

Oplossingsgerichte gespreksvoering bij een cliënt met BPS

Een werkzame interventie

Inleiding

Borderline persoonlijkheidsstoornis

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) kan worden beschouwd als een stoornis in de emotieregulatie (Van Meekeren, 2009). Deze diagnose wordt gesteld als er sprake is van een combinatie van de volgende kenmerken: emotionele instabiliteit, impulsieve gedragingen, interpersoonlijke problemen en identiteitsproblemen (Trimbos-instituut, 2008).

BPS komt voor bij 1 à 2% van de Nederlandse bevolking en is daarmee een van de meest voorkomende psychiatrische stoornissen (Trimbos-instituut, 2008). Het is een ernstige aandoening die een ernstig invaliderend effect kan hebben op de kwaliteit van leven. Koekkoek, Van Meijel en Hutschemaekers (2007) stelden vast dat cliënten met BPS doorgaans een lange geschiedenis kennen van gebrekkige samenwerking met hulpverleners.

Psychotherapie is de eerste keuze behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos-instituut, 2008). Cliënten die (nog) niet geschikt zijn voor psychotherapie of zijn uitgevallen komen vaak in sociaal-psychiatrische begeleiding bij ambulante werkende verpleegkundigen (Koekkoek, 2011).

Sociaal-psychiatrische begeleiding

Sociaal-psychiatrische begeleiding is een verzamelnaam voor een vorm van begeleiding die wordt geboden aan mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problematiek. Het is een flexibele psychiatrische hulpvorm die zich richt op het oplossen van praktische problemen, het voorkomen van achteruitgang en het veranderen van niet-effectieve gedragingen. Deze vorm van hulp bestaat uit ambulante gesprekken die worden uitgevoerd door één hulpverlener die individueel verantwoordelijk is voor de vorm en inhoud van de begeleiding, veelal in samenwerking met een arts of psychiater die vooral medicamenteuze behandeling biedt. (Koekkoek, 2011).

Tabel 1
 Fases van sociaal-psychiatrische begeleiding (Koekkoek, 2011)

	Contactfase	Doelenfase	Werkfase
Doel	Optimaliseren van de werkrelatie	Formuleren van doelen	Kiezen en uitvoeren van interventies
Gespreksmethode	Relatie-management Motiverende gespreksvoering	Motiverende gespreksvoering Oplossingsgerichte gespreksvoering	Casemanagement Gedragsanalyse
Tempo	Laag	Gemiddeld	Hoog

Interpersoonlijke sociaal-psychiatrische begeleiding (ISBP) en collaborative care voor persoonlijkheidsstoornissen (CCP) zijn voor zover bekend internationaal de enige gestructureerde ambulante verpleegkundige behandelprogramma's voor cliënten met (borderline) persoonlijkheidsproblematiek (Ingehoven, Van Reekum, Van Luyn & Luyten, 2012). Het sociaal-psychiatrische begeleidingsmodel wordt globaal weergegeven in tabel 1.

Koekkoek (2011) stelt dat sociaal-psychiatrische begeleiding zich richt op een effectievere omgang met beperkingen ten gevolge van psychiatrische problematiek. Daarnaast is deze begeleiding met name gericht op het benutten van de eigen mogelijkheden van de cliënt. Het inzetten van de eigen competentie sluit aan bij de maatschappelijke ontwikkeling waarbij cliënten worden gezien als deskundigen die gebruik maken van de sterke kanten die zij al bezitten (Appelo, 2009). Een daarbij aansluitende gespreksmethode waarin optimisme, hoop en inzetten van eigen competenties centraal staan is de oplossingsgerichte gespreksvoering (Bannink, 2009).

