

Autonomiebevorderend beleid in de praktijk: een psychotherapeutisch perspectief

M.K. de Sonnaville, H.L. Van, N. Kooiman, P. van Wijngaarden

Autonomiebevorderend beleid (ABB) wordt in Nederland geregeld toegepast bij patiënten met chronische suicidaliteit en zelfbeschadiging voor wie een passende psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen nog niet mogelijk is. Recent is een handreiking geschreven over wat ABB inhoudt en MIND heeft een kritisch rapport over ABB gepubliceerd. Het is daarom relevant de onderliggende psychotherapeutische principes te beschrijven. In dit artikel geven wij aan hoe men ABB in de praktijk kan uitvoeren. Daarbij baseren we ons op interventies vanuit verschillende (evidencebased) psychotherapeutische behandelkaders voor persoonlijkheidsstoornissen waarin autonomiebevorderend wordt gewerkt. Het belangrijkste is de balans te houden tussen holding bieden en verbinding aangaan, begrenzen en tegelijkertijd keuzes bij de patiënt te laten.

Autonomiebevorderend beleid (ABB) is ontwikkeld om mensen met chronische suicidaliteit en zelfbeschadiging te ondersteunen in het doorbreken van disfunctionele afhankelijkheidspatronen en het bevorderen van de eigen regie. Het wordt vooral aangewend in een fase waarin een methodische psychotherapie (nog) niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de motivatie daarvoor niet toereikend is of er te veel crisissituaties zijn.^{1,2} In Nederland maakt ABB geregeld onderdeel uit van behandelplannen, maar tegelijkertijd is vaak niet precies duidelijk wat er onder verstaan wordt en wat de beste manier is om het uit te voeren. Recentelijk is een kritisch rapport verschenen van MIND over ABB dat illustreert dat verder doordenken van deze benadering noodzakelijk is. Patiënten gaven in dit rapport aan zich vaak aan hun lot overgelaten te voelen of het idee te hebben dat er meer drang en dwang werd toegepast dan dat ze ondersteuning kregen.³

ABB kan ook worden toegepast als crisisinterventies de situatie blijken te verslechteren vanuit de wetenschap dat dwangopnames juist bij deze groep als traumatiserend kunnen worden ervaren.³⁻⁶ ABB beoogt het risico op een vicieuze cirkel van zelfbeschadiging, bescherming door dwangmaatregelen en gevoel van toenemende hopeloosheid te doorbreken door patiënten te leren emoties op een gezonde manier te reguleren.⁵⁻⁷ Het gebrek aan eenduidigheid bij de uitvoering van ABB wordt geïllustreerd door het feit dat er verschillende behandelkaders voor persoonlijkheidsstoornissen bestaan, zoals dialectische gedragstherapie (DGT), *mentalization-based therapy* (MBT), *transference-focused therapy* (TFP), psychodynamische psychotherapie en *guideline-informed treatment for personality disorders*

(GIT-PD), die allemaal gericht zijn op het verminderen van suicidaliteit en zelfbeschadiging.⁸⁻¹¹ In dit artikel willen we mede op basis van gemeenschappelijke elementen uit deze beproefde benaderingen een ontwerp beschrijven voor een werkwijze bij ABB. We illustreren dit met een vignet.

CASUS

Patiënte A werd op 19-jarige leeftijd verwezen naar huidige behandelaar. Ze was de jongste van 4 kinderen uit een gelovig gezin en had zich altijd het zwarte schaap gevoeld. Op 15-jarige leeftijd was bij haar een (bedreigde) persoonlijkheidsontwikkeling gediagnosticeerd, o.a. op grond van een instabiel zelfgevoel en emotionele ontregeling in relaties, leidend tot zelfbeschadiging en chronische suicidaliteit.

Er was een patstelling ontstaan waarbij patiënte zich steeds dieper sneed en langdurig werd opgenomen zonder passende behandeling te krijgen en meerdere malen per week gehecht moest worden. De huisartsenpost (HAP) klaagde over het veelvuldig hechten en dreigde hiermee te stoppen.

Na dit hechten bleef ze vaak hangen voor een gesprek met een medewerker van de HAP, door wie ze zich gehoord voelde. Daarentegen gaf zij aan in de gesprekken met de behandelend verpleegkundig specialist 'geen klik' te voelen en bij de verpleging alleen maar 'zo nodig'-medicatie te krijgen. Zijzelf en alle betrokken hulpverleners voelden zich machteloos. Daarop werd besloten ABB in te zetten om de impasse te doorbreken.

