



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Iatrogene chaos bij een patiënte met een persoonlijkheidsstoornis

Henrie Henselmans*

Samenvatting

In dit artikel wordt de sociaal-psychiatrische begeleiding van een alleenstaande vrouw met een aanzienlijke psychiatrische voorgeschiedenis en een persoonlijkheidsstoornis beschreven. Aanvankelijk werd deze patiënte veel hulp geboden en werden weinig grenzen aan haar gesteld. Hulpeloosheid, suïcidale uitingen en psychiatrische opnames leken echter door dit royale aanbod van hulp toe te nemen. Na wijziging in het beleid – striktere afspraken en een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid – namen de crises af. We concluderen dat bij niet-psychotische chronische patiënten duidelijkheid en begrenzing van de hulp betere effecten hebben dan onbeperkte beschikbaarheid en het overnemen van verantwoordelijkheden.

Inleiding

We beschrijven in dit artikel de falende begeleiding van een patiënte met een uitgebreide en langdurige psychiatrische problematiek. De begeleiding vond plaats in het kader van een project dat bedoeld is om ernstig geïnvaleerde psychiatrische patiënten bij te staan. In de loop der tijd is de werkwijze binnen dit project 'bemoeizorg' gaan heten. Bij de meeste patiënten in dit project werd een schizofrene stoornis vastgesteld. De hulp in het project bestaat uit maatschappelijke begeleiding, bevorderen van therapietrouw (in het bijzonder wat betreft het neurolepticagebruik), huisbezoeken (zonodig frequent) en toezicht op en stimulering van de persoonlijke verzorging en het voeren van een huishouding.

We vermelden twee belangrijke kenmerken van de hulp. Ten eerste de 'gedeelde caseload'; dit wil zeggen dat de hulp wordt gegeven door een team van vier sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en dat de patiënten niet aan één hulpverlener worden toegewezen. In de loop der tijd leerden de patiënten alle hulpverleners kennen en omgekeerd. Ten tweede kunnen patiënten op kantooruren zonder afspraak een beroep doen op de hulpverleners; iedere werkdag is er één hulpverlener beschikbaar voor 'inloopcontacten' (zie Henselmans, 1993, voor een uitgebreide omschrijving van de hulp).

Mevrouw Jansen

Mevrouw Jansen (38 jaar) is een alleenstaande vrouw die wordt verwezen door een psychiater van een PAAZ. De verwijzer betwijfelt of mevrouw wel zelfstandig kan wonen; vandaar de

* DR. H. HENSELMANS, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, is hoofd van de afdeling Sociale Psychiatrie van de RIAGG Rijnmond Noord West, locatie Vlaardingen.

verwijzing naar een project dat de mogelijkheid heeft tot frequente contacten en tot toezicht en hulp op het dagelijks leven.

Mevrouw is ruim vijftien jaar geleden gescheiden; uit haar huwelijk heeft ze een zoon van dertien jaar die in een kindertehuis verblijft. Patiënte is voor steun en troost vooral op haar ouders aangewezen. Deze ondersteuning is niet altijd in dezelfde mate aanwezig, want de spankracht van de ouders is beperkt: haar vader heeft reuma en haar moeder is verminderd mobiel door een aandoening van de bloedvaten.

De opname van mevrouw op een PAAZ vond plaats naar aanleiding van een poging tot zelfdoding. Mevrouw maakte sinds de periode waarin haar echtscheiding plaatsvond gebruik van allerlei vormen van psychiatrische hulp. Zij werd in de voorgaande jaren zesmaal opgenomen en met uiteenlopende diagnoses ontslagen: dysthyme stoornis, persoonlijkheidsstoornis met theatrale trekken, atypische depressie, paniekstoornis met suïcidale ideeën, alcoholafhankelijkheid, misbruik van benzodiazepinen en aanpassingsstoornis met gemengde emotionele kenmerken.

Mevrouw gebruikte psychofarmaca uit iedere groep in zeer uiteenlopende doseringen: neuroleptica, antidepressiva, benzodiazepinen en lithium. Iedere behandeling leek tot verbetering te leiden, maar geen van deze verbeteringen bekleef. De relatie met de diverse behandelaars liet – als we op de toon van de correspondentie afgaan – meestal te wensen over.

Op het moment dat wij mevrouw voor het eerst spraken konden wij geen duidelijke stoornis vaststellen, althans niet op as I van de DSM-III-R. Mevrouw Jansen was optimistisch over haar toekomst en betoonde zich erg blij met de ruime hoeveelheid hulp die haar in het vooruitzicht werd gesteld. Na enige maanden meenden we dat patiënte toch voldeed aan diverse criteria van verschillende persoonlijkheidsstoornissen; vier van de borderline persoonlijkheidsstoornis (instabiele en intense relaties, impulsiviteit, affectlabiliteit en terugkerende suïcideneigingen) en drie van de theatrale persoonlijkheidsstoornis (uit emoties op een onaangepaste manier, toont snel wisselende en oppervlakkige uitingen van emoties, en zelfzuchtig handelen gericht op onmiddellijke gratificatie). Volgens de DSM-regels komt patiënte bij beide persoonlijkheidsstoornissen een criterium tekort om in aanmerking te komen voor de bijbehorende diagnose. De borderline persoonlijkheidsstoornis en de theatrale persoonlijkheidsstoornis kunnen wel als burens worden beschouwd (Gunderson, 1984). Overigens is het tijdens de behandeling vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen niet zonder gevaar. Gebrek aan resultaat of irritatie van de behandelaars kan ook tot de diagnose persoonlijkheidsstoornis leiden (Van der Velden, 1992).

De behandeling

De behandelaars en mevrouw Jansen hadden mooie wittebroodsweken. Zij had zich nog nooit zo begrepen gevoeld en als zij eerder aan onze hulp zou zijn blootgesteld, zou haar leven zeker meer fortuinlijk zijn verlopen. Zij deed haar huishouden met enthousiasme. Daarnaast zocht mevrouw vrijwilligerswerk bij een dierenasiel, wat tot enkele nieuwe contacten leidde. Sporadisch werd mevrouw thuis bezocht en wekelijks maakte zij gebruik van de mogelijkheid om zonder afspraak langs te komen. Het ging in de regel om 'small talk'.

Na onenigheid met een van haar nieuwe vriendinnen ging haar toestand achteruit. Ze kwam vaker langs en vroeg ook om meer huisbezoeken. De gesprekken konden niet langer als 'small talk' betiteld worden. Ze gingen over haar wensen zich van het leven

te beroven, haar neiging te veel te drinken, het tekort op het huishoudbudget en natuurlijk haar medicatiegebruik.

Op haar verzoek vond verhoging plaats van het antidepressivum dat zij al langer gebruikte (Fevarin, van 50 naar 100 mg.). Dit verzoek werd gehonoreerd, ondanks de wetenschap dat er geen duidelijke depressie IEZ aanwezig was.

Onze inspanningen werden beloond met duidelijke verbeteringen. Patiënte verlegde haar aandacht naar een andere vriendin en het gelukte om weinig tot geen alcohol te gebruiken. Het leven leek weer zin te hebben. Patiënte bleef wel in ruimere mate een beroep doen op de hulpverleners dan voorheen. Hoewel zij toch redelijk vaardig was in het afwikkelen van administratieve besommeringen (belasting, huursubsidie e.d.), vroeg zij de hulpverleners regelmatig om advies.

Een halfjaar later ontstond er een crisis, ditmaal naar aanleiding van onenigheid met haar moeder, met de nieuwe vriendin en met de leiding van de school van haar zootje. (Een beschrijving van de precieze toedracht van al deze verwickelingen zullen we hier achterwege laten.) De gesprekken gingen wederom over patiëntes suïcidegedachten en haar medicatiegebruik (een slaapmiddel werd toegevoegd). Inmiddels poogden de hulpverleners het dagelijks leven van mevrouw op meer strakke wijze te sturen. Er werd een weekschema opgesteld, waarin per dag een aantal noodzakelijke klussen en een aantal recreatieve activiteiten werden opgenomen. De ontwikkeling van een eventuele depressie werd nauwgezet bijgehouden, maar mevrouw voldeed op geen enkel moment aan de DSM-III-R-criteria voor een depressie IEZ.

Na ongeveer zes weken ging het beter. Mevrouw leefde haar leven zonder schema, uitte zich niet meer suïcidaal en had vrede met het advies van de schoolleiding om haar zootje in aanmerking te laten komen voor LOM-onderwijs.

Enkele maanden later luidde onenigheid tussen patiënte en haar moeder – over het wel of niet bezoeken van een verjaardag van een familielid – een nieuwe crisis in. De in het verleden reeds ontwikkelde werkwijze om de crisis te bezweren zette ditmaal geen zoden aan de dijk. Bijna dagelijkse huisbezoeken, medicatiebeheer en veel geruststellende woorden konden wanhoop van patiënte, een bijkomende poging tot zelfdoding en psychiatrische opnames niet voorkomen. De herhaalde zelfmoordpogingen leidden tot knorrige opmerkingen van de huisarts, die vond dat met wat meer inzet (in het bijzonder het dagelijks verstrekken van medicatie) dergelijke wanhoopsdaden voorkomen zouden kunnen worden. Ach, ja.

Mevrouw Jansen werd met de dag meer afhankelijk van onze hulp en vroeg op zeker ogenblik zelfs of de dagelijkse boodschappen niet door een medewerker van de RIAGG gedaan konden worden. Binnen het team werden de emoties heftiger; mevrouw Jansen kon niet meer op veel sympathie rekenen (vgl. Colson et al., 1986). Hulpverleners voelden zich door haar gemanipuleerd en binnen het team ontstond meningsverschil over de gewenste aanpak; er was wel consensus over de gewenste richting van de strategiewijziging. Mevrouw moest maar eens voelen dat ze niet zomaar de kachel kon aanmaken met haar hulpverleners. Conflicten in de staf zijn niet ongebruikelijk bij het omgaan met patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen (Gunderson, 1984; 148–150).

We meenden dat het werken met een gedeelde 'caseload' in dit geval voor extra problemen zorgde: mevrouw Jansen maakte immers nogal uiteenlopende afspraken met de verschillende medewerkers. Het dagelijks ochtendrapport bleek niet voldoende om een eenduidig beleid te formuleren dat voor alle medewerkers uitvoerbaar was. Uiteindelijk werd besloten mevrouw toe te wijzen aan één hulpverlener. Daarnaast werd de mogelijkheid om zonder afspraak een beroep te doen op de andere medewerkers afgeschaft. Het werd mevrouw nog wel toegestaan om zoveel ze wilde zonder afspraak koffie te komen drinken, maar 'zaken' zou ze alleen nog kunnen doen met de 'eigen' hulpverlener. Tegen onze verwachting in vond mevrouw deze beleidswijziging heel acceptabel. Binnen het individuele gesprekscontact werd nauwkeurig besproken waar de grenzen lagen van de inzet van de hulpverlening en welke zelfstandigheid van mevrouw zelf verwacht werd. De wijze waarop mevrouw Jansen van onze hulp gebruikmaakte werd aanzienlijk redelijker. Suïcidale uitingen bleven achterwege en het dagelijkse leven en de huishouding werden zonder onze bemoeienis ter hand genomen. Het resultaat van de strategiewijziging was dat de patiënte beter functioneerde, in het bijzonder in relatie tot ons.

We gaan er niet van uit dat we een bijdrage hebben geleverd aan het 'genezen' van de persoonlijkheidsstoornis van mevrouw. De strategiewijziging is achteraf op congruente wijze met patiënte besproken. Zij onderschreef onze visie dat we te weinig een beroep hadden gedaan op haar verantwoordelijkheden, en meende dat na de strategiewijziging 'alles veel duidelijker werd afgesproken'.

Bespreking

In meer of mindere mate is de hier beschreven casus exemplarisch voor onze ervaringen met de niet-psychootische chronische patiënten in het 'bemoeizorg-project'. De 'Group for the Advancement of Psychiatry' (1987) bespreekt de hulp die aan dergelijke patiënten zou kunnen worden gegeven in een boek met de titel *Interactive fit; A guide to nonpsychotic chronic patients*. De meeste richtlijnen die in het boek worden gegeven komen neer op tegemoetkomendheid ten opzichte van de patiënten en het tegelijk bieden van tegenspel. Verder beveelt men bescheiden verwachtingen van de hulp aan, maar ook weer niet zo bescheiden dat er geen hoop ontstaat (GAP, 1987). Het spreekt voor zich dat dergelijke ambigue richtlijnen niet zo makkelijk in de praktijk zijn te brengen.

Achteraf is duidelijk geworden dat het accent in het project vooral lag op tegemoetkomendheid (veel huisbezoeken, inlopen zonder afspraak en welwillende bejegening) en dat begrenzing goeddeels achterwege bleef (vgl. Yeomans, 1993). Voor de psychootische patiënten bleek dit niet zo'n probleem te zijn, maar voor de meeste patiënten zonder psychose – die bijna allemaal aan criteria voor diverse stoornissen op as II van de DSM-III-R stoornis voldeden – leverde dit wel moeilijkheden op. Deze problemen (hulpovervragen en parasuïcidale handelingen) zijn beter te hanteren in een één-op-éénrelatie, althans bij ambulante behandeling. Verder moeten we constateren dat we op z'n minst 'onze inzet verkeerd hebben gedoseerd'. Deze terminologie ontleen we aan Rotteveel et al. (1988), die menen dat een royaal hulpaanbod, gecombineerd met het overnemen van verantwoordelijkheden, in de ambulante begeleiding van chronische patiënten tot ongewenste resultaten kan leiden.

Tot slot besteden we aandacht aan de opvattingen van Dawson en MacMillan (1993). Hun – zeer leeswaardige – boek gaat nagenoeg in z'n geheel over de moeilijkheden in de omgang tussen borderline-patiënten en hulpverleners. Ze noemen hun aanpak 'relationship management'. De bejegening die zij voorstaan komt neer op welwillende beschikbaarheid volgens afspraak, gecombineerd met een stenische weigering in te gaan op (vaak verborgen) dreigementen en suicidale gedragingen. 'Als U een overdosis van de medicijnen inneemt wordt U misschien naar de EHBO gestuurd; misschien wordt U opgenomen, misschien niet.' 'Wat er gebeurt hangt van uzelf af. Als U opgenomen wordt zal ik U niet komen bezoeken, maar na uw ontslag ben ik weer beschikbaar voor de reguliere afspraken' (Dawson & MacMillan, 1993). Een dergelijke werkwijze kan de therapeut overeind houden in zijn relaties met borderline-patiënten, die vaak een stereotype ontwikkeling doorlopen.

Verlieservaringen vormen een voedingsbodem voor het interactiepatroon dat we zo vaak zien tussen een borderline-patiënt en een hulpverlener. Het meest waarschijnlijke overdrachtprobleem is dat de patiënt actief zorgzaamheid van de therapeut afdwingt, zodat de therapeut uitgeput raakt. Aanvankelijk zal de patiënt zich gekoesterd voelen door zorgzaamheid, wijsheid en warmte van de therapeut. Vervolgens wordt duidelijk dat de therapeut – naar het gevoel van de patiënt – toch niet in staat is voldoende te bieden. Herhaalde crises met overdosis psychofarmaca, automutilatie of andere ernstige moeilijkheden maken duidelijk dat de therapie haar doel mist. De therapeut gaat zich terugtrekken – bijvoorbeeld door verlies van enthousiasme en weigerachtigheid om telefoontjes van de patiënt aan te nemen of om extra afspraken te maken. Deze reacties leiden tot het verwijt dat de therapeut niet zorgzaam is (Benjamin, 1993).

Achteraf gezien heeft zich tussen mevrouw Jansen en de medewerkers van het project precies zo'n patroon voltrokken. De 'gedeelde caseload' maakte een meer dan gemiddelde zorginspanning mogelijk en stelde mogelijk de uitputting van de medewerkers uit. De onmiddellijke beschikbaarheid van hulpverleners leek bij mevrouw Jansen averechts te werken. De uitwisselbaarheid van de hulpverleners – een belangrijk voordeel van de 'gedeelde caseload' – leidde bij patiënte tot chaotische en dagelijks veranderende afspraken. Het bleek makkelijker om de regie door één hulpverlener te laten voeren.

Tot slot nog een aspect wat bijgedragen kan hebben aan het uit de hand lopen van de begeleiding. Doordat mevrouw Jansen gebruik maakte van de inloopmogelijkheid, werd zij getuige van veel praktische hulp en bijkans vriendschappelijke bejegening van chronisch psychotische patiënten door hulpverleners. Deze sfeer kan door mevrouw Jansen verkeerd begrepen zijn. Hulp die vanuit een soort invaliditeitsgedachte wordt gegeven sluit niet altijd aan bij niet-psychotische chronische patiënten. Een uitgebreidere taxatie van de mogelijkheden van mevrouw Jansen, de voorafgaande hulp en de eventuele persoonlijkheidsdiagnostiek voorafgaand aan de begeleiding had ook geen kwaad gekund.

Abstract

The social psychiatric help for a single woman with an extensive psychiatric history and a personality disorder is described. At first the patient was offered as much help as she wished;

only few demands were posed on her. However, this generous offer seemed to increase her helplessness, suicidal expressions and the number of psychiatric admissions. After a modification of the help policy – more precise agreements and a stronger appeal to her own responsibility – the crises decreased. The conclusion is that for chronic psychiatric patients who do not show psychotic signs clarity and limitation of help are more helpful than unlimited availability of help and taking over responsibilities.

Referenties

- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Colson, D.B., Allen, J.G., Coyne, L., Dexter, N., Jehl, N., Mayer, C.A. & Spohn, H. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital and community psychiatry*, 37, 9, 923–928.
- Dawson, D. & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1987). *Interactive fit; A guide to nonpsychotic chronic patients*. New York: Brunner/Mazel.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorder*. New York: American Psychiatric Press.
- Henselmans, H.W.J. (1993). *Bemoeizorg; ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Delft: Eburon.
- Rotteveel, R.J., Uffing, J.T.F., Vries, E.A.A.M. de, & Romme, M.A.J. (1988). Valkuilen bij de ambulante hulpverlening aan chronische patiënten. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 43, 9, 954–968.
- Velden, K. van der (1992). Persoonlijkheidsstoornissen en de directieve therapie. In: K. van der Velden, *Directieve therapie 4*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Yeomans, F. (1993). When a therapist overindulges a demanding borderline patient. *Hospital and community psychiatry*, 44, 4, 334–336.