Van persoonlijkheidsstoornissen naar persoonlijke kwaliteiten

Werken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen (PS)

Verdiepende workshop BG-dagen 2026

Wie zijn wij? (disclosure-dia)

Nina Silvester

- Psychiater, psychoanalytisch psychotherapeut i.o., groepstherapeut, tutor AIOS
- Mentrum / NPI / Spoedeisende Psychiatrie, Arkin Amsterdam
- Geen commerciële belangen

Thijs van ‘t Hullenaar

- Verzekeringsarts UWV, werkzaam als sociaalmedicus in de WIA en de ZW sinds ‘16.
- Lid van commissie Ethiek van de NVVG, organiseert hij het congres ‘Verzekeringsarts van de Toekomst’ en
  Lid van de expertgroep werk en PS bij het Kenniscentrum PS
- Geen commerciële belangen

Peter Coffeng

- Bedrijfsarts en praktijkopleider tot ‘26 bij Richting, hiervoor bij Rienks, Arbo Unie en de GGD Daarnaast vanaf ’95, 5 jaar bij TNO Arbeid opleider/docent, en nu nog bij de NSPOH (Edufit)
- Bestuurslid NVAB, en tot ‘26 lid van diverse commissies: Onderwijs & Wetenschap, autorisatie richtlijnen, kennisagenda, Landelijk OpleidingsPlan (LOP) bedrijfsarts, CNN, Nu nog Kom-bestuurslid en lid expertgroep werk en PS bij het Kennis centrum
- Geen commerciële belangen

Aanleiding :

Deelname Expertgroep Werk en PS

[Expertnetwerken - Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen]

[bar-project.nl]

Programma van workshop: Van PS naar persoonlijke kwaliteiten

- Opening om 13.45 uur
- Kennismaking, aanleiding en woordenwolk
- Inleiding door Nina Silvester over **PS en rol van werk** en Peter Coffeng aanleiding workshop en inschatten belastbaarheid & re-integratiemogelijkheden middels het **BAR-instrument 3.0** (ca 30 minuten)
- Casuïstiek aan de hand van ca. 2 casussen in 6 subgroepen (ca. 60 min, excl. korte pauze om drinken te halen)
- Plenaire terugkoppeling aan de hand van flappen (ca. 30 min)
- Take home message en korte evaluatie
- Afsluiting om ca. 16.00 uur

Yellenge-App

Woordenwolk:

Vraag 1:

“Benoem in één of enkele woorden jouw associaties bij persoonlijkheidsstoornissen en werk”

Monique

Van PS naar persoonlijke kwaliteiten?

- Iedereen heeft een persoonlijkheid

  Overdracht en tegenoverdracht

- Wat werkt in de Behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen?
- Mensen met PHS hebben talenten

  Bij vertrouwen en veiligheid komen die kanten eerder aan het licht

- Het belang van een gedeeld verhaal in een zoektocht naar passend werk

Persoonlijkheidsstoornissen

2.1.2 Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (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).

Persoonlijkheidsstoornissen

Criteria

Identiteit (zelfbeeld)

Zelfsturing (het behalen van persoonlijke doelen)

Verbondenheid en intimiteit (intermenselijke relaties)

Prevalentie persoonlijkheidsstoornissen

- Algemene bevolking: 10%
- Borderline persoonlijkheidsstoornis 1%
- EPA-populatie 40-50%

Comorbiditeit

- Psychiatrische diagnosen
- Verslaving
- Somatiek

DSM5

Cluster A

- Paranoïde
- Schizoide
- Schizotypisch

Cluster B

- Borderline
- Antisociaal
- Narcistisch
- Histrionisch

Cluster C

- Vermijdend
- Afhankelijk
- Dwangmatig

Yellenge-App

Vraag 2: Welk cluster zie je vooral bij persoonlijkheidsstoornissen tijdens jouw spreekuren?

Antwoorden:

A: Ik zie vooral cluster A (Paranoïde, Schizoïde, Schizotypisch).

B: Ik zie vooral cluster B (Borderline, Antisociaal, Narcistisch).