LITERATUURONDERZOEK

Om na te gaan op welke wijze ABB het beste kan worden uitgevoerd, gebruikten we bij de zoekstrategie in PubMed de volgende trefwoorden: auto-mutilat*, self-mutilat*, self-harm*, self-destruct*, self-injur*, Suicidal Ideation, suicid*. Deze combineerden we met de trefwoorden: Personal Autonomy, promotion/enhancement, autonomy promotion, promoting autonomy, autonomy enhancement, self determination/promotion, promoting self determination, free will promotion, promoting free will, support autonomy, autonomy-support. Dit leverde 41 artikelen op.

We excludeerden artikelen over: assisted-suicid*, assisted-death*, euthanasia* en includeerden alleen Engels- en Nederlandstalige artikelen. In totaal selecteerden we 28 artikelen, waarvan 8 bruikbaar bleken. Vervolgens voegden we 4 artikelen toe via kruisreferenties en keken we naar verschillende suïciderichtlijnen. In de leerboeken van de betreffende methoden zochten we naar de aard van de interventies en naar gemeenschappelijke elementen. Tot slot namen we het onderzoek van MIND mee.

Michiels en collega's publiceerden recent over ABB in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* en elders.^{1,2} Onze uitwerking in dit artikel kan gezien worden als een praktische aanvulling daarop.

Uitvoering van ABB

Onder autonomie wordt verstaan: 'de vrijheid om eigen keuzes te maken en zelf te leren hoe je dingen aanpakt, met besef van verantwoordelijkheid naar en verbinding met je naasten'. Het is niet hetzelfde als zelfstandigheid: 'onafhankelijk zijn' of 'het alleen (kunnen) doen'.^{12,13} ABB is maatwerk voor elke individuele patiënt en kan breder worden toegepast dan bij persoonlijkheidsstoornissen, mits er geen sprake is van wilsonbekwaamheid. De uitvoering van ABB (zie ook **tabel 1**) start met een open gesprek over ABB met patiënt en alle betrokkenen: naasten, behandelaren, maar ook bijvoorbeeld politiemedewerkers. Het is essentieel dat de benadering is ingebed in een goede structuur bestaande uit eenduidige dossiervoering, georganiseerde ruggespraak en regelmatig momenten van intervisie en evaluatie. Van alle betrokkenen wordt een autonomiebevorderende basishouding verwacht.^{1,2} We onderscheiden hierin 6 uitgangspunten:

Balans tussen holding en grenzen

Holding bieden zonder overnemen

De gemeenschappelijke kenmerken uit bestaande behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn: werken aan een goede, empathische therapeutische relatie, echtheid, een positieve benadering, als behandelaar in staat zijn gepaste emoties te laten zien, overeenstemming over doelen/taken en kunnen herstellen van breuken.⁸ Precies deze basishouding wordt positief

gewaardeerd door patiënten, zo blijkt uit het onderzoek van MIND.³ We kunnen dit samenvatten als adequaat *holding* bieden, samenwerken en als therapeut transparant zijn.

Grenzen in verbinding

Grenzen bieden in verbinding geeft veiligheid, helpt destructieve gedragingen aan banden te leggen en agressie bespreekbaar te maken.^{7,10,11,13} Je bent *samen* verantwoordelijk voor de behandeling en de wilsbekwame patiënten zijn zelf verantwoordelijk voor hun keuzes, ook rond suïcidaliteit.^{10,11,13} Hierbinnen is geen ruimte voor een dwangopname, wel kan een patiënt geholpen worden om andere, gezondere keuzes te maken.^{5,10,11} Daarmee geef je als behandelaar de boodschap af dat je vertrouwen hebt in capaciteiten van de patiënt, wat de ervaren eigenwaarde bevordert.^{3,10,11,14}

Een andere reden om af te zien van dwang is dat deze de afstand vergroot tussen de patiënt en diens systeem. Tevens versterkt dwang cognities als 'ik ben anderen tot last' en 'ik kan het niet alleen', met als gevolg een toenemend gevoel van eenzaamheid en onvermogen.^{4,14} Tot slot kan na opname opnieuw terugval optreden in het suïcidale gedrag, zodra de bescherming van de kliniek wegvalt en meer eigen verantwoordelijkheid nodig is.^{3,4,15}

