

# Kapitein op haar eigen schip

*Bevorderen van autonomie in de sociaal psychiatrische behandeling van een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis*

Gevalsbeschrijving

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) kan worden beschouwd als een stoornis in de autonomie (Ryan, 2005). Deze diagnose wordt gesteld als er sprake is van een combinatie van de volgende kenmerken: emotionele instabiliteit, impulsieve gedragingen, inter-persoonlijke problemen en identiteitsproblemen (Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, MRP, 2008). BPS is een ernstige aandoening die veel gevolgen kan hebben voor het dagelijks leven van de patiënt, bijvoorbeeld in relaties tot anderen en werk. De aandoening komt bij 1-2 % van de totale bevolking voor en is daarmee een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen. De uitingsvorm is afhankelijk van geslacht, leeftijd en cultuur (Van Meekeren, 2009). Bij een BPS is er vaak sprake van comorbiditeit. Die kan heel divers zijn: een depressieve stoornis, angststoornis, PTSS, verslavingsstoornis of een eetstoornis. Ook kan een BPS in combinatie met andere persoonlijkheidsstoornissen voorkomen. Patiënten met een BPS lopen een groot risico zichzelf te beschadigen en middelen te misbruiken. Er bestaat een hoog suïciderisico, ongeveer 10 % overlijdt na een zelfmoordpoging (Arntz & Genderen, 2010).

Autonoom gedrag staat voor zelfregulering, openheid en flexibiliteit. Het is de mate waarin het individu zijn eigen persoonlijkheid heeft ontwikkeld, onafhankelijk is en toch verbonden is met anderen en in staat is zijn eigen doelen na te streven (Vossen & Van Houten, 2008). Autonomie betekent dat de patiënt gezien wordt als competente volwassene aan wie een zo groot mogelijke keuzevrijheid gegeven wordt (Van Meekeren, Koomen & Van der Hoeven, 2006). Autonomieproblemen kunnen voortkomen uit factoren die te maken hebben met hechting, trauma's, biologische en genetische factoren (Bekker, 2008). Bij 60% van de mensen met een BPS is seksueel misbruik en een gebrek aan ondersteuning in de autonomie een etiologische factor (Ryan, 2005). Als er in de geschiedenis van de patiënt sprake is van geschonden autonomie, is dit een belangrijk thema in de behandeling van een patiënt met een BPS. Inbreuk op autonomie kan een aanleiding zijn tot regressie (Van Meekeren, 2009; Monden, 2008).

De patiënt is door een tekort aan autonomie voortdurend in verwarring over zichzelf en gevoelens in contacten met anderen kunnen sterk wisselen (Dawson & MacMillan, 1993). Door de heftigheid van hun klachten doen patiënten een beroep op zorg door de verpleegkundige. Als de verpleegkundige de zorg overneemt, ontstaat er bij de patiënt angst voor autonomieverlies. Om autonomie terug te vinden kunnen patiënten beschadigende impulsieve acties ondernemen, wat hen geïsoleerd, teleurgesteld en verlaten kan laten voelen (Koekkoek, 2004). Dit kan bij de verpleegkundige weer een reactie oproepen, enzovoort. Hierdoor kunnen verpleegkundige en patiënt in een vicieuze cirkel terecht komen. Verpleegkundigen geven aan dat omgaan met BPS moeilijker is dan de omgang met andere patiëntengroepen. Het lukt hen niet altijd bij patiënten met BPS eenzelfde mate van empathie in de zorg te leggen als bij andere patiënten. Deze patiënten worden ook meer afgewezen (Deans & Medocecic, 2006). In een evenwichtige behandeling neemt de patiënt verantwoordelijkheid voor eigen gedrag en de verpleegkundige voor goede zorg. In de volgende gevalsbeschrijving staat centraal hoe de verpleegkundige in de sociaal psychiatrische behandeling van een BPS autonomie kan bevorderen.