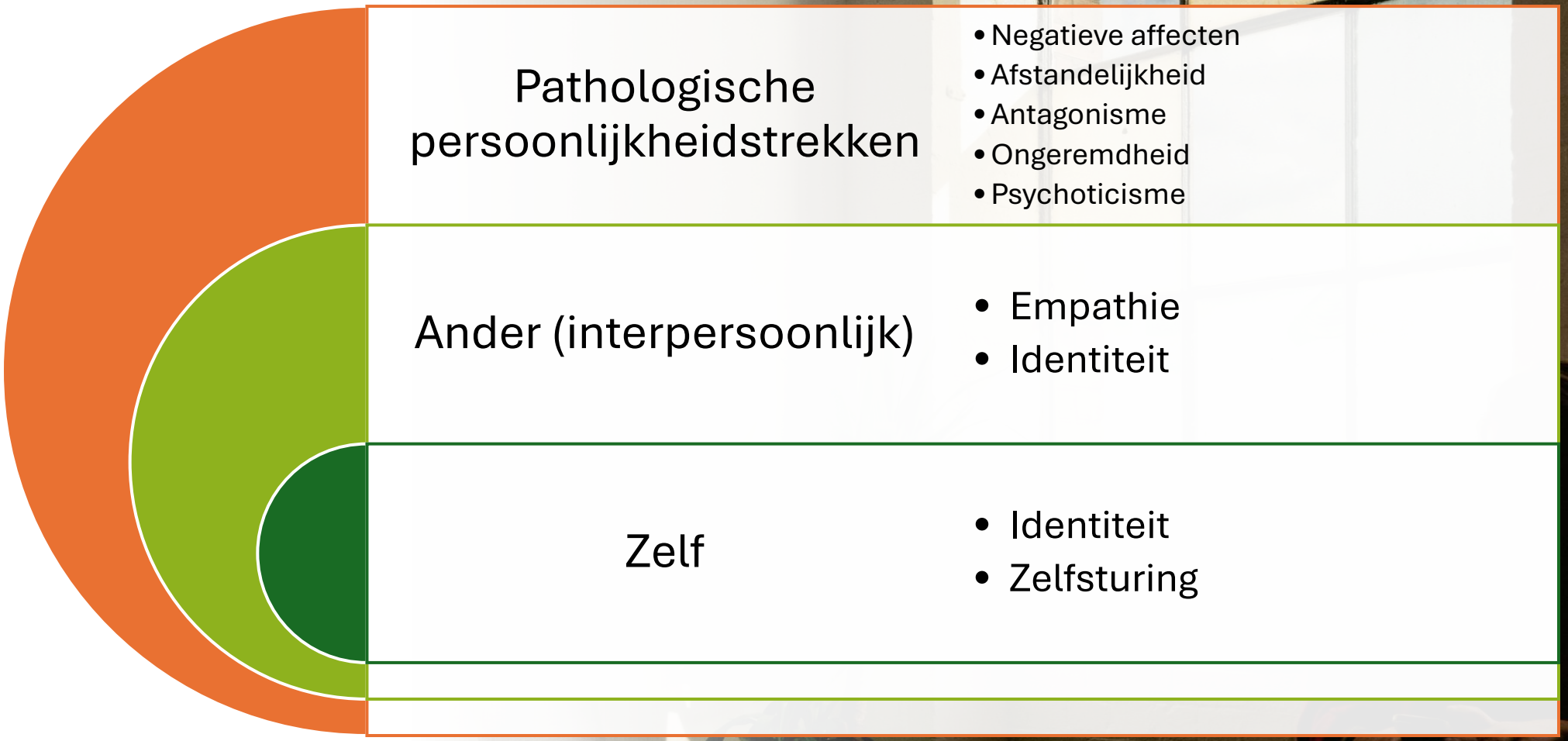
C: Ik zie vooral cluster C (Vermijdend, Afhankelijk, Dwangmatig).

D: Ik zie vooral Persoonlijkheidsstoornissen NAO (Niet Anders Omschreven).

E: Ik zie geen persoonlijkheidsstoornissen tijdens mijn spreekuur.

Alternatief model Persoonlijkheidsstoornissen

Nu al opgenomen in DSM5, in de toekomst de norm



Risicofactoren persoonlijkheidsproblematiek

Mentaliseren

Je eigen gedrag en het gedrag van anderen begrijpen vanuit onderliggende gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens (mentale toestanden).

Intentioneel */ het heeft betekenis*

Spiegelen door de ouders

- Gemarkeerd → het gevoel *is van het kind*
- Congruent → het *juiste gevoel* wordt gespiegeld
- Contingent → Het kind leert dat acties / gevoelens *gevolgen* hebben

Still Face Experiment Dr Edward Tronick (youtube.com)

