

Zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen Noord-West-Vlaanderen: de ontwikkeling van een netwerk voor de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis

Fanny Dumarey, Hilde Vanderheyden, Karen Debruyne

Inleiding

Gedurende de twee voorbije decennia vond er in de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een grote kentering plaats. Waar eerst machteloosheid van de hulpverlening en onveranderbaarheid van de patiënt centraal stonden, evolueerde dat dankzij het werk van onder meer Linehan en Young naar een hoopvolle blik op verandering en behandel-mogelijkheden. De ontwikkeling van deze theoretische modellen ging hand in hand met effectiviteitsonderzoek dat aantoonde dat de klachten verminderen, het functioneren verbetert en de diagnose persoonlijkheidsstoornis soms niet langer van toepassing is.

Die modellen binnen ambulante en residentiële behandelprogramma's vormgeven is al een uitdaging op zich. Daarnaast is er echter grote nood aan coördinatie van de zorg. Patiënten moeten een beroep kunnen doen op zowel residentiële hulpverlening (onder andere tijdens een crisis) als ambulante zorg (om transfer van verandering en groei naar het dagelijkse leven te bevorderen). Bovendien is er bij deze populatie vaak discontinuïteit in de zorg door gebrek aan therapietrouw, crisisopnames in telkens andere settings en afgebroken contacten met de hulpverlening. Het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Noord-West-Vlaanderen en het Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ) Onze-Lieve-Vrouw Brugge namen in 2010 het initiatief om samen een zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen uit te bouwen binnen de regio Noord-West-Vlaanderen. Het hoofddoel was het vergroten van de continuïteit van behandeling voor die doelgroep. Dit artikel beschrijft de belangrijkste principes en de vormgeving van dat zorgtraject.

Doelstellingen

Het uitgangspunt luidde dat dit zorgtraject dient te steunen op een hoopvolle en empirisch onderbouwde behandelvisie met bijzondere aandacht voor de continuïteit van zorg. Dat resulteerde in de volgende doelstellingen:

- de ontwikkeling van een evidence-based theoretisch model voor diagnostiek en behandeling van de patiënt met een persoonlijkheidsstoornis;

- de ontwikkeling van een uitgebreid behandelaanbod gebaseerd op het ontwikkelde theoretische model;
- de uitbouw van een gedeelde communicatiestructuur tussen beide zorgvoorzieningen.

Concrete uitbouw

De ontwikkeling van een evidence-based theoretisch model

Het theoretische model moet de nodige handvatten bieden voor diagnostiek en behandeling. Hierbij lieten we ons inspireren door de integratieve benadering (Livesley, 2012), die aanraadt om ‘te doen wat werkt’. Bij die zoektocht vonden we handvatten in de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008), in de uitspraken van de Cochrane review over de effectiviteit van behandelingen bij de doelpopulatie (Binks et al., 2006; Stoffers et al., 2012), alsook in materiaal van evidence-based behandelmodellen en het rehabilitatiedenken (Van Audenhove, Carlassara, De Brouwere, & Vijverman, 1996).

Deze literatuurstudie en de gedragstherapeutische traditie bij beide organisaties leidden tot de keuze voor de dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993) en de schemagerichte therapie (ST; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). De effectiviteit van DGT werd in een groot aantal ‘randomised controlled trials’ door verschillende onderzoeksgroepen aangetoond (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006). Waar het onderzoek zich aanvankelijk beperkte tot de subgroep patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, werd dat later uitgebreid naar een borderline persoonlijkheidsstoornis in combinatie met klachten zoals middelenafhankelijkheid, eetstoornis en dergelijke (voor een overzicht zie: Linehan, 2015). Het onderzoek naar ST is beperkter maar veelbelovend. De effectiviteit van ST voor de borderline persoonlijkheidsstoornis bleek zowel bij individuele als bij groepstherapie (Farrel, Shaw, & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006). Daarnaast zijn de eerste bevindingen van onderzoeken naar de effectiviteit van het model bij andere persoonlijkheidsstoornissen en bij forensische patiënten positief (Jacobs & Arntz, 2013).

