van andere specifieke doelen;
- ervaringen samenhangend met het behandelproces en de relatie met de behandelaar.

9.4.1 Veelgebruikte meetinstrumenten voor monitoren en evalueren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt per leeftijdsgroep.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten. Bij het opstellen van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. Meer instrumenten zijn terug te vinden in de [bibliotheek](#). De behandelaar kan naar eigen inzicht en naar voorkeur van de patiënt gebruik maken van een of meer van deze instrumenten, of van andere passende instrumenten.

Vanaf paragraaf 9.5 volgt toelichting op de hieronder genoemde meetinstrumenten.

Meetinstrumenten gericht op: Persoonlijkheidsproblematiek (specifiek)			
	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)	BPDSI-ado (14-18 jaar)	x	x
General Assessment of Personality Disorders (GAPD83/22)		x	x
Inventory of Interpersonal Problems (IIP)		x	x
Inventory of Personality Organization (IPO-83/16)		x	x
Level of Personality Functioning Scale Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0)		x	x
Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OPV)		x	x
Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118 / SIPP-SF)		x	x

Meetinstrumenten gericht op: Symptomatisch herstel (transdiagnostische klachten)			
In de DSM-5-TR is een zelfrapportagevragenlijst (vanaf p.1123), de DSM-5-transdiagnostische klachtenlijst niveau 1, zelfbeoordelingsversie voor volwassenen opgenomen over algemene psychiatrische symptomen, geschikt voor verschillende leeftijden. Er is een aparte lijst voor kinderen.			
	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
Brief Symptom Inventory (BSI)		x	x
Korte Klachtenlijst (KKL)		x	x
Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)		x	x
Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9)		x	x
Symptom Checklist 90 (SCL-90)		x	x
Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)		x	x

Meetinstrumenten gericht op: Functioneel, persoonlijk of maatschappelijk herstel (of combinatie)			
	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC)		x	x
Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)	HoNOS-CA	HoNOS	HoNOS 65+
WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS-2)		x	x

Meetinstrumenten gericht op: Kwaliteit van leven			
	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
Manchester (verkorte) kwaliteit van leven meting (Mans12/16)		x	x
Mental Health Quality of Life questionnaire (MHQoL)		x	x
Recovery of Quality of Life (ReQoL)		x	x
Kidscreen 27	x		

Meetinstrumenten gericht op: Patiëntervaringen			
	Jongeren	Volwassenen	Ouderen
Consumer Quality Index (CQi)	Vanaf 16 jaar	x	x
Werkalliantievragenlijst (WAV-12)		x	x

9.4.2 Advies voor gebruik vragenlijsten

Bij het kiezen van een meetinstrument zijn de hulpvraag van de patiënt en het doel van de behandeling leidend. Zet echter niet meer instrumenten in dan noodzakelijk om de voortgang van de behandeling te evalueren.

- **Bij persoonlijkheidsgerichte psychotherapie**

Het is bij persoonlijkheidsgerichte psychotherapie belangrijk om instrumenten te gebruiken die veranderingen in de persoonlijkheidsfunctioneren inzichtelijk maken. Vooral bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis duurt het vaak enige tijd voordat dergelijke veranderingen merkbaar zijn en blijvend worden. Daarom is het niet raadzaam om bij een uitblijvende verandering de behandeling als vanzelfsprekend in de eerste maanden te beëindigen. Binnen een behandelperiode van 1 tot 2 jaar dient er echter wel zichtbare vooruitgang te worden geboekt.

Alle in de tabel genoemde stoornisspecifieke instrumenten zijn ontworpen om bepaalde aspecten van persoonlijkheidspathologie te meten. Voor de SIPP-118 is aangetoond dat dit instrument gevoelig is voor veranderingen in het persoonlijkheidsfunctioneren gedurende de behandeling en daarna.

- **Bij korte en klachtgerichte behandelingen**

Bij korte en klachtgerichte behandelingen kan de inzet van veranderingsgevoelige instrumenten gericht op symptomen van (on)welbevinden, zoals de Patient Health Questionnaire (PHQ-9) passend zijn. Bij langer durende behandelingen beveelt de werkgroep aan om een mix van meetinstrumenten te kiezen, niet alleen gericht op symptomen, maar ook op functioneren en kwaliteit van leven. Samen bieden deze instrumenten een beter beeld van de behandelvoortgang.

- **Bij het functioneren op diverse levensgebieden**

In DSM-5-TR wordt de World Health Organization Disability Assessment Schedules (WHODAS) voorgesteld om het functioneren van patiënten op diverse levensgebieden te beoordelen. Voor patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) zijn ook de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) en de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) passende instrumenten.

- **Specifieke persoonlijkheidsstoornissen of specifieke methode**

Ten slotte zijn er instrumenten die veranderingen in de ernst van specifieke persoonlijkheidsstoornissen ('typespecifiek', bijvoorbeeld BPS) of onderliggende veranderingsmechanismen ('methodespecifiek', bijvoorbeeld schemavragenlijst YSQ-S3 en modilijst SMI) meten.

In alle gevallen moeten de beperkingen van evalueren middels zelfinvulvragenlijsten in overweging worden genomen. De resultaten zijn ondersteunend voor het gesprek en niet leidend.

9.5 Specifieke persoonlijkheidsstoornissen vragenlijsten - mate van symptomatisch herstel

In de volgende paragrafen, staan de specifieke persoonlijkheidsstoornissen vragenlijsten op alfabetische volgorde.

9.5.1 Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)

De **Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)** wordt gebruikt om ernst van manifestaties van de borderline persoonlijkheidsstoornis vast te stellen. De BPDSI is een semigestructureerd klinisch interview. Er zijn verschillende versies beschikbaar, voor jongeren van 14 tot en met 18 jaar, voor ouders en voor volwassenen. Het interview moet worden afgenomen door een competente en geschoolde interviewer, dit omdat een klinisch oordeel voor de scoring noodzakelijk is. Gevraagd wordt naar de periode van de afgelopen 3 maanden, waarin gedragingen worden geëxploreerd en in welke frequentie deze aanwezig waren.

9.5.2 General Assessment of Personality Disorders (GAPD)

De [General Assessment of Personality Disorders \(GAPD\)](#) is een vragenlijst waarmee kerncomponenten van persoonlijkheidsdisfunctioneren kunnen worden gemeten. De GAPD bestaat

uit 83 items en heeft 2 hoofdschalen: 'Disfunctioneren van het zelf' en 'Interpersoonlijk disfunctioneren'. De vragenlijst wordt door patiënt zelf ingevuld.

Een verkorte versie van de GAPD met 22 items kent dezelfde 2 hoofdschalen en is in onderzoek.

9.5.3 Inventory of Personality Organization (IPO)

De [Inventory of Personality Organization \(IPO-83-NL\)](#) geeft inzicht in de structurele organisatie van de persoonlijkheid. De vragenlijst bestaat uit 83 stellingen. Deze stellingen vormen 3 hoofdschalen (Identiteitsdiffusie, Primitieve Afweer en Verstoorde Realiteitstoetsing) en 2 aanvullende schalen (overmatige Agressie en het ontbreken van Morele Waarden). De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

In Duitsland is een verkorte versie van de IPO ontwikkeld met 16 items, op basis van deze selectie is nu ook een Nederlandse versie beschikbaar: de IPO-16-NL. Deze genereert een globale ernstmaat voor de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren.

9.5.4 Inventory of Interpersonal Problems (IIP)

Interpersoonlijke problemen zijn de kern van persoonlijkheidsproblematiek. De [Inventory of Interpersonal Problems \(IIP\)](#) brengt deze in kaart. De vragenlijst telt 64 items (en de verkorte versie 32), die zijn verdeeld over 8 schalen. Deze zijn: Dominerend/Controlerend, Wraakzuchtig/Zelfgericht, Koud/Afstandelijk, Sociaal geïnhibeed, Onderworpen Opstellend, Overmatig accommoderend, Zelfopofferend en Opdringerig/Behoeftig. De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

9.5.5 Level of Personality Functioning Scale - Brief Form (LPFS-BF)

De [Level of Personality Functioning Scale - Brief Form \(LPFS-BF\)](#) is een vragenlijst die met 12 vragen het persoonlijkheids-functioneren meet bij volwassenen. De lijst is ontwikkeld door de Viersprong en gebaseerd op het alternatieve model persoonlijkheidsstoornissen (AMPD) uit de DSM-5. De LPFS-BF meet 2 gebieden (Zelf functioneren en Interpersoonlijk functioneren). De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

9.5.6 Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst (OPV)

De [Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst \(OPV\)](#) is bedoeld om inzicht te krijgen in sterke en kwetsbare kenmerken van een persoon. De OPV genereert scores over 9 ontwikkelingsniveaus, 3 adaptieve niveaus (Individuatie, Verbondenheid en Generativiteit/Rijpheid) en 6 disadaptieve ontwikkelingsniveaus (Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Afhankelijkheid, Verzet en Rivaliteit). De OPV kent 108 items. De patiënt vult de vragenlijst zelf in.