Epistemisch Vertrouwen

Epistemiologie = kennisleer

Epistemisch vertrouwen → vertrouwen dat datgene wat je leert te vertrouwen is

→omdat *van wie* je leert te vertrouwen is

Childhood trauma = risicofactor

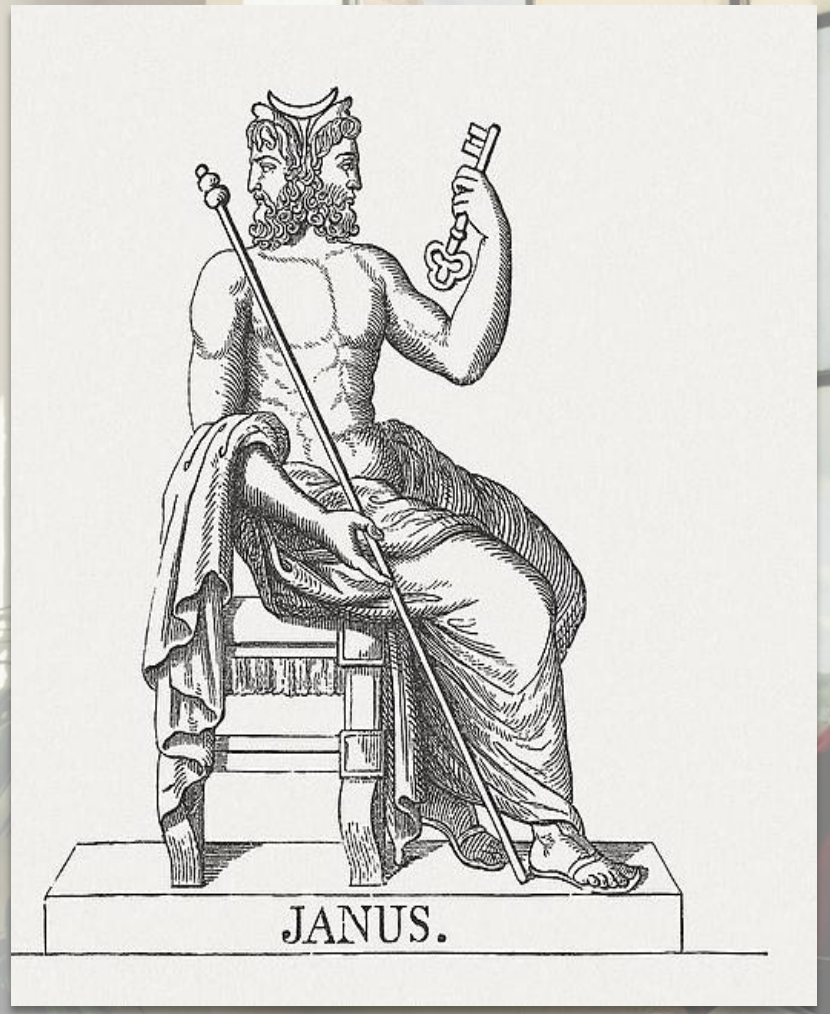
Childhood Trauma and the Brain | UK Trauma Council (youtube.com)

Disclaimer: niet iedereen met vroegkinderlijk trauma ontwikkelt PHS!
Andersom: PHS ook mogelijk na (ogenschijnlijk) veilige jeugd: matching

Gevolgen

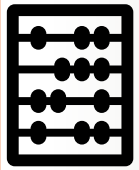
Gevoelens zijn verwarrend en overspoelend

Laag epistemisch vertrouwen



Waar leidt dit toe?

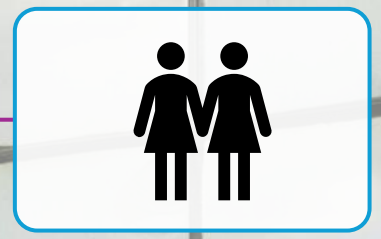
Emotieregulatie

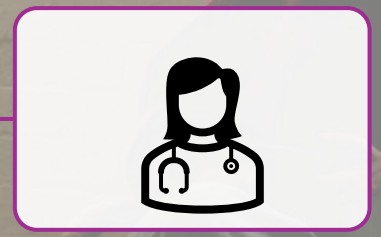
- Internaliserend 
- Externaliserend

Weinig vertrouwen

- Internaliserend
- Externaliserend

Problemen





Wat werkt bij mensen met PS?

Structureren zorgtraject en omgeving

Focus op

- Motivatie
- Emotieregulatie / crisis hanteren
- Conflicten hanteren
- Relaties
- Beter leren begrijpen van de ander
- Reflectie
- Contextregulatie

Competente behandelaars / gepaste **basishouding** *(zonder al te veel iatrogene schade)*

Faciliteren artsen / zorgverleners

Intervisie

Supervisie

Overleg / overdracht

Kader gebaseerd op common factors

Common factors

Effect size (verschil tussen groepen met en zonder)
0,2 = klein effect, 0,5 is medium effect, 0,8 is groot effect

Common factor	Betekenis	Empirische evidentie
Alliantie / Therapeutische relatie	Kwaliteit van samenwerking en van persoonlijke, emotionele band	d=.58
Echte relatie	Persoonlijke relatie tussen therapeut en cliënt, gekenmerkt door de mate waarin elk van beiden oprecht is met de ander en de ander ervaart en waarneemt zoals die is	d=.80
Positieve benadering	Warme aanvaarding en positieve benadering van alle facetten van de belevingswereld van de cliënt; benadering van de cliënt als evenwaardig	g=.28
Overeenstemming over doelen en taken/ Samenwerking	Proces van komen tot overeenstemming over wat de doelen zijn van behandeling en wat er voor nodig is om die te bereiken (taken)	d=.49 (overeenstemming); d=.61 (samenwerking)
Herstellen van breuken	Inzetten van strategieën om na een tijdelijke verslechtering opnieuw tot een goede therapeutische relatie te komen (consensus over taken en doelen en affectief goede band)	d=.62
Uitdrukken van emoties	Helpen van cliënten om emoties uit te drukken (i.p.v. ze te vermijden)	
Uitdrukken van emoties door behandelaar	Openheid geven over eigen gevoelens door de behandelaar, bijvoorb… de cliënt op de behandelaar heeft	
Empathie	Aanvoelen, begrijpen en onder woorden brengen wat de cliënt zou kunnen vo…	d…3

Dit werkt voor iedereen!