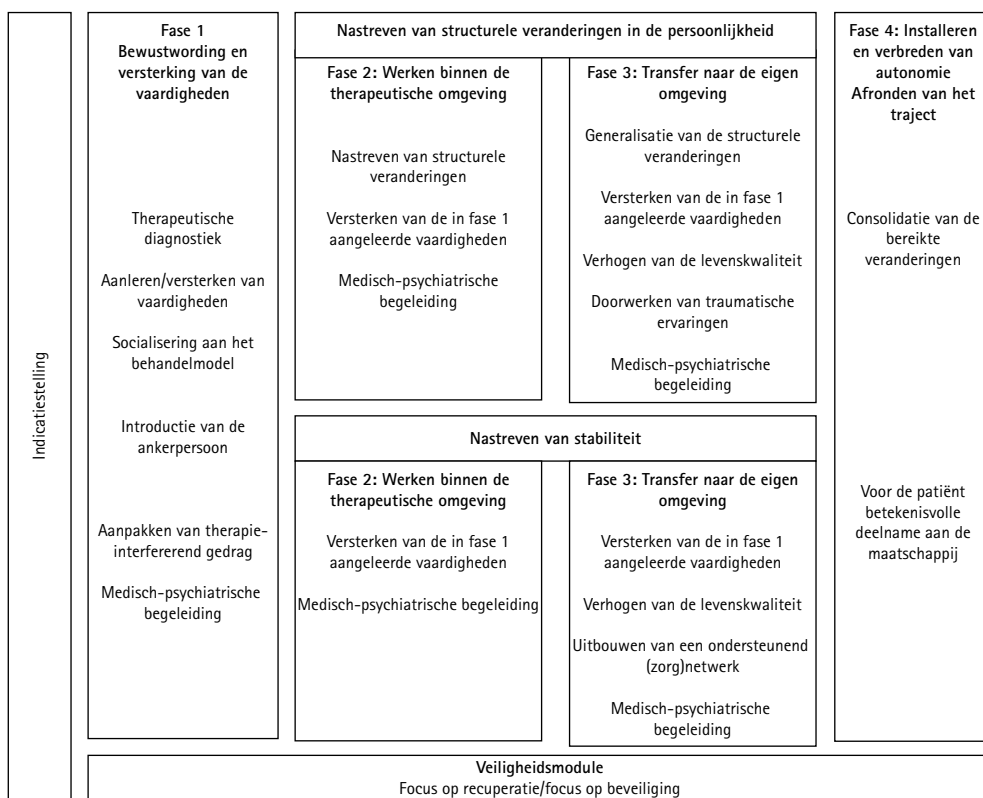
Uit de analyse van DGT en ST blijkt dat er in beide gevallen sprake is van een duidelijk gefaseerde opbouw. Die start met een uitgebreide diagnostische fase, gevolgd door opeenvolgende behandelfasen met duidelijk geformuleerde doelen.

Op basis hiervan ontwikkelden wij een heuristisch model dat schematisch wordt voorgesteld in figuur 1. Er werden bewust geen pijlen tussen de verschillende onderdelen geplaatst. Idealiter volgt de patiënt de opeenvolgende fasen. In de praktijk blijkt echter dat het behandelproces vaak niet lineair verloopt maar dat er eerder sprake is van veranderen, terugvallen, opstaan en doorgaan.

Elk traject start met een indicatiestellingsfase. Daarna volgen drie behandelfasen, telkens met specifieke doelen, gevolgd door de afronding van de behandeling.

Tijdens de indicatiestelling wordt een antwoord geformuleerd op de volgende vragen: is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis zoals die wordt omschreven in DSM-IV/5 en formuleert de patiënt een werkbare hulpvraag die duidelijk samenhangt met de persoonlijkheidsstoornis? Een positief antwoord op beide vragen leidt tot inclusie in het zorgtraject persoon-

lijkheidsstoornissen. Daarnaast wordt tijdens de indicatiestelling bepaald welke fase van het model het beste bij de patiënt aansluit, wat zijn copinggedrag is, hoe hij functioneert op de verschillende levensdomeinen, en er wordt een risicotaxatie gemaakt (suïcidedachten en -plannen, protectieve en risicofactoren). De concrete hulpvraag van de patiënt, de eigen ziekte theorie en de eigen verwachtingen betreffende de behandeling komen eveneens aan bod. Op basis van al die elementen worden de behandeldoelen geformuleerd en worden het meest aangewezen behandel aanbod en de hierbij passende behandelomgeving gekozen. Om die fase uniform te laten verlopen werd een vaste verslagstructuur (met begeleidende handleiding) uitgewerkt die door de medewerkers van beide organisaties wordt gehanteerd. Hierbij wordt niet alleen stilgestaan bij de klachten, het psychologische profiel en het al dan niet beheersen van de nodige vaardigheden (zoals omschreven door Linehan, 1993), maar eveneens bij het functioneren op de verschillende levensdomeinen en in de sociale rollen die worden vervuld.