Oplossingsgerichte gespreksvoering

Oplossingsgerichte gespreksvoering is een diagnoseoverstijgende behandelmethode die wordt beschouwd als een vorm van kortdurende, autonomieversterkende psychotherapie (Bakker & Bannink, 2008). De aandacht wordt niet gericht op het probleem maar op de verandering die de cliënt wil realiseren. De cliënt wordt uitgenodigd na te denken over mogelijke oplossingen, uitzonderingen en krachtbronnen om gedragsverandering te bevorderen. Daarnaast wordt perspectief geboden en wordt het optimisme versterkt hetgeen kan

leiden tot vertrouwen, energie en zelfredzaamheid (Visser, 2009). Oplossingen die werken versterken het zelfvertrouwen (Bannink, 2009). De hulpverlener neemt een houding van niet-weten aan om de expertrol van de cliënt tot uitdrukking te laten komen. Een ander aspect van de houding van de hulpverlener is *leading from one step behind*. Dat betekent dat de hulpverlener figuurlijk gesproken achter de cliënt staat. Door oplossingsgerichte vragen te stellen kijkt hij over de schouder van de cliënt mee en nodigt hij de cliënt uit om zijn doel te bepalen en de mogelijke oplossingen zo breed mogelijk te verken- nen (Bakker & Bannink, 2008).

Volgens Miller (2006) en MacDonald (2007) is oplossingsgericht werken een effectieve behandeling voor een breed scala aan psy- chiatrische problemen. Met behulp van *ovidsP* is in mei 2013 in de *PsychINFO*-, *Nursing*- en *MEDLINE* database gezocht naar onder- zoeksartikelen over de werkzaamheid van oplossingsgerichte ge- spreksvoering bij BPS. Met de *advanced search* zijn de trefwoorden *solution-focused* en *borderline* gecombineerd. Er bleken geen artike- len te zijn die overeenkwamen met de zoekcriteria.

Als probleemstelling geldt dat het onbekend is wat de werkzaamheid is van oplossingsgerichte gespreksvoering bij BPS. In de volgende ge- valsbeschrijving wordt getracht hier duidelijkheid over te krijgen door oplossingsgerichte gespreksvoering toe te passen tijdens alle fases van de sociaal-psychiatrische begeleiding van een cliënt met BPS.

Gevalsbeschrijving

Voorgeschiedenis en verwijzing

Esther¹ is een 32-jarige vrouw die wordt aangemeld bij Team Persoon- lijkheidsstoornissen van Yulius. Ze is opgegroeid in een gezin met een depressieve moeder. In haar jeugd werd ze fysiek mishandeld door haar aan alcohol verslaafde vader en op lagere school leeftijd is ze jarenlang seksueel misbruikt door een huisvriend.

Na het behalen van haar havodiploma heeft Esther verpleegkunde gestudeerd en gewerkt als juridisch hulpverlener van vluchtelingen. Daar ontmoette ze haar ex-man uit Irak met wie zij tussen 2001 en 2009 getrouwd was. In haar huwelijk werd ze slachtoffer van huiselijk geweld. Esther is sinds 2002 bekend bij de GGZ waar eerder de diag- nose BPS is gesteld. Door de jaren heen is ze vijf maal kortdurend op- genomen geweest in verband met emotieregulatie klachten. In 2006 en 2010 heeft ze een tentamen suicide gedaan met paracetamol. Ze zegt de afgelopen jaren minimaal twee maal per week herbelevingen

¹ Esther is een gefingeerde naam

Tabel 2
DSM IV-TR classificatie

DSM IV-as	Code	Stoornis
As I	309.81	Posttraumatische stress-stoornis
As II	301.83	Borderline persoonlijkheidsstoornis (hoofddiagnose)
As III	V71.09	Geen diagnose/aandoening op as III
As IV	PP WP FP	Problemen binnen primaire steungroep Werkproblemen Financiële problemen
AS V: GAF	Huidig	45

te hebben van haar traumatische verleden. Hierdoor slaapt ze slecht. Ze is inmiddels afgekeurd en heeft een uitkering.

In 2012 heeft Esther haar behandeling beëindigd omdat ze geen vertrouwen meer had in de hulpverlening. In januari 2013 wordt ze door de huisarts aangemeld in verband met suïcide-ideaties, somberheidsklachten en slaapproblemen.