9.5.7 Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118)

De [Severity Indices of Personality Problems \(SIPP-118\)](#) richt zich op persoonlijkheidskenmerken die relevant zijn bij alle persoonlijkheidsstoornissen. De vragenlijst bestaat uit 118 stellingen. Er worden 5 schalen onderscheiden: Zelfcontrole, Identiteitsintegratie, Verantwoordelijkheid, Relationale capaciteiten en Sociale concordantie. De stellingen dienen te worden beantwoord met betrekking tot

de afgelopen 3 maanden. De vragenlijst wordt door patiënt zelf ingevuld.

9.5.8 Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF)

De [Severity Indices of Personality Problems-Short Form \(SIPP-SF\)](#) is een verkorte versie van de SIPP-118 en richt zich op persoonlijkheidskenmerken die relevant zijn bij alle persoonlijkheidsstoornissen. De SIPP-SF bestaat uit 60 stellingen.

9.6 Generieke instrumenten - mate van symptomatische herstel

In de DSM-5-TR is een zelfrapportagevragenlijst (de DSM-5-transdiagnostische klachtenlijst niveau 1, zelfbeoordelingsversie voor volwassenen) opgenomen over algemene psychiatrische symptomen, geschikt voor verschillende leeftijden. Er is een aparte lijst voor kinderen.

De overig genoemde generieke instrumenten zijn terug te vinden in de bibliotheek:

- [Brief Symptom Inventory](#) (BSI)
- [Korte Klachtenlijst](#) (KKL)
- [Outcome Questionnaire 45](#) (OQ-45)
- [Patient Health Questionnaire](#) (PHQ-9)
- [Symptom Checklist 90](#) (SCL-90)
- [Symptom Questionnaire-48](#) (SQ-48)

9.7 Generieke instrumenten - mate van functioneel herstel

De genoemde instrumenten over functioneel, persoonlijk of maatschappelijk herstel zijn terug te vinden in de bibliotheek:

- [Individual Recovery Outcomes Counter](#) (I.ROC)
- [Health of the Nation Outcome Scales](#) (HoNOS)
- [WHO Disability Assessment Schedule](#) (WHODAS-2)

9.8 Generieke instrumenten - mate van verandering van kwaliteit van leven

De genoemde instrumenten over kwaliteit van leven zijn terug te vinden in de bibliotheek:

- [Kidscreen 27](#)
- [Manchester \(verkorte\) kwaliteit van leven meting](#) (Mansa12/16)
- [Mental Health Quality of Life questionnaire](#) (MHQoL)
- [Recovery of Quality of Life](#) (ReQoL)

9.9 Generieke instrumenten - patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie

Het genoemde meetinstrument voor patiëntervaringen rondom het behandelproces is terug te vinden

in de bibliotheek:

- [Consumer Quality-index](#) (CQi)
- [Werkalliantievragenlijst](#) (WAV-12)

10. Afsluiten

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

10.1 Begrippen afsluiten en nazorg

In deze fase zijn de centrale vragen: Wat kan je zelf doen? Hoe regelen we benodigde nazorg?

Afsluiten en nazorg zijn begrippen die nadere toelichting verdienen.

- ‘Afsluiten’ gaat om het afronden van een belangrijke fase van het zorgplan. De behandeling wordt afgerond, tenzij er zich een nieuw doel aandient. Het zorgplan verandert hiermee gedurende het herstelproces van de patiënt.
- ‘Nazorg’ betreft hetgeen dat volgt ná een behandeling. Het omvat de zorg die volgt nadat een belangrijk deel van het zorgplan is afgerond. In het aangepaste nazorgplan worden de afspraken met patiënt en naasten opgenomen over het nieuw geformuleerde doel. Bijvoorbeeld het behouden van stabiliteit door in de praktijk toe te passen wat tijdens de behandeling is geleerd. In combinatie met wat daarvoor nodig is en door wie die nazorg zal worden geleverd.

Afsluiten en nazorg gaan dus over het herformuleren van het zorgplan. In dat plan worden aangepaste hulp door andere professionals of meer informele steun opgenomen.

10.2 Overdracht en zorgplan

Als bij het afsluiten van een doorlopen fase van de behandeling een nieuw doel ontstaat, kan dit doel mogelijk buiten de ggz onder begeleiding van professionals uit het sociaal domein, de huisarts/POH of de naaste omgeving worden gerealiseerd. Het kan ook bij een andere behandelaar terechtkomen, zoals in de basis ggz of juist bij een hoogspecialistisch ggz-centrum voor persoonlijkheidsstoornissen voor adolescenten, volwassenen of ouderen.

Een goede overdracht behoort tot de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Deze zorgt desgewenst voor een 'warme overdracht', waar het geactualiseerde zorgplan met nieuwe doelen en afspraken onderdeel van is.

Let bij de overdracht in het bijzonder op de sociaal maatschappelijke aspecten en houd rekening met de mogelijkheid van een onverhoopte terugval.

Sommige patiënten met een persoonlijkheidsstoornis waren door hun complexiteit van problemen voor de behandeling niet in staat een ‘gewoon leven’ op te bouwen. Voor deze patiënten kan nadere sociaal maatschappelijke ondersteuning nodig zijn.

Gedurende de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis krijgen patiënten verschillende

handvatten aangereikt die ze kunnen toepassen in het dagelijks leven. Deze handvatten worden vervolgens in de praktijk gebracht, waarbij ze soms direct effectief blijken te zijn en soms niet. Tijdens de behandeling is er aandacht en ondersteuning voor dit proces, maar daarna is dat ook nodig. Voor mensen die twijfelen of ze zelfstandig verder kunnen, is het zinvol om een voldoende langdurig nazorgtraject met terugvalpreventie te organiseren inclusief de mogelijkheid om de zorg tijdelijk opnieuw op te schalen (episodische of intermitterende behandeling). Voor patiënten in een stabiele fase kan de begeleiding of zorg worden overgedragen aan de basis-ggz of de eigen huisarts.

Maak samen afspraken bij wie de patiënt in welke situatie kan aankloppen. Neem ook de naasten mee bij het maken van dergelijke nazorgafspraken. Afgestemd op hun draagkracht en draaglast kunnen zij ook een ondersteunende rol bieden.

Overgangsmomenten kunnen voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek lastig en kwetsbaar zijn. Er is bijvoorbeeld meer risico op emotionele ontregeling tijdens de overgangsmomenten. Zorg voor een warme overdracht, met heldere afspraken zodat duidelijk is wie er beschikbaar is bij een terugval of bij een stagnatie van het verdere herstelproces.

11. Organiseren van zorg

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de voorwaarden om goede zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te kunnen organiseren. Dit kan op verschillende niveaus.

1. Het niveau van de ggz-organisatie / behandelpraktijk.
2. Het niveau van landelijke ggz beleid.

11.2 Binnen de ggz-organisatie / behandelpraktijk

11.2.1 Inleiding

De zorgaanbieder (vrijgevestigde of instelling) biedt de zorgprofessionals een structuur, een kader waarbinnen ze hun werk naar behoren kunnen verrichten. Deze structuur ondersteunt de professionaliteit, geeft vorm aan netwerken en geeft richting middels afspraken en beleid. De daar werkzame zorgprofessional maakt gebruik van deze structuur om het proces van zorg vorm te geven, waaronder de samenwerking met de patiënt, diens naasten, andere zorgprofessionals en externe zorgverleners.

Er zijn een aantal elementen die bijdragen aan effectieve zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Behandelmodaliteiten dienen binnen het behandelprogramma goed gestructureerd en geïntegreerd te zijn, met heldere behandelingsfasen en doelgerichte benaderingen. Het behandelteam dient te beschikken over voldoende expertise, faciliteiten voor voortdurende scholing en intervisie. Essentieel zijn ook het stimuleren van een positieve therapeutische relatie en werken vanuit een open, nieuwsgierige en niet-veroordelende houding.

Hoe de zorg wordt georganiseerd is onder meer afhankelijk van de aard, ernst en omvang van de problematiek van de patiënten waar de organisatie zich op richt en wordt begrensd door de mogelijkheden die de zorgaanbieder of setting kan bieden. Behandelingen vinden waar mogelijk ambulant plaats, individueel of in een groep. Naarmate de problematiek ernstiger en complexer blijkt, is het meer aangewezen om de behandeling multidisciplinair en in teamverband plaats te laten vinden. Dit kan bij een ggz-instelling, maar ook binnen een professioneel netwerk in de vrijgevestigde praktijk.

Om de zorg goed te kunnen organiseren is het nodig dat de organisatie / praktijk aandacht heeft voor iedere individuele hulpverlener, voor de professionaliteit van alle medewerkers, voor netwerkmogelijkheden en voor een gedegen kwaliteitsbeleid.

11.2.2 Individuele hulpverlener

Bij het organiseren van de zorg is het van belang om aandacht te hebben voor het welzijn van de individuele zorgverlener.