### Gevalsbeschrijving

*Els<sup>1</sup>, een 41-jarige vrouw, wordt vanaf 2005 behandeld in het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen. Zij heeft een geschiedenis van traumatische ervaringen en verwaarlozing in haar jeugd. Zij is getrouwd en heeft twee dochters. Voor haar opname ontwikkelde Els angstklachten. Na het overlijden van haar moeder namen haar panieklachten toe. Ze werd opgenomen op de PAAZ en van daaruit verwezen voor verdere behandeling. Els beschadigde zichzelf door te snijden en had last van dissociatieve momenten als de spanning opliep. Zij kon haar eigen gezin onvoldoende besturen. Els had het gevoel machteloos te staan tegenover haar situatie, haar partner bood en biedt veel steun in het gezin.*

*In het Centrum voor persoonlijkheidsstoornissen volgde zij klinische, dagklinische en ambulante behandelingen. Omdat het behandelaanbod volgens Els niet toereikend was, meldde zij zich twee keer aan bij andere centra voor intensieve psychotherapeutische behandeling. Zij werd beide keren afgewezen omdat een intensievere behandeling mogelijk averechts zou kunnen werken en zou kunnen leiden tot regressie. Els wilde in de behandeling aandacht besteden aan haar trauma's. Hiervoor kon zij de cursus 'vroeger en verder' volgen, een stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Omdat deze cursus veel bij haar opriep, maakte zij naast de bed op recept (BOR)-ondersteuning regelmatig gebruik van de time-out*

<sup>1</sup> De naam Els is gefingeerd.

regeling in de zorg+ kliniek. Op het moment dat de huidige behandelaar haar behandeling overnam, liep de stabilisatiecursus ten einde en kon zij nog een jaar profiteren van de wekelijkse eendaagse rehabilitatiegroep die gericht is op herstel, lotgenotencontact en stabilisatie.

In de afgelopen jaren is Els meerdere keren diagnostisch gescreend volgens de medische diagnostiek van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2001). In deze behandeling is er medisch gezien sprake van een PTSS en van een borderline persoonlijkheidsstoornis met trekken van de afhankelijke en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Voor de verpleegkundige diagnostiek is de ICF (World Health Organization, 2001) gebruikt en is er sprake van een matige stoornis in psychische stabiliteit. Daarnaast is een ernstige stoornis in omgaan met stress en andere mentale eisen en een matige stoornis in complexe tussenmenselijke relaties gediagnosticeerd.

De huidige behandeling van Els is sociaal psychiatrisch van aard en wordt uitgevoerd door het team van de eendaagse rehabilitatiegroep, dat bestaat uit een sociotherapeut, twee educatief therapeuten en een psychiater i.o. De GGZ-verpleegkundig specialist i.o. is sturend behandelaar. De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (MRP) 2008, stelt dat in een sociaal psychiatrische behandeling zowel de mogelijkheid bestaat voor individuele gesprekken, als voor groepsbehandeling. De groepsbehandeling bestaat uit lotgenotencontact, in combinatie met begeleiding van een hulpverlener, dit kan de autonomie van de patiënt vergroten (Koekkoek, 2006). Doelen van de behandeling zijn gericht op bevordering van autonomie: stabilisatie in de eigen omgeving en het ontwikkelen van een zinvolle daginvulling. De middelen voor deze doelen zijn: 1. De samenwerkingsrelatie tussen de behandelaar en de patiënt; 2. Crisisinterventie en 3. E-health.

*De samenwerkingsrelatie:* voor een patiënt met BPS is het belangrijk om te weten waar zij aan toe is (Van Meekeren, 2009). De behandelaar bewaakt de gestelde behandeldoelen en stelt grenzen in de behandeling. De behandelaar zorgt ervoor dat er binnen het multidisciplinaire team één lijn gevolgd wordt. Daarnaast is het creëren van hoop een belangrijk aspect: zonder hoop geen perspectief (De Bie, Fiselier, Kaasenbrood & Soons, 2010). In de samenwerkingsrelatie met Els is de behandelaar flexibel en creëert een basishouding door zich naast Els op te stellen. In het contact met haar wordt gezocht naar een balans tussen het bieden van zorg en het dragen van eigen verantwoordelijkheid,