FIGUUR 1. Schematische voorstelling van het heuristische model. Voorstelling van de indicatiestelling en de verschillende behandel fasen.

In de eerste fase van de behandeling wordt gefocust op:

- het ontwikkelen van een therapeutische relatie;
- de therapeutische diagnostiek volgens het behandelmodel (aanvullend op de categoriale diagnostiek volgens DSM-IV/5);
- het aanleren/versterken van vaardigheden (kernoplettendheids-, crisis-, emotieregulerende en interpersoonlijke vaardigheden);

- socialisatie aan het model: psycho-educatie met betrekking tot diagnose, het behandelmodel leren kennen en hanteren;
- medisch-psychiatrische begeleiding, vaak in functie van een medicamenteuze behandeling van comorbide klachten met als doel symptoomreductie;
- de aanpak van therapie-interfererende factoren; hieronder verstaan we alle gedragingen of externe factoren die ervoor zorgen dat de behandeling onderbroken of ernstig verstoord raakt.

Daarnaast wordt een ankerfiguur geïntroduceerd: een hulpverlener die zowel de taken van therapeut als casemanager met elkaar combineert. Die ankerfiguur is aanwezig gedurende het volledige behandeltraject en wordt zo weinig mogelijk gewisseld.

Vanaf de tweede behandelfase wordt onderscheid gemaakt tussen een veranderingsgericht traject, waarbij wordt gestreefd naar structurele veranderingen in de persoonlijkheid, en een stabiliserend traject. De patiënt kan wisselen tussen beide trajecten.

In fase 2 worden de doelen nagestreefd binnen de therapeutische omgeving, in fase 3 in de natuurlijke omgeving van de patiënt. In de praktijk lukt oefenen in de eigen omgeving vaak niet onmiddellijk – niet het minst omdat het vaak over een zeer devaluerende omgeving gaat. Positieve ervaringen in de therapeutische omgeving vergroten het zelfvertrouwen en maken de patiënt vaardiger om het geleerde in fase 3 toe te passen in de eigen omgeving.

Binnen het veranderingsgericht traject ligt de focus op het verder generaliseren en stimuleren van de toepassing van de in fase 1 aangeleerde vaardigheden, het nastreven van structurele veranderingen in de persoonlijkheid (veranderen van disfunctionele schema's) en de medisch-psychiatrische begeleiding van patiënten.

In fase 2 wordt er gefocust op de verandering van kernovertuigingen, het doorbreken van vermijdings- en ontsnappingsgedrag en het afremmen van gestuwd gedrag. De therapeutische relatie biedt hierbij een belangrijk oefenterrein waar de patiënt oordeelsvrij wordt benaderd, elke verandering wordt bekrachtigd en de behandelaar voortdurend een evenwicht zoekt tussen validatie en confrontatie. Pas wanneer de veranderingen voldoende zijn geïnternaliseerd, wordt de overstap gemaakt naar fase 3. Hier is het doel om de in fase 2 bereikte veranderingen te transfereren naar de eigen omgeving (gezin, relatie, werk, sociaal netwerk); ook wordt gewerkt aan een verhoging van de levenskwaliteit; daarnaast is er in fase 3 de mogelijkheid om eventuele psychotrauma's te doorwerken.

Binnen het stabiliserende traject ligt de nadruk op het versterken en generaliseren van de in fase 1 aangeleerde vaardigheden.

In fase 2 gebeurt dat binnen de therapeutische omgeving. Ook hier vormt de therapeutische relatie met de behandelaar een belangrijk oefenterrein. De therapeutische omgeving is echter vaak breder, met heel wat milieutherapeutische aspecten die het bereiken van die doelen verder ondersteunen. Daarnaast wordt er medisch-psychiatrische begeleiding geboden.