- Zorg daarbij voor een realistische caseload per hulpverlener. Dit stelt hulpverleners in staat om consistent en continu therapeutisch werk te verrichten, met aandacht voor de therapeutische relatie. Daarnaast geeft een realistische caseload ruimte voor supervisie, bijscholing en zelfreflectie, wat belangrijk is voor professionele groei.
- Zorg daarbij voor voldoende ruimte voor informele contactmomenten tussen hulpverleners, zodat er spontaan onderling uitwisseling op gang komt en men van elkaars wel en wee op de hoogte blijft. Hiermee kunnen tevens veel issues worden voorkomen of beslecht. Op informele momenten kunnen ad hoc adviezen worden gegeven of gevraagd zonder dat hier een aparte overlegstructuur voor nodig is. Door een goede balans tussen gestructureerde en ongestructureerde contactmomenten na te streven draagt de organisatie tevens bij aan teamcohesie, draagkracht en werkplezier, kunnen burn-outklachten worden voorkomen en kan ziekteverzuim worden teruggebracht.

11.2.3 Professionaliteit

Iedere hulpverlener die bijdraagt aan de zorg van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis heeft te maken met zijn professionele perspectief. Dit omvat een aantal beroep specifieke belangen, kenmerken, verplichtingen en gedragslijnen. Het is belangrijk dat elke professional in de ggz zijn professionele deskundigheid op gemotiveerde wijze toe kan passen in het voordeel van de patiënt. Hiervoor dient hij voldoende kennis en vaardigheden te hebben en de organisatie zal hem voldoende tijd en ruimte moeten bieden om deze competenties ook actueel en op peil te houden.

- Behandelaren die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dienen daartoe bevoegd en bekwaam

bevoegd en bekwaam: Zij dienen hiervoor specifiek opgeleid te zijn en voldoen aan de kwaliteitseisen van de specialistische beroepsvereniging. Of zij zijn werkzaam binnen een begeleidings/super/intervisiestructuur van voldoende intensiteit om behandelingen adequaat uit te kunnen voeren. Daarnaast zijn er voldoende mogelijkheden voor bij- en nascholing om de benodigde kennis en vaardigheden op peil te houden.

te zijn. Zij dienen hiervoor specifiek opgeleid te zijn en voldoen aan de kwaliteitseisen van de eigen specialistische beroepsvereniging.

- Waar nodig zijn zij werkzaam binnen een begeleidings/super/intervisiestructuur van voldoende intensiteit om behandelingen adequaat uit te kunnen voeren.
- Bij de inzet van een behandelteam bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, nemen alle betrokken professionals regelmatig en frequent deel aan het multidisciplinaire behandeloverleg.
- Alle behandelaren die betrokken zijn bij de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dienen onderdeel te zijn van een leernetwerk.
- Behandelaren dienen actief deel te nemen aan gezamenlijke intervisie/supervisie en de leernetwerken.
- Zorgprofessionals dienen basisvaardigheden te hebben voor een open, betrokken, respectvolle

en niet-veroordelende houding en streven naar gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en diens naasten.

- Het is belangrijk bij een afwijzende houding naar naasten daarover herhaaldelijk in gesprek te gaan en goed uit te leggen wat ondersteunen en informeren van naasten betekent. [Zie werkkartaat patiënt houdt naaste af.](#)

11.2.4 Zorgnetwerk intern

Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is er vaak sprake is van complexe of samengestelde problemen. Het is daarom, onafhankelijk van de behandelsetting, essentieel dat behandelaars deel uitmaken van **een professioneel zorgnetwerk**. Binnen dit netwerk:

- Bestaat de mogelijkheid om crisis tijdig te kunnen signaleren, mede door het opstellen en gebruik van signaleringsplannen, en crisisinterventies uit te kunnen voeren
- Worden behandelingen regelmatig en systematisch geëvalueerd binnen het multidisciplinaire behandeloverleg. Op basis daarvan, en in overleg met de patiënt, wordt het zorgplan aangepast.
- Is de continuïteit van zorg over behandelingen, behandelaars, behandelvisies en organisaties heen georganiseerd, zoals waarneming in geval van afwezigheid.
- Binnen de specialistische ggz of de hoog specialistische ggz is het aan te bevelen om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te behandelen vanuit een multidisciplinaire visie. Vanuit het team of vanuit een professioneel netwerk kan gebruik worden gemaakt van de expertises van de psychiater, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundige/verpleegkundig specialist, vaktherapeuten en/of (familie)ervaringsdeskundige.
- Hebben samenwerkende behandelaars een gemeenschappelijke visie

gemeenschappelijke visie: Behandelaars werken vanuit een overeengekomen doel en de inhoud van de behandeling. Indien de zorg vanuit een grotere organisatie wordt geleverd dienen de raden van bestuur, directies en managers de visie van de behandelaars te delen en dienen ze er zorg voor te dragen dat zij over de middelen beschikken om kwalitatief goede zorg efficiënt uit te voeren.

op het gebied van diagnostiek en behandeling persoonlijkheidsstoornissen.

- Het is aan te bevelen dat in de zorg aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis voldoende deskundigheid op het gebied van systeemdiagnostiek/systeembehandeling beschikbaar is.
- Daarnaast wordt aanbevolen de zorg zo te organiseren dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis toegang hebben tot behandelingen voor comorbide stoornissen, bijvoorbeeld op het gebied van eetstoornissen, verslaving en depressie. Het bieden van een geïntegreerde behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen met een comorbide aandoening kan hierbij van essentieel belang zijn.
- Richt een netwerk in zodat de psychotherapie, farmacotherapie en sociaal maatschappelijke ondersteuning met elkaar kunnen worden gecombineerd. Om dit te realiseren is het belangrijk dat er in het behandelprogramma voldoende expertise in adequate formaties beschikbaar is.

11.2.5 Zorgnetwerk extern

Ten behoeve van het herstel van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zal er geïnvesteerd moeten worden in samenwerking met externe partners die van belang zijn voor continuïteit van zorg en maatschappelijk herstel. Denk hierbij aan samenwerking met jeugd- en opvoedhulp, Verpleeg- en Verzorgingshuizen en de Thuiszorgsector (VVT-sector), klinische geriatrie, het sociaal domein, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, trajectbegeleiding, UWV, politie/wijkagent en overige behandelaars in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Het is belangrijk om te realiseren dat deze externe zorgverleners meestal geen formele ggz-behandelverantwoordelijkheid dragen.

- Het valt te overwegen om de begeleiding van patiënten in een stabiele fase, na afronding van de sggz-behandeling, in het kader van terugvalpreventie of nazorg over te dragen aan de basis ggz, huisarts (POH-ggz).
- Probeer duidelijke netwerkafspraken te maken met organisaties op het gebied van zorg en welzijn, opdat de behandeling en de begeleiding integraal rondom de patiënt geleverd kunnen worden.
- Het is aan te bevelen om de continuïteit van zorg vanuit de forensische naar reguliere geestelijke gezondheidszorg (en vice versa) zodanig te organiseren dat onderlinge samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het leveren van tijdige en passende zorg aan patiënten leidend zijn.

11.2.6 Beleid bij de zorgaanbieder

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben baat bij samenhangende zorg die gericht is op herstel. Herstelgerichte zorg betekent ook dat patiënten aan zelfmanagement werken en dat er aandacht is voor hun sociaal functioneren en maatschappelijke participatie, waarbij ook de omgeving (de naasten) waar mogelijk worden betrokken.

- Bij behandelteams en vrijgevestigden die zorg bieden aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is het aan te bevelen om een beleid te hanteren dat gericht is op het actief betrekken van naasten bij de behandeling. Het betrekken van naasten dient te gebeuren in afstemming met de individuele patiënt. [Zie ook de werkkaart familie en naastenbeleid.](#)
- Het is aan te bevelen om beleid te formuleren waarbinnen continuïteit van zorg gegarandeerd kan worden. Dit vraagt om het onderhouden van contact tijdens het doorverwijsproces en om het kunnen integreren van psychotherapeutische interventies met interventies voor psychosociale problematiek of psychiatrische comorbiditeit. Beleid rondom het afsluiten van een behandel fase (interventie) dient ook gericht te zijn op het bieden van terugvalpreventie en de mogelijkheid om bij een nieuwe acute fase de zorg weer gemakkelijk te kunnen opschalen.
- Het is aan te bevelen om beleid te ontwikkelen om de kennis van alle betrokken behandelaars actueel en op pijl te houden. Hierbij moet ook aandacht zijn voor het (leren) samenwerken en communiceren en voor (psycho)sociale en interculturele aspecten. Als basis daarvoor moeten behandelaars blijven voldoen aan de kwaliteitseisen die de betreffende beroepsgroepen zelf hebben opgesteld.
- Het is aan te bevelen om in een behandeling voldoende aandacht te besteden aan beleid rondom crises. In geval van (verhoogde) crisisgevoeligheid is het aan te bevelen te anticiperen op crisissituaties door het opstellen van signalerings- en/of crisisplannen.

11.2.7 Rol verschillende echelons

Welke rol hebben de verschillende echelons voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis?

Huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk presenteren mensen zich zelden direct met de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis, maar eerder met stemmingsproblemen, angstklachten of andere problemen. De huisarts of POH-ggz overweegt daarbij een persoonlijkheidsstoornis en kan waar nodig doorverwijzen naar de ggz. De huisarts speelt ook een belangrijke rol in de motivatie voor behandeling en biedt soms ondersteuning of nazorg, vooral bij (nieuwe) crisissituaties of na een afgeronde specialistische behandeling.