Leren omgaan met tegenoverdracht en projectieve identificatie

Bij oplopende spanning kunnen negatieve tegenoverdracht en projectieve identificatie toenemen: de patiënt projecteert ondraaglijke gevoelens op de behandelaar, die druk ervaart om zich dientengevolge te gedragen en onbedoeld het gevoel van de patiënt bevestigt.^{3,4,7,11} Dit kan leiden tot emotionele overspoeling bij zowel behandelaar als patiënt en het onbegrip vergroten. Tegelijk biedt het een therapeutisch aangrijpingspunt: door het herkennen, benoemen en accepteren van de geprojecteerde agressie en het daaruit voortvloeiende wantrouwen, zonder er als therapeut in mee te gaan, worden patiënten ondersteund in hun emotieregulatie.^{4,7,11,13} Daarnaast kunnen bij behandelaren ook positieve tegenoverdrachtgevoelens optreden, zoals reddersfantasieën, die van invloed zijn op het aangeven van grenzen.^{7,13} Reflectiemomenten en intervisiebesprekingen zijn van belang om deze dynamieken goed te hanteren.

Focus op de therapeutische relatie

De therapeut mag een (tijdelijke) hechtingsfiguur zijn, zodat de patiënt in deze relatie nieuwe ervaringen kan opdoen. Hiervoor is een vaste individuele therapeut nodig die afgestemd is op de patiënt.^{5,9,11,13} In deze therapeutische relatie kan het epistemisch vertrouwen groeien.⁹ Een, als veilig ervaren, relationele context waarin ook intense negatieve affecten besproken mogen worden, is een voorwaarde om gezond en adaptief gedrag te ontwikkelen – ook als de spanning toeneemt – om het zelfbeschadigend gedrag te kunnen staken.

Tabel 1. Autonomiebevorderende benadering bij zelfbeschadiging per theoretisch kader

Aspect	Transference-focused therapy (TFP)	Dialectische gedragstherapie (DBT)	Mentalization-based treatment (MBT)	Psychodynamische psychotherapie
Theoretisch uitgangspunt	Objectrelatietheorie (Kernberg)	Biopsychosociaal model (Linehan)	Hechting en mentaliseren (Fonagy en Bateman)	Klassieke en relationele psychoanalyse
Autonomiebevorderende interventies	<ul style="list-style-type: none"> – Helpen onderscheiden van innerlijke stemmen – Zelfreflectie bevorderen binnen de overdracht – Zelf als handelend subject herkennen – Cliënt is zelf verantwoordelijk voor zelfbeschadiging 	<ul style="list-style-type: none"> – Zelfcontrole versterken via vaardigheden; – Keuzevrijheid benadrukken bij gedragsalternatieven – Hulp leren vragen <i>vóór</i> zelfbeschadiging – Signaleringsplan 	<ul style="list-style-type: none"> – Leren nadenken over eigen en andermans mentale toestanden – Perspectiefneming oefenen 	<ul style="list-style-type: none"> – Zelfinzicht ontwikkelen – Eigen verlangens en gevoelens herkennen als legitiem – Bevorderen relationeel functioneren
Omgaan met holding en grenzen	<ul style="list-style-type: none"> – Gestructureerd kader – Duidelijke afspraken rond veiligheid en sessiegrenzen – Containment bieden door consistentie en interpretatie 	<ul style="list-style-type: none"> – Holding via validatie en voorspelbare structuur – Grenzen als veiligheid – Crisisprotocol/plan – Externe containment 	<ul style="list-style-type: none"> – Voordoende mentaliserende houding: nabij, veilig, niet-wetend – Altijd mentalisatie behouden 	<ul style="list-style-type: none"> – Emotionele beschikbaarheid en symbolisering – Impliciete relationele grenzen van de therapeutische setting
Betekenis van de overdracht	Centraal: zelfbeschadiging weerspiegelt emoties uit de therapeutische relatie	Relatie is ondersteunend kader voor verandering	Alleen om versterking mentalisatie in het hier-en-nu	Belangrijk voor inzicht in relationele patronen en onbewuste verlangens
Therapeutische stijl	<ul style="list-style-type: none"> – Empathisch confronterend – Neutraliteit t.o.v. acties van cliënt 	Coachend validerend met nadruk op vaardigheden	Nieuwsgierig, niet-wetend, samen onderzoekend	Reflectief, interpreteren van onbewuste patronen, onderzoekend
Focus	<ul style="list-style-type: none"> – Integreren van gespleten zelfbeelden via de overdracht – Emoties (bijv. agressie) containen en duiden 	Ontwikkelen van emotieregulatievaardigheden voor crisisbeheersing en acceptatie	Herstellen van mentaliserend vermogen in relaties	<ul style="list-style-type: none"> – Begrijpen onbewuste betekenis van gedrag – Doorwerken van emoties en conflicten
Functie van zelfbeschadiging	<ul style="list-style-type: none"> – Uitdrukking van innerlijke conflicten tussen gespleten zelf- en objectbeelden → ontladen van spanning of zelfbestrafing bij innerlijk conflict – Heropvoering van relationele thema's 	Copingstrategie om ondraaglijke emoties te reguleren → pijn verminderen of spanning ontladen	Ontstaat bij verlies van mentalisatie → herstel van gevoel en verbinding bij relationele pijn of overweldiging	Symbolische handeling die onbewuste emoties of conflicten tot uitdrukking brengt → lichamelijke expressie van verdrongen woede, schuld, of hulpvraag
Aanpak van zelfbeschadiging	<ul style="list-style-type: none"> – Veiligheidsafspraken – Gedrag exploreren en betekenis in overdracht onderzoeken 	<ul style="list-style-type: none"> – Gedrag analyseren – Alternatieve copingvaardigheden trainen 	<ul style="list-style-type: none"> – Nauwgezet onderzoeken aanleiding en ervaring tijdens het verlies van controle – Samen opnieuw mentaliseren 	<ul style="list-style-type: none"> – Onderzoeken emotionele en symbolische betekenis – Gedrag als ingang tot zelfbegrip
Typische interventie	'Wat speelde zich in jou af tegenover mij toen je dat deed?'	'Wat voelde je vlak voor je dat deed, en wat kun je proberen in plaats daarvan te doen?'	'Wat dacht of voelde je toen dat gebeurde?'	'Wat zegt dit gedrag over wat er innerlijk in je leeft?'