Bron: Hutsebaut et al, … Psychiatr. 2022;64(1):18-24

Therapeutische principes: *Structuur en voorspelbaarheid*

Consistente houding

- Positief / empathisch / nieuwsgierig / transparant
- Voorspelbaarheid
- Opbouwen epistemisch vertrouwen
- Structureren behandeling

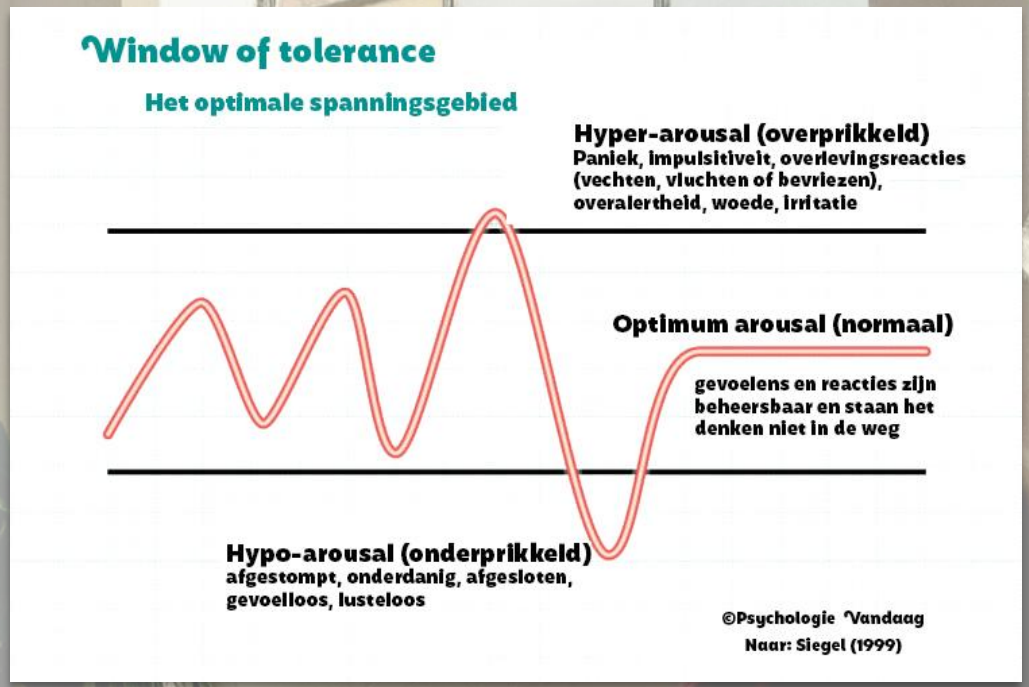
    Therapeutisch milieu

    Afspraken nakomen

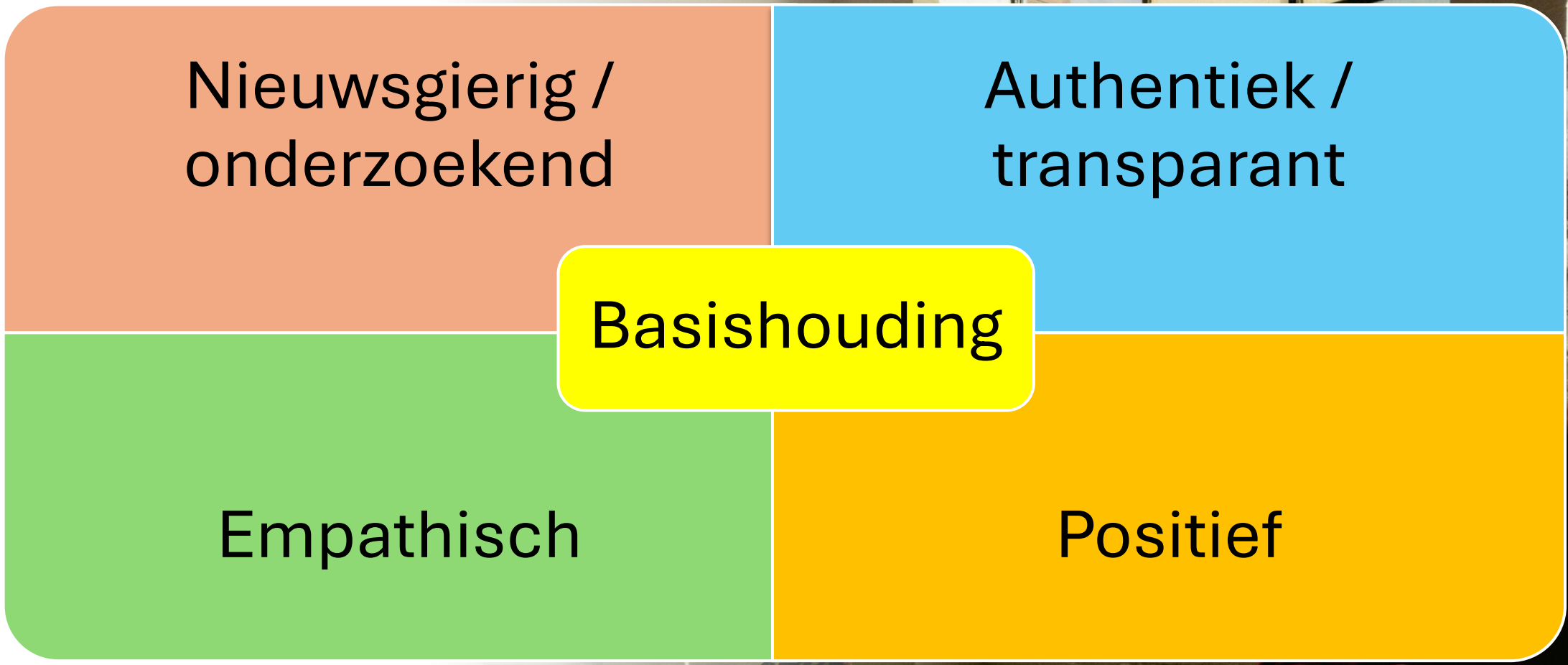
    Consistente houding als team

    Regelmatig evalueren

Spanning hanteren



Therapeutische principes: *basishouding*



Prognose persoonlijkheidsstoornissen

Behandeling voor PS is effectief

TAU vs psychotherapie voor BPD	Effect size
Reductie ernst symptomen	SMD -0.52, 95% BI −0.70 - 0.33)
Reductie zelfbeschadigend gedrag	SMD −0.32, 95% BI −0.49 to −0.14
Reductie suïcidepogingen	SMD −0.34, 95% BI −0.57 to −0.11
Verbetering sociaal functioneren	SMD −0.45, 95% BI −0.68 to −0.22