Basis ggz

De Basis ggz behandelt lichte en matige psychische problemen, maar richt zich meestal niet direct op persoonlijkheidsstoornissen vanwege de complexiteit en benodigde intensiteit van behandeling. Basis ggz kan wel nazorg en terugvalpreventie bieden na een afgeronde specialistische behandeling, mits de patiënt voldoende stabiel is. Duidelijke afspraken over benodigd opschalen van zorg zijn hierbij belangrijk.

Specialistische ggz

Diagnostiek en behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen gebeurt voornamelijk in de specialistische ggz (sggz), bij voorkeur ambulant en met bewezen effectieve interventies, conform de [MDR persoonlijkheidsstoornissen](#). Behandeling wordt individueel afgestemd en bij complexe gevallen multidisciplinair geboden vanuit een brede gedeelde visie. Sommige patiënten kunnen ook effectief worden behandeld door vrijgevestigde specialisten, mits zij deel uitmaken van een professioneel netwerk voor intervisie en consultatie. Goede samenwerking tussen verschillende betrokken hulpverleners is essentieel bij complexe problematiek.

Langdurige zorg

Voor sommige patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is substantieel herstel niet haalbaar, hetgeen langdurige zorg vereist. Deze patiënten, vaak aangeduid als patiënten met Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA), kampen met complexe en langdurige problemen, waaronder comorbide psychische aandoeningen en ernstige beperkingen in het sociaal-maatschappelijk functioneren. Zorg voor deze patiënten vraagt om gecoördineerde, professionele netwerkzorg, met nadruk op brede diagnostiek, gestructureerde behandelplannen, en een positieve steunende therapeutische relatie. Betrokkenheid van familie, vrienden en externe netwerken is cruciaal om hen te ondersteunen in hun functioneren en maatschappelijke participatie.

Hoogspecialistische zorg

De hoogspecialistische ggz biedt consultatie, uitgebreide diagnostiek en second opinions aan patiënten en zorgverleners, vooral bij complexe of vastgelopen behandelingen. Ze behandelen patiënten die onvoldoende kunnen profiteren van specialistische ggz, met intensieve psychotherapeutische programma's in diverse een ambulante, dagklinische of klinische setting.

Meer uitgebreide versie is terug te vinden in [de achtergronddocumenten](#).

11.3 Beleid op landelijk niveau

Landelijk gezien is het nodig dat beschikbare zorg, met voldoende capaciteit, een juiste spreiding kent, zodat in alle delen van Nederland de zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen kan worden gerealiseerd.

In alle delen van het land dient de zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis beschikbaar te zijn. Voor een aantal specifieke en hoogspecialistische vormen van behandeling geldt dat deze niet overal beschikbaar zullen zijn, maar wel gespreid in bovenregionale zorgcentra zodat deze zich op beperkte reisafstand bevinden voor de patiënten die ambulante zorg ontvangen. Ook voor de klinische bovenregionale zorgcentra dient de reistijd haalbaar te zijn. Op deze manier blijft de zorg toegankelijk vanuit alle locaties.

De werkgroep doet geen uitspraken over de totale capaciteit en verdeling van de benodigde zorgcentra. Wel adviseert de werkgroep om een duidelijk landelijk beleid te ontwikkelen en bewaken over de zorg voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, zodat hier op adequate wijze invulling aan kan worden gegeven.

11.3.1 Jongeren en beleid op landelijk niveau

Op het gebied van vroege detectie en preventie is een actieve samenwerking tussen professionals vanuit onderwijs, gemeente en (jeugd)GGZ noodzakelijk. Dit maakt het mogelijk om jongeren met persoonlijkheidsproblemen tijdig in beeld te krijgen, met alertheid te volgen en waar nodig te ondersteunen in hun ontwikkeling.

Jongeren met persoonlijkheidsproblematiek ervaren vaak een hoge drempel om hulp te zoeken, wat kan leiden tot een hogere uitval uit behandelingen vergeleken met volwassenen. Dit kan de motivatie, het vertrouwen en zelfvertrouwen negatief beïnvloeden. Het is cruciaal om zorg te bieden die goed aansluit bij hun behoeften om zo'n neerwaartse spiraal te voorkomen of te doorbreken.

Samenwerking tussen verschillende professionals en instanties, zoals huisartsen, schoolcoördinatoren en jeugdzorg, is essentieel om de ontwikkeling van jongeren te ondersteunen. Laagdrempelige interventies moeten de psychosociale ontwikkeling van jongeren bevorderen en stigmatisering voorkomen.

Het is van groot belang om regionaal goed toegankelijke zorg te organiseren, zeker voor de hoog specialistische zorg. Deze jongeren, die al vroeg in hun leven dreigen vast te lopen vanwege persoonlijkheidsproblemen, dienen zo laagdrempelig mogelijk worden geholpen, zonder lange wachtlijsten, slechte bereikbaarheid, lange reistijden of drempels in inrichting van het zorglandschap op basis van een onderscheid in financiering 18+ / 18-.

11.3.2 Ouderen en beleid op landelijk niveau

Ouderen met persoonlijkheidsstoornissen vragen om een specifieke benadering binnen de gezondheidszorg. Goede samenwerking met de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en de Thuiszorgsector (VVT-sector) en klinische geriatrie is vaak van cruciaal belang.

De ggz heeft meestal een consultatieve rol bij ouderen met zowel persoonlijkheidsstoornissen als ernstige somatische of cognitieve problemen. Het is gewenst om de zorg zo te organiseren dat deze consultatieve rol laagdrempelig kan worden geboden aan zorgnetwerken rondom oudere patiënten.

11.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Deze paragraaf wordt geschreven na het praktijkonderzoek.

11.5 Financiering

Deze paragraaf wordt geschreven na het praktijkonderzoek.

12. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

12.1 Inleiding

Kwaliteitsindicatoren zijn nodig om een indicatie te krijgen van de kwaliteit van zorg, maar zijn geen op zichzelf staand doel. Idealiter sluiten de indicatoren aan bij de dagelijkse praktijk of reeds bestaande registraties. In dit hoofdstuk wordt een aantal indicatoren geformuleerd. Deze indicatoren geven een beeld van de kwaliteit van zorg rondom persoonlijkheidsstoornissen.

Voor evaluatie van kwaliteit van zorg op het niveau van de individuele patiënt kan hoofdstuk [‘monitoren en evalueren’](#) worden geraadpleegd.

12.2 Wat zijn overwegingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren?

De hieronder geformuleerde kwaliteitsindicatoren zijn gericht op patiëntniveau en kunnen worden geëvalueerd door middel van onderzoek op groepsniveau. Hierdoor ontstaat inzicht in de praktijk waardoor leren en verbeteren van de zorg wordt gestimuleerd.

Doel van de zorg is dat de patiënt en zijn naasten verder kunnen met een zinvol en waardevol leven of voor jongeren om dit vorm te geven (uitkomst). Dit doel verschilt van persoon tot persoon. En hangt ook mede af van de sociale omgeving (relaties) waarin de patiënt zich bevindt. De professional wordt ondersteund door een organisatie (structuur) om zijn werk zo goed mogelijk (in samenwerking) te kunnen doen (proces).

Uitkomst Uitkomst van zorg voor de individuele patiënt	Relaties Meenemen van de (sociale) context en de naasten binnen de behandeling
Proces Samenwerking en processen binnen de zorg	Structuur Randvoorwaarden om de zorg goed uit te kunnen voeren.

De [indicatoren zoals geformuleerde in de generieke module diagnostiek](#) zijn ook van toepassing voor zorg rondom mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Hieronder een overzicht van een aantal indicatoren die toepasbaar zijn bij persoonlijkheidsstoornissen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de interne en externe indicatoren. Bij deze laatste schetsen we een toekomstperspectief waarbij leren en verbeteren centraal staan.

12.2.1 Wat zijn de doelen van deze kwaliteitsindicatoren?

Kwaliteitsindicatoren dienen verschillende doelen. In dit hoofdstuk maken we onderscheid tussen enerzijds indicatoren die ondersteunend zijn aan het evalueren van de eigen zorgprocessen van de zorgaanbieders. Anderzijds zijn er indicatoren die ondersteunend zijn om een landelijk beeld te verkrijgen van de zorg rondom patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

12.2.2 Uitkomst

Doel van de zorg is dat patiënten en diens naasten verder kunnen met een zinvol en waardevol leven, of in het geval van jongeren het vormgeven hieraan.

Indicatoren zijn:

- Gemiddelde score op het thema 'uitvoering behandeling'

het thema 'uitvoering behandeling': De schaal bestaat uit de volgende twee vragen: o Was de behandeling naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten? o Bent u tevreden over het resultaat van uw behandeling?

uit de CQi.