Leren mentaliseren

Onder mentaliseren wordt verstaan dat patiënten hun gedrag begrijpen in relatie tot onderliggende cognities, emoties en motivatie. Dit gaat verloren wanneer de spanning te hoog oploopt. Emotieregulatie is noodzakelijk om weer in de eigen *window of tolerance* te komen (ruimte om prikkels en emoties te verwerken zonder overspoeld te raken) en in staat te zijn tot adequaat mentaliseren. Validatie en benoemen van gevoelens vormen hierin een essentiële eerste stap, met name tijdens crisisbeoordelingen.^{9,10}

Dit lijkt vanzelfsprekend, maar wordt in de praktijk vaak onvoldoende toegepast, mede door tegenoverdrachtsreacties en de misvatting dat validatie van gevoelens rond suïcidale gedachten de suïcidaliteit zou versterken.⁹⁻¹¹ Benoemen kan juist helpen de soms verwarrende emoties beter te verdragen.

Functie van zelfbeschadiging

Zelfbeschadiging kan beschouwd worden als een vorm van inadequate coping.¹⁶ Onderliggend is er echter vaak behoefte aan verbinding. Help de patiënt dit te begrijpen door steeds *tot in detail* de stappen, behoeften en relationele ervaringen (of het ontbreken daarvan) na te gaan die voorafgingen aan het zelfbeschadigend gedrag. Kijk wat patiënt zou willen bereiken en op welk moment een andere keuze mogelijk was.^{10,13} Exploreer zo precies mogelijk, op detailniveau, wanneer de spanning begon te stijgen en welke gebeurtenissen die dag hieraan hebben bijgedragen, zoals ruzies, tegenslagen of slaapgebrek. Kijk samen op welk moment de patiënt het gedrag had kunnen aanpassen om minder spanning te gaan voelen.

Vraag altijd om uitleg als iets vaag of onduidelijk is – vaak is het dan voor de patiënt ook onduidelijk.^{9,11} Een voorbeeld is het benoemen van tegenstrijdigheden zoals: ‘Aan de ene kant zeg je dat alles oké was met je vriendin, maar je zegt ook dat je je ineens boos voelde, hoe zit dat?’

