

ACT, ja of nee?

Aandacht voor een patiënt met borderline persoonlijkheidsstoornis in een vroeg-psychose-team

Gevalsbeschrijving

Assertive Community Treatment (ACT) is een behandelmethodiek die niet meer weg te denken is in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland. ACT richt zich op mensen met een langdurige en ernstige psychiatrische aandoening, waarbij, naast veelal een psychotische stoornis, vaak ook problemen te vinden zijn op andere leefgebieden (Stichting CCAF, 2008).

De hulp is outreachend en patiënten worden actief opgezocht en tot hulp verleid. De hulp die geboden wordt is intensief, vaak een paar keer per week, en multidisciplinair. Het multidisciplinaire team bestaat onder meer uit een psychiater, een ervaringsdeskundige, een trajectbegeleider en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, daarnaast in Eindhoven ook een verpleegkundig specialist ggz in opleiding (vs i.o). Het team werkt volgens het principe van shared caseload. Dit betekent dat alle disciplines betrokken zijn bij de behandeling en begeleiding van alle patiënten, zodat de problemen op alle leefgebieden kunnen worden aangepakt. Naast de behandeling bij het ACT, wordt onder meer de familie betrokken bij de behandeling, maar is er ook contact met eventuele andere zorginstellingen. Deze ACT-benadering is een Evidence Based Practice (EBP) methode (Salyers & Tsemberis, 2007).

ACT is oorspronkelijk bedoeld voor iedereen met een ernstige psychiatrische aandoening, echter ACT wordt steeds vaker toegepast bij geselecteerde doelgroepen (Verhaegh, Bongers, Kroon & Garretsen, 2007). Onderzoek heeft aangetoond dat de ACT-methodiek niet alleen beter is, maar ook goedkoper blijkt te zijn dan de gebruikelijke zorg (Petersen, Jeppesen & Thorup, 2005). De goedkopere en betere zorg is mogelijk door de proactieve en outreachende manier van werken van ACT.

Het ACT-team GGZE (Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen) heeft zich ontwikkeld als vroeg-psychose-zorgteam voor patiënten die voor het eerst een psychotische episode hebben meegemaakt. Veelal zijn dit jonge mensen. De meeste pati-

enten zijn nog niet eerder in zorg geweest. Wanneer iemand in een psychose raakt, is dat niet altijd alleen een psychose. Geregeld liggen hier andere problemen, oorzaken of diagnoses aan ten grondslag. Denk hierbij onder meer aan psychoses veroorzaakt door middelengebruik, aan patiënten met een bipolaire stoornis of aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Bij zo'n 40% van de patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) komen ook psychotische klachten voor. Dit veelal als reactie op een stressvolle gebeurtenis (Grootens & Verkens, 2003). In de Multidisciplinaire Richtlijnen (MDR) Persoonlijkheidsstoornis (Trimbos, 2008) is beschreven dat de autonomiebehoefte van de patiënt in conflict kan komen met de mate waarin directieve zorg verleend wordt. Het ACT-model is juist gericht op directieve en intensieve zorg. Persoonlijkheidsstoornissen en ACT zoals dat in GGZE is geïmplementeerd lijken elkaar dus te bijten. Het is echter nog onduidelijk of dit zo is. In deze gevalsbeschrijving waarbij de vs i.o. de behandelverantwoordelijke was, wordt aan de hand van de casuïstiek, de richtlijnen en de literatuur beschouwd of het ACT-behandelaanbod in GGZE het juiste is om mensen met persoonlijkheidsproblematiek te behandelen.

Gevalsbeschrijving

Karin¹, een 24-jarige jonge vrouw, wordt met psychotische klachten aangemeld door een medewerker van de crisisdienst. Deze klachten bestaan uit verwarrende gedachten, die paranoïde van aard zijn en betrekkingsideën. Ze heeft ongeveer een jaar last van achterdocht. Karin is hierdoor toenevend angstig, gespannen en boos, wat zich uit in fysieke agressie onder meer tegen haar moeder en het interieur thuis. De classificatie volgens DSM-IV (American Psychiatry Association, 2007) bij aanmelding laat zien dat er sprake is van een psychotische stoornis NAO, een sociale fobie. De diagnose op As-II is uitgesteld.