Belang van herstelgerichte interventies

- zonder werk / dagbesteding → minder goed effect van behandeling
- extrapoleren van therapie in leven
- In therapie iets te bespreken hebben
- Compenseren vs decompenseren

Bron: Cochrane review, Storebro et al, 2020
Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, Trimbos instituut, 2022

Wat werkt voor mensen met PS?

- *Elk contact is een kans om iemand verder te helpen*
- Helder, duidelijk, transparant, structuur
- Hanteren spanning / stressvolle situatie
- Algemeen werkzame factoren
  - Empathie
  - Samenwerking / therapeutische relatie
  - Herstel van contactbreuken
- Basishouding

- Perspectief arts / onderzoeker:
  - Omgaan met tegenoverdracht, stress, structuur
  - Overleg met collega's / behandelaren

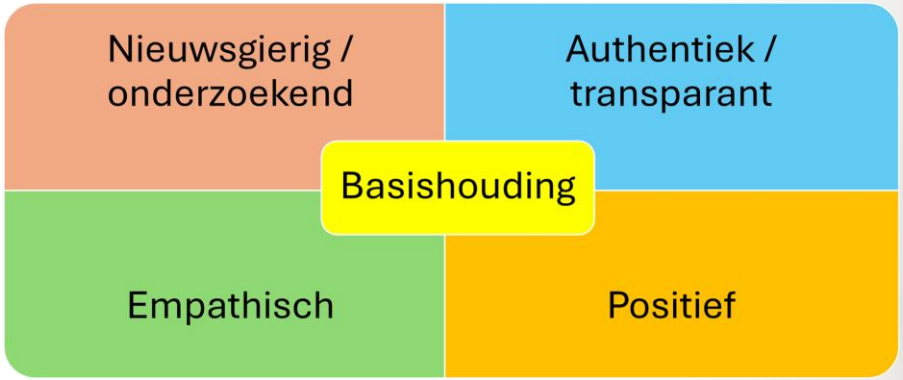
kenniscentrum
persoonlijkheidsstoornissen