Wanneer de overgang gemaakt wordt naar fase 3, worden die doelen gegeneraliseerd naar de natuurlijke omgeving. Er wordt stilgestaan bij de nood aan en de uitbouw van een ondersteunend (zorg)netwerk en de verhoging van de levenskwaliteit.

In de vierde, tevens afrondingsfase worden de bereikte veranderingen – de aangeleerde vaardigheden en eventueel de structurele veranderingen in de persoonlijkheid – geconsolideerd.

De patiënt heeft die veranderingen tot een deel van zichzelf gemaakt, komt tot een betekenisvolle deelname aan de maatschappij en is klaar om de behandeling af te ronden. Afhankelijk van de behoeften van de patiënt gebeurt verdere ondersteuning via psychiatrische consultatie, eerstelijnsdiensten of een mobiel behandelteam.

Idealiter gaat de patiënt stapsgewijs van fase 1 naar fase 4. De realiteit leert ons echter dat er regelmatig terugval is (als reactie op externe of interne stressoren), waardoor het verloop verschillende lussen kan maken. Bij elke verandering van fase wordt stilgestaan bij de individuele behandeldoelen en -behoeften en wordt een hierop afgestemd behandelvoorstel gedaan.

De ontwikkeling van een aangepast behandel aanbod

Op basis van het theoretische model werd het zorgaanbod in beide voorzieningen geëvalueerd, aangepast en uitgebreid. De samenwerking tussen het CGG Noord-West-Vlaanderen en het PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge zorgde ervoor dat een sterke complementariteit in behandeling kon worden gerealiseerd. Binnen fasen 1 en 2 werd een residentieel, semiresidentieel (dagbehandeling) en ambulante aanbod uitgewerkt. Vanaf fase 3 wordt de nadruk gelegd op werken in de eigen omgeving; dat is de reden waarom hiervoor enkel een semiresidentieel en ambulante behandel aanbod werd ontwikkeld.

Daarnaast werd een specifiek behandel aanbod uitgewerkt onder de naam ‘Veiligheidsmodule’ (zie figuur 1 onderaan). Daardoor ontstaat de mogelijkheid om snel te reageren op uitputtingsklachten of wanneer risicotaxatie op een ernstig verhoogd risico duidt bij patiënten die in ambulante of semiresidentieële begeleiding zijn. Binnen die module kan een patiënt maximaal twee weken residentieel worden begeleid, waarbij de focus op recuperatie en/of beveiliging ligt. Wekelijks vindt een evaluatie plaats van het functioneren, van de klachten en van de doelen. Zo snel mogelijk wordt de voorgaande behandeling hervat. Wanneer dat niet haalbaar blijkt, bijvoorbeeld omdat er van fase gewisseld moet worden, wordt een ander behandel aanbod uitgewerkt dat beter aansluit bij de veranderde behoeften van de patiënt.

Belangrijk is dat er telkens gewerkt wordt met hetzelfde begrippenkader, dezelfde doelen en eenzelfde benadering. Dat vergroot de continuïteit voor de patiënt, die soms wel van behandelomgeving dient te veranderen maar hiervan, wat de inhoud van de behandeling betreft, geen hinder zal ondervinden.

De uitbouw van een gedeelde communicatiestructuur tussen beide zorgvoorzieningen

Alle patiënten die behandeld worden in het zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen, worden begeleid door een multidisciplinair team samengesteld uit behandelverantwoordelijken van de twee organisaties (psychiaters, psychologen). Dat wordt geconcretiseerd in twee teambijeenkomsten die wekelijks plaatsvinden: het indicatiestellingsteam en het behandelteam. Tijdens de bijeenkomsten van het indicatiestellingsteam worden nieuw aangemelde patiënten besproken. Hierbij worden de eerder beschreven vragen beantwoord (zie indicatiestellingsfase) en wordt een behandel aanbod geformuleerd. Dat gebeurt voor elke nieuwe patiënt alsook voor bekende patiënten van wie de behandeling onderbroken werd. Aanmelding kan

plaatsvinden bij het CGG of bij het PZ, maar de bespreking ervan gebeurt altijd in dit team. Het advies wordt vanzelfsprekend besproken met de patiënt en samengevat in een adviesbrief bestemd voor de huisarts en/of verwijzer en/of patiënt.