Van Meekeren (2009) adviseert het boek *Relationship management of the borderline patient* van Dawson & MacMillan (1993). Dat wordt op steeds meer plaatsen in Nederland gebruikt bij het opstellen van behandelstrategieën voor patiënten met een BPS. Dawson & MacMillan stellen dat het voorkomen van ernstige communicatieproblemen tussen de patiënt en verpleegkundige de autonomie kan bevorderen. Dit betekent dat de verpleegkundige zich opstelt in een begeleidende

en luisterende rol en zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid bij de patiënt laat. Hierdoor neemt het zelfdesestructief gedrag van de patiënt af. Els liet bij aanvang in contact met de behandelaar vaak haar hulpeloze kant zien, voelde zich snel tekort gedaan door de hulpverlening en het behandel aanbod leek onvoldoende te zijn. Hierbij was het belangrijk voor de behandelaar om zich naast Els op te blijven stellen en keuzen en verantwoordelijkheid bij haar te laten. Het is belangrijk dat de verpleegkundige deze rol niet verlaat en de patiënt blijft behandelen als een autonome volwassene, tot het moment dat iemand zelf de verandering kan maken naar constructieve oplossingen voor problemen (Dawson & MacMillan, 1993). In de rehabilitatiegroep werd bij Els een eerste meting gedaan door het invullen van de Nederlandse empowerlijst (NEL). De NEL brengt in kaart in welke mate mensen groeien in hun kracht (Boevink, Kroon & Giesen, 2008).

*Crisisinterventie:* omdat crisisinterventie de patiënt tijdig verantwoordelijk maakt om verdere escalatie van problemen te voorkomen, doet dit een maximaal beroep op autonomie. Er wordt steeds een afweging gemaakt tussen autonomie en onvermogen, wat niet eenvoudig is bij een suïcidale of impulsieve cliënt (Van Luyn en Kaasenbrood, 2009). Een goed crisissignaleringsplan kan ervoor zorgen dat autonomie zoveel mogelijk instand blijft, een BOR is onderdeel van het plan (Monden, 2008). Els oefent in de thuissituatie met haar crisisplan en bespreekt hoe zij een crisis kan voorkomen en hoe zij deze thuis kan hanteren. Daarnaast is Els maximaal twee dagen per week welkom voor een BOR en bespreekt ze hoe zij dit langzaam kan afbouwen. Hierbij is het belangrijk dat zij ondersteund wordt in het opbouwen van een zinvolle en evenwichtige daginvulling. Vanuit de rehabilitatiegroep en de BOR krijgt Els ondersteuning bij het maken, uitvoeren en evalueren van haar crisisplan. Daarnaast bespreekt zij wekelijks hoe zij haar dagen zinvol kan invullen, zodat zij thuis zelfstandiger kan functioneren.

*E-health:* in de behandeling van Els wordt e-health contact ter ondersteuning van de individuele- en groepscontacten aangeboden. Zij kan vanuit de e-health-internetomgeving veilig mailen met haar behandelaar en haar behandoelen en crisisplan online zetten. Zij kan hier op elk moment gebruik van maken en zo haar eigen dossier maken, inzien en beheren. De behandelaar stimuleert Els hier gebruik van te maken, echter om technische redenen is dit haar nog niet gelukt. De afhankelijkheid van de behandelaar kan geringer worden door de grote zelfwerkzaamheid bij het gebruik van e-health, juist bij patiënten met BPS is dit een sterk punt (Lange en Scheijde, 2007).