- Percentage drop-out

Percentage drop-out: Doel: Vroegtijdig de behandeling verlaten door de patiënt, suggereert dat de behandeling geen succes heeft. Dat laatste hoeft echter niet het geval te zijn. Dit percentage dient jaarlijks te worden geëvalueerd door de aanbieder om hiervan de leren. Drop-out betekent het eenzijdig afbreken van de behandeling door cliënt. Dit percentage moet echter niet te laag zijn (gevaar voor te defensief opnamebeleid) maar tevens niet te hoog zijn (gevaar van onjuiste diagnostiek en indicatiestelling). Ga het gesprek aan over de reden van drop-out: door verhuizing van de patiënt is een heel andere reden als 'therapie slaat niet aan'. Als deze laatste vaak voor komt, zal het indicatieproces moeten worden geëvalueerd.

bij patiënten in zorg voor een persoonlijkheidsstoornis.

12.2.3 Relaties

Goede zorg vindt in principe plaats binnen de triade: tussen patiënt, professional en naasten.

Indicatoren zijn:

- Gemiddelde score op de ervaringsvraag

ervaringsvraag : Heeft u de keuze gehad om uw naasten (bijvoorbeeld familie of vrienden) te betrekken bij de behandeling?

of de mogelijkheid geboden is om naasten te betrekken uit de CQI.

- Aansluitend op de zorgstandaard [Diagnostiek](#): Zijn naasten betrokken bij de diagnostiek? Zo niet, is hier onderbouwd van afgeweken? En waarom?

12.2.4 Proces (gericht op de zorg rondom patiënten met een persoonlijkheidsstoornis)

Bij de zorg rondom patiënten met een persoonlijkheidsstoornis worden veel mensen gezien die al langere tijd in zorg zijn en meerdere zorgtrajecten (al dan niet onder verschillende diagnoses-classificaties) hebben doorlopen. Daarnaast helpt het organisaties om inzicht te krijgen in behandeluur en -intensiteit van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

- Behandeluur en intensiteit

Behandeluur en intensiteit: Behandeluur (als in duur van het zorgtraject) met daarbij contactmomenten met zorgprofessionals per uur.

- %patiënten dat intermitterend behandeld is.
- Waar in het verwijstraject vindt tijdige screening en voldoende diagnostiek naar persoonlijkheidsstoornissen plaats?

12.2.5 Structuur

Voor de structuur formuleert de werkgroep dat behandelaren die patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in zorg hebben, zich dienen te organiseren in een 'leren en verbeteren netwerk'. Waarbij bovenstaande indicatoren onderwerp van gesprek zijn in de vorm van spiegelinformatie.

Deelname aan intervisie, supervisie en/of het volgen van bij- en nascholing dient ook structureel te zijn. (zie ook [organisatie van zorg](#))

13. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 04-03-2025 Beoordelingsdatum 04-03-2025

13.1 Bijlage MDR - Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?

De werkgroep van de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen heeft een hoofdstuk 'organisatie van zorg' geschreven. Deze module tot stand gekomen op basis van consensusvorming in de werkgroep, aangevuld met relevante literatuurreferenties en klinische inzichten. In deze zorgstandaard hebben we de aanbevelingen uit de MDR module 'organisatie van zorg' geïntegreerd in het gelijknamige hoofdstuk.

In deze bijlage wordt de volgende vraag beantwoord: *Welke rol hebben de verschillende echelons in de gezondheidszorg voor wat betreft de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen?*

Deze volgende sub paragrafen zijn zodoende dus letterlijk overgenomen uit de MDR Persoonlijkheidsstoornissen.

13.1.1 “Nulde lijn”/ Lotgenotencontact

De werkgroep is van mening dat lotgenotencontact en het benutten van ervaringsdeskundigheid, bijvoorbeeld bij psycho-educatie, een belangrijke rol kunnen spelen tijdens en/of na de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Franx & Zeldenrust, 2002). Het is daarom raadzaam dat behandelaars in een vroeg stadium de patiënt wijzen op het bestaan en de functie ervan.

13.1.2 Huisartsenpraktijk

In de huisartsenpraktijk presenteren mensen zich zelden met de diagnose “persoonlijkheidsstoornis” als primaire klacht. Vaak zal een persoonlijkheidsstoornis gepaard gaan met bijvoorbeeld stemmings- of angstklachten die de eerste hulpvraag aan de huisarts vormen. Wanneer mensen beperkingen ervaren op verschillende levensgebieden is het aan de huisarts of POH te overwegen of (ook) van een persoonlijkheidsstoornis sprake is. De huisarts of POH zal vervolgens in overleg met de patiënt beslissen of verwijzing naar de GGZ hiervoor wenselijk is. Ook in het motiveren voor behandeling kan de huisarts een belangrijke rol spelen. Een deel van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt langdurig begeleid in de huisartspraktijk, soms met als doelstelling toeleiding naar de (specialistische) GGZ, maar soms ook als ondersteuning omdat de patiënt ervoor kiest om geen veranderingsgerichte behandeling te ondergaan. Daarnaast kan de eerste lijn een belangrijke rol spelen wanneer specialistische behandeling is afgerond, maar er bijvoorbeeld nog restklachten zijn waarvoor ondersteuning geboden is, of zorg nodig is ter preventie van terugval.

Ook mensen die in een acute crisis verkeren, kunnen een beroep doen op de huisarts. Soms is een acute crisis het eerste moment dat een persoonlijkheidsstoornis voor de patiënt en/of mensen in zijn of haar omgeving zichtbaar wordt. De huisarts zal in zo'n geval eerste opvang verzorgen, eventuele somatische factoren in ogenschouw nemen en in overleg met patiënt en naasten een plan maken voor verdere zorg. Zie hiervoor ook de Generieke module [Acute Psychiatrie](#).

13.1.3 Generalistische Basis GGz (bGGz)

De Generalistische Basis GGz biedt behandeling voor lichte en matige psychische problemen. Een primaire behandeling met als focus de persoonlijkheidsstoornis zal in de bGGz doorgaans niet uitvoerbaar zijn, vanwege de benodigde duur en intensiteit en benodigde kwalificaties van de hulpverleners. Wel kan de Basis GGz een rol spelen bij een generalistische nazorg en terugvalpreventie als de specialistische behandeling is afgerond en de patiënt in een relatief stabiele fase is. Het is daarbij van belang dat er duidelijke afspraken over het eventueel weer opschalen van de zorg worden gemaakt.

13.1.4 Specialistische GGz (sGGz)

Diagnostiek en behandeling gericht op persoonlijkheidspathologie, persoonlijkheidsstoornissen en bijkomende psychische stoornissen vindt grotendeels plaats in de sGGz (tweede/derde lijn). Behandeling is bij voorkeur ambulant en maakt zo veel mogelijk gebruik van interventies die bewezen effectief zijn. Steeds zal per individu in goed overleg moeten worden bekeken hoe de behandeling het best kan worden vormgegeven, en welke behandelsetting het meest is aangewezen. Wanneer de problemen ernstiger en meer complex zijn, kan het nodig zijn meerdere zorgverleners bij een behandeling te betrekken. Het ligt dan voor de hand een behandeling uit te voeren in een multidisciplinair teamverband of in een netwerk van ter zake kundige zorgverleners. De afspraken binnen een team of netwerk dienen zo te zijn dat continuïteit van zorg geboden kan worden. Binnen het team of netwerk dient een duidelijke gedeelde visie op de problematiek aanwezig te zijn. Regelmatig onderling overleg en intervisie zijn van groot belang om schadelijke interactiepatronen voor zowel patiënten als behandelaren te voorkomen.

Tegelijk is er een aanzienlijke groep patiënten die goed behandeld kan worden door een vrij gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Daarbij is het van belang tevoren met de patiënt samen goed af te wegen of behandeling in deze setting naar verwachting voldoende zal zijn. Verder is het nodig dat de behandelaar deel uitmaakt van een netwerk en daarin toegang heeft tot regelmatige intervisie en zo nodig consultatie. Afhankelijk van de aard en de ernst van de problematiek, is het soms gewenst om een andere discipline bij de behandeling te betrekken. Goede afstemming tussen verschillende hulpverleners is dan noodzakelijk.

13.1.5 Langdurige zorg

Bij een deel van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis valt volledig herstel niet te verwachten. Zij blijven aangewezen op langdurige behandeling en begeleiding om zich staande te houden. Het gaat hierbij om complexe, langdurige en onregelende problematiek, waarbij doorgaans meerdere comorbide psychiatrische stoornissen aanwezig zijn en ernstige sociaal-maatschappelijke problemen. In de praktijk wordt gesproken van Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). Delespaul (2013)

hanteert als definitie voor EPA:

“Er is sprake van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie), die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie) en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis. De aandoening is niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren) en gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken is geïndiceerd om het behandelplan te realiseren.”

In de praktijk zijn dit mensen met complexe problemen, multimorbiditeit en interactie tussen de verschillende probleemgebieden. Het beloop is vaak onvoorspelbaar en sterk wisselend waardoor een zorgaanbod dat daarop kan inspelen, met de mogelijkheid van outreachende zorg, nodig blijft. Er moet rekening gehouden worden met vaak lastig beïnvloedbare crisisgevoeligheid en een historie van breuken in de behandeling. Tegelijk is het ook voor deze groep belangrijk dat zij geholpen worden om binnen hun mogelijkheden te werken aan herstel en maatschappelijke participatie. Een deel van deze groep kan -soms op een later moment- als nog profiteren van psychotherapeutische behandeling. Bijvoorbeeld een programma als [AMBIT](#) is voor deze doelgroep ontwikkeld en kan hierbij behulpzaam zijn.