In het ACT-team is het gebruikelijk dat er eerst een kennismakingsgesprek plaatsvindt, waarna een eerste hulpvraag geformuleerd wordt. Vervolgens wordt de intakeprocedure in gang gezet. Deze intakeprocedure neemt drie tot vier gesprekken in beslag. Hierbij wordt een uitgebreide anamnese afgenomen, waarbij intensief wordt stil gestaan bij de psychotische episode en de periode daaraan voorafgaand. De luxerende factoren worden op deze manier in kaart gebracht, alsmede de tot dan toe gehanteerde copingstijl. Tevens wordt stilgestaan bij middelengebruik, medicatie en eerdere ggz-hulpverleningstrajecten.

¹ Karin is een gefingeerde naam. De patiënt heeft schriftelijk toestemming verleend, uitsluitend voor publicatie in de Praxis.

Vervolgens wordt er een biografische anamnese afgenomen. In de intake ligt de focus op de hulpvraag van de patiënt op verschillende levensgebieden, te weten lichamelijke en psychische gezondheid, sociale contacten, werk of opleiding, wonen en financiën.

In ACT wordt gebruik gemaakt van psycho-educatie voor zowel patiënt als familie, van farmacologische behandeling, van een ervaringsdeskundige, van ondersteunende gezinsbegeleiding, cognitieve gedragstherapie (CGT), trajectbegeleiding, woonbegeleiding en sociaal psychiatrische methodieken.

Karin werd erg onzeker vanwege de overtuiging dat iedereen in haar omgeving contact met elkaar had om over haar en over de jongen waar zij verliefd op was te praten. Ze verbond iedereen in gedachten aan elkaar en aan zichzelf sloot zich af voor anderen. Ze voelde zich oneerlijk behandeld. Wanneer ze dan erg onzeker en angstig was, kreeg ze een boze bui, waarbij ze met deuren gooide, tegen muren schopte, hard schreeuwde en soms haar moeder sloeg. Ze ervaart veel onmacht en woede en heeft geen inzicht waarom dit haar overkomt. Voorafgaand aan deze psychotische episode blijkt er sprake te zijn geweest van drie life-events. Als eerste was Karin verliefd op een jongen, wat op niets uitliep, terwijl iedereen in het dorp hierover bleef praten. Ze voelde zich in de maling genomen. Als tweede werd ze ontslagen bij haar baan in de muzikwereld en als derde kon ze door omstandigheden van anderen haar hobby niet meer uitoefenen. Dit alles leidde tot toename van achterdocht waarbij ze alles op zichzelf ging betrekken. Dit resulteerde in een suicidepoging. Ze nam veel alcohol en bond een plastic zak om haar hoofd. Hierop is geen hulpverlening ingeschakeld. Weken later is bij acting-out in de thuissituatie de crisisdienst ingeschakeld.

Uit de biografie blijkt dat bij Karin problemen ontstonden in 3-VMBO, waar ze veel gepest werd, geen vriendinnen had en zich onzeker voelde. Nadat zij van school wisselde werd dit minder. Zonder doublures haalde zij haar diploma. Op haar vijftiende kreeg zij haar eerste vriend, die erg overheersend was en drugs gebruikte. Vlak voor deze relatie stukliep, noemde hij haar 'dikke vrouw', waarop zij extreem is gaan lijnen. Hierop ontwikkelde zij anorexia en later bulimia, waarvoor zij kortdurend met succes werd behandeld. Er werd ook een negatief zelfbeeld, een hoog streefniveau en loslatingsproblematiek geconstateerd. Hierop ontstonden tevens problemen passend bij een sociale fobie. Ze ging op haar 20e een relatie aan, maar werd, nadat zij seks hadden gehad, ruw aan de kant gezet waardoor zij zich erg bedonderd voelde, onzeker werd en opnieuw in een sociaal isolement verviel. Relaties verliepen moeizaam en Karin reageerde vaker vanuit een afwerende houding, waarbij boosheid een steeds grotere rol ging spelen. Toen weer een relatie voorbij ging, ervoer Karin dit als falen. In combinatie met de eerder genoemde life-events, bleef zij gefixeerd op het idee dat mensen over haar en haar relatie bleven praten en

kon ze de realiteit niet meer vasthouden. Het gevolg hiervan was een psychose met achterdochtige ideeën, waarbij agressie, onder meer naar haar moeder, steeds meer toenam.