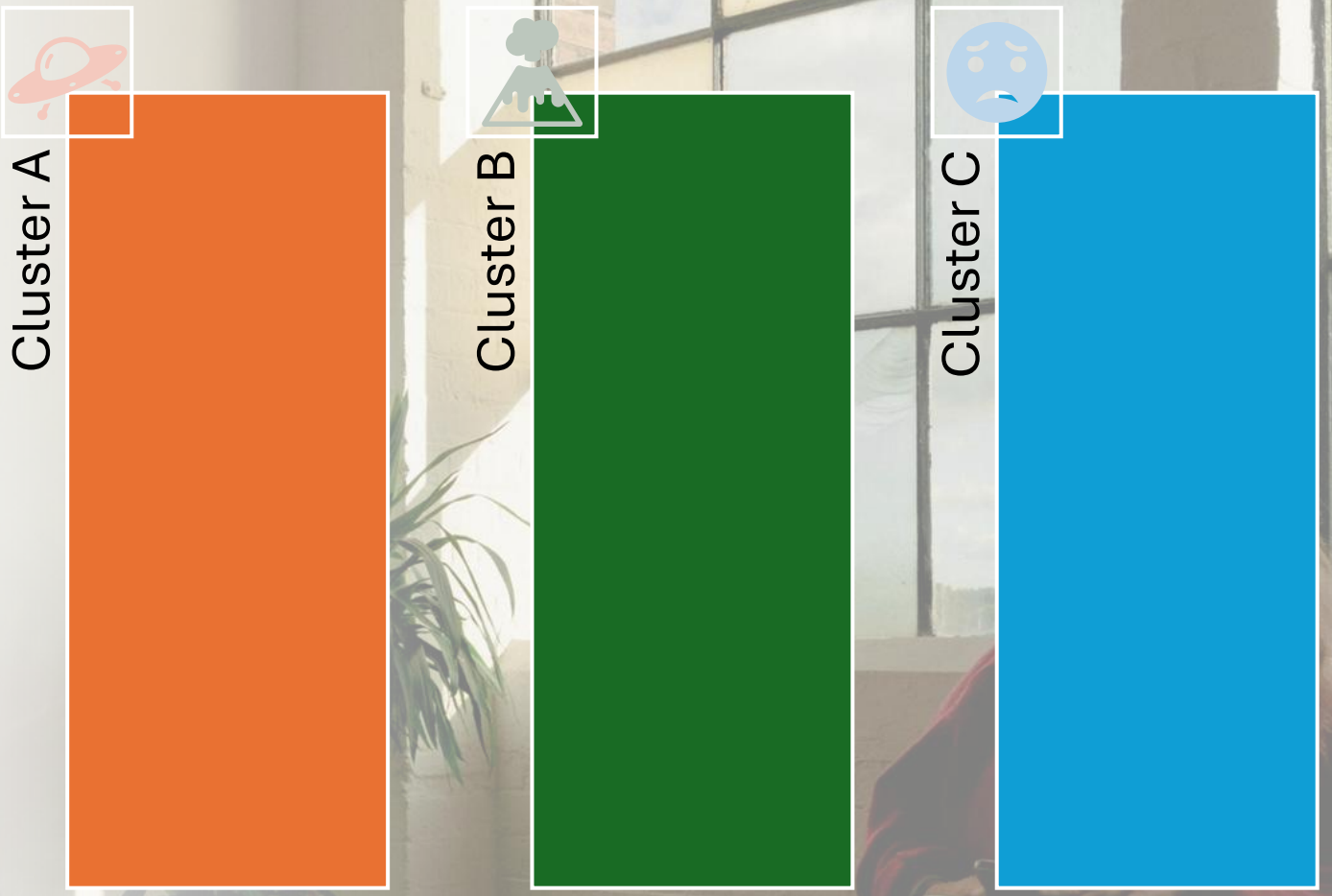
Factsheet *Werk en Persoonlijkheidsproblematiek* (2019)

***Aanbevelingen voor bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen*, Multidisciplinaire Netwerk 'Werk en PS', 2023**

Van PS naar kwaliteit

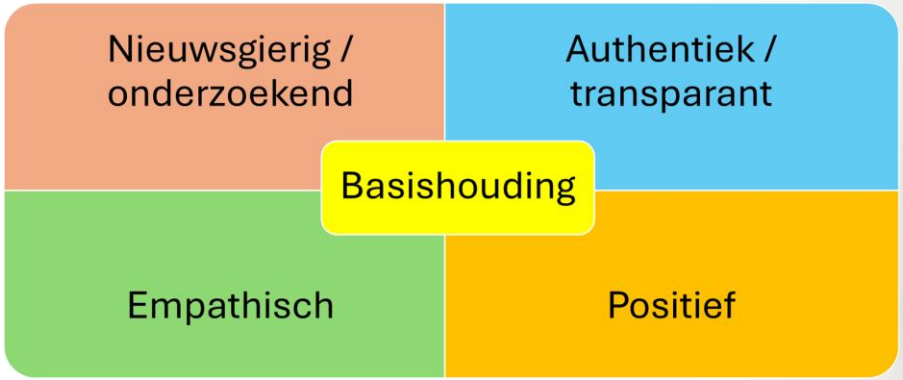
- Samen talent ontdekken
- Samen ontdekken wat werkt
- Wat daarvoor nodig is





Van PS naar kwaliteit

- Samen talent ontdekken
- Samen ontdekken wat werkt
- Wat daarvoor nodig is



Cluster A

- Creatief
- Goede focus
- Oog voor misstanden

Cluster B

- Sensitief voor sfeer
- Sociale voelsprieten
- Creatief
- ‘niet pluis gevoel’