## Discussie

De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (MRP) beschrijft een bewezen effectieve psychotherapeutische behandeling bij patiënten met een BPS. In een psychotherapeutische behandeling wordt echter een maximaal beroep gedaan op de autonomie van een patiënt (Van Luyn en Kaasenbrood, 2009). Patiënten die niet in aanmerking komen voor psychotherapie zoals Els, kunnen volgens de MRP geholpen worden met psychosociale interventies. Dit zijn ondersteunende en aanvullende interventies die naast psychotherapeutische en farmacologische behandeling toegepast kunnen worden. Onder andere verpleegkundige zorg en crisisinterventie worden hier genoemd. In de MRP wordt hier weinig over beschreven. Van Meekeeren (2009) stelt dat er over het algemeen weinig evidence voorhanden is en de behandeling een multidisciplinaire context moet worden toegepast. Volgens de beslisboom MRP (2008) behoort deze groep vaak onder patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie. Deskundigheid door scholing en intervisie van een team is bij deze patiëntenpopulatie van cruciaal belang. Wensen en voorkeuren van Els kwamen niet altijd overeen met de behandelmogelijkheden en eindigheid van de behandeling. Aanvankelijk bleef Els een wens houden voor meer intensieve therapie dan aangeboden werd. Nadat er een samenwerkingsrelatie was opgebouwd, trok de behandelaar in contact met Els een grens op basis van haar voorgeschiedenis en eerdere verwijzingen. Dit was nodig maar voor de behandelaar niet eenvoudig omdat een reactie hierop voelbaar was. Het trekken van een duidelijke grens in het behandelprogramma maakte Els in eerste instantie boos, zij had het idee te horen weer aan het werk te moeten en nam na dit gesprek als reactie tot twee keer toe teveel medicijnen in. Nadien bood zij haar excuses aan voor haar boosheid en ze kon zich daarna meer conformeren aan het huidige behandelaanbod. Zij ziet nu beter in dat een tekort aan autonomie een probleem is en dit te maken heeft met haar trauma's. Het kiezen voor heldere doelen, de eindigheid van de behandeling en het nemen van eigen verantwoordelijkheid, maken dat Els beter weet waar zij aan toe is en daardoor meer rust vindt. Hierdoor is zij meer gemotiveerd voor het maken van een goed crisisplan, het afbouwen van de BOR en opbouwen van een zinvolle dagbesteding. Zowel Els als de behandelaar hebben tijdens de behandeling last ondervonden van de reorganisatie binnen het Centrum. Els van de vele wisselingen binnen het team, de behandelaar mist een visie op behandeling binnen het centrum voor persoonlijkheidsstoornissen.

Een bevorderende factor in de behandeling had een meting kunnen zijn van de Autonomie Gehechtheidlijst (AGS-30), dit zou een goede aanvulling kunnen zijn op de NEL. Uit onderzoek van Bekker & Van

Assen (2006) is gebleken dat dit meetinstrument qua validiteit en betrouwbaarheid zeer geschikt is om autonomie en psychische afhankelijkheid te meten. Deze is bij de Ggz-instelling waar patiënte werd behandeld niet voorhanden. Een belemmerende factor in het gebruik van ondersteuning met e-health is het gevaar van extra contacten aangaan binnen de behandeling, dit kan afhankelijkheid in de hand werken. Het is van belang dat de behandelaar duidelijk is over zijn grenzen (Lange & Scheijde, 2007). In de situatie van Els gaat dat niet op omdat zij tot dusver weinig contact heeft gezocht met de behandelaar via internet.