Vaak zijn deze patiënten bij FACT-teams in zorg, of bij teams die een vergelijkbare methodiek zoals RACT of ART (zie ook H9 sociaal-psychiatrische interventies) hanteren. Het is dus belangrijk dat ook in teams die zorg bieden aan EPA-patiënten, voldoende deskundigheid aanwezig is over bejegening en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Specifiek voor de behandeling voor deze doelgroep is een set aanbevelingen geformuleerd die daarbij aansluit (Steendam et al., 2013). De belangrijkste zijn:

- Investeer in brede diagnostiek: Evalueer en herzie zo nodig diagnose en classificatie, inventariseer en beschrijf de beperkingen in sociale rollen en breng het sociaal steunsysteem in kaart. Verder is het belangrijk zorgvuldig de behandelvoorgeschiedenis te evalueren om een beeld te krijgen van wat wel en niet geholpen heeft in het verleden. Heb oog voor comorbiditeit en somatiek, stem ook af met de huisarts.
- Besteed expliciet aandacht aan de structuur en grenzen in de behandeling: Hanteer een duidelijk gestructureerd behandelkader, wees trouw aan het vasthouden van afspraken, zorg voor intervisie en supervisie voor zorgverleners om hen hierbij te helpen. Zorg voor samenhang, zorg voor een integratie van de verschillende interventies. Anticipeer op crisis en stel een crisisplan op. Evalueer de voortgang van de behandeling.
- Let op processen in de werkrelatie: probeer een positieve therapeutische werkrelatie op te bouwen, wees daarin authentiek en flexibel. Het is belangrijk alert te zijn op mogelijke breuken in de relatie en deze actief te repareren. Werk doelgericht en waar mogelijk evidence-based, werk samen in het formuleren van doelen, zowel op het gebied van actuele klachten als op het gebied van maatschappelijke participatie. Bevorder daarin de autonomie van de patiënt. Let steeds op motivatie en commitment van patiënt, houd evenwicht tussen valideren en motiveren tot verandering. Bevorder zelfobservatie en zelfreflectie bij de patiënt.
- Heb aandacht voor de context: Betrek naasten bij behandeling: familie en vrienden en betrek het externe netwerk bij de behandeling bv reclassering, sociaal domein.

13.1.6 Hoogspecialistische GGz

De hoogspecialistische GGz heeft een belangrijke rol in het geven van consultatie en advies aan patiënten en zorgverleners. Zij bieden meer uitgebreide diagnostiek en second opinions en kunnen adviseren bij complexe casuïstiek of vastgelopen behandelingen. Indien nodig kan de behandeling overgenomen worden.

In de hoogspecialistische GGz worden mensen behandeld die onvoldoende hebben geprofiteerd (of naar verwachting onvoldoende zullen profiteren) van specialistische GGz, bijvoorbeeld vanwege ernst, complexiteit of comorbiditeit. Hoogspecialistische GGz voor persoonlijkheidsstoornissen bestaat doorgaans uit intensieve psychotherapeutische behandeling in een ambulante, dagklinische of klinische setting. Er is een decision tool ontwikkeld die behulpzaam kan zijn bij het onderscheiden van patiënten voor wie hoogspecialistische zorg overwogen kan worden (Goorden 2015) ([Decision Tools: de juiste zorg op de juiste plaats | Stichting Topklinische GGz \(topggz.nl\)](#)).

13.2 Bijlage MDR - Zijn er aanwijzingen voor een effectieve organisatie van zorg, inclusief samenwerkingsafspraken m.b.t. persoonlijkheidsstoornissen?

De werkgroep van de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen heeft een hoofdstuk 'organisatie van zorg' geschreven. Deze module tot stand gekomen op basis van consensusvorming in de werkgroep, aangevuld met relevante literatuurreferenties en klinische inzichten. In deze zorgstandaard hebben we de aanbevelingen uit de MDR module 'organisatie van zorg' geïntegreerd in het gelijknamige hoofdstuk.

In deze bijlage wordt de volgende vraag beantwoord: *Zijn er aanwijzingen voor een effectieve organisatie van zorg, inclusief samenwerkingsafspraken met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen?*

Deze volgende subparagrafen zijn derhalve letterlijk overgenomen uit de [MDR Persoonlijkheidsstoornissen](#).

13.2.1 Zijn er aanwijzingen voor een effectieve organisatie van zorg, inclusief samenwerkingsafspraken met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen?

Er is in het veld, ook internationaal, sterke consensus over wat belangrijke elementen zijn in goede zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Deze elementen kunnen gezien worden als randvoorwaarden voor effectieve behandelingen (zie o.a. Handboek Persoonlijkheidsstoornissen, Ingenhoven et al., 2018). Teams en zorgverleners die mensen met een persoonlijkheidsstoornis behandelen, moeten daartoe gefaciliteerd worden door hun organisatie. Een behandelprogramma dient goed gestructureerd te zijn en behandeling dient geïntegreerd te worden aangeboden. In een behandeling zijn duidelijke fasen herkenbaar en behandeling is doelgericht. Er moet aandacht zijn voor het goed functioneren van het behandelteam. Er moet in het team voldoende expertise op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen aanwezig zijn, en er dient ruimte te zijn voor scholing en intervisie. Een behandeling dient maximaal gebruik te maken van generiek werkzame behandelelementen. Er is expliciet aandacht nodig voor het bevorderen en bewaken van een goede

therapeutische relatie. Van behandelaren wordt verwacht dat zij van uit een open, nieuwsgierige, niet- veroordelende basishouding werken. (Hutsebaut et al., 2020)

13.2.2 Continuïteit van zorg

Het is van belang dat behandeling wordt uitgevoerd in een goed georganiseerde context. Continuïteit van zorg, duidelijkheid en betrouwbaarheid zijn belangrijk. Voor continuïteit van zorg is nodig dat altijd duidelijk is wie het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en diens naasten, en dat daarin niet te veel wisselingen optreden. Ook wanneer delen van de behandeling door anderen worden uitgevoerd, is het belangrijk dat er een zorgverlener is die het overzicht houdt en bewaakt dat onderdelen van behandeling op elkaar afgestemd worden en blijven. Zorgverleners dienen in een gezamenlijk uitgevoerde behandeling vanuit een zelfde behandelkader te werken.

Wanneer toch een overgang nodig is naar een andere zorgverlener, is een goede overdracht van belang.

Juist omdat mensen met persoonlijkheidsstoornissen extra gevoelig zijn voor onvoorspelbaarheid en afwijzing, is het belangrijk dat alle zorgprofessionals over basisvaardigheden beschikken voor een goede bejegening van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Kernvaardigheden zijn het toepassen van een open, betrokken, niet-veroordelende basishouding, het streven naar samen onderzoeken en begrijpen van de problemen en het zo veel mogelijk samen beslissen.

13.2.3 Netwerkgzorg

Behandeling voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen dient te worden geboden door zorgverleners die ingebed zijn in een zorgnetwerk waar minimaal intercollegiaal overleg en intervisie beschikbaar zijn zodat adequaat gereflecteerd kan worden op processen die in de therapeutische relatie spelen. Indien bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis sprake is van meer complexe, samengestelde problemen geldt onafhankelijk van de setting dat behandelaars deel moeten uitmaken van een netwerk, waarin de volgende elementen beschikbaar zijn: deskundigheid ten aanzien van diagnostiek, psychotherapie, farmacotherapie, systeemtherapie en sociaalpsychiatrische zorg; crisisinterventie, inclusief het opstellen en gebruik van signaleringsplannen; intercollegiale toetsing (intervisie) en een goed functionerend systeem van waarneming in geval van afwezigheid van de eigen behandelaar (*bron: Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen 2107*). Verschillende onderdelen van de behandeling dienen geïntegreerd te worden aangeboden.

Ten behoeve van het herstel zal er bovendien geïnvesteerd moeten worden in samenwerking met externe partners die voor continuïteit en maatschappelijk herstel van belang zijn, zoals: jeugdzorg, maatschappelijke dienstverlening, trajectbegeleiding, UWV, politie/wijkagent, reclassering, sociale wijkteams/ gemeente, en overige behandelaars in de generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz.

Specifiek voor ouderen geldt dat actief moet worden samengewerkt met betrokken zorgverleners vanuit de VVT-sector (verpleeghuis, verzorgingshuis en thuiszorg). Ook is bij ouderen meer aandacht nodig voor somatische comorbiditeit.

13.2.4 Crisis

Onder een crisis wordt verstaan: de noodzaak tot een acute intensivering van zorg om een ernstig onregelende of levensbedreigende situatie af te wenden. Veelal gaat het om symptomen als paniekaanvallen, suïcidale gedragingen, psychotische symptomen, agressiereguleringsproblemen, en dissociatieve klachten. Ook het optreden of een verergering van een comorbide stoornis kan ten grondslag liggen aan een crisis. Hierbij is de eigen coping van de patiënt niet meer toereikend en/of hulp van naasten of anderen uit de omgeving niet meer afdoende. De zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis dient zo ingericht te zijn dat er zowel aandacht is voor de preventie van crisis als voor het adequaat hanteren van een crisissituatie.