Cluster C

- Precies
- Harde werkers
- Oog voor detail
- Zorgzaam

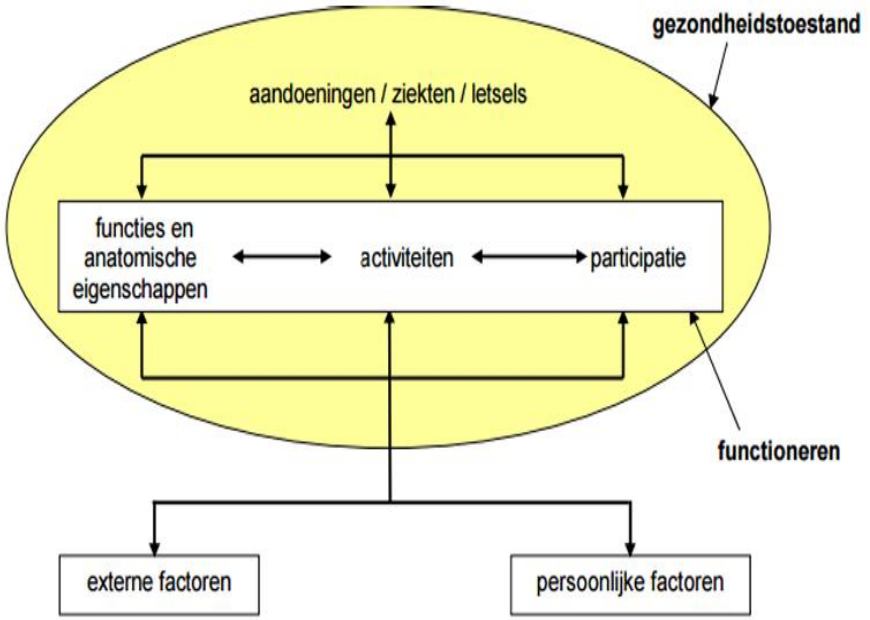
Vervolg casus Monique

Het BAR-instrument 3.0:

BESCHRIJVING
ARBEIDSBELASTBAARHEID
& RE-INTEGRATIEMOGELIJKHEDEN

- Meer *kwalitatief* (FML meer kwantitatief)

- Basis is het *uitgebreidere ICF model* (RIVM),
  FML, IZP meer gebaseerd op het Medische model
  Ziekte/Gebrek->beperkingen->verzuim→ AO



- Bij de rubrieken of aandachtgebieden:
  -Andere of *meer items/activiteiten* t.o.v. het IZP of FML

- Bij ieder relevant item (IZP), of in BAR termen, belemmerde activiteit:
  1) een toelichting o.a. in voorbeelden m.b.t de belemmering van deze activiteit (i.p.v. beperking), zoals ook bij het IZP en
  2) Voorwaarde(n) voor re-integratie gericht op participatie

Uitgebreidere BAR (m.n.de d-items uit het ICF-model)

BESCHRIJVING ARBEIDSBELASTBAARHEID & RE-INTEGRATIEMOGELIJKHEDEN

Activiteiten en Participatie (d)
d160 – Richten van aandacht
d2401 – Omgaan met stress
d445 – Gebruiken van hand en arm

Functies (b)
b210 – Visuele functies
b280 – Pijngewaarwording
b710 – Gewrichtsmobiliteit

Anatomische eigenschappen (s)
s770 – Structuur van de hand
s110 – Structuur van de hersenen
s840 – Structuur van de huid

Werkfactoren:
-PSA (Tijdsdruk, verantwoordelijkheid, structuur)
-Arbeidsomstandigheden
(o.a. prikkels, persoonlijk, risico)
-Werktijden

Persoonlijke- (en/of sociale) factoren:
-o.a. : leeftijd, geslacht, opleidingsniveau
-o.a. : coping, motivatie, herstelverwachting, angst

Yellenge-App

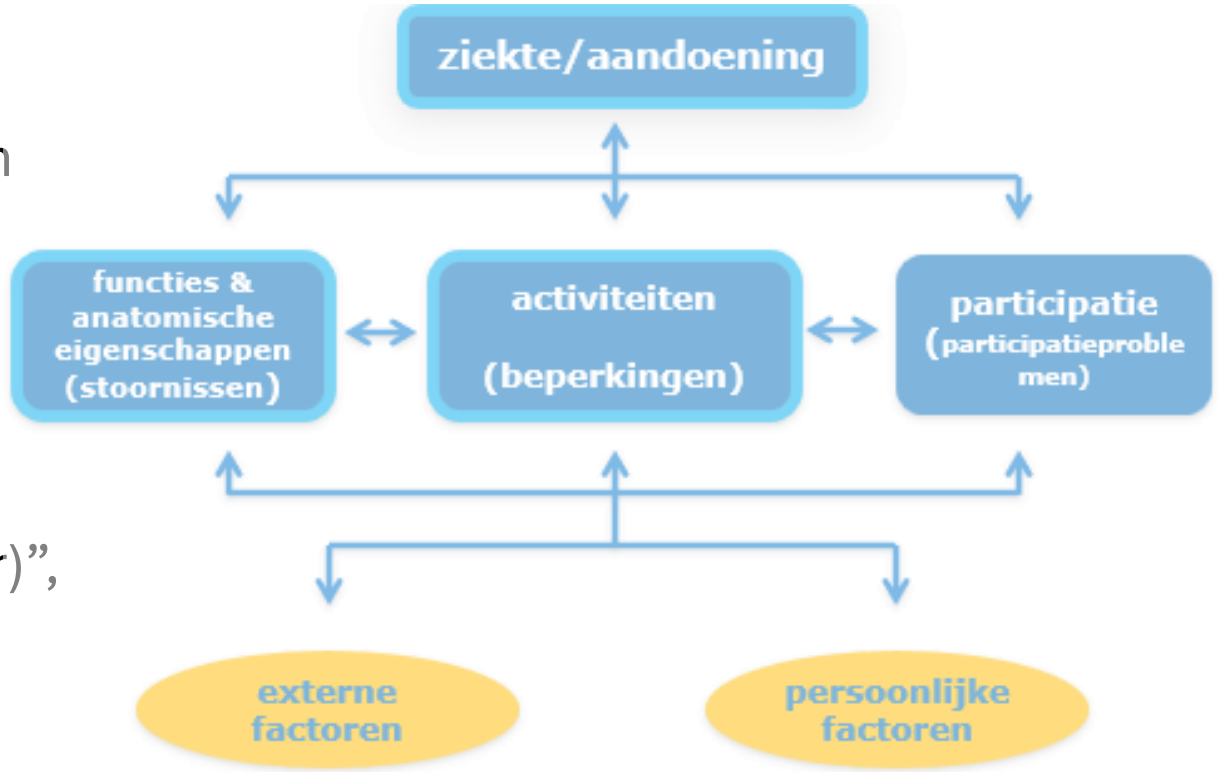
MC-vraag 3: Graag jouw mate van kennis over en het toepassen van het BAR-instrument aangeven.