Tijdens de bijeenkomsten van het behandelteam worden lopende behandelingen geëvalueerd. Hierbij wordt stilgestaan bij het verloop, de behandeldoelen, het voorkomen en hantieren van therapie-interfererend gedrag en de verandering in behandelbehoeften. Veranderingen in de behandeldoelen en het behandel aanbod worden met de patiënt besproken.

Zowel de voorbereidende nota ten behoeve van deze teambijeenkomst als de notulen van de besprekingen worden opgenomen in een vaste en gedeelde verslagstructuur die in de beide organisaties, met hun eigen dossieromgeving, terug te vinden is.

De communicatie naar externe behandelaars wordt verzorgd door de ankerfiguur en/of de behandelend arts. Dat gebeurt via telefonisch overleg, schriftelijke communicatie en/of netwerkoeverleg. Op vaste momenten (indicatiestelling, bij verandering van het behandel aanbod en bij beëindiging van de behandeling) vindt er schriftelijke communicatie plaats naar de huisarts en de verwijzers.

Casusvoorbeelden

Wouter – Focus op stabilisatie

Aanmelding

Wouter wordt aangemeld door de psychiatrische afdeling van een regionaal algemeen ziekenhuis. Hij is er opgenomen na een ernstige suïcidepoging, de derde in een periode van zes maanden.

Indicatiestelling – inclusie

De verwijzers diagnosticeerden een borderline persoonlijkheidsstoornis. Wouter was in het verleden niet gemotiveerd voor behandeling maar daar lijkt nu verandering in te komen.

We besluiten hem op te nemen in het zorgtraject: hij behoort tot de doelgroep en formuleert een hulpvraag op het vlak van persoonlijkheidsfunctioneren. De informatie verzameld tijdens de intakegesprekken laat een geringe beheersing van vaardigheden en de aanwezigheid van alcoholmisbruik als therapie-interfererende factoren zien. Daarnaast is er sprake van sociale problematiek: sinds een recente relatiebreuk heeft hij geen domicilieadres meer en enkele weken geleden verloor hij zijn werk. Op basis van die informatie lijkt Wouter het beste te passen in fase 1.

Omdat de risicotaxatie wijst op een verhoogd risico, hij moeizaam functioneert op de verschillende levensdomeinen en niet beschikt over een steunend sociaal netwerk, wordt een residentieel behandeltraject voorgesteld. Dat voorstel wordt besproken met Wouter, die hiermee instemt.

Behandelverloop

Wouter start zijn behandeling op de opnameafdeling van het PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge, in de pretherapiegroep. Er wordt ingezet op het ontwikkelen van de therapeutische relatie,

de vermindering van het risico door middel van het detecteren van crisissignalen, het aanleren van crisisvaardigheden en het nastreven van alcoholabstinentie. Daarnaast zorgt de sociale dienst voor een overzicht van de stappen die Wouter moet zetten op administratief en sociaal vlak.

We zien dat de hulpvraag bij Wouter groter wordt en in overleg wordt dat vertaald in nieuwe behandeldoelen, waarna hij de overstap maakt naar de afdeling van het PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge. Er wordt gekozen voor een residentieel traject omdat de risicotaxatie nog steeds een sterk fluctuerend beeld oplevert en hij nog geen steunend netwerk noch een woonplaats heeft. Gezien de duidelijke vraag naar het aanleren van vaardigheden wordt hij opgenomen in de Linehangroep. Wouter neemt actief deel aan het programma, waarbij hij stapsgewijs de vooropgestelde vaardigheden verwerft. Er zijn echter verschillende momenten waarbij hij terugvalt in alcoholmisbruik; die situaties worden uitgewerkt in uitgebreide functie- en betekenisanalyses. Ondertussen wordt hij ondersteund door de sociale dienst bij het zoeken van een woning.

Na het doorlopen van twee van de vier modules van de vaardigheidstraining slaagt hij erin om de vaardigheden toe te passen binnen de therapeutische context. Hij is alcoholabstinent en heeft een eigen woning gevonden. De administratieve problemen zijn opgelost. De risicotaxatie is laag.