In vrijwel alle effectieve methodieken voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen wordt het maken van een crisisplan of signaleringsplan aanbevolen. Een crisisplan besteedt aandacht aan het vroegtijdig herkennen van een (naderende) crisis en bevat adviezen wat te doen ter voorkomen van verergering en afspraken over hoe te handelen in het geval dat er desondanks een crisis ontstaat. Het is belangrijk dat de patiënt zoveel mogelijk zelf het crisisplan opstelt, met ondersteuning van de behandelaar. Het verdient aanbeveling waar mogelijk naasten te betrekken bij afspraken rondom crisis.

Doel van crisisinterventie is iemand te helpen het leven weer in eigen hand te nemen, de symptomen van crisis te doen afnemen, en daarmee meer rust en veiligheid te creëren. Ook het onder controle brengen van een comorbide stoornis kan doel zijn van crisisinterventie. In de Generieke module [Acute Psychiatrie](#) staat een gedetailleerd overzicht van stappen die doorlopen worden bij het inschatten, beoordelen en behandelen van een acute crisis en van interventies die kunnen worden toegepast. Deze interventies kunnen van diverse aard zijn: ondersteunende begeleiding, intensiveren van behandeling, farmacotherapie, of eventueel een korte crisisopname. Het doel van een crisisopname zal doorgaans zijn het bieden van acute veiligheid en het doen afnemen van de crisis waardoor de ambulante behandeling weer voortgezet kan worden. Dat betekent dat duidelijk moet worden afgesproken wat het doel van de opname is en welke duur van de opname wenselijk is. Bij crisisopnames van mensen met een persoonlijkheidsstoornis is het belangrijk een opname duidelijk te positioneren binnen de lopende ambulante behandeling. Uitgangspunt is dat de ambulante behandelaar betrokken blijft.

13.2.5 Jeugdigen

Bovenstaande overwegingen gelden ook voor de zorg aan jeugdigen met een (zich ontwikkelende) persoonlijkheidsstoornis. Specifiek voor de doelgroep van jeugdigen met persoonlijkheidspathologie geldt dat voor hen de drempel naar passende hulp vaak nog hoger lijkt dan voor volwassenen (Wall et al., 2021). In veel studies bij jeugdigen is de uitval uit behandeling hoger dan bij volwassenen. Dat zou kunnen betekenen dat deze programma's minder goed aansluiten bij de noden en behoeften van jonge mensen (Jørgensen et al., 2021). Zo kan binnen een model van stapsgewijze opschaling van zorg, de onvoldoende effectieve eerdere zorg een negatieve invloed hebben op vertrouwen in een volgende behandeling en op het zelfvertrouwen. Het is belangrijk om door het bieden van goed aansluitende zorg te proberen deze negatieve spiraal te doorbreken.

Doordat jeugdigen volop in ontwikkeling zijn en doorgaans problemen ervaren op diverse gebieden in hun ontwikkeling (thuis, school, buurt) zijn zij vaak bekend bij meerdere instanties, zoals huisarts, zorgcoördinator school, wijkteam, wijkagent, jeugdzorg. Samenwerking tussen professionals vanuit diverse kaders en instanties vanuit een gedeelde visie en kader kan de ontwikkeling van deze

jeugdigen erg ondersteunen.

Dit vraagt dat laagdrempelige interventies goed bij de leefwereld van jonge mensen aansluiten, waarbij vraagstukken rond het psychosociaal functioneren van de jongere voorop staan (zorgen over school, baantje, relaties, gezondheid etc.). Daarom is het van belang dat professionals zoals de huisarts, maar ook vertrouwenspersonen op scholen, sportcoaches etc. kunnen meedenken over het bevorderen van de psychosociale ontwikkeling en daarnaast op niet-stigmatiserende wijze een gesprek over kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis kunnen bieden en weten hoe ze snel kunnen verwijzen voor nadere diagnostiek of intensievere behandeling waar nodig.

13.2.6 Ouderen

Er is toenemend aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen (zie bijvoorbeeld Van Alphen, Oude Voshaar, Bouckaert & Videler). Ketenzorg ziet er bij ouderen met een persoonlijkheidsstoornis anders uit dan bij jongere volwassenen. Specifiek zal er bij ouderen frequent samen worden gewerkt met Verpleeg-, Verzorgingshuis en Thuiszorgsector (VVT-sector) en de klinische geriatrie binnen het somatisch ziekenhuis. De GGz heeft daarbij doorgaans een consultatieve functie voor ouderen met een comorbiditeit persoonlijkheidsstoornis. De topklinische GGz heeft op haar beurt weer een consultatieve functie voor de specialistische GGz.

Bij ouderen met zowel een persoonlijkheidsstoornis als ernstige cognitieve en/of somatische problematiek is er niet altijd een reden om te verwijzen naar de (topklinische) GGz maar ligt veelal een consultvraag voor de hand. Voor zowel de huisartsenpraktijk, de klinische geriatrie als de GGz is een screener gevalideerd om ouderen met een persoonlijkheidsstoornis op te sporen. Deze screener kan behulpzaam zijn bij het formuleren van de consultvraag.

Specifiek voor ouderen met een persoonlijkheidsstoornis in de GGz is daarnaast een [Checklist](#) ontwikkeld (zie bijlagen) om te differentiëren tussen specialistische GGz en topklinische GGz-interventies (Laheij-Rooijakker et al., 2020). Naast genoemde tweede- en derdelijns interventies kan ook anderhalvelijnszorg worden geboden in de huisartsenpraktijk

kan ook anderhalvelijnszorg worden geboden in de huisartsenpraktijk: Toevoeging vanuit de NHG bij deze tekst: afhankelijk van regionale beschikbaarheid, anderhalvelijnszorg is niet overal beschikbaar en geen vorm van basiszorg.

13.2.7 Forensische zorg

Ook in de forensische zorg komen veel patiënten voor met een persoonlijkheidsstoornis (DJI, 2012, DJI, 2018). In principe is het streven om zoveel mogelijk de aanbevelingen voor behandeling te volgen zoals elders in deze richtlijn verwoord. Daarbij staat in de forensische zorg de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte zorg centraal. De behandeling is primair gericht op het reduceren van het recidiverisico, door persoonsgerichte herstelzorg te leveren. Behandeling is gebaseerd op de “What Works”-principes, die voortkomen uit het “Risk-Need-Responsivity”(RNR)-model (Andrews &

Bonta, 2010; Andrews et al., 2011). Behandeling is daarbij gericht op individuele risicofactoren die hebben bijgedragen aan het delictgedrag, de persoonlijke behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de patiënt, die volgens het responsiviteitsprincipe stapsgewijs of geïntegreerd worden aangepakt. Wanneer veiligheid en persoonsgerichte zorg in tegenspraak zijn met elkaar, weegt veiligheid voor de patiënt, naasten, hulpverlener en maatschappij zwaarder in de afweging. Als aanvulling op het RNR-model wordt in de forensische praktijk ook veel gebruik gemaakt van het “Good Lives Model”, gebaseerd op de algemene rehabilitatietheorie en zich richtend op positieve factoren en welzijn van de patiënt (Ward & Steward, 2003).

Motiveren van patiënten binnen de forensische zorg heeft een unieke lading, omdat de behandeling lang niet altijd start vanuit eigen initiatief, hulpvraag of motivatie, maar veelal vanuit een strafrechtelijke titel waarbij de rechter een behandeling heeft opgelegd. De setting en de mate van onvrijwilligheid van het in zorg zijn kunnen in de uitvoering bij een aantal behandelvormen beperkingen opleveren. Vaak zullen daarom eerst trajecten nodig zijn gericht op verhogen van motivatie voor behandeling.

Op- en afschalen van de behandeling gebeurt in de forensische zorg afhankelijk van het (risicovol) gedrag en de bevindingen van de behandelaar, bij voorkeur na afstemming in multidisciplinair overleg, en in afstemming met reclassering, toezichthouder en/of wettelijk vertegenwoordiger. Ook bij het toekennen en uitvoeren van vrijheden en verloven en het afschalen van noodzakelijk geacht beveiligingsniveau, is risicomanagement leidend. Binnen de forensische zorg worden besluiten op cruciale momenten nogal eens door de rechterlijke macht genomen, en dus niet door de behandelaar (al dan niet in samenspraak met de patiënt). Dit vraagt nauwe samenwerking, ook met de reguliere GGZ, om de overgang van forensische naar reguliere zorg (en vice versa) zorgvuldig te laten verlopen. Hierbij zou niet het wettelijk kader of verschil in stelsel leidend moeten zijn, maar onderlinge samenwerking bij en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het aanbieden van passende en tijdige zorg aan patiënten.