Antwoorden:

- A: Wel over BAR gehoord maar ik heb weinig kennis hierover.
- B: Ik heb voldoende kennis, maar pas het niet toe voor bepalen belastbaarheid.
- C: Ik heb voldoende kennis en gebruik het soms (o.a. de re-integratiemogelijkheden).
- D: Ik heb ruim voldoende kennis en gebruik het regelmatig conform ICF-model

Het BAR-instrument en de diverse formulieren (ICF codes):

- **3.1,** Externe- m.n. **Werkfactoren (-> externe factoren)**
- **3.2,** Activiteiten en participatie **(persoonlijk functioneren):**
  Naast 2 items uit het IZP, de activiteiten: “Oplossen van problemen”, “besluiten nemen”, “ondernemen van meervoudige taken” en “Omgaan met stress”
- **3.3,** Activiteiten en participatie **(sociaal functioneren):**
  Naast de items uit het IZP, de activiteiten: “Voelen, ruiken en proeven”, “Verkeer en reizen (was vervoer)”, “Complexe tussenmenselijke interacties” (o.a. sociaal gewenst gedrag) en “Omgaan met anderen” (o.a. samenwerken).
- **3.4,** Activiteiten en participatie (lichamelijk functioneren)
- **3.5, Persoonlijke factoren** (expliciete toestemming)
- **3.6, Prognose**



Instructie intervisiemethode

1. ***Introductie*** **Kort voorstel rondje** *en* benoem in de groep een **voorzitter casusinbrenger en en een notulist** voor de flap)

2. ***Beknopte inbreng eerste papierencasus (van de spreker/ begeleider)*** *door casusinbrenger* evt. tweede halfuur: inbreng **tweede eigen casus door een deelnemer met een vraag**

of

2e papieren casus door een casusinbrenger

3. I) Vervolg intervisie: ***Verhelderende vragen*** door overige leden groep om tot inschatting van de **belastbaarheid** te komen op basis van de items of belemmerde activiteiten op m.n. terreinen v.:
- 3.2 persoonlijk functioneren
- 3.3 sociaal functioneren
- Relevante **3.5 persoonlijke factoren?**

3.II)*Adviezen m.b.t.* ***voorwaarden*** **voor re-integratie per relevant item** toelichten mede op basis van **3.1 Werkfactoren:**
-PSA (tijdsdruk, verantwoordelijk-heid, structuur)
-Werkomstandig-heden

(prikkels o.a.)
- Werktijden (beperkt/ vast) en overige voorwaarden

3.III) Tot voorstellen komen ter verbetering van de ***afstemming*** **tussen bedrijfsarts en psychiater.**
Bv:
-opvragen medische info, welke vragen (3.6 prognose?) of
-telefonisch overleg, onder welke voorwaarden?

4. *Afsluiten*: o.a. **samenvatten aan de hand van de flap,** Evt. vraag casusinbrenger beantwoordt? en bedanken, waarna **evt. de tweede casus als er nog tijd over is en dan start je weer bij het begin**

Input Intervisie: casuïstiek

Papierencasus

Eigencasus
Wie heeft een eigen casus meegenomen?

Eigen casus?-> basis indeling in 6 groepen

Plenaire bespreking casuïstiek

1 groep presenteert de eerste casus en de andere groepen vullen aan (ca. 15 min.)

Andere groep presenteert tweede (eigen)casus en de andere groepen vullen aan (ca. 10 min)

Voorstellen tot verbetering afstemming psychiater-bedrijfsarts (ca. 10 min)

16.00 uur afsluiting

Take home: Belang van afstemmen

- Probeer de ander te begrijpen
- Betekenis van de beoordeling
  - Angstniveau is vaak hoog!
- Neutraal-positieve houding
  - Nieuwsgierigheid
- Transparantie + duidelijkheid (‘ik hoef niet wantrouwig te zijn’)
  - Samen bellen
  - Brief met pt samen opstellen
- Beschrijvende diagnose
  - Persoonlijke formulering (‘het gaat over mij’)
- Checken
- Evaluatie contact