Wouter bevindt zich nu in fase 2. Hij is tevreden over de bereikte veranderingen en wil graag zijn vaardigheden vergroten. Vanuit die voorkeur wordt gekozen voor een stabiliserend traject. Hij maakt de overgang naar de dagbehandeling, waar hij de derde module van de vaardigheidstraining volgt. Naast het verder verwerven en verbeteren van vaardigheden, en het vasthouden van de alcoholabstinentie, wordt de stap gezet naar fase 3. De professionele oriëntatie wordt een extra doel. Wouter zet vooral in op dit laatste aspect en is regelmatig afwezig bij de vaardigheidstraining. Hij vindt werk bij een lokaal bedrijf. De verdere hulpvraag van Wouter betreft coaching van vaardigheden, ondersteuning ten behoeve van zijn werk en het alleen wonen (fase 4). Hij wordt verder ambulantly gevolgd door een therapeut en een psychiater van het CGG.

Afronding

Hij beëindigt uiteindelijk zijn traject in overleg met de behandelaars. Er is geen volledige alcoholabstinentie – in het weekend zakt hij soms door. Het loopt goed op zijn werk en hij voelt zich voldoende vaardig om met de dagelijkse stressoren om te gaan. Ondertussen is zijn sociale netwerk wat gegroeid door hernieuwde contacten met vrienden en contacten met de collega's.

Martine – Focus op structurele verandering van de persoonlijkheid

Aanmelding

Martine was in het verleden al eens in behandeling bij het zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen. Toen werd vooral ingezet op het verwerven van vaardigheden via een DGT-aanbod. Anderhalf jaar na de afronding van dit traject neemt ze, op advies van de huisarts, opnieuw contact op met het team.

Indicatiestelling – inclusie

Diagnostisch is er sprake van een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, met zowel borderline als ontwijkende kenmerken. Martine past nog altijd bewust de eerder aangeleerde vaardigheden toe maar merkt dat dit haar niet goed lukt in haar werkomgeving. Daar loopt ze zichzelf voorbij door de hoeveelheid taken die ze op zich neemt en slaagt ze er niet in om interpersoonlijke spanningen op een adequate manier te hanteren. Ze weet rationeel wat ze moet doen, maar trapt telkens in de eigen valkuilen: zij wil altijd haar uiterste best doen, het voor iedereen goed doen, enzovoort. Dat alles zorgt ervoor dat Martine emotioneel en fysiek uitgeput raakt.

Op basis van de informatie verzameld in de intakefase delen we Martine, vooral vanwege de forse uitputting, in bij fase 1. Gezien de goede beheersing van vaardigheden gaan we ervan uit dat zij, nadat die klachten verholpen zijn, snel naar fase 2 van een veranderingsgericht traject kan doorstromen. Risicotaxatie levert geen aanwijzingen op voor een verhoogd risico en aangezien Martine beschikt over een voldoende steunend netwerk, wordt gekozen voor ambulante begeleiding.

Behandelverloop

Martine start met een ambulant individueel psychotherapeutisch traject met medisch-psihiatrische begeleiding. De focus ligt in eerste instantie op recuperatie (fase 1). Ze wordt tijdelijk arbeidsongeschikt verklaard, er wordt ingezet op rust en er komt hulp in het huishouden. Nadat de vermoeidheidsklachten voldoende zijn afgenomen, gaat zij, in combinatie met de lopende begeleiding, deelnemen aan de schemagroep, een groepstherapeutisch programma gebaseerd op het werk van Young et al. (2003) (fase 2). Eerst wordt stilgestaan bij de bewustwording en het actief herkennen van de disfunctionele schemamodi in het dagelijks functioneren. Het valt op dat de schemamodi geactiveerd worden in de groepsomgeving, waar Martine zich op een gelijkaardige manier gaat gedragen en positioneren als in haar werkomgeving. Disfunctioneel copinggedrag wordt vervangen door constructieve vaardigheden, die Martine al grotendeels aanleerde in de vorige behandelperiode. Daarnaast wordt via cognitieve herstructurering, creatieve opdrachten en belevingsgericht werk aan de structurele verandering van de persoonlijkheid gewerkt. Zo slaagt Martine erin om binnen de therapeutische omgeving de vooropgestelde veranderingen te bereiken. Het gaat hierbij onder meer om: opkomen voor haar eigen mening, doseren van inspanningen, leren werken met prioriteiten en afstand nemen van interpersoonlijke conflicten waar ze zelf niet bij betrokken is. In overleg wordt beslist tot een geleidelijke werkhervatting, waardoor Martine de kans heeft om dat te combineren met het voortzetten van haar behandeling. Hierdoor is er ook de gelegenheid om haar bewustwording en hantering van disfunctionele schemamodi in de werkomgeving te monitoren. Hiermee maken we een overstap naar fase 3. Ondanks heel wat positieve ervaringen ontstaat na enige tijd opnieuw uitputting, daalt haar stemming en levert risicotaxatie indicaties op voor een verhoogd risico (suïcidedgedachten, geen actieve plannen). Martine maakt gedurende twee weken gebruik van de veiligheidsmodule. Dat geeft haar de kans om uit te rusten, samen met de ankerfiguur een functie- en betekenisanalyse uit te voeren met betrekking tot de terugval, en gecoacht te worden bij het uitvoeren van constructieve vaardigheden. Nadat Martine voldoende gerecupereerd heeft en het suïciderisico gedaald is, wordt het traject hervat.