13.3 Bijlage - Psychotherapeutische interventies bij jongeren

13.3.1 MBT-early

MBT-Early: een kortdurend programma waarmee we vroegtijdig kunnen helpen bij jongeren met borderline problemen

MBT-Early is een kortdurend behandelprogramma voor jongeren van 12 t/m 18 jaar die symptomen van borderline problematiek beginnen te ontwikkelen: stemmingswisselingen, zelfverwonding, negatief zelfbeeld, problemen in contacten met anderen. Met MBT-Early wordt vroegtijdig ingegrepen om te voorkomen dat problemen erger worden en op de lange duur misschien blijvend zijn.

13.3.2 Helping Young People Early (HYPE)

De behandelmethode Helping Young People Early (HYPE) leert jongeren met borderline om negatieve relatiepatronen, gevoelens, gedachten en gedragingen beter te hanteren. Het HYPE behandelprogramma is een geïntegreerd, multidisciplinair behandelmodel voor vroege interventie voor Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS), ontwikkeld binnen het Orygen Youth Health

Research Centrum te Melbourne, Australië.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

13.3.3 Multidimensionele familietherapie (MDFT)

Multidimensionele familietherapie (MDFT) is een systeemtherapie voor jongeren met enkelvoudig of meervoudig probleemgedrag waarvan de centrale elementen delinquentie of stoornissen in alcohol- of druggebruik zijn.

MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere zoals school, werk, vrije tijd en buurt. Het doel van MDFT is ervoor te zorgen dat het probleemgedrag van de jongere stopt of althans afneemt. Bij dreigende uithuisplaatsing is het doel bovendien om de uithuisplaatsing van de jongere te voorkomen.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

13.3.4 Multisysteem Therapie (MST)

Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve gezinsbehandeling in de thuissituatie. MST richt zich op jongeren van 10 tot en met 18 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun opvoeders. Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden. Daarmee wordt gezorgd dat de jongere thuis kan blijven wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

13.3.5 Functionele Familie Therapy (FFT)

Functional Family Therapy (FFT) is een kortdurende gezinsgerichte behandelmethode voor jongeren met gedrags- en emotieregulatieproblemen. FFT is ontwikkeld om de onderlinge sfeer en communicatie te verbeteren en de negatieve en disfunctionele patronen te doorbreken.

[Klik hier](#) voor meer informatie.

13.4 Bijlage - Domeinen en modellen van diagnostiek met bijbehorende veelgebruikte en in Nederland beschikbare vragenlijsten en interviews voor persoonlijkheidspathologie en de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.

De opsomming van domeinen en bijbehorende modellen is niet uitputtend, maar betreft in Nederland veel gebruikte concepten.

Deze tabel is overgenomen uit de [MDR Persoonlijkheidsstoornissen](#).

Domein/model	Vragenlijst/meetinstrument	Interview
Persoonlijkheidsstoornis Categoriale, DSM-model	ADP-IV PDQ-4+ SCID-5-PV VKP-5 ADP-IV ouderen GPS ouderen	IPDE SCID-5-P BPDSI (alleen borderline PS) PCL-R (alleen psychopathie) forensische zorg (SCID-AMPD-module III), nog niet in het Nederlands vertaald
Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 Alternatief model (AMPS)	GAPD LPFS-BF-2.0 LPFS-SR-NL SIPP IPO-16-NL	STiP 5.1 (SCID-AMPD-module III), nog niet in het Nederlands vertaald
Persoonlijkheidsdynamiek Psychodynamische/structurele model	IPO-83-NL NKPV OPV	OP SI (STIPO)
Hechting en mentaliseren Hechtingsmodel	RFQ TAT geïnterpreteerd met SCORS-G	GBI
Persoonlijkheids-trekken Vijf Factoren model	PID-5-NL/BF ouderen DAPP-BQ/SF/A DAPP-SF-A jeugd MMPI-2/RF/A jeugd NEO-PI/FFI-3 ouderen NKPV NPV-2-R/J2 jeugd PPI-R TCI HAP ouderen	(SCID-AMPD-module III), nog niet in het Nederlands vertaald
Schema's en modi Cognitieve model	YSQ, SMI	

Instrumenten bij

specifieke groepen zijn aangeduid met een blauw vlak.

Afkortingen:

Afkorting	Vragenlijst
• ADP-IV • BPDSI • DAPP-BQ/SF-A • GAPD • GBI • GPS • HAP • IPDE • IPO-16-NL • IPO-83-NL • LPFS-BF 2.0 • LPFS-SR-NL • MMPI-2 • MMPI-2-RF • NEO-PI/FFI-3 • NKPV • NPV-2-R • NPV-J-2 • OP • OPV • PDQ-4+ • PCL-R • PID-5/BF-NL • PID-5-IBF-NL • PPI-R • RFQ • SCID-5-PV • SCID-5-AMPD • SCORS-G • SI • SIPP • SMI • STiP 5.1 • STIPO • TAT • TCI • VKP-5 • YSQ • WHODAS	• Assessment DSM Persoonlijkheidsstoornissen • Borderline Personality Disorder Severity Index • Dimensionale Assessment van Persoonlijkheidspathologie - Short Form – Adolescenten • General Assessment of Personality Disorder • Gehechtheids Biografisch Interview • Gerontologische Persoonlijkheidsstoornissen Schaal • Hetero-Anamnestiche Persoonlijkheidsvragenlijst • International Personality Disorder Examination • Inventory of Personality Organization (verkorte vorm) • Inventory of Personality Organization • Level of Personality Functioning Scale-Brief Form • Level of Personality Functioning Scale-Self Report • Minnesota Multiphasic Personality Inventory©-2 • Minnesota Multiphasic Personality Inventory©-2-Restructured Form • NEO-PI-3 Persoonlijkheidsvragenlijst • Nederlandse Klinische Persoonlijkheidsvragenlijst • Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst • Junior Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst 2 • OntwikkelingsProfiel • OntwikkelingsProfiel Vragenlijst • Personality Diagnostic Questionnaire DSM-IV version • Psychopathy Checklist-Revised • DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (verkorte en uitgebreide versie) • DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (Informantenversie) • Vragenlijst voor psychopathische persoonlijkheidstrekken • Reflective Functioning Questionnaire • Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen. Vragenlijst • Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. Users Guide. Module I, II, III • The Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method • Structureel Interview • Severity Indices of Personality Problems • Schema Mode Inventory • Semigestructureerd Interview Persoonlijkheidsfunctioneren 5.1 • Structured Interview of Personality Organization • Thematische Apperceptie Test • Temperament en Karakter Vragenlijst • Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid • Young Schema Questionnaire • WHO Disability Assessment Schedule

14. Opdracht

Autorisatiedatum 05-03-2025 Beoordelingsdatum 05-03-2025

15. Referentielijst

1. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5-TR) American Psychiatric Association 2022
2. Volkert, J. G.-C. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. doi:doi: 10.1192/bjp.2018.202 Winsper, C. B. (2019). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The british Journal of psychiatry*, pp. 216(2), 69-78. doi:10.1192/bjp.2019.166
3. Solmi M, D. E.-P. (2021, september). Risk and Protective Factors for Personality Disorders: An Umbrella Review of Published Meta-Analyses of Case–Control and Cohort Studies. *Frontiers in Psychiatry*. doi:10.3389/fpsy.2021.679379
4. Cailhol L, P. É. (2017, may). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec: A Provincial Cohort Study 2001-2012. *Can J Psychiatry*, pp. 62(5) 336-342. doi:10.1177/0706743717700818
5. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. 2008 Feb;69(2):259-65. doi: 10.4088/jcp.v69n0212. PMID: 18363454.
6. Biederman et al., 2000; Bijl et al., 2002; McLaughlin et al., 2012; Van Santvoort, 2013; Steinhausen, 1995; Westermeyer et al., 2006
7. - Alphen, van S.P.J, (2018). Handboek persoonlijkheidsstoornis bij ouderen, et al (2018) de tijdstroom. Utrecht: De Tijdstroom. - Penders, K. A. P. (2021). Detecting personality disorders in older adults in general practice: The evaluation and validation of the Gerontological Personality Disorders Scale. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20210121kp>
8. Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg <https://www.zorgprestatie.nl/content/uploads/2023/07/20230628-Veldafspraken-2024.pdf>
9. Swift, J. K. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, pp. 74,1924-1937.
10. Zanarini, M. C. (2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: A 16-year study. *Psychiatric Services*, pp. 66, 15–20.
11. Schulkens, J.E.M., van Alphen, S.P.J., & Sobczak, S. (2023). Farmacotherapie bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen. *Psyfar*, 3.
12. De Jongh, A., Hafkemeijer, L., Hofman, S., Slotema, K. & Hornsveld, H. (2024). The AIP model as a theoretical framework for the treatment of personality disorders with EMDR therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 15:1331876. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1331876>
13. Pol, S.M., Rosenboom, R., & Westerhof, G. J. (2025). Een sterk verhaal: Handleiding voor begeleiders. Boom: Amsterdam.
14. Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29, 575–609.
15. - Pol SM, de Jong A, Trompetter H, Bohlmeijer ET, Chakhssi F. Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: a multiple baseline case

series study. Personal Ment Health. 2024 Feb;18(1):69-79. doi: 10.1002/pmh.1597. Epub 2023 Nov 9. PMID: 37942561.