Besprek het beleid met alle betrokken partijen

Bied niet alleen in de behandelrelatie, maar ook aan naasten en ketenpartners, zowel holding als grenzen en geef, indien nodig, systeemtherapie.^{1,2,8-10,17} Maak vanaf het begin expliciet dat *commitment* van alle betrokkenen aan het ABB een voorwaarde is voor succes en herstel van gezond contact.

Anticipeer op mogelijke druk vanuit de patiënt, diens netwerk of ketenpartners om tijdens een crisis van het beleid af te wijken. Het is juist onder stressvolle omstandigheden essentieel om het afgesproken beleid consistent te blijven hanteren. Anders bestaat het risico dat het suïcidale gedrag onbedoeld bekrachtigd wordt, waardoor de vicieuze cirkel niet wordt doorbroken of verdere escalatie ontstaat.^{11,13}

CASUS, VERVOLG

Patiënte werd, vanaf het moment dat ABB werd ingezet, wekelijks gezien door een vaste behandelaar (psychiater/psychodynamisch psychotherapeut) om een therapeutische relatie op te bouwen. Zij ontving psycho-educatie over ABB en het biopsychosociale model, waarbij ook familie, de huisartsenpost en haar afdeling betrokken werden. De behandelaar hielp haar haar gedrag te begrijpen aan de hand van onderliggende gedachten, emoties en antecedenten van zelfbeschadiging. Het werd duidelijk dat zelfbeschadiging voor haar een copingmechanisme was om suïcidale gedachten en intense emoties, zoals zelfgerichte woede, sterke gevoelens van eenzaamheid en onrust, te reguleren.

De gesprekken na het hechten bij de HAP werden gestopt omdat deze het zelfbeschadigende gedrag onbedoeld bekrachtigden. Zorgintensivering na zelfbeschadiging of suïcidepogingen werd terughoudend ingezet door te blijven vertrouwen dat patiënte haar emoties kon reguleren met de geleerde emotieregulatievaardigheden. Er werd empathisch aandacht besteed aan onderliggende woede en overdracht binnen de therapeutische relatie door dit te bespreken en de link te leggen met haar eigen woede, die er mocht zijn.

Er waren meerdere ernstige crisismomenten, zoals een overdosis nemen van paracetamol en een tricyclisch antidepressivum en via een WhatsAppbericht dreigen met een suïcidepoging in een reeds geboekte hotelkamer. Desondanks werd geen dwang toegepast. Patiënte werd enkel geïnstrueerd hulp te zoeken en de behandelaar sprak haar hoop uit dat ze dit advies zou opvolgen. Uiteindelijk was ze daartoe in staat en kon ze gezondere copingstrategieën toepassen zoals contact zoeken met haar omgeving om ware gevoelens te bespreken. Deze situaties waren door de risico's die werden genomen emotioneel belastend voor de behandelaar. Het was van belang ruggespraak te hebben en de tegenoverdrachtsgevoelens te kunnen bespreken met een collega om het beleid te vast te houden.

Het niet nakomen van afspraken zoals het bespreken van een suïcidewens, werd geïnterpreteerd als een uiting van agressie en werd geëxploreerd. Daarbij werd duidelijk gemaakt dat de keuze bij patiënte zelf lag: begeleiding bij sterven of hulp bij herstel. Ze was in staat te kiezen voor dat laatste, waarna het zelfbeschadigende gedrag geleidelijk afnam en uiteindelijk stopte. Daarna kon een reguliere psychotherapeutische behandeling (in haar geval TFP) worden gestart, die na circa 3 jaar succesvol werd afgerond.

Ervaring van patiënte

Toen de psychiater langskwam om te vertellen dat ik niet meer mocht praten met de medewerker op de HAP, werd me een veilige plek ontnomen. De verpleging kwam niet verder dan ‘zoek afleiding’ of ‘kijk in je signaleringsplan’; daar kon ik niks mee. Ik stemde met tegenzin in met gesprekken met de psychiater.