Haar behandeling evolueert gunstig en het groepsprogramma kan afgerond worden. Zij gaat fulltime werken. De individuele behandeling en medisch-psychiatrische begeleiding lopen verder, waarbij de focus ligt op het consolideren van de bereikte veranderingen (fase 4).

Afronding

Wanneer blijkt dat Martine erin slaagt de bereikte veranderingen vast te houden en de aan geleerde vaardigheden toepast in de eigen omgeving, wordt de frequentie van de contacten gaandeweg afgebouwd. In overleg wordt een terugvalpreventieplan uitgewerkt en wordt de begeleiding afgerond.

Bevindingen na 5 jaar

Het zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen is gestart in februari 2010. Ondertussen hebben we meer dan vijf jaar ervaring opgedaan met meer dan 650 zorgtrajecten.

De eerste kwalitatieve analyses en enquêtes leren ons dat de doelstelling om meer continuïteit van zorg te realiseren, bereikt wordt. De overgang tussen de verschillende behandelsettings verloopt vlot en snel, de nodige informatie volgt de patiënt tijdens het traject, er is continuïteit van behandeldoelen en behandelmodel. Er waren slechts zo'n tien drop-outs bij het switchen van behandelomgeving. Dat wordt zowel door patiënten als hulpverleners als zeer positief beleefd.

Er wachten ons uiteraard nog heel wat uitdagingen.

Er werd de voorbije vijf jaar niets gewijzigd aan het theoretische model. Het is echter wenselijk dat, waar nodig, rekening wordt gehouden met bevindingen uit recent empirisch onderzoek. Zo onderzoeken we momenteel de inclusie van adolescenten (vanaf 16 jaar) in de doelgroep van het zorgtraject. Hierbij worden we geconfronteerd met de tegenstellingen tussen de klinische praktijk en de onderzoekswereld. Uit onderzoek blijkt dat clinici zeer terughoudend zijn bij het stellen van de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten (Laurensen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach, & Luyten, 2013). Daartegenover staat dat wetenschappelijk onderzoek aantoont dat persoonlijkheidsstoornissen wel degelijk voorkomen bij jongeren en dat specifieke behandelingen een zeer positief effect hebben (Hutsebaut, Feenstra, & Luyten, 2013).

Een andere uitdaging bij deze doelgroep ligt in het bevorderen van vroegdetectie in de eerste lijn, een aanpak die onder meer in Australië zeer effectief blijkt (Chanen & McCutcheon, 2013). We sluiten ons dan ook metterdaad aan bij de eerste stappen die de Vlaamse overheid in samenwerking met de CGG's zet in het kader van het project 'Vroegdetectie en interventie bij psychiatrische (voorheen enkel psychotische) stoornissen' (VDIP). Dat project past binnen de suïcidepreventie in Vlaanderen. We namen deel aan de door de Vlaamse overheid gevraagde literatuurstudie over vroegdetectie van de borderline persoonlijkheidsstoornis en zijn momenteel betrokken bij de uitwerking van methodieken voor vroegdetectie in Vlaanderen. Ten slotte dienen initiatieven zoals dit zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen hun plaats te vinden binnen de lopende projecten van zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg. Onze eerste indruk is echter dat de omschrijvingen binnen functie 4 van het Belgische zorgnet-

werk – intensifiëren van de (semi)residentiële gespecialiseerde zorg (<http://www.psy107.be>) – te beperkend zijn om dergelijke voorzieningenoverstijgende initiatieven een plaats te geven.