### **Conclusie en aanbevelingen**

Uit deze gevalbeschrijving kan afgeleid worden dat over het bevorderen van autonomie in een sociaal psychiatrische behandeling van een patiënt met een BPS weinig evidentie voorhanden is. Zowel in de literatuur als in de MRP (2008) wordt hier weinig over beschreven. Het bevorderen van autonomie vraagt vooral deskundigheid en creativiteit van de verpleegkundige, temeer daar iedere patiënt met een BPS anders is. Het is enerzijds een kunst om de patiënt te blijven zien als een autonome volwassene en niet teveel zorg te bieden. Hierdoor kan angst ontstaan bij de patiënt voor autonomieverlies wat beschadigende reacties teweeg kan brengen om vervolgens weer grip op zichzelf te krijgen. Anderzijds is het van belang te weten wanneer tijdelijke zorg overgenomen moet worden, bijvoorbeeld bij suicidaliteit. In het contact met de patiënt kunnen overdrachtsgevoelens ontstaan, wat scholing en supervisie voor de verpleegkundige en in het multidisciplinair team noodzakelijk maakt. Wetenschappelijk onderzoek naar autonomiebevordering is van belang. Dit kan bij uitstek gedaan worden door verpleegkundigen. Zij spelen een grote rol in de sociaal psychiatrische behandeling van patiënten met een BPS.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment bv.
- Arntz, A. & Genderen, H. (2010). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Bekker, M.H.J. (2009). Autonomie in vogelvlucht. *De Psycholoog*, 44(1), 12-20.
- Bie, A. de, Fiselier, J., Kaasenbrood, A. & Soons, M. (2010). Verminder de ruis. Sociaal-psychiatrische begeleiding van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. *MGv* (65) 696-709.
- Boevink, W., Kroon, H. & Giesen, F. (2008). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Deans, C. & Medocecic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse* 21, 43-49.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2009). *Vroeger en verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Werkboek*. Amsterdam: Pearson.
- Dawson, D. & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Luyn, B. van & Kaasenbrood, A. (2009). Crisisinterventie en persoonlijkheidsstoornissen, in: Eurlings-Bontekoe, E., H., M., Verheul, R., Snellen, W., M. *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 369-380.
- Koekkoek, B. (2004). Tussen afwijzing en houdgreep: over het verplegen van borderlinecliënten op een gesloten opnameafdeling. *Psychopraxis* 6, 130-136
- Koekkoek, B. (2006). Eindeloos helpen erger dan de kwaal. Langdurige begeleidingscontacten in de GGZ. *MGv* (61) 603-613
- Koelen, J., A. & Eurlings-Bontekoe, E., H., M., (2008). Nieuwe ontwikkelen in de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis? Een vergelijkend analyse en implicaties voor toekomstig onderzoek. *Tijdschrift voor psychotherapie* (34), 5-26.
- Lange, A. & Scheijde, R. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen en het internet, in: Verheul, R. & Kamphuis, J.H. *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, behandeling en beleid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 101-113.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Meekeren, E. van, Koomen, E. & Hoeven, B. van der (2006) Crisismagnament bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. *MGv* (61), 313-322
- Meekeren, E. van (2009). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Een kritische beschouwing. *MGv* (64), 286-297
- Meekeren, E. van (2009). *Samenhangende behandeling van borderline patiënten. Soleren in een bigband*. Amsterdam: Benecke.
- Monden, M. (2008). Sociale Psychiatrie: verslag van het eerste 'Congres Sociale Psychiatrie', georganiseerd door de Stichting NCPS op 20 en 21 november 2007 in Veldhoven. *MGV* (63), 345-348.
- Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. ISBN 978-90-52536156
- Ryan, R.M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology* (17), 987-1006.
- Vossen, J. & Van Houten, J. (2008). *De effectiviteit van een autonomieversterkende interventie bij patiënten met angststoornissen die onvoldoende op een reguliere behandeling hebben gereageerd*. Masterthesis Psychologie en Geestelijke Gezondheid. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- World Health Organization (2001). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, disability and health*. Bilthoven: WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM.

### **Samenvatting**

Een 41-jarige vrouw met een borderline persoonlijkheidsstoornis kan zich na een langdurende behandeling in haar eigen omgeving moeilijk staande houden. Daarnaast heeft zij er moeite mee dat haar behandeling stopt, waardoor haar bevordering van autonomie centraal komt te staan. In deze sociaal psychiatrische behandeling wordt duidelijk dat over bevorderen van autonomie weinig evidentie bestaat. Dit blijkt zowel uit de literatuur als de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. De samenwerkingsrelatie met de patiënt, crisisinterventie en ondersteuning van e-health kunnen daarbij helpen. Autonomiebevordering vraagt deskundigheid en creativiteit van de verpleegkundige en behoeft verder onderzoek, uitgevoerd door verpleegkundigen.

*Trefwoorden:* borderline persoonlijkheidsstoornis, autonomie, sociaal psychiatrische behandeling