De eerste gesprekken zat ik klaar voor de strijd, volledig in de weerstand met patroon van aantrekken en afstoten. Het feit dat ik altijd terug mocht komen en dat de nabijheid en empathie consistent bleef, heeft mij veel veiligheid geboden. Hierdoor en door de nabijheid en de oprechte zorg brokkelde die muur af. Voor het eerst sinds lange tijd voelde ik mij gezien en gehoord. Ik was niet meer die hopeloze, vermoeiende patiënt, maar een volwaardig persoon die ruimte kreeg om te delen én om te hechten.

Ook de duidelijkheid over vragen om hulp in crisis was fijn. Als ik het advies niet opvolgde, had ik de keus: stoppen met bellen of het advies opvolgen. Want dat was de afspraak. Ik vond de grenzen niet altijd leuk, maar ze hielpen me wel om weer vertrouwen te krijgen dat ik het zelf kon. Die veiligheid maakte dat ik stopte met snijden, de therapie aan ben gegaan en dat ik zelfstandig kon gaan wonen. Inmiddels kan ik weer meedoen op alle levensgebieden en geniet ik van mijn diagnosevrije leven.

DISCUSSIE

Met dit artikel beogen wij bij te dragen aan de discussie over implementatie van ABB bij zelfbeschadiging en chronische suïcidaliteit. Wetenschappelijke evidentie over ABB is vooralsnog niet voorhanden. Wel zijn er klinische ervaringen, is er patiëntfeedback, een recente handreiking en een richtlijn suïcidaal gedrag.^{1-3,18} Opvallend is dat de literatuur over ABB voornamelijk uit Nederland afkomstig is.

Om ABB verder te ontwikkelen hebben we op systematische wijze gebruikgemaakt van gemeenschappelijke elementen die voortkomen uit de evidencebased behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen. Dit hebben we gecombineerd met de klinische ervaringen in het werken met crises. Deze werkwijze heeft vanzelfsprekend beperkingen en is nog niet systematisch

onderzocht. Een RCT lijkt in deze situatie zeer moeilijk uitvoerbaar, maar een open cohortstudie is volgens ons nuttig en haalbaar.

CONCLUSIE

Bij ABB ligt nadruk op het bevorderen van zelfregulatie en het voorkomen van afhankelijk worden van beschermende maatregelen. Cruciaal is dat behandelaren empathisch en in verbinding kunnen blijven, de autonomie van de patiënt respecteren en nauw samenwerken met de patiënt en diens netwerk en ketenpartners. We hopen dat hiermee negatieve ervaringen, zoals beschreven in het onderzoek van MIND, kunnen worden voorkomen en ABB als een goed alternatief wordt gezien om uit een wanhopige klem van zelfbeschadiging en chronische suïcidaliteit te geraken. Verder onderzoek naar de effectiviteit van ABB is uiteraard nodig en vooral ook naar hoe patiënten en hun naasten het ervaren.

LITERATUUR

- 1 Michiels M, Steentjes D, Mook-Spermon SF, e.a. Autonomiebevorderend beleid bij complexe chronische suïcidaliteit. *Tijdschr Psychiatr* 2024; 66: 403-6.
- 2 Michiels M, Steentjes D, van Velzen C, e.a. Handreiking beleidsvoering bij chronisch suïcidaal gedrag. Rivierduinen; 2022. www.rivierduinen.nl/autonomie-bevorderend-beleid-bij-complexe-chronische-suïcidaliteit.
- 3 Bureau Lenz. Rapportage meldpunt autonomiebevorderend beleid. In opdracht van MIND Platform. Amsterdam: Bureau Lenz; 2024. <https://mindplatform.nl/media/8194/download/MIND-Rapport-Meldpunt-Autonomiebevorderend-beleid.pdf?v=1>
- 4 van de Koppel M, Mérelle SYM, Stikkelbroek YA, e.a. Behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suïcidaliteit. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 278-86.
- 5 Koekkoek BW, Kaasenbrood AJ. Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 283-7.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Marit de Sonnaville, psychiater, TFP-, DGT- en psychodynamisch psychotherapeut (NVPP), Dimence.

Rien Van, psychiater en opleider, Arkin, hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie* en directeur behandelzaken NPI.

Nayely Kooiman, ervaringsdeskundige, Dimence.

Patricia van Wijngaarden-Cremers, psychiater, psychotherapeut, boegbeeld Specialistisch Centrum Ontwikkelingsstoornissen, Dimence.

Correspondentie

Marit de Sonnaville (m.desonnaville@dimence.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-11-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;68(02):91-95