

DE BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET EEN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS OP DE REVAKLINIEK

Hoewel uit de literatuur blijkt dat een residentiële behandeling van iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis een hachelijke onderneming is, en dat de voorkeur moet gegeven worden aan een ambulante behandeling zijn er toch een niet onaanzienlijk aantal patiënten die zich voor opname aanmelden en waarbij een niet-residentiële behandeling vooralsnog niet haalbaar is. Het komt immers wel vaker voor dat er zich duidelijke bijkomende psychiatrische stoornissen enten op de voorgenoemde problematiek, waarbij afhankelijkheid van middelen een veel voorkomende is.

Zodra het haalbaar lijkt pogen we wel over te gaan naar een periode van daghospitalisatie, dit biedt de patiënt wat meer ademruimte en laat hem toe zich weer in zijn omgeving te integreren.

Zoals uit vorige en bijgaande bijdragen blijkt is zowel het omgaan met als het behandelen van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in vele gevallen geen sinecure. Dit valt te verklaren vanuit het feit dat de essentie van de problematiek een "trust-disorder" kan genoemd worden: vertrouwen in mensen en vertrouwen geven is een dusdanig moeilijke opgave dat de patiënt steeds weer geslingerd wordt tussen toenadering zoeken tot en afstoten van mensen. En vooral diegenen waarvan je voelt dat je er zou kunnen aan hechten moet je afstoten voor zij de kans krijgen dat te doen: "Je eigen ruiten ingooien" is veiliger dan open en bloot kwetsbaar te zijn. Het spreekt voor zich dat dit een vermoeiende en uitputtende bezigheid is (zowel voor de patiënt als voor de omgeving) die bovendien makkelijk in conflicten en wanhoopsdaden zoals zichzelf kwetsen en zelfmoordpogingen uitmondt.

De oorsprong van de stoornis wordt door Linehan gezien als ontstaan uit een combinatie van temperamentsfactoren en een kille, erg op prestatie gerichte en vrij onvoorspelbare vroegkinderlijke omgeving. Ook het slachtoffer zijn van fysiek en/of seksueel misbruik in de levensgeschiedenis is niet ongewoon bij deze populatie.

Op de Revakliniek pogen we zowel veranderingsgerichte als aanvaardingsgerichte strategieën te gebruiken, die geïnspireerd zijn op het werk van Marsha Linehan en Jeffrey Young. De eerste poogt groepsgerichte benaderingen te combineren met individuele psychotherapie en daar degelijk onderzoek aan te koppelen en de tweede bouwde een model uit dat zowel de individuele begeleiding door verpleegkundigen als het psychotherapeutisch proces een onderbouw kan geven.

Enkele aspecten van die benadering zijn:

- Voorzichtig en geduldig werken aan enig vertrouwen in het team
- Inzicht in de problematiek via psycho-educatie, explorerende groepstherapie en de feedback van de leefgroep
- Werken aan sociale vaardigheden en copingstijlen zodat iemand beter kan omgaan met de "storm in het hoofd", met zich opdringende emoties en met al dan niet als opdringend ervaren anderen
- Nadat er enig basisvertrouwen gelegd is, werken aan de verwerking van traumata
- Young onderscheidt de volgende onvoldoende geïntegreerde gemoedstoestanden bij de borderline-patiënt : het eenzame kind, het kwade kind, de bestraffende ouder en de onthechte beschermer. Patiënten en team pogen de zich aandienende gemoedstoestanden hierin te situeren, de aanleidingen ervan te identificeren en aldus meer zicht te krijgen op de functie ervan en er meer greep te krijgen op de functie ervan en er meer greep op te krijgen.
- Een dergelijke samenwerking is van het allergrootste belang in de behandeling van de borderline-patiënt: een goed samenwerkend team dat niet defensief is en kan toelaten dat de bindingen van de patiënt vluchtig en grillig kunnen zijn. Het ene teamlid wordt afgestoten door de patiënt en het andere wordt ingeslikt: ideaal om onderliggende teamconflicten naar de oppervlakte te halen! Soms is het zinvol om de begeleider ervan af te lossen als hij het te erg op de heupen krijgt en neigt zich defensief op te stellen. Er is in elk geval altijd wel leven in de brouwerij.

Tot slot is het nog van belang aan te geven dat er binnen de Revakliniek, die altijd al de samenwerking met externen als een belangrijk therapeutisch middel in het kader van gecontinueerde zorg en herhalpreventie zag, ideeën vorm krijgen over onze rol als onderdeel in een zorgcircuit voor borderline-patiënten. Het lijkt een meerwaarde met zich mee te brengen als we onze behandeling kunnen afstemmen op de benaderingen van andere betrokken partijen, te meer daar duidelijk is dat een residentiële behandeling maar een deel van de

behandeling kan waarmaken. Ook hier zal een stevige samenwerking zonder dubbele bodems nodig zijn: gelukkig zullen de patiënten de eerste zijn die dit zullen merken en zij zullen niet aarzelen het ons te laten weten.

Jan Callens
Klinisch psycholoog – gedragstherapeut
Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie Pittem