

De behandeling van borderline-patiënten op de depressiekliniek: Tussen ontdekken en steunen.

De depressiekliniek is een afdeling voor de behandeling van volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen. Binnen onze afdeling onderscheiden we zes groepen van ongeveer tien patiënten. Drie van de zes zijn gericht op de behandeling van "borderline"-stoornissen.

Hierbij wil ik enkele kerngedachten van de behandeling van deze groepen verder toelichten.

Gezien één van de kernproblemen van de "borderline"-patiënt de hechtingsproblemen zijn vanuit een gestoorde moeder-kind relatie leggen wij vanaf het begin van de behandeling het accent op het opbouwen van een vertrouwensband. Hierbij zijn *containment* en *holding* centrale begrippen.

Containment is een ingrediënt van goede bemoedering. De verschillende therapeuten en verpleegkundigen proberen de noden en angsten van de "borderline"-patiënt te herkennen en te beantwoorden. Men geeft aan de angst betekenis, begrenst ze en men tracht de destructieve inhoud op te vangen, te bewaren en te verdragen. Het wordt door Lacan ook wel als "vertaalmachine" genoemd zodat de patiënt misschien voor de eerste maal in zijn leven kan ervaren dat er iemand is die hun massale negatieve gevoelens kan overleven.

Getransponeerd naar de therapeutische situatie betekent *containment* dan dat alle psychische inhoud draaglijk, niet vernietigend zijn. Alles wat de "borderline"-patiënt zegt wordt zoveel als mogelijk tot één eenheid samengebracht. Op die manier worden onverdraaglijke en onverteerbare brokstukken verteerbaar gemaakt met behulp van een "verdragende" ander.

Dit vraagt van het team natuurlijk veel bevattingsvermogen. We hechten dan ook veel belang aan overleg waarbij "moeilijke" patiënten grondig worden besproken.

Holding is een begrip dat nauw aansluit bij *containment*, maar het accent ligt nog meer op steunen, zich beschikbaar stellen, op een geruststellende manier aanwezig zijn in combinatie met het stellen van beschermende grenzen (Kinet).

Vanuit deze twee concepten lijkt het dan vanzelfsprekend dat in de psychotherapeutische behandeling (groepstherapie van tweemaal anderhalf uur) het accent bij de behandeling van de "borderline"-patiënt niet alleen ligt op het bereiken van emotioneel doorleefd inzicht dat we vanzelfsprekend voorop stellen bij onze neurotische populatie, maar ook op de emotionele ervaring in het therapeutisch contact dat corrigerend werkt op de ervaringen met de falende ouderobjecten. De houding van de psychotherapeut is dan ook niet abstinente, maar hij of zij biedt zich dan ook aan als een soort nieuw reëel object. Op deze manier krijgt de patiënt de mogelijkheden geboden om het nieuwe object (behandelaar) te verinnerlijken en op grond daarvan de oorspronkelijke "objectrelaties" te wijzigen.

Daarnaast worden "borderline"-patiënten gekenmerkt door massale, fundamentele vernietigingsangsten en individuatie/separatie problemen. Het is dan ook zo dat de behandeling gericht is op het bewerken van angsten die daarmee samengaan (fusie- en vernietigingsangsten) en het verwerven van autonomie.

Samengevat kan men stellen dat bij de psychotherapeutische behandeling van "borderline"-patiënten het analyseren vooral plaats vindt in de overdracht door het bieden van adequate steun. De behandeling is dus niet zozeer gericht op het herstructureren (zoals bij de neurotische patiënt) maar meer gericht op het aanbrengen van een structuur. Uiteindelijk is het resultaat dat het therapeutisch proces bij deze patiënten zich ergens tussen twee polen afspeelt, naast het duiden, ontdekken is het bieden van houvast en steun van eminent belang.

Hoe pogen we dit concreet op onze afdeling te realiseren? Een totale uitwerking van dit geheel zou de betrachtning van dit kort artikel overstijgen. Ik zal me dus beperken tot een drietal concrete deelaspecten. Vooreerst is het belangrijk dat elk teamlid voldoende bewust is van deze belangrijke behandelingsfilosofie. Regelmatig overleg, het bespreken van de tegenoverdrachten en het verduidelijken van wat er zich bij de patiënt afspeelt is dan ook van wezenlijk belang.

Op deze manier kunnen de verschillende teamleden de soms "moeilijk" te vatten "borderline"-patiënt beter begrijpen en verdragen en wordt de communicatie tussen patiënt en het teamlid verhelderd.

Gezien de uitgesproken "hechtingsproblemen" van deze populatie hechten we veel belang aan afgesproken, frequente en korte contacten met deze mensen, en vooral met de verpleegkundigen die een belangrijke spil vormen in de behandeling. Maar ook de groepstherapeut ziet de "borderline"-patiënt geregeld individueel (1 à 2-maal per maand) om het kwetsbaar therapeutisch proces (bij) te sturen.

Tenslotte is het niet onbelangrijk dat ondraaglijke, destructieve inhoud op een sublimerende

manier geuit kunnen worden. Hiertoe nemen de creatieve en de expressieve therapieën een belangrijke plaats in. Deze kunnen dan verder in de individuele - (een half uur om de veertien dagen bij een andere therapeut) of groepstherapie besproken worden.

Om het totale proces te stroomlijnen wordt ook iedere groep door de psychiater van de afdeling gehoord (éénmaal per week gedurende een half uur).

Peter Debaere
Psychoanalytisch psychotherapeut

Referentie

Mark Kinet, Denknota milieutherapie , ongepubliceerd document.