Karin rookt niet, gebruikt geen drugs en drinkt soms alcohol. Ze gebruikt al lange tijd Lexapro 10mg wegens een sociale fobie en Risperdal 2mg wegens achterdochtige klachten sinds januari 2012.

Uit de hulpverlenerscontacten met Karin blijkt dat er naast de psychotische klachten ook sprake is van persoonlijkheidsproblematiek. De problemen liggen hierbij voornamelijk in een instabiel zelfbeeld, risicovolle impulsiviteit zoals boulimie en een suïcidepoging, grote stemmingswisselingen, moeite met woedebeheersing en aan stress gebonden paranoïde ideeën. In het classificatiesysteem van DSM IV-TR (APA, 2007) zijn dit de kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis. De MDR (Trimbos, 2008) meldt dat een semigestructureerd interview als diagnostiek afgenomen deze classificatie kan bevestigen. Dat is in deze gevalsbeschrijving niet gedaan, waardoor deze classificatie niet bevestigd is.

Naast het classificatiesysteem van de DSM IV-TR werd ook gebruik gemaakt van de ICF (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007). Vanuit de ICF blijkt dat Karin een sterke stoornis in temperament en persoonlijkheid ervaart, daarnaast een sterke stoornis in de controle van het denkproces. Ook zien we een sterke beperking in het omgaan met stress en een sterke beperking in complexe tussenmenselijke interacties, daarnaast een matige beperking in kind-ouder relaties.

Psychose

Bij psychoses is er sprake van een gestoord realiteitsbesef, wat gekenmerkt worden door hallucinaties, wanen of desorganisatie. Een kortdurende psychotische stoornis volgt vaak op een stressvolle gebeurtenis (Hengeveld, 2010). Zoals beschreven door Hengeveld (2010) bestaat de behandeling van psychotische stoornissen uit enerzijds medicatie, te weten antipsychotica en anderzijds uit psychosociale interventies. Deze laatste bestaan onder meer uit psycho-educatie, gezinsgesprekken, cognitieve gedragstherapie en rehabilitatie gericht op de leefgebieden van wonen en werken. De cognitieve therapie is gericht op het veranderen van disfunctionele gedachten die tot wanen of hallucinaties kunnen leiden of het leren omgaan met 'stemmen', terwijl de rehabilitatie is gericht op het hervinden van de autonomie en zelfstandigheid. Hierbij wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de patiënt. Ook de MDR Schizofrenie (Trimbos, 2012)

onderstreept bovenstaande behandeling. Daarbij wordt eveneens het werken met signaleringsplannen genoemd. Van dit laatste is gebleken dat het een positief effect heeft op het vergroten van het gevoel van zelfcontrole (Van Meijel, 2003). Inmiddels is aangetoond dat de ACT-methode betere resultaten geeft dan 'care as usual' gedurende de eerste twee jaar (Verhaegh, 2009).

Borderline Persoonlijkeitsstoornis

De BPS kenmerkt zich onder meer door instabiliteit in relaties, aanhoudend laag zelfbeeld en impulsiviteit (APA, 2007). Driftbuien, stemmingswisselingen en psychotische verschijnselen kunnen hier onderdeel van zijn. Er is een verhoogde kans op automutilatie en suïcidepogingen (Hengeveld, 2010).

Medicatie wordt geregeld gebruikt bij de behandeling van BPS-patiënten, hoewel de werkzaamheid vaak niet bewezen is. Wanneer medicatie wordt ingezet, worden hiermee de psychische symptomen behandeld, niet de BPS zelf (Loonen & Hovens, 2012). Medicatie wordt dan gebruikt om andere behandelvormen te ondersteunen. Deze andere behandelvormen omvatten onder meer psychotherapie, dialectische therapie, waaronder CGT, en schematherapie (Trimbos, 2008).

Behandeling

De vs i.o. heeft voor de verpleegkundige diagnose gebruik gemaakt van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International, 2009). Daarnaast werden doelen en interventies geformuleerd met behulp van de Nursing Outcome Classification (NOC) en de Nursing Intervention Classification (NIC), zoals geformuleerd in de NANDA, NOC, and NIC Linkages (2006). In figuur 1 zijn de ICF-uitkomsten met daarnaast de NANDA-diagnoses, NOC-doelen en NIC-interventies schematisch weergegeven.

Figuur 1

ICF, NANDA, NOC en NIC

| ICF | NANDA-diagnose | NOC-doelen | NIC-interventies |
|---|---|---|--|
| b1603.3 sterke stoornis in de controle van het denkproces | Domein 6: verstoorde persoonlijke identiteit | zelfbeheersing van verstoringen in de waarneming, denkprocessen en gedachteinhoud | cognitieve herstructurering oriëntatie op realiteit medicatie |
| b126.3 sterke stoornis temperament en persoonlijkheid | Domein 6: laag gevoel van eigenwaarde | verhoging van gevoel van eigenwaarde | cognitieve herstructurering vergroten van zelfbewustzijn vergroten van veerkracht |
| d2401.3 sterke beperking in het omgaan met stress | Domein 9: ineffectieve coping | vaardigheid om stressoren te beheersen | angstreductie kalmerende technieken leren omgaan met crisissituatie afleiding vergroten van zelfvertrouwen vergroten van veerkracht |
| d720.3 sterke beperking in complexe familie tussenmenselijke interacties | Domein 6: risico op eenzaamheid | sociale interactie | vergroten van zelfvertrouwen betrekken van stressreductie |
| d7601.2 matige beperking in kind-ouder relatie | Domein 7: verminderde sociale interactie | verbeteren sociaal familieklimaat | gezinsbegeleiding |

Karin wil vooral van haar verwarrende gedachten af, wil weten hoe dit is ontstaan en hoe ze dit kan voorkomen. Ze wil minder onzeker zijn en wil ook een baan. Daarnaast hoopt ze dat ze beter met haar moeder om kan gaan. Met haar vader ervaart zij geen problemen.

De behandeling bij Karin was in eerste instantie gericht op de psychotische klachten. De geboden interventies pasten in het aanbod van het ACT-team en Karin kreeg psycho-educatie om haar meer inzicht te geven in haar verwarrende gedachten. Tevens werd de ervaringsdeskundige ingeschakeld. Daarnaast werd trajectbegeleiding gestart om te helpen met het zoeken naar een baan. Voorts werd bij Karin motiverende gespreksvoering toegepast om haar te motiveren een signaleringsplan te maken en CGT te starten. Motiverende gespreksvoering wordt onder meer gebruikt om meer behandel compliance te verkrijgen (Rüsch en Corrigan, 2002). Gedurende de gesprekken die door de vs i.o. werden gevoerd met Karin, viel steeds meer op dat zij niet los kon komen van haar gedachtepatroon. Zowel in de MDR schizofrenie (Trimbos, 2012) als in de MDR persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos, 2008) wordt CGT aangeraden als behandeling, hetzij om gedachten op realiteit te toetsen, hetzij om zelfvertrouwen te vergroten. Bij Karin kan gesteld worden dat zij aan beide behoefte heeft en hier een grote stap in haar behandeling mee kan zetten. Karin werd aangemeld voor de G-training, om zo meer grip op negatieve gedachten en emoties te krijgen. Tijdens een G-training wordt nader gekeken naar gebeurtenissen, gedachten, gevoel en gedrag, met als doel de negatieve stemming en bijbehorend gedrag een minder bepalend onderdeel van het leven te laten zijn. Ze gaf aan dat ze het moeilijk vond om steeds over de verwarrende periode te praten, ze wil niet terugkijken, maar vooral vooruitkijken. Tijdens de behandeling nam de spanning toe doordat zij geregeld met haar psychotische episode werd geconfronteerd en met de spanning nam ook de frequentie van acting-out in de thuissituatie toe. Het maken van een signaleringsplan lukte om deze reden niet. Tevens gaf Karin aan dat de hoeveelheid afspraken haar teveel is, hierdoor werd ze steeds geconfronteerd met wat niet lukte. De afspraakfrequentie werd terugschroefd. Ook werd met oplossingsgerichte vragen meer gekeken naar de kracht en sterke kanten van Karin om zo haar zelfvertrouwen te vergroten. Karin gaf aan veel baat te hebben bij deze oplossingsgerichte benadering. Haar ouders kregen schematherapie aangeboden om meer inzicht te krijgen in het gedrag van hun dochter en henzelf. Haar vader haakt na één keer af, haar moeder gaat door met deze therapie. Door motiverende gespreksvoering ging Karin akkoord met CGT. In de zomer was de vs i.o. langdurig afwezig en zou een collega de zorg overnemen en daarbij starten met CGT. Helaas bleek deze geruime tijd ziek, waardoor CGT niet gestart werd en alleen trajectbegeleiding en ouderbegeleiding werd gecontinueerd. In het najaar blijkt Karin een baan

te hebben gevonden zonder tussenkomst van de trajectbegeleider en komt acting-out vrijwel niet meer voor. Wel houdt zij nog last van haar gedachtepatroon en is ze nu bereid om CGT te starten.

Discussie

Het uitgangspunt bij ACT is vraaggericht werken. Dat wil zeggen dat de vraag van de patiënt in eerste instantie leidend is in de doelstellingen en de te kiezen interventies. Echter de hulpverleners kunnen ook hulp opdringen als dit noodzakelijk wordt geacht (CCAF, 2008). In deze gevalsbeschrijving wordt uitgegaan van de hulpbehoefte van Karin en de interventies worden daarop aangepast. De verpleegkundige diagnostiek door de vs i.o. sluit aan bij de behandelmethodiek in ACT en deze diagnostiek blijkt tevens sterk aan te sluiten bij de wensen van Karin, waardoor het behandelresultaat vergroot wordt. In het interview van Koekkoek (2006) met Meijburg stelt Meijburg dat ACT vanwege de assertieve aanpak en overname van verantwoordelijkheden niet goed aanslaat bij persoonlijkheidsstoornissen. Het verhaal van Karin lijkt dit te bevestigen. De intensieve aanpak in ACT blijkt voor Karin te overweldigend te zijn, waardoor de frequentie van acting-out toenam. Wanneer er door omstandigheden langere tijd vrijwel geen contact is met ACT, pakt Karin de eigen autonomie weer op en is zij in staat beter te functioneren. In de MDR persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos, 2008) wordt gesteld dat teamleden goed getraind moeten zijn om de behandeling van BPS vorm te geven. In het ACT-team ligt de focus op kennis van psychosezorg, waardoor er een kennistekort is op het gebied van BPS. De vs i.o. heeft samen met de superviserende psychiater deskundigheidsbevordering op dit punt verzorgd.

Conclusie

Op dit moment sluit de geboden zorg van ACT onvoldoende aan bij de problematiek van BPS-patiënten. Aanbevolen wordt om in het ACT-team meer scholing te bieden over de behandeling van BPS, aangezien het in de verwachting ligt dat deze problematiek geregeld voor zal gaan komen in de doelgroep van ACT. Het lijkt zinvol om kennisuitwisseling te laten plaatsvinden met andere teams in het land die hier al meer ervaring mee hebben opgedaan. Daarnaast lijkt een casuïstiekbespreking op zijn plaats om de zorg voor deze patiëntengroep te optimaliseren. De verpleegkundige diagnostiek door de vs i.o. kan leidend zijn bij de keuze van interventies op de diverse levensgebieden. Geheel in de ACT-gedachte is het van belang aan te sluiten

bij de wensen van de patiënt en evidence based behandelinterventies uit zowel de MDR schizofrenie (2012) als de MDR persoonlijkheidsstoornissen (2008) te gebruiken.

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA) (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*, Nederlandse vertaling. Amsterdam: Harcourt Assesment BV.
- Bosch, W. van den, Meijer, S. & Backer, H. (2007). *Dialectische Gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam, Harcourt Assesment BV.
- Grootens, K.P. & Verkes, R.J. (2003). Atypische antipsychotica bij borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 517-524
- Hengeveld M.W. & Balkom, A.J.L.M. van (2010). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht, De Tijdstroom Uitgeverij.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. & Swanson, E. (2006). *NANDA, NOC and NIC Linkages. Nursing Diagnoses, outcomes & interventions*. Missouri, Mosby Elsevier.
- Koekkoek, B. (2006). Robert Meijburg over ACT als effectieve methode voor de meest kwetsbare cliënten. *Psychopraxis*, jaargang 2006, 08:12-14.
- Loonen, A.J.M. & Hovens, J.E.(2012). *Handboek functionele psychofarmacologie*. Utrecht, De Tijdstroom.
- Meijel, B. van (2003). *Relapse prevention in patients in schizophrenia: A nursing intervention study*. Utrecht: UMC-Utrecht.
- Moleman, P. (2009). *Praktische psychofarmacologie*. Houten, Prelum Uitgevers BV.
- Mulder, N. & Kroon, H. (2009). *Assertive Community Treatment, Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen*. Amsterdam, Uitgeverij Boom.
- NANDA international (2009). *Nursing Diagnose: Definitions and Classifications 2009-2011*. 1e druk . Oxford: Blackwell Publishing.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid (2010). Geraadpleegd op 13 september 2012 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/schizofrenie/omvang/>
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). Nederlandse vertaling van de *International Classification of Functioning, Disability and Health*, tweede herziene druk. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pathofysiologie, studie van de functie van zieke organen (2008). Geraadpleegd op 13 september 2012 via <http://www.pathofysiologie.nl/aandoeningen/psychose/>
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A. e.a. (2005). A randomised multicenter trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ (Clinicalresearch ed.)*, 331, 602.
- Rüsch, N. & Corrigan, P.W. (2002). Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26:23-32
- Salyers, M.P. & Tsemberis, S. (2007). ACT and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Mental Health Journal*, 43, (6)
- Stichting Centrum en Certificering ACT en FACT (CCAF) (2008). Geraadpleegd op 25 september 2012 via <http://www.ccaf.nl/act-en-fact/act>
- Trimbos Instituut (2012a). Geraadpleegd op 13 juni 2012, via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/feiten-en-cijfers>
- Trimbos. Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008). Geraadpleegd op 13 juni 2012 via <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- Trimbos. Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2012b). Geraadpleegd op 15 september 2012 via <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>
- Verhaegh, M.J.M., Bongers, I.M.B., Kroon, H. & Garretsen, H.F.L. (2007). Assertive Community Treatment bij patiënten met een eerste psychose. Modelgetrouwheid en doelgroepspecifieke aanpassingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 789-798.
- Verhaegh, M.J.M. (2009). *Effectiveness of Assertive Community Treatment in Early Psychosis*. Tilburg: Universiteit Tilburg.

Samenvatting

Een 25-jarige vrouw wordt met psychotische klachten aangemeld bij een Assertive Community Treatment (ACT)-team dat zich gespecialiseerd heeft in vroeg-psychose-zorg. Tijdens de eerste fase van de behandeling blijkt dat de vrouw naast psychotische klachten ook een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. In deze gevalsbeschrijving wordt onderzocht of de methodiek zoals die in het ACT-team van GGZ (Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen) gehanteerd wordt een zinvolle behandeling is voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het blijkt dat de verpleegkundige diagnostiek zoals deze door de verpleegkundig specialist ggz in opleiding wordt uitgevoerd, leidend kan zijn bij de keuze van de interventies.

Trefwoorden: Psychose, Assertive Community Treatment, borderline persoonlijkheidsstoornis