Diagnostiek

Tijdens de intakefase wordt Esther gezien door de psychiater en de verpleegkundig specialist in opleiding (vs i.o.). Na psychiatrisch onderzoek en een ontwikkelingsanamnese wordt op basis van het lage zelfbeeld, interpersoonlijke problemen, stemmingswisselingen, impulsieve acties en zelfdestructief gedrag de diagnose BPS bevestigd op as II van de DSM IV-TR-classificatie (American Psychiatric Association [APA] (2007)). Op as I is sprake van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). De aanwezigheid van herbelevingen, verhoogde prikkelbaarheid, concentratieproblemen en vermijding van prikkels die bij de doorgemaakte traumatische ervaringen horen rechtvaardigen de gestelde diagnose. Bij BPS is de lifetime prevalentie van PTSS 25% (Golier, Yehuda, Bierer, Mitropoulou, New, & Schmeidler, 2003). De intelligentie wordt als gemiddeld ingeschat. Zie tabel 2 voor een overzicht van de DSM IV-TR classificatie.

De vs i.o. heeft voor de verpleegkundige diagnostiek gebruik gemaakt van de International Classification of Functioning, disability and Health (ICF) (Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, 2007) en de diagnoses van de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

Tabel 3
ICF, NANDA, NOC en NIC

ICF	NANDA-diagnose	NOC-doelen	NIC-interventies
<i>b126.3</i> Ernstige versto- ring temperament en persoonlijkheid	Chronische geringe zelfachting	Verhoging van gevoel van eigenwaarde	Cognitieve herstructurering Vergroten van veerkracht Vergroten zelfvertrouwen
<i>b1263</i> Ernstige versto- ring psychische stabiliteit	Posttraumatisch syndroom	Toewerken naar EMDR	Gezamenlijk doelen stellen Oriëntatie op realiteit Angstreductie
<i>d2401.3</i> Ernstige beperking in het omgaan met stress	Ineffectieve coping	Vaardigheid om stressoren te beheersen	Leren omgaan met crisissituaties Kalmerende technieken Oriëntatie op realiteit Vergroten zelfvertrouwen
<i>b134.2</i> Ernstige versto- ring van de slaapkwaliteit	Verstoord slaappatroon	Minder nachtmerries	Bevordering van het gevoel van veiligheid Medicatie

(NANDA International, 2009). Vervolgens werden interventies en beoogde resultaten geformuleerd met behulp van de Nursing Intervention Classification (NIC) (Bulechek & Butcher, 2012) en de Nursing Outcome Classification (NOC) (Moorhead & Johnson, 2008).

In tabel 3 zijn de ICF-uitkomsten met daarbij de NANDA-diagnoses, NOC-doelen en NIC-interventies schematisch weergegeven.

Esther heeft beperkingen op diverse levensgebieden door ernstige versto-
ring van de psychische stabiliteit en de driftbeheersing. Daar-
naast is er een ernstige versto-
ring van de slaapkwaliteit. Bovendien
is er sprake van ernstige beperking in het omgaan met stress, crisis-
situaties en het dragen van verantwoordelijkheden. Esther heeft even-
eens ernstige problemen bij deelname aan het werkende en maat-
schappelijke leven. Bevorderende externe factor is de ondersteuning

door haar zus. Bevorderende persoonlijke factoren zijn haar motivatie voor de behandeling en haar doorzettingsvermogen.

Behandeling

Contactfase

Het eerste gesprek stond in het teken van de eerste fase van sociaal-psychiatrische begeleiding, de contactfase. Het bleek zinvol direct duidelijk te maken dat het om oplossingsgerichte gesprekken zou gaan. Dit om wederzijdse verwachtingen te expliciteren. Esther werd gevraagd hoe het haar gelukt is ook stabielere dagen te hebben, wat geholpen heeft tijdens haar eerdere contacten met hulpverleners en wat haar helpt als zij het gevoel heeft uit balans te raken. Afgesproken werd dat Esther indien nodig de vs i.o. op werkdagen telefonisch kon bereiken. Bij afwezigheid van de vs i.o. kon de acute dienst worden gebeld.

Doelenfase

In het eerste en met name het tweede gesprek zijn de doelen besproken. Gevraagd werd waar Esther op hoopt en hoe zij haar leven er over een jaar uit wil laten zien. Er werd stilgestaan bij wat al helpend is en wat een volgende stap zou kunnen zijn. Esther gaf aan weer in zorg te komen omdat ze behandeld wil worden met Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) om minder last te hebben van haar herbelevingen. EMDR is in Nederland de eerste keus behandeling bij trauma's (Trimbos-instituut, 2012). Samen met de vs i.o. stelde Esther ook de volgende positief gelabelde en concrete doelen op:

- Ik wil op tijd leren ontspannen als ik spanningen ervaar zodat ik meer zelfcontrole heb;
- Ik wil trots op mezelf kunnen zijn;
- Ik wil 's ochtends wakker worden met voldoende energie om de dag door te komen.

Werkfase

De psychotherapeut van het behandelteam beoordeelde op basis van de aanwezigheid van suicide-ideaties dat Esther nog over onvoldoende copingvaardigheden beschikte om met EMDR behandeld te worden. Spierings (2008) levert de onderbouwing voor deze keuze. Hij stelt dat cliënten over voldoende copingvaardigheden moeten bezitten om zichzelf door moeilijke momenten van de traumaverwerking heen te kunnen coachen. De vs i.o. kon de door Esther ervaren afwijzing in een meer hoopvol perspectief plaatsen. Gevraagd werd hoe het haar gelukt was op gesprek te komen en wat haar hielp te ontspannen na deze stressvolle gebeurtenis.

Om haar emotieregulatie te bevorderen werd Esther aangemeld voor

emotieregulatietraining (ERT). Deze groepsgerichte training geldt als voorbereiding voor de Vaardigheidstraining Emotieregulatie Stoor- nis (VERS). Groepsvaardigheidstrainingen worden in combinatie met individuele behandelcontacten gezien als efficiënte behandelvormen bij BPS (Trimbos-instituut, 2008). Esther werd ook aangemeld voor een training mindfulness. Volgens Lynch e.a. (2007) maken mensen met BPS die deelnemen aan een mindfulness groep significant minder gebruik van crisisinterventies.

Esther heeft tweemaal in crisis telefonisch contact gezocht met de vs i.o. Bakker en Bannink (2008) stellen dat er goed oplossingsgericht gewerkt kan worden als de cliënt in crisis is. Esther werd gevraagd hoe het haar lukte te bellen en vol te houden. Daarnaast werd gevraagd welke strategieën ze gebruikt om het hoofd boven water te houden. Bannink (2009) geeft aan dat het bieden van hoop in crisis- gesprekken belangrijk is. Samen met de vs i.o. maakte Esther een in oplossingsgerichte taal omschreven signaleringsplan. De Multidis- ciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) beveelt het maken van een dergelijk plan aan om crises te voor- komen.

Op verzoek van de vs i.o. verleende de psychiater een medicatiecon- sult. Esther startte met Topiramaat in verband met haar nachtmerries en herbelevingen. Topiramaat vermindert nachtmerries en herbe- levingen (Aalbersberg & Mulder, 2006). In de voortgangsgesprek- ken met de vs i.o. werd de nadruk gelegd op hoe het Esther lukt haar slaapkamer een veilige plaats te maken. Ook werd haar gevraagd hoe het haar lukt haar medicatie zorgvuldig te gebruiken.

Voor het monitoren van de voortgang van de behandeling werden tweewekelijkse oplossingsgerichte gesprekken ingepland. Daarin wer- den de succesdefinities, positieve uitzonderingen en sterke punten be- nadrukt. Door het stap voor stap uitvragen van positieve ervaringen door de vs i.o. kreeg Esther inzicht in haar eigen krachten. Bij het ont- decken van haar eigen aandeel in oplossingen werden complimenten gegeven. Oplossingen die werkten werden door Esther als belangrijke versterker van het zelfvertrouwen gezien. Na vijf gesprekken wilde Es- ther de tijd tussen de afspraken verruimen naar drie weken.

Aan het begin van ieder behandelgesprek werd een gezamenlijke agenda opgesteld. Het effect van de behandeling werd tijdens de gesprekken inzichtelijk gemaakt. De voortgang van de door Esther gestelde doelen werd geëvalueerd aan de hand van schaalvragen. Schaalvragen horen bij de belangrijkste soorten vragen van het oplos- singsgerichte werken (Bannink, 2009). In deze casus werd per doel op een schaal van nul (zeer laag) tot tien (zeer hoog) gevraagd hoe de vooruitgang ervaren werd.

Na tien individuele gesprekken ervoer Esther vooruitgang op de drie door haar in samenwerking met de vs i.o. gestelde doelen.

Voor doel 1 – op tijd leren ontspannen – betekende dat op een schaal van 1 tot 10 een geleidelijke vooruitgang van 4 (eerste gesprek) tot 8 (laatste gesprek).

Doel 2 – zich trots voelen op zichzelf – werd bij het eerste gesprek met een 2 gewaardeerd en, ook via een geleidelijke vooruitgang, met een 6 bij het laatste gesprek.

De voortgang wat betreft doel 3 – 's morgens voldoende energie hebben – verliep met enige schommeling: bij het eerste gesprek was de waardering een 4, bij het tweede gesprek een 2 en uiteindelijk gaf Esther zichzelf hier een 6.

Esther heeft de training mindfulness en ERT succesvol doorlopen en staat op de wachtlijst om te beginnen met de VERS. Ze heeft de wens te kennen gegeven om na afronding van de VERS te starten met de EMDR en hoopt daarvoor nu wel in aanmerking te komen vanwege de toename van haar emotionele stabiliteit. Omdat Esther voelde dat ze over meer energie beschikte is ze gestart met vrijwilligerswerk in een verzorgingstehuis.

Discussie

Bij de behandeling van een cliënt met BPS werd oplossingsgerichte gespreksvoering toegepast. In de behandeling werd de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos-instituut, 2008) gevolgd: er werd een combinatiebehandeling van ERT, farmacotherapie en mindfulness geïnitieerd. Het resultaat hiervan is dat de cliënt positiever over zichzelf denkt, dat haar copingvaardigheden zijn toegenomen en dat zij over meer energie beschikt.

De oplossingsgerichte gespreksvoering zorgde voor een positieve sfeer tijdens de gesprekken en lijkt door het bieden van hoop een bijdrage te hebben geleverd aan het volhouden van de therapie en ook autonomiebevorderend te hebben gewerkt. De cliënt werd nieuw perspectief geboden en ze ging zelf meer verantwoordelijkheid nemen. Visser (2009) onderschrijft de autonomieversterkende werking van oplossingsgerichte gespreksvoering door het centraal stellen van het vertrouwen in eigen kracht. Een meting met de Autonomie Gehechtheidsschaal (AGS-30) had dit kunnen bevestigen. Volgens Bekker en Van Assen (2006) meet de AGS-30 autonomie en heeft de schaal goede psychometrische hoedanigheden. Dit meetinstrument bleek bij Yulius niet voorhanden.

Bij het begin van de behandeling werd de cliënt verteld dat de gesprekken oplossingsgericht zouden zijn. Consequent toepassen van oplossingsgerichte gespreksvoering tijdens alle behandelgesprekken zal de voorspelbaarheid in het contact en de door de cliënt ervaren emotionele veiligheid van de behandelrelatie mogelijk bevorderen.

Een bevorderende factor in de behandeling was dat schaalvragen de voortgang ten aanzien van de gestelde doelen inzichtelijk konden maken. Schaalvragen behoren tot de belangrijkste vragen bij oplossingsgerichte gespreksvoering.

Op deze wijze konden methodiektrouw, oplossingsgericht werken en het meten van resultaten samengaan.

Conclusie

In deze gevalsbeschrijving is getracht antwoord te geven op de vraag wat de werkzaamheid is van oplossingsgerichte gespreksvoering bij BPS. Concluderend kan gesteld worden dat oplossingsgerichte gespreksvoering toegepast kan worden tijdens alle fases van de sociaal-psychiatrische begeleiding van een cliënt met BPS. Het focussen op oplossingen bleek een praktische en stimulerende manier om de cliënt tot therapie te bewegen en de behandelinterventies vol te houden. Daarnaast lijkt oplossingsgerichte gespreksvoering autonomiebevorderend te werken.

Bij de gevalsbeschrijving werd duidelijk dat over het inzetten van oplossingsgerichte gespreksvoering bij BPS weinig evidentie voorhanden is. Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van oplossingsgerichte gespreksvoering bij BPS wordt aanbevolen. Dit kan bij uitstek gedaan worden door verpleegkundig specialisten. Zij spelen een grote rol in de sociaal-psychiatrische begeleiding van patiënten met BPS en zijn opgeleid om de rol van onderzoeker te vervullen.

Nawoord

Ik wil mijn opleider bij Yulius, mw. I. de Hoop, bedanken voor haar feedback en kritische blik tijdens het schrijfproces.

Literatuur

- Aalbersberg, C.F., & Mulder, J.M.V. (2006). Topiramaat bij de posttraumatische stressstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 487-491.
- American Psychiatric Association (APA) (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Appelo, M. (2009). Misverstanden en mythes: Cliënten zijn veranderingsbereid. *Directieve Therapie*, 41, 241-251.
- Bakker, J.M., & Bannink, F.P. (2008). Solution focused brief therapy in psychiatric practice. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bannink, F. (2009). *Oplossingsgerichte vragen: handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information.
- Bekker, M.H.J., & Assen, M.A.L.M. van (2006). A Short Form of the Autonomy Scale: Properties of the Autonomy-Connectedness Scale (ACS-30). *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 51-60.
- Bulechek, G.M., & Butcher, H.K. (2012). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis: Mosby.
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., & Schmeidler, J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024.
- Ingehoven, T., Reekum, A. van, Luyn, B. van, & Luyten, P. (2012). *Handboek Borderline persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Koekkoek, B., Meijel, B. van, & Hutschemaekers, G. (2007). Moeilijke psychiatrische patiënten: Een overzicht van de literatuur. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 93-108.
- Lynch, T.R., Trost, W.T., Salsman, N., & Linehan, M.M. (2007). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- MacDonald, A.J. (2007). *Solution-Focused Therapy: Theory, research and practice*. London: Sage.
- Meekeren, E. van (2009). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Een kritische beschouwing. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 286-297.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Duncan, B.L. (2006). *Handbook of solution-focused brief therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Moorhead, S., & Johnson, M. (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Philadelphia: Elsevier.
- NANDA International (2009). *Nursing diagnoses: Definitions and Classification 2009-2011*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre (2007). *Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spierings, J.J. (2008). *Praktijkboek EMDR*. Amsterdam: Pearson.
- Trimbos-instituut (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trimbos-instituut (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Visser, C. (2009). *Doen wat werkt. Oplossingsgericht werken, coachen en managen*. Culemborg: Van Duuren Management.

Samenvatting

Deze gevalsbeschrijving illustreert hoe oplossingsgerichte gespreksvoering geïntegreerd kan worden in de behandeling van een cliënt met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Oplossingsgerichte gespreksvoering kan toegepast worden tijdens alle fases van de sociaal-psychiatrische begeleiding. Een 32-jarige vrouw met BPS wordt aangemeld met emotieregulatieklachten en slaapproblemen. Oplossingsgerichte gespreksvoering zorgde voor een positieve sfeer tijdens de gesprekken en lijkt helpend om de cliënt tot emotieregulatietraining, farmacotherapie en mindfulness te bewegen en deze behandelinterventies vol te houden. Schaalvragen werden gebruikt om de voortgang tijdens de behandeling te volgen. Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van oplossingsgerichte gespreksvoering bij BPS wordt aanbevolen.

Trefwoorden Gevalsbeschrijving, borderline persoonlijkheidsstoornis, oplossingsgerichte gespreksvoering, sociaal-psychiatrische begeleiding