Literatuur

- Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C.E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1), CD005652.
- Chanen, A.M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *British Journal of Psychiatry*, 202, s24-s29. doi:10.1192/bjp.bp.112.119180
- Farrell, J., Shaw, I., & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized control trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328. doi:10.1016/j.jbtep.2009.01.002
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658. doi:10.1001/archpsyc.63.6.649
- Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., & Luyten, P. (2013). Personality disorders in adolescence: Label or opportunity? *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, 20, 445-451. doi:10.1111/cpsp.12052
- Jacobs, G.A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders – a review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171-185. doi:10.1521/ijct.2013.6.2.171
- Landelijk stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laurensen, E.M., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., Van Busschbach, J.J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorder in adolescents: A study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 3. doi:10.1186/1753-2000-7-3
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Livesley, W.J. (2012). Integrated treatment: A conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 26, 17-42. doi:10.1521/pedi.2012.26.1.17
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan, M. (2006). Mechanism of change in dialectical behaviour therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480. doi:10.1102/jclp.20243
- Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8). doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Van Audenhove, C., Carlassara, V., De Brouwere, J., & Vijverman, J. (1996). *Chronisch psychiatrische patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Nieuwe mogelijkheden?* Leuven: Acco.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Personalia

Fanny Dumarey, psycholoog, gedragstherapeut en coördinator Zorgtraject Persoonlijkheidsstoornissen, werkt als psycholoog in CGG Noord-West-Vlaanderen.

E-mail: fanny.dumarey@cgg.be

Hilde Vanderheyden, psychiater, systeemtherapeut, werkt als psychiater in PZ Onze-Lieve-Vrouw Brugge, Kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen en depressie (Kliniek 4).

Karen De Bruyne, psychiater, systeemtherapeut, EMDR-therapeut, werkt als psychiater in CGG Noord-West-Vlaanderen.



LEKA (Leuvense Eenzaamheidsschaal voor Kinderen en Adolescenten) Eenzaamheid meten bij jongeren in Vlaanderen en Nederland

Luc Goossens

De Leuvense Eenzaamheidsschaal voor Kinderen en Adolescenten (LEKA) is het enige meetinstrument in het Nederlandse taalgebied dat specifiek is ontwikkeld om eenzaamheid te meten bij jongeren (tussen 10 en 19 jaar). Dit zelfrapportage-instrument vormt daardoor een belangrijke aanvulling op bestaande metingen van eenzaamheid die specifiek bedoeld zijn voor gebruik bij volwassenen en bejaarden.

De LEKA meet eenzaamheid in de relatie met de ouders en de leeftijdgenoten alsook de negatieve en positieve houding tegenover alleen zijn. De vragenlijst laat psychologen, orthopedagogen en kinder- en jeugdpsychiaters toe om sociale en emotionele problemen en met name eenzaamheid vast te stellen bij jongeren.

In de handleiding beschrijven de auteurs uitgebreid de uitgangspunten en theoretische achtergrond van het instrument. Ze lichten de verschillende stappen in de constructie van de vragenlijst toe. De handleiding bevat ook duidelijke instructies voor afname en scoring en een set van normtabellen die gebaseerd zijn op 10.000 kinderen en adolescenten uit Vlaanderen en 800 kinderen en adolescenten uit Nederland. De betrouwbaarheid, factorstructuur en correlaties met verwante en niet-verwante instrumenten werden uitgebreid onderzocht in een hele reeks van studies over een lange periode (1993 tot 2012). Uit dat onderzoek blijkt dat de LEKA een zeer degelijke meting is van eenzaamheid bij jongeren.

LUC GOOSSENS is gewoon hoogleraar in de ontwikkelingspsychologie aan de KU Leuven (België). Hij bestudeert de ontwikkeling van sociale relaties en emoties bij adolescenten, met bijzondere aandacht voor eenzaamheid. Over dit thema doet hij al 25 jaar lang onderzoek, aansluitend bij het werk van zijn promotor en mentor Alfons Marcoen.

ISBN 978 94 6292 556 4 // 128 blz. // € 60,00 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op www.uitgeverijacco.be of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco
E-mail: bestelling@acco.be

acco
MAAKT KENNIS MET U

Voor Nederland: Acco Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl