



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

Crisisinterventie bij borderline patiënten

Bert van Luyn*

Samenvatting

Borderline patiënten raken snel en vaak in een crisis. Crisisinterventie aan deze groep patiënten vraagt zowel om een begrenzend kader als om een flexibele attitude. Een behandelcontract biedt zo'n kader. Het omschrijft rollen en verantwoordelijkheden en loopt op crises vooruit. Het heeft een preventieve functie en moet voorkomen dat een crisis de behandeling zelf ondergraaft. Bij 'moeilijke' borderline patiënten is een aangepaste invulling nodig. Een flexibele attitude moet garanderen dat recht wordt gedaan aan de grote verschillen tussen patiënten en hun individuele ontwikkeling. Voor het crisisgesprek zelf staan meerdere emotieregulerende technieken ter beschikking. Crises vormen nogal eens een beslissend moment in het motiveren van patiënten hun therapie voort te zetten of een behandeling te starten.

Inleiding

'Ze hebben honger, maar geen trek', schreef Heerma van Voss ooit toen hij de relatie van borderline patiënten tot hun hulpverlener typeerde. Een innerlijk kader ontbreekt, borderline patiënten hebben ons nodig en stoten ons af. Hun psychopathologisch profiel met impulsiviteit, angst, prikkelhonger en wisselvalligheid maakt hen overgevoelig voor crises. We worden – om in de beeldspraak te blijven – dus vaak voor de maaltijd geïnvideerd. Soms overdag, liever rond sluitingstijd of als het donker is.

Dit artikel gaat over crisisinterventie bij borderline patiënten, over wat we meestal beter kunnen doen, of laten, bij onze eigen patiënten, maar ook bij patiënten die bij een collega in behandeling zijn of die hulp ontberen. De nadruk ligt op (psycho)therapeutische interventies; farmacotherapeutische mogelijkheden blijven buiten beschouwing. Daarvoor verwijzen we graag naar Soloff (1998), die richtlijnen formuleerde voor symptoomspecifieke farmacotherapie bij borderline patiënten, en naar Van Meekeren en Korrelboom (2001).

Het profiel van de borderline patiënt

Gevraagd naar hun eerste associatie bij borderline patiënten, geven hulpverleners overwegend negatieve kwalificaties: borderline patiënten manipuleren, overvragen, overschrijden grenzen; borderline patiënten zijn grillig, onbetrouwbaar en dwingend. Als meest aangewezen benaderingswijze wordt dan ook veelal het stellen van grenzen genoemd, een opvatting die zoals verderop zal blijken, maar ten dele juist is.

* DRS. J.B. VAN LUYN, psycholoog/psychotherapeut, is verbonden aan de Symfona Groep, locatie Zon & Schild, Amersfoort. Hij is hoofdbehandelaar van een transmuraal programma voor chronisch psychiatrische patiënten en coördinator van het nascholingsprogramma Psychiatrie in Progressie. Correspondentie: Zon & Schild, Utrechtseweg 266, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.

Borderline patiënten hebben kenmerken waarmee menig maker van talkshows zeer ingenomen zou zijn: ze zijn impulsief, vertonen risicovol seksueel gedrag, misbruiken alcohol en drugs en hebben eetstoornissen. Ze zijn vaak *novelty-seeking*, hebben een voorkeur voor gedragsextremen, kicken op aandacht en kennen hectische interpersoonlijke contacten. Maar er is ook een 'stille', minder sensationele keerzijde: borderline patiënten zijn nauwelijks in staat zichzelf te troosten of tot rust te brengen, met heftige affectmodulatie, stemmingslabiliteit en suicidaliteit als gevolg. Te midden van alle contacten zijn en blijven ze eenzaam, terwijl ze vaak nauwelijks weten wie ze zijn. Ze zijn wanhopig op zoek naar de ander om de innerlijke leegte en onrust te bestrijden. Belangrijke anderen lijken een kameraad, vriend of maat, maar vormen feitelijk hun kader, zij wijzen de weg waar de patiënt vaak het spoor bijster is (Abraham, 1997). Basaal ervaren ze zich als slecht, door niemand te verdragen, en leven ze in de zekerheid dat ze uiteindelijk door iedereen zullen worden verlaten. Hun wensen beleven ze als behoeften, als levensnoodzaak, waarbij ze ervan uitgaan dat niemand werkelijk luistert als dat niet wordt afgedwongen. Zonder het zich goed te realiseren, roepen ze de afwijzing en distantie over zichzelf af.

Aan de buitenkant tonen borderline patiënten vele verschillen – onderling, maar ook van moment tot moment. Vanbinnen is er een overeenkomstige structuur die Kernberg (1984) als de borderline persoonlijkheidsorganisatie omschrijft. Kenmerkend is, aldus Kernberg, het gebruik van zogenaamde primitieve afweermechanismen. Primitieve afweer geeft vaak meer problemen dan hij oplost, omdat hij de werkelijkheid te zeer vertekent. *Splitsing* wordt gezien als basismechanisme: de borderline patiënt kan moeilijk verdragen dat mensen (zijzelf en anderen) goede én slechte eigenschappen hebben, dat aardig en onaardig samengaan in één en dezelfde persoon. Hij splitst de wereld op in goed óf slecht, voor óf tegen. Borderline patiënten zijn slecht in staat tegenstrijdige gevoelens te verdragen, tegengestelde cognities en affecten te integreren tot één geheel. De borderline patiënt mist authenticiteit, een constant zelf, een stabiel zelfgevoel. Hij is niet zozeer de actor van zijn gedrag, maar wordt bepaald door zijn omgeving: hij is contextafhankelijk. Hij vervormt bovendien het acceptabele en goede tot volmaakt (idealiseren), terwijl het mindere als ondermaats, irrelevant of waardeloos (devaluatie) terzijde wordt geschoven.

Ook *loochenen* en *ontkennen* worden gerekend tot de primitieve mechanismen. De patiënt die op verbitterde toon over zijn altijd diskwalificerende vader zegt: 'Hij doet me totaal niets', lost zijn conflict op door zijn *innerlijke* realiteit (hunkering naar erkenning en pijn) te ontkennen. De door zijn partner verlaten, mishandelende patiënt die zijn krenking verzacht door vrouwelijke hulpverleners als kwade genius te zien, ontkent de *externe* realiteit: zijn vrouw zelf wil niet met hem verder.

Projectieve identificatie (ik doe met jou wat ik denk dat je met mij doet), een volgend psychodynamisch concept, maakt begrijpelijk waarom het contact tussen borderline patiënten en hulpverleners zo gemakkelijk verstoord kan raken. Bij projectieve identificatie gedraagt de patiënt zich zo, dat de ander gaat voelen wat de patiënt zelf niet kan verdragen, bijvoorbeeld boosheid. Als de hulpverlener dit verwoordt: 'Je maakt de indruk kwaad te zijn', herkent en erkent de patiënt het onderhavige affect, maar legt vervolgens de verantwoordelijkheid hiervoor bij de hulpverlener: 'Ja, natuurlijk ben ik boos, als jij zo loopt door te zeuren.' Dat de patiënt gevoelens die hij niet kan verdragen, exporteert, is niet het probleem, sterker, het geeft de hulpverlener aanwijzingen voor wat bij de patiënt leeft. Projectieve identificatie wordt tot probleem

als de hulpverlener het mechanisme niet onderkent, maar zijn geannexeerde gevoel tot leidraad van zijn handelen maakt. De hulpverlener reageert dan zijn gevoelens af. Dat kan er bijvoorbeeld toe leiden dat een suïcidaliteitsbeoordeling van een suïcidale, maar zeer irriterende en afwijzende borderline patiënt al na vijf minuten wordt afgebroken; de hulpverlener rechtvaardigt zich achteraf met de opmerking dat iedere patiënt recht heeft op suïcide. Hier wordt agressieve 'tegenoverdracht' gerationaliseerd en in handelen (stoppen van het consult) omgezet.

De realiteitstoetsing bij borderline patiënten is meestal intact, maar broos; onder stress is soms sprake van kortdurend paranoïde ideeën, derealisatie, depersonalisatie en dissociatie. Door hun neiging te 'manipuleren' is het vaak lastig uit te maken wat hun precieze toestand is. Want hoewel borderline patiënten vooral lijden onder hun symptomen, maken ze er ook gebruik van. Ze hebben geleerd dat symptoomgedrag effect heeft en invloed geeft op de omgeving, zonder dat zij zelf volledig verantwoordelijk zijn. Borderline patiënten zijn sterk controlebehoefte en overgevoelig voor elke vermeende inbreuk op hun autonomie. Hun gedrag komt vaak voort uit verzet, terwijl ze nauwelijks weten wat ze wel willen. Het lijken soms kamikazepiloten, die aan hun eigen gedrag ten onder gaan.

De borderline patiënt in crisis

Het borderline profiel predisponeert tot crises; iedere patiënt kent er vele, evenals zijn verwanten die hun leven vaak inrichten om crises te voorkomen. Sommige borderline patiënten zijn chronisch in crisis. In de praktijk laten crises zich het eenvoudigst definiëren als situaties waarbij de patiënt (buiten zijn reguliere afspraken om) een dringend beroep doet op de hulpverlening. Inhoudelijk handelen crises meestal over een combinatie van drie factoren: een aanleiding of gebeurtenis, dreigend gevaar, en een appellerend steunsysteem.

De *aanleiding* bij borderline patiënten betreft vaak een vermeend verlies: de patiënt voelt zich in de steek gelaten en doet, zoals de DSM-IV (APA, 1994) dat zo mooi omschrijft, krampachtige pogingen om te voorkomen dat hij daadwerkelijk wordt verlaten, met uit de hand lopende ruzies en vechtpartijen, suïcidale dreigingen of suïcidepogingen als gevolg. Soms is er een reëel verlies: de zoveelste partner houdt het voor gezien, een medepatiënt pleegt suïcide, een belangrijk familielid overlijdt, de vaste hulpverlener heeft een andere werkgever. Het gevolg is een stuwing van vaak heftige tegenstrijdige gevoelens, die de patiënt kan verdragen noch bestrijden. In deze situaties zien we met name bij ernstig getraumatiseerde borderline patiënten veelal dissociaties, toenemende suïcidaliteit, de angst suïcidale impulsen niet meer te beheersen en (een neiging tot) automutilatie.

Overigens is er lang niet altijd een directe aanleiding. Borderline patiënten rapporteren zelf dat het zich in de maatschappij staande houden zoveel inspanning vraagt, dat na verloop van tijd de energie simpelweg op is. Ze hebben dan even een vrijplaats nodig, die ze nogal eens menen te vinden in een psychiatrische opname. Het gaat dan gemakkelijk mis als deze wens als eis wordt gepresenteerd, en de patiënt een hulpverlener treft die meent dat je borderline patiënten niet moet opnemen.

Het (dreigend) *gevaar* is bijna altijd de (dreigende) impulsdoorbraak: een in handgemeen escalerend conflict met direct betrokkenen, (dreigend) automutileren of suicidaliteit. Bij de suïcidedreiging is het meestal niet de bedoeling dood te gaan, maar moeten anderen iets doen (het probleem oplossen, opnemen) of laten (weggaan). Overigens blijft het zaak zich te realiseren dat de incidentie van suïcide bij borderline patiënten ergens tussen de vier en tien procent ligt (Van Heeringen, 2000). Bovendien is er altijd het risico van de niet-beoogde, maar wel feitelijke dood vanwege het excessieve middelenmisbruik, en het daarmee samenhangende impulscontroleverlies. Borderline patiënten met een voorgeschiedenis van misbruik, eerdere suïcidepogingen en dissociatie als belangrijk symptoom, lopen een verhoogd risico, evenals patiënten met affectieve stoornissen en gelijktijdig middelenmisbruik (Van Heeringen, 2000).

Méer nog dan bij andere psychiatrische stoornissen is het *steunsysteem* vaak uitgeput. Veel ouders van borderline patiënten gaan al jaren niet meer met vakantie uit angst voor escalaties en suïcidedreiging. Ze rapporteren tegenstrijdige gevoelens, met name voor zorg en machteloze woede, en hebben grote moeite hun eigen leven af te schermen. Door de professionele hulpverlening voelen ze zich tekortgedaan. Een opname van de patiënt is soms de enige manier waarop ook zij even rust krijgen. Een ongenuanceerd non-opname beleid ten aanzien van borderline patiënten doet hun daarom geen goed. Borderline patiënten die te lang ambulante worden behandeld, dreigen op den duur te worden uitgestoten door hun uitgeputte steunsysteem.

Bij de ziekste borderline patiënten is er nauwelijks steunsysteem over. Ze vallen terug op medepatiënten, hulpverleners en de huisarts. De huisarts handelt veel crisissituaties zelf af en doet dat doorgaans adequaat. Dreigende borderline patiënten, zeker in de waarnemings situatie, horen evenwel niet tot zijn favorieten. Het risico van onderschatting en onderaanbod ligt op de loer. Crisisdiensten dienen in die situaties gemakkelijk toegankelijk te zijn. Crisisinterventie bij borderline vraagt nu eenmaal specialistische kennis.

Crisisinterventie bij borderline patiënten

De impulsiviteit en neiging tot zelfdestructie vormen een voortdurende dreiging voor de behandeling van borderline patiënten. Temeer, omdat de manier waarop de therapeut wordt beleefd frequent verandert: idealisatie en devaluatie van de therapeut wisselen elkaar gemakkelijk af. Zeker in crisissituaties staat de voortgang van de behandeling onder grote druk. Crisisinterventie bij borderline patiënten vraagt dan ook een helder, begrenzend kader, een flexibele attitude en een set specifieke interventies en technieken. Het behandelingscontract is zo'n kader. We zullen er uitgebreid bij stilstaan, omdat het zo'n belangrijk preventief instrument is.

Het behandelingscontract

Elke invloedrijke borderline therapiestroming benadrukt de noodzaak van een vorm van behandelingscontract. Het behandelingscontract is een preventief instrument; het voorkomt weliswaar niet het optreden van crises – die zijn onvermijdelijk – maar helpt voorkomen dat een crisis zo uit de hand loopt dat de behandelrelatie ernstig gevaar loopt.

Yeomans, Selzer en Clarkin (1992) geven een goed overzicht van de kenmerken, functies en toepassing ervan. Het contract wordt opgesteld vóóordat de behandeling begint, in relatieve rust. Het dient als leidraad en houvast in roerige tijden, primair in het contact met de eigen patiënt, maar het is ook een handvat voor crisiscontacten met patiënten die elders in behandeling zijn. Het belangrijkste doel ervan is zorgen dat de voortgang van de behandeling wordt gegarandeerd. Het contract, met andere woorden, beschermt de behandeling tegen de destructieve impulsen van de patiënt, en niet het leven van de patiënt. Dat is zijn eigen verantwoordelijkheid. Behandeling, of die nu op zogenaamde structurele verbetering of betere aanpassing is gericht, impliceert enige verandering, waarbij de hulpverlener een wat afstandelijke, neutrale houding aanneemt. Het contract moet ervoor waken dat de hulpverlener door de levensbedreigende acties van de patiënt, evenals netwerkleden of verwanten, rechtstreeks betrokken raakt in de turbulentie van het leven van de patiënt. Als dat wel gebeurt, en de hulpverlener in de reddersrol terecht komt, verliest hij zijn functie als therapeut.

Een behandelingscontract is een overeenkomst en komt in samenspraak met de patiënt tot stand. Het is een vorm van pretherapie, die de kans op een succesvol verlopende behandeling moet vergroten. Het is geen wurgcontract, geen dictaat en kent geen kleine lettertjes. Het opstellen en uitonderhandelen van zo'n overeenkomst kost tijd en kan meerdere sessies omvatten, soms veel langer. Een goed begin is hier zeker het halve werk. De overeenkomst kan, maar hoeft niet schriftelijk te worden vastgelegd.

Functies van het behandelingscontract

Het contract omschrijft rollen en verantwoordelijkheden. Dat heeft alleen zin als ook wordt besproken wat behandeling, therapie of begeleiding inhoudt. Met name in de sociaal-psychiatrische praktijk – de plaats waar de ziekste borderline patiënten worden behandeld – heeft dit aspect naar onze ervaring te weinig aandacht. Hulpverleners, vaak sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, leggen de nadruk op hun eigen rol en omschrijven die ten opzichte van patiënten eenzijdig als *steun* en *klankbord*. Dat reduceert behandeling gemakkelijk tot een te passieve onderneming, zowel van de kant van de patiënt, als van de hulpverlener. Therapie, behandeling, maar ook sociaal-psychiatrische begeleiding is ook: zicht krijgen op patronen, inzicht krijgen in behoeften en beweegredenen, vaardigheden leren, oefenen, proberen te veranderen, beter leren leven met beperkingen, méér sociale rollen oppakken dan alleen die van patiënt. Woorden als: coach, consulent, raadsman lijken in de sociaal-psychiatrische praktijk dan ook meer op hun plaats, omdat ze verwijzen naar een tegenpartij die zelf ook iets wenst. Het behandelingscontract benadrukt die eigen verantwoordelijkheid, de noodzaak tot participatie: vrijwillig, maar niet vrijblijvend, rechten en plichten. Van de patiënt mag enige bereidheid tot samenwerking worden gevraagd. Dat betekent minimaal op de afgesproken zittingen komen en verwoorden wat in hem speelt in plaats van het afreageren van gevoelens.

Het behandelingscontract anticipeert op risico's die uit de voorgeschiedenis bekend zijn. Het probeert gedragalternatieven te zoeken voor die momenten waarin de (zelf)destructie de overhand krijgt. Dat betreft suïcidepogingen, ernstige automutilatie, bedreigingen van de therapeut, wegblijven en afspraken ontlopen. Kortom alle gedrag dat de voortgang ernstig verstoort (Linehan, 1993). De gedragalternatieven betreffen meestal voor de hand liggende acties, als het tijdig inroepen van hulp (van het eigen

netwerk, de hulpverlener, crisisdienst, verpleegkundige op de afdeling, enz.), het vermijden van situaties die te veel spanning oproepen en het ondernemen van activiteiten die enige ontspanning geven. In die zin is het behandelingscontract een opzet naar een crisisplan, een plan dat concreet aangeeft wat een patiënt bij crises kan doen (Van Meekeren, 2000). In de contractfase gaat het er evenwel om dat de patiënt inziet dat het volgen van de destructieve impuls niet de enige mogelijkheid is, maar dat er keuzen en alternatieven zijn in plaats van het passief ondergaan van een toestand; én het gaat erom dat hij daarnaar wil handelen. Meestal kan pas gaandeweg de feitelijke behandeling precies in kaart worden gebracht welke gedragssequenties aan het destructieve gedrag voorafgaan, wat uitlokkende factoren zijn, welke intermediaire cognities optreden. Dan kan een gedetailleerd crisis- en signaleringsplan worden opgesteld.

De belangrijkste functie van het behandelingscontract is dat het een leidraad vormt bij recidive. Het contract formuleert wat de gevolgen zijn als de patiënt het alternatieve gedrag nalaat en terugvalt in zijn oude gedrag. Het formuleert ook, en met name, wat er gebeurt indien de patiënt dit bij herhaling doet. Op recidive volgen één of meer waarschuwingen, afhankelijk van de aard en ernst van het betreffende gedrag. Aanhoudende terugval in destructief gedrag betekent uiteindelijk – eventueel via schorsingen – stoppen van de behandeling. Het is van groot belang aandacht te besteden aan hoe de patiënt dergelijke maatregelen ervaart, en er in de contractfase op vooruit te lopen dat het gevoel van afwijzing de boventoon zal voeren. Stoppen, of tijdelijk onderbreken van de behandeling, is geen straf of extreme eis van een hardvochtige hulpverlener; het is ook geen teken dat de patiënt is ‘afgeschreven’. Stoppen betekent enkel dat de patiënt *op dit moment* niet in staat is tegemoet te komen aan de voorwaarden die *deze* behandeling stelt.

De toepassing van het behandelcontract, enkele voorbeelden

De wijze van toepassing van het behandelcontract is niet altijd gelijk, maar hangt onder meer samen met de gekozen behandelvorm en de stijl van de therapeut. Hellinga, Van Luyn en Dalewijk (2000) interviewden een aantal prominenten op het gebied van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Aan ieder werd de vraag voorgelegd wat men zou doen als een eigen patiënt midden in de nacht zou bellen en met suicide dreigen, en dit zich niet tot die ene keer zou beperken. De antwoorden toonden onderlinge methodische verschillen, maar ook belangrijke overeenkomsten.

Otto Kernberg, exponent van de psychodynamische expressieve therapie, antwoordde dat hij de patiënt die blijft dreigen met suicide, zou houden aan het contract, tenzij sprake was van een ernstige depressie. Zijn contract houdt in dat de patiënt zich bij een crisisdienst meldt en zich zonodig laat opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis, als hij zijn impulsen niet onder controle heeft. Zijn boodschap aan de patiënt zou duidelijk zijn: ‘Je hebt je onder controle of je laat je opnemen.’ Als de patiënt inmiddels potentieel dodelijke acties had ondernomen, zou hij zeker interveniëren, maar: ‘Ik doe alles om zijn leven te redden. Als dit de eerste keer is, treed ik op en red ik zijn leven en zeg ik hem: “Als je dit nog eens doet, stopt de therapie.” Als dit de tweede keer is, handel ik, red ik zijn leven en verwijst hem vervolgens naar iemand anders. Daar heb ik geen problemen mee.’

Kernbergs opstelling wordt nogal eens als te strikt beschouwd (onder andere Adler, 2000). Rockland (1992) stelt dat de meeste borderline patiënten beter op ondersteunende interventies reageren. Een voorbeeld van een meer ondersteunende benadering gaf Salman Akhtar, een van origine Indiase psychiater, die verschillende psychodynamische uitgangspunten integreert. Hij prefereert een opstelling die meer aansluit bij de actuele ontwikkeling van de patiënt ('developmentally optimal availability') en sluit geen enkele interventie uit. Zo nodig heeft hij midden in de nacht een *face to face*-contact met de patiënt. Ook hij verandert van strategie als dit vaker dreigt te gebeuren: 'Maar als je regelmatig gevraagd wordt dit te doen, mist er iets aan de behandeling, of is de aangeboden behandeling überhaupt niet de juiste.'

Marsha Linehan, die de Dialectische Gedragstherapie ontwikkelde, is ook buiten kantoortijden voor patiënten in crisis bereikbaar. De patiënt moet er evenwel rekening mee houden, dat zij 'thuis' is en uit haar humeur kan zijn. Als de patiënt dat niet kan verdragen, moet hij maar niet bellen. Bovendien is elke vorm van 'therapieverstoring gedrag', zoals te frequent bellen, een focus in de eerstkomende therapiezitting. Ofwel: ook hier is de behandelaar allesbehalve een goedwillende buurvrouw. Overigens zou haar nachtelijke interventie beginnen met een gedegen risicoanalyse: heeft de patiënt de beschikking over wapens (we hebben het tenslotte over de Verenigde Staten), is het wapen geladen, is er iemand aan wie de patiënt dat kan afgeven, enzovoort. 'Als ze bang waren dat zij zichzelf van het leven zouden beroven, zou ik hen helpen *zichzelf te beschermen*.'

Jeffrey Young, grondlegger van de zogenaamde *schema-focused therapy*, een uit de cognitieve therapie voortkomende, in de praktijk eclectische benadering, sluit evenals Akhtar geen enkele interventie uit. Meer dan wie ook, staat hij daarbij een persoonlijke benadering voor. Hij voelt en toont zich als persoon betrokken. Hij laat patiënten weten dat hun suïcidaliteit hem persoonlijk raakt en heeft zonodig dagelijks crisiscontacten. Als de situatie zich evenwel alsmat herhaalt, stelt ook Young grenzen: 'Als je er echt zo slecht aan toe bent als je zegt, is het op dit moment niet juist voor mij om je ambulante te behandelen. We kunnen doorgaan als je uit het ziekenhuis komt en niet langer dagelijkse steun nodig hebt.'

De voorbeelden maken in hun overeenkomst duidelijk waar het bij het behandelcontract in essentie om gaat: zowel de patiënt als zijn therapeut moeten zich ervan bewust zijn dat er een grens is tussen patiënt en hulpverlener. De patiënt moet weten dat er een eigen verantwoordelijkheid is; de therapeut moet zich realiseren dat het uiteindelijk de patiënt is die beslist over leven of dood. De patiënt is niet gebaat bij een hulpverlener die op kritische momenten de reddersrol op zich neemt. Het voorkómen van alle risico is kortetermijnpolitiek en verkleint de kans op verandering. Gemakkelijk is deze houding niet. Dat vraagt teamwork, onderlinge openheid, intervisie, doorspreken van risico's op meerdere niveaus in de behandelorganisatie en transparantie ten aanzien van andere betrokkenen: familie, huisarts, inspectie, enzovoort. Maar het loont de moeite: John Clarkin (2000), een van Kernbergs naaste onderzoekers, stelde dat naar zijn indruk therapeuten die het contract nauw naleven, de minste recidive hebben.

Het behandelcontract bij ‘moeilijke’ borderline patiënten

Niet alleen persoonlijke stijl en behandelmethode bepalen de verschillen in de toepassing van het behandelcontract; de ernst van de pathologie speelt vanzelfsprekend een doorslaggevende rol. Hoe zieker de patiënt, hoe multimodaler de behandeling moet zijn (Livesley, 2000). Stone (2000) maakte in dit verband de prachtige vergelijking:

‘Analytic therapy plus behavioral therapy plus cognitive therapy plus drug therapy equals the kind of eclectic therapy which is needed for the treatment of severe personality disorders’, afgekort: $a + b + c + d = e$.

Bij de zogenaamde *higher level* borderline patiënten, die vaak een vorm van psychotherapie krijgen geboden, is een strikte toepassing van het behandelcontract in de regel goed mogelijk. De behandelaar houdt contacten buiten de reguliere sessies beperkt en verwijst bij crises naar het contract; hij bespreekt, analyseert en interpreteert een recidive in de reguliere sessies. Bij herhaling schorst hij de behandeling om, als ook dat geen verandering biedt, uiteindelijk met de behandeling te stoppen en de patiënt te verwijzen.

Bij de veel defectueuzer borderline patiënten uit de sociaal-psychiatrische praktijk ligt dat natuurlijk ingewikkelder. Deze patiënten hebben een beperkte impulscontrole, nauwelijks autonomie, geen werk, geen steunsysteem, hoog frequent wisselende relaties, en een rijke, enerverende psychiatrische geschiedenis met veel opnames. Het middelenmisbruik is hoog. Het verwijzen naar een andere vorm van hulp is bij deze patiënten niet meer aan de orde; de begeleiding is al het eindstation, alternatieve programma's ontbreken eenvoudig (Van Luyn, 2000). Wat dan wel?

In de eerste plaats vraagt (toepassing van) het behandelcontract bij deze groep meer validering en uitleg. Borderline patiënten uit de sociaal-psychiatrische praktijk zijn zo gevoelig voor afwijzing, voor het betrekkingaspect van de communicatie, dat de inhoud ervan al snel verloren gaat. De contractbespreking en de behandeling zelf vragen bij deze patiënten bij voortduring metacommunicatie, verduidelijking van intenties, en alertheid op het verkrijgen van daadwerkelijke commitment: ‘Ja, maar...’ is niet genoeg. Het motiveren en gemotiveerd houden van deze patiënten vraagt veel tijd.

Bij het zoeken naar alternatieven voor het levens- en therapiebedreigende gedrag is een actieve, meedenkende en adviserende opstelling van de hulpverlener nodig. Het is wenselijk voortdurend te anticiperen op *worst-case-scenario's*: situaties waarvan de voorgeschiedenis van de patiënt toont dat hij wel *wil*, maar nauwelijks *in staat is* zijn afspraken na te komen.

Bij de bespreking van recidive is niet inzicht, maar uitzicht het parool. De recidive kan benoemd worden als een gemiste kans op meer zelfbeschikking en autonomie, maar ook als een nieuwe kans: een mogelijkheid om uit te zoeken hoe het beter kan.

Het *aanhoudend* recidiveren is geen reden tot stoppen van de behandeling. Er is immers geen alternatief en de patiënt zorgt er toch wel voor dat hij gehoord wordt: via de huisarts of de crisisdienst. De hulp verandert evenwel van karakter. De hulp is geen behandeling meer, geen begeleiding, maar enkel opvang en crisisinterventie. Er is

weliswaar geen groei, maar dat betekent niet dat er geen contact meer is. Overigens is het geenszins bezwaarlijk de reddersrol te hebben, zolang die rol maar zowel voor de patiënt en de hulpverlener duidelijk is. De patiënt blijft bovendien aangespoord het anders te proberen: nieuwe ronde, nieuwe kansen. Zonodig wordt een deelcontract gesloten.

Casus: Katja

Katja is een getraumatiseerde borderline patiënte met een geschiedenis van gruwelijk seksueel misbruik. Zij is al wekenlang gesepareerd vanwege verregaande, levensbedreigende automutilatie. Een volledige patstelling dreigt: het separeren lost niets op, ze beschadigt zich zelfs in de separeerruimte met behulp van een puntenslijpermesje dat ze heeft meegesmokkeld. Katja geeft aan uit de separeer te willen, maar beschadigt zichzelf zodra ze meer vrijheden heeft. Het verpleegkundig team ontloopt contacten met haar. De behandelstaf besluit te proberen een deelcontract af te sluiten. Er komt een zitting onder leiding van een niet aan de afdeling verbonden psycholoog. Als doel wordt geformuleerd: het vinden van een uitweg uit deze voor iedereen onoverwikkelijke impasse. Hiertoe uitgenodigd, verwoordt patiënte haar wens uit de separeerruimte te mogen; zij ontkent dood te willen, maar het leven een kans te willen geven. Haar behandelaar wil deze wens honoreren. Op verzoek van de voorzittend psycholoog geeft hij aan welke verbetering hij haalbaar acht en welke voorwaarden hiertoe noodzakelijk zijn. Er wordt in algemene zin gesproken over het onvermogen van hulpverleners ook maar iets uit te richten, als elke bereidheid tot samenwerking bij een patiënt ontbreekt. Katja zegt zich wel degelijk te willen inzetten, maar niet te weten hoe. Als zij vervolgens bij het uitwerken hiervan neigt te dissociëren, wordt zij er onmiddellijk mee geconfronteerd dat dit geen blijk van inzet is, 'ook al zien we dat je het erg moeilijk hebt'. Uiteindelijk wordt een overeenkomst bereikt, die inhoudt dat Katja de separeerruimte kan verlaten, met de toezegging dat zij de verpleging inroept als zij haar impulsen niet denkt te kunnen hanteren. Dezelfde nacht automutiliert zij evenwel opnieuw en wordt ze weer gesepareerd. De volgende dag volgt, weer onder leiding van de niet rechtstreeks betrokken psycholoog, een gesprek waarin wordt onderzocht waarom patiënte zich niet aan de overeenkomst heeft gehouden. Met veel nadruk wordt er weer op gewezen dat hulpverlening absoluut kansloos is zonder medewerking van de patiënt. Na veel aanhouden blijkt uiteindelijk dat Katja bang is, als zij 's nachts een beroep moet doen op mannelijke verpleegkundigen. Als wordt geregeld dat steeds een vrouwelijke verpleegkundige voor haar bereikbaar is, wordt een nieuwe overeenkomst gesloten.

Een vorm van schorsing is wel degelijk mogelijk. Daarbij kan het inschakelen van derden een nuttige optie zijn. Er zijn verschillende mogelijkheden via derden te proberen een impasse te doorbreken:

- *Consultatie, intervisie of supervisie* voor de hulpverlener. Kan de hulpverlener zijn gedrag veranderen; bekrachtigt hij ongewenst gedrag, is hij burnt-out ten opzichte van deze patiënt, is er werkelijk geen adequaat behandelaanbod, of heeft de therapeut zich laten meeslepen door de onmachtsgedvoelens van de patiënt?
- *Externe evaluatie met de patiënt*. Een evaluatie van het verloop van de hulpverlening door een niet rechtstreeks betrokken collega, bijvoorbeeld de teamleider, of een deskundige uit een ander team. Deze kan vanuit een relatief neutrale positie met de patiënt bespreken wat misloopt, welke motieven daarbij meespelen,

psycho-educatie geven, of toelichten waarom hulpverleners doen wat ze doen. Zo'n evaluatie kan in overleg met de eerstverantwoordelijke hulpverlener leiden tot bijstelling van de plannen.

- *Suprasysteemoverleg* met alle betrokken hulpverleners. In deze situaties spelen immers bijna altijd meerdere hulpverleners of instellingen een rol. Zo'n overleg, dat in kaart brengt wat ieder doet en welke problemen men ontmoet, levert vaak nieuwe gezichtspunten op, soms pijnlijke discrepanties die om betere afstemming vragen.
- *Consultatief betrekken van netwerkleden*. De problemen die men in de behandeling ontmoet en de mogelijkheden die ter beschikking staan, worden besproken met relevante netwerkleden met het verzoek mee te denken over de minst slechte oplossing. Zo'n bespreking levert soms verrassende perspectieven, of minimaal steun en begrip van betrokkenen voor het bestaande beleid.
- *Overdragen van de hulp aan een ander*, of de hulp met meerderen bieden (team-casemanagement), zijn oplossingen die hun waarde in de praktijk vaak hebben bewezen. Bij team-casemanagement verdunt de overdracht én de tegenoverdracht.

Een bijzondere variant van 'gedeeld hulpverlenerschap' is nuttig bij patiënten die min of meer chronisch in crisis zijn en zich daarbij voortdurend op de grens van dwang, middelen en maatregelen begeven. De rollen van behandelaar en 'scheidsrechter' zijn in die situaties bijna onverenigbaar. Te prefereren is dan een systeem van twee hulpverleners, één verantwoordelijk voor de maatregelen, en één die als het ware naast de patiënt staat en met hem bespreekt hoe en waarom zijn opstelling steeds tot escalaties en tegenstellingen leidt.

Overigens zijn topdeskundigen het erover eens dat ook het voorschrijven van psychofarmaca bij borderline patiënten beter aan een derde kan worden toevertrouwd. Psychofarmaca hebben zo'n aantrekkingskracht dat het bijna vragen om manipuleren en strijd is, als de (psychotherapeutische) behandelaar tevens de prescriptor is (Internationaal congres persoonlijkheidsstoornissen Genève, 1999).

Een flexibele attitude

Naast het behandelcontract dat kader geeft, vraagt crisisinterventie bij borderline patiënten om een attitude die ruimte biedt. Akhtar (2000) verwoordt die grondhouding als 'developmentally optimal availability'. Zijn verwijzing naar een ontwikkeling impliceert continuïteit, een langdurige relatie, groei en perspectief: toenemende separatie en autonomie. De toevoeging 'optimaal' begrenst: het is geen volledige beschikbaarheid (de verwennende ouder), maar ook geen onbereikbaarheid (de afwezige ouder). Het is een beschikbaarheid die aan een moment, fase of taak gebonden is. Zo'n attitude sluit geen enkele interventie uit, maar voegt zich naar waar de patiënt nu staat. Ze varieert van het sturen van de politie, het verwijzen naar de volgende afspraak, het vervroegen van een sessie, een gesprek midden in de nacht, tot psychiatrische (dwang)opname, waarbij tijdelijk elke autonomie wordt ontkend. De patiënt die aan het begin van de behandeling de grenzen aftast, krijgt een antwoord, maar wordt kort gehouden; de patiënt die gaandeweg de behandeling begint te voelen wat hij heeft gemist en een 'verlatingsdepressie' doormaakt, krijgt ruim steun en extra contacten als zijn suicidaliteit toeneemt. De patiënt die enkel buiten de reguliere afspraken verschijnt, wordt conform het behandelingscontract de wacht aangezegd; zijn behandeling wordt opgeschort. De altijd overvragende patiënt die doorgaans sterk

wordt begreemd, krijgt de mogelijkheid vaker te bellen nu een belangrijk lid uit zijn steunsysteem in het ziekenhuis ligt. De patiënte die geconfronteerd wordt met het overlijden van de stiefvader die haar misbruikte, krijgt extra gesprekken; de marginaal functionerende borderline patiënt die in zijn zelfstandig bestaan weer toenemend vastloopt, wordt opgenomen.

Casus: mevrouw Peters

Een flexibele attitude betekent ook dat er soms niet wordt opgenomen in situaties die daarvoor normaliter alle aanleiding geven:

Mevrouw Peters heeft een lange psychiatrische opnamegeschiedenis met langdurige separaties achter de rug. Na een behandeling in een zogenaamde Kliniek voor Intensieve Behandeling is zij weer naar huis teruggekeerd. Zij is gehuwd en heeft drie kinderen. Nadat zij bericht heeft ontvangen van het overlijden van het familielid dat haar ooit seksueel misbruikte, raakt ze in een ernstige crisis die haar altijd sluimerende suicidaliteit activeert. In een crisisgesprek dissocieert zij als het misbruik en de gevolgen ervan ter sprake komen. Met direct aanspreken en verandering van onderwerp komt zij weer bij de tijd, zij het nog steeds angstig. Ondanks het verhoogde suïciderisico besluit haar behandelaar, in goed overleg met mevrouw Peters en haar aanwezige echtgenoot, niet tot opname. De angst voor weer een verregaande regressie in de kliniek is groot en reëel. Er wordt besloten tot een intensief ambulante contact met dagelijkse ondersteuning door een aan mevrouw Peters bekende thuiszorgverpleegkundige.

Specifieke interventies en technieken

Binnen het raamwerk van het behandelingscontract, en met de gewenste lenigheid van geest, zijn er specifieke interventies en technieken die een crisiscontact in goede banen kunnen leiden.

Vooropgesteld zij, dat elk crisiscontact begint met een zo objectief mogelijke risicobeoordeling. De aanwezigheid van een crisis- en signaleringsplan is hierbij van grote waarde. Want een goed plan geeft, naast richtlijnen, een helder beeld van de patiënt in 'gewone' doen, verschaft een standaard waartegen eventuele veranderingen kunnen worden onderkend: afwijkingen in het gedragspatroon, het optreden van bijzondere gebeurtenissen, het wegvallen van een steunsysteem en een snellere opeenvolging van bepaalde gedragingen.

Een adequate risicobeoordeling kost tijd, bij borderline patiënten wellicht nog meer dan bij andere patiënten. Onderzoek van onder andere Stone (1990) laat een hoger risico zien voor patiënten die een ernstige depressie doormaken, excessief middelen misbruiken, geconfronteerd worden met ingrijpende gebeurtenissen (waaronder overplaatsing!), bekend zijn met dissociatie en een geschiedenis van ernstig misbruik en eerdere suïcidepogingen. Er is ook een verhoogd risico bij patiënten zonder steunsysteem.

Bij borderline patiënten die zich vaak in crisis aanmelden en daarbij ageren tegen de hulpverlener en hulpverlening, dreigt het gevaar dat onmacht of irritatie het gedrag

van de hulpverlener gaan bepalen, met een onvolledige beoordeling en onderschatting als mogelijke consequenties. Het zoeken naar betrouwbare informatie en informatiebronnen is dan ook van groot belang. Naast het crisisplan, kunnen verwanten of netwerkleiden, de huisarts of eventueel de politie vaak nuttige informatie verstrekken. Vaak zijn zij al betrokken geweest bij het uitwerken van het crisis- en signaleringsplan (Van Meekeren, 2000). Zeker bij onduidelijkheden, discrepanties of twijfel is het zaak eerst pas op de plaats te maken en te zoeken naar meer gegevens, alvorens tot interventie over te gaan.

Bij de interventies zelf zijn het behandelcontract en het crisisplan richtinggevend. Nogmaals moet worden gesteld dat het contract weinig verandering toestaat: het is het psychologisch fundament van de behandeling. Het crisisplan is inwisselbaar en wordt vervangen als er een beter alternatief is. Het is er evenwel niet voor niets: het bevat richtlijnen die bij voorkeur gevolgd worden. Als men ervan afwijkt, dient dat beredeneerd te zijn, bijvoorbeeld omdat sprake is van onvoorziene omstandigheden.

Een crisiscontact met een eigen patiënt vraagt een voortdurende afweging tussen korte- en langetermijndoel: interventies die weliswaar de crisis oplossen, maar de voortzetting van de behandeling en de behandelrelatie bedreigen, zijn ongewenst.

Casus: Marit

Marit is een redelijke functionerende borderline patiënte. Ze is 26 jaar oud en al geruime tijd in psychotherapie. Momenteel maakt zij een depressie door waarvoor zij antidepressiva krijgt voorgeschreven. Tussen de behandelafspraken door belt ze haar therapeut. Op indirecte wijze laat ze weten dat zij het restant van haar medicijnen heeft geslikt. Haar therapeut stelt, na overleg met de psychiater die verantwoordelijk is voor de farmaca, dat zij zich bij de afdeling Spoedeisende hulp moet vervoegen vanwege potentiële hartritmestoornissen. Marit weigert. De therapeut interpreteert het gedrag van deze altijd exclusiviteit claimende patiënte als een poging hem in een zorgende rol te trekken. Hij spreekt zijn begrip uit voor haar gevoel alleen te zijn, maar wijst haar erop dat zij degene is die stappen moet ondernemen. Marit volhardt in haar weigering. De therapeut wil dit ongewenste gedrag niet bekrachtigen met directe bemoeienis zijnerzijds. Vanwege het aanwezige gevaar vraagt hij evenwel de crisisdienst op huisbezoek te gaan. De crisisdienst honoreert dit verzoek en zorgt ervoor dat patiënte de gewenste medische behandeling krijgt. In de eerstvolgende therapiezitting bespreekt de therapeut Marits gedrag en achterliggende motieven. Hij benadrukt dat haar gedrag haaks staat op haar wens minder afhankelijk van anderen te zijn en dat ze zo haar eigen therapie ondergraaft.

Indien het niet een eigen, maar andermans patiënt betreft, is ondersteuning van diens behandellijn en de behandelrelatie gewenst. Daarbij is de vraag aan de orde waarom de patiënt niet zijn eigen behandelaar heeft gebeld, of, wanneer het buiten kantoor tijden is, waarom de patiënt niet eerder aan de bel heeft getrokken. Het is raadzaam terughoudend te zijn met elk aanbod dat de behandeling elders kan ondergraven en openheid te stimuleren indien de patiënt zich negatief uitlaat over zijn therapeut. Uitleg over wat in een lopende behandeling kan gebeuren, over verschillen in de beleving van borderline patiënten en de bedoelingen van de therapeut zijn hierbij nuttig. Psycho-educatie en psychotherapie-educatie gaan goed samen.

In crisissituaties staat uiteindelijk de veiligheid van patiënten voorop. Als de patiënt zijn impulsen onvoldoende onder controle heeft, zijn allerlei interventies mogelijk: het vervroegen van de eerstkomende reguliere sessie, een overbruggingscontact bij de crisisdienst, een beroep op het steunsysteem, een opname. Bij het inschakelen van een steunsysteem dient niet alleen de bereidheid, maar ook de competentie van het systeem te worden gewogen. Het is dan ook aan te raden om altijd zelf contact op te nemen met het systeem en dit niet aan de patiënt over te laten.

Dat een psychiatrische opname bij sommige borderline patiënten een ongewenste regressie oproept, is in de praktijk te gemakkelijk vertaald in de stelling dat men borderline patiënten niet moet opnemen. Die opstelling heeft tot veel improductieve strijd over de behandelsetting geleid en patiënten meer kwaad dan goed gedaan. Het afhouden van een door de patiënt gewenste opname heeft meestal escalatie tot gevolg, waarna de patiënt alsnog wordt opgenomen. Een dergelijke sequentie bekrachtigt basale cognitieve schema's over intermenselijk gedrag: 'Niemand luistert ooit naar je', 'Als je iets wilt, moet je het afdwingen', 'Ik ben ongewenst'. Het is beter voor- en nadelen van een eventuele opname in openheid met de patiënt door te spreken. Hulpverlening aan borderline patiënten omvat alle echelons. Ook de wel gebruikte x-rittenkaarten (de patiënt mag zich in een bepaalde periode een omschreven aantal keren laten opnemen) geven in de praktijk soms evenveel problemen als ze oplossen. Voor een sensatiegerichte borderline patiënt wordt de laatste keer pas echt interessant, en wat te doen als de patiënt wordt opgenomen na het overlijden van een belangrijk familielid: telt die mee in het aantal?

Spanningsreducerende technieken

Tot slot zijn er spanningsreducerende technieken, die hier puntsgewijs aan de orde komen.

Het is van belang alert te zijn op het betrekkingaspect van de communicatie: begrip tonen, valideren, en transparantie over de eigen intenties zijn haarlemmerolie in elk crisisgesprek, zeker bij borderline patiënten, die zich zo snel afgewezen voelen.

Het reflectievermogen bij borderline patiënten is veelal matig ontwikkeld: het helpt hen dan ook als de therapeut op een actieve manier mogelijke verbanden laat zien tussen de huidige gemoedstoestand en actuele gebeurtenissen of context. Ook hiertoe is dossierkennis of anamnestiche informatie van anderen nuttig.

De borderline patiënt is niet zozeer de actor van zijn gedrag, maar hij wordt bepaald door de situatie waarin hij zich bevindt. Als die situatie zo uitzichtsloos voelt, is het goed het tijdelijke karakter ervan te benadrukken, '...ook al ervaar je dat nu niet zo'.

Als de borderline patiënt zich verliest in zijn gevoel, zijn eenvoudige correcties meestal afdoende: 'Ik zie dat je gaat dissociëren, dat is niet goed voor je, houd je hoofd er maar bij.' Tijdelijk een ander onderwerp kiezen, maakt het de patiënt gemakkelijker om dat te doen.

Het helpt patiënten te vragen na te denken, bijvoorbeeld over hoe hij een dergelijke crisissituatie eerder wel te boven kwam, of om te vragen naar adviezen die belangrijke anderen hem op dit moment zouden geven.

Nadenken wordt ook gestimuleerd door een als massaal beleefde onmacht op te delen in concrete deelproblemen, hierin prioriteiten te stellen en te zoeken naar wat de patiënt wel, in plaats van niet kan.

Een geëmotioneerde patiënt komt het best tot rust als hij eerst gelegenheid heeft gehad stoom af te blazen, vervolgens begrip ontvangt over zijn gemoedstoestand, om pas daarna gestimuleerd te worden naar nuancering te zoeken. 'Ventilate, validate, reality testing', in de woorden van Jeffrey Young. Hulpverleners zijn geneigd die volgorde om te keren, of te snel te gaan.

Indien de patiënt vanuit zijn heftige emoties de grenzen van de hulpverlening, zijn instelling of medepatiënten overschrijdt, past een onmiddellijke correctie, bij voorkeur met een gelijktijdige validering van het gevoel van waaruit het grensoverschrijdend gedrag voortkomt. 'Ik begrijp dat je je in de steek gelaten voelt, en dat dat onverdraaglijk is, maar met koffie gooien kan absoluut niet.' Als men te lang wacht met correcties, zijn ingrijpende maatregelen onontkoombaar (bijvoorbeeld ontslag). Bovendien is de kans dan groter dat men niet een rationeel verantwoorde maatregel treft, maar de eigen irritatie afreageert.

Angstige patiënten kunnen worden gesteund door te vragen naar eenvoudige dingen: bijvoorbeeld het aantal en de leeftijd van de kinderen, waar de kinderen nu zijn, hoe het op school gaat, wat hobby's en interesses zijn, hoe lang men al op een bepaald adres woont, enzovoort.

Langdurig zwijgen is meestal contraproductief; het vergroot de kans dat de hulpverlener een levende Rorschach wordt die negatieve projecties oproept.

Als de patiënt kennelijk is gekwetst met goedbedoelde grappen of te snelle confrontaties, zijn verontschuldigen op zijn plaats.

Zelfs 'onwillige' patiënten willen altijd wel iets: bijvoorbeeld koffie of een sigaret. Het is van belang gebruik te maken van deze, soms schaarse, mogelijkheden om een werkrelatie op te bouwen. 'Ik zal kijken of ik een sigaret kan vinden', doet het beter dan 'Hier mag niet worden gerookt.'

Dat vereist dat de tegenoverdracht onder controle blijft. Het helpt daarbij de borderline patiënt te zien als 'een drie jaar oud kind' (Puryear, 1992), of te bedenken dat achter het 'boze kind' (een van de borderline *ego-states* die Jeffrey Young omschrijft) een 'in de steek gelaten kind' schuilgaat.

Als het in toom houden van de eigen gevoelens onvoldoende lukt, is het raadzaam het gesprek even op te breken en te overleggen, bijvoorbeeld met de achterwacht. Met wat geluk praktiseert deze ook 'ventilate, validate, reality testing'.

Grenzen stellen betreft zeker niet alleen agressief gedrag zoals het volgend voorbeeld toont:

Casus: mevrouw Saarhus

Mevrouw Saarhus is een oudere borderline patiënt; zij is 72 jaar en van uitblussing van het beeld is geen sprake. Na een lange periode van enkel telefonisch contact in een al jaren bestaande behandelrelatie, besluit haar therapeut weer tot face to face-contacten, omdat door conflicten met haar kinderen haar suïcidaliteit toeneemt. Bij de eerste ontmoeting geeft mevrouw Saarhus haar veel jongere therapeut spontaan een zoen op de wang. Haar therapeut besluit dit gedrag te zien als een begrijpelijke uiting van blijdschap en opluchting en er geen aandacht aan te besteden. Als mevrouw Saarhus enkele weken later aan het eind van een emotievolle zitting opstaat en zegt: 'Geef me een kus', trekt haar therapeut een grens: hij valideert haar onderliggende behoefte aan troost, bescherming en begrip, maar maakt duidelijk dat zoenen geen onderdeel uitmaakt van therapie.

Crisisinterventie bij borderline patiënten: motiveren

Het uitvalpercentage bij borderline behandelingen is hoog. Hoewel het langetermijn-functioneren van borderline patiënten vaak beter is dan men zou verwachten, of ze nu behandeld zijn of niet (McGlashan, 1993), de hoge drop-out is te betreuren, omdat de kansen met hulp over het algemeen beter zijn dan zonder. En het leed is groot, zowel bij de borderline patiënt als bij zijn omgeving.

Elke crisis is een potentiële bedreiging voor de voortgang van de behandeling, zowel bij de eigen als bij 'andermans' patiënt. Maar het is ook een kans de patiënt te motiveren zijn behandeling voort te zetten. Een crisis die goed is doorstaan, vergroot het gevoel van competentie van de patiënt (en de therapeut), en versterkt de zogenaamde positieve overdracht (en tegenoverdracht).

Voor borderline patiënten die niet in behandeling zijn, biedt de crisis de kans de patiënt te motiveren met hulp te starten, of hulp weer op te pakken. Dat vraagt bij patiënten die als 'moeilijk' bekend staan, niet alleen overtuigingskracht ten opzichte van de patiënt, maar ook het bewerken van de soms onnodig ingewikkelde organisatie van de zorg. Crisisdiensten kunnen bijvoorbeeld niet altijd zelf indiceren voor bepaalde behandelprogramma's, maar zijn ondergeschikt aan programma's 'onderzoek en advies'. Dat leidt tot hernieuwde intakes met extra kansen op uitval. Het motiveren van patiënten gaat, strikt genomen, aan de contractfase vooraf. Het begint met hen het gevoel te geven begrepen te worden en hun te laten weten dat de stoornis niet statisch is: met de tijd verbetert het lot; het leven is niet per definitie een eindeloze herhaling van de huidige ellende.

Motiveren vraagt ook engagement van de hulpverlener. Zo'n verbinding laat zich evenwel niet gemakkelijk leggen met een voortdurend diskwalificerende patiënt, midden in de nacht, in een politiecel. Dan is noodzakelijk dat de hulpverlener snel onderkent dat zijn crisispatiënt een mogelijke borderline patiënt is, wiens gedrag weliswaar onaangenaam is, maar ook de essentie van diens stoornis.

Op diverse plaatsen zijn de aanwijzingen voor borderline problematiek beschreven (Dawson & MacMillan, 1993; Puryear, 1992; Van Luyn, 2000). Het gaat hier vanzelfsprekend om voorlopige veronderstellingen, niet om definitieve diagnoses. We volstaan met een opsomming:

- Het affect van de patiënt staat in schril contrast met de situatie waarin hij zich bevindt: een patiënt met beide polsen in het verband, zegt in een systeemgesprek opgewekt tegen haar moeder: 'Ja, ik schoot weer in een dissociatie en bonkte eens hard tegen de muur.'
- De patiënt toont veel primitieve afweer, *splitting* en devaluatie: bij een opnamebeoordelingsgesprek antwoordt de patiënt op de vraag naar de reden van opname: 'Wat een domme foto's heb jij aan de muur.'
- De hectiek in het contact start onmiddellijk; vanaf het begin bekruipt de hulpverlener het gevoel dat hij tekortschiet en dat hij zich bij voortduring moet corrigeren; hij doet het nooit goed.
- De patiënt roept tegenoverdrachtsgevoelens op, waarin onmacht, irritatie en kwaadheid overheersen. Er is een grote kans dat men een borderline patiënt tegenover zich treft, die uitbestedt wat hij zelf niet kan verdragen.
- De aanwezige informatie over de geschiedenis van de patiënt toont veel veranderingen: van partner, van werk, van hulpverlener; instabiliteit is de belangrijke constante.

Tot slot

Alle inspanning ten spijt leidt motiveren soms tot niets, althans niet op dit moment. Er rest dan weinig anders dan wachten tot de volgende crisis. Deze kan aangegrepen worden om dit proces van motiveren voort te zetten. Verwijzend naar Perry's 'Intermittent Continuous Therapy' – regelmatige, kortdurende psychotherapeutische hulp, die, zoals bij een chronische ziekte met acute exacerbaties, op langetermijnbasis wordt geboden – kunnen we hier spreken van met onderbrekingen voortdurend motiveren (Perry, 1989). In de praktijk is de hulp aan deze moeilijk te sturen borderline patiënten helaas nogal eens enkel intermitterend, pendelen ze heen-en-weer van crisisdienst naar opnameafdeling en is van continuïteit geen sprake. Deze patiënten zijn gebaat bij één (team van) hulpverlener(s), die de lijnen uitzet, doelen aangeeft en relevante partners betreft. Waar mogelijk gebeurt dit met de patiënt, zo nodig zonder.

Dat vraagt van hulpverleners enig doorzettingsvermogen. Gunderson, Stone en McGlashan steken hierbij een hart onder de riem. Gunderson spoort ons met zijn *buckettheorie* aan om door te gaan, ook al is er geen direct bewijs van resultaat; hij verwijst naar de klassieke manier van brandblussen, waar ook pas het tiende emmertje water het vuur dooft. Hielpen die eerste negen niet? McGlashan (1993) liet, zoals eerder werd vermeld, zien dat het lot van borderline patiënten op termijn verbetert, terwijl uit het onderzoek van Stone (Stone, 1993) bleek dat schijnbaar hopeloze borderline patiënten soms wonderwel terechtkwamen.

Abstract

Frequent crises are common with patients with borderline personality disorder. Crisisintervention for these patients demands a contract-based approach and a flexible

attitude. The contract is a limitsetting frame; it defines roles and responsibilities and anticipates on crises that might destroy the treatment itself. Its purpose is to safeguard the therapy. For very difficult borderline patients adaptations have to be made. A flexible attitude should guarantee that the interventions are tailored as much as possible to the individual needs of the patient. For the management of borderline crises, crisisintervention offers a set of techniques to reduce strong emotions. Crises are often decisive moments for motivating patients to continue their therapy, or to start a treatment.

Referenties

- Abraham, R.E. (1997). *Het Ontwikkelingsprofiel, een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Adler, G. (2000). In G. Hellinga, J.B. van Luyn & H.J. Dalewijk, *Personalities, Master Clinicians confront the treatment of borderline personality disorder* (pp. 1-25). Amsterdam: Boom.
- Akhtar, S. (1993). *Broken structures: severe personality disorders and their treatment*. New York: Jason Aronson.
- Akhtar, S. (1995). *Quest for answers. A primer of understanding and treating severe personality disorders*. New York: Jason Aronson.
- Akhtar, S. (2000). In G. Hellinga, J.B. van Luyn & H.J. Dalewijk, *Personalities, Master Clinicians confront the treatment of borderline personality disorder* (pp. 25-45). Amsterdam: Boom.
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. Ed.)*. Washington: American Psychiatric Press.
- Clarkin, J. (2000). In G. Hellinga, J.B. van Luyn & H.J. Dalewijk, *Personalities, Master Clinicians confront the treatment of borderline personality disorder* (pp. 67-89). Amsterdam: Boom.
- Dawson, D., & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderlinepatient*. New York: Brunner/Mazel.
- Heeringen, C. van (2000). Psychiatrische aspecten van suïcidaliteit. In C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof, *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 53-63). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hellinga, G., Luyn, J.B. van, & Dalewijk, H.J. (2000). *Personalities, Master Clinicians confront the treatment of borderline personality disorder*. Amsterdam: Boom.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Livesley, J. (2000). In G. Hellinga, J.B. van Luyn & H.J. Dalewijk, *Personalities, Master Clinicians confront the treatment of borderline personality disorder* (pp. 203-224). Amsterdam: Boom.
- Luyn, J.B. van (2000). Suïcidaliteit in het kader van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de borderline-pathologie. In C. van Heeringen & A.J.F.M. Kerkhof, *Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit* (pp. 124-138). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- McGlashan, T.H. (1993). Implications of outcome research for the treatment of borderline personality disorder. In J. Paris, *Borderline personality disorder. Etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press.
- Meekeren, E. van (2000). De regievoering in de behandeling van borderline patiënten; context en eenheid van behandeling. *Directieve therapie*, 20, 216-229.
- Meekeren, E. van, & Korrelboom, C.W. (2001). Psychofarmacotherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen – mogelijkheden en beperkingen. *Directieve therapie*, 21(1), 74-92.
- Perry, S. (1989). Treatment time and the borderline patient: an underappreciated strategy. *Journal of Personality Disorders*, 3, 230-239.
- Puryear, D.A. (1992). The borderline patient in the emergency service. In J.B. van Luyn, C.A.Th. Rijnders, H.H.P. Vergouwen & A. Wunderink, *Emergency Psychiatry Today* (pp. 215-219). Amsterdam/Londen/New York/Tokio: Elsevier.
- Rockland, L.H. (1992). *Supportive therapy for borderline patients: a psychodynamic approach*. New York/Londen: The Guilford Press.

- Soloff, P.H. (1998). Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulse behavioral dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 195-214.
- Stone, M. (1990). *The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: The Guilford Press.
- Stone, M. (1993). *Abnormalities of personality: within and beyond the realm of treatment*. New York/Londen: W.W. Norton & Company.
- Stone, M. (2000). In G. Hellinga, J.B. van Luyn & H.J. Dalewijk, *Personalities, Master Clinicians confront the treatment of borderline personality disorder* (pp. 241-263). Amsterdam: Boom.
- Yeomans, F.E., Selzer, M.A., & Clarkin, J.F. (1992). *Treating the borderline patient: a contract-based approach*. New York: Basic Books.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive Therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Professional Resource Press.