

BORDERLINE

Werkstuk V.B.O.
Marleen
2002

Inleiding

Dit werkstuk gaat over 'Bordeline-persoonlijkheidsstoornis', kortweg borderline genoemd:

Een leven waarin alles van een leien dakje gaat, is eerder uitzondering dan regel. Iedereen krijgt te maken met tegenslagen: zakken voor een examen of afgewezen worden voor een baan. Ook heeft elk mens weleens een fikse ruzie met een vriend, vriendin of collega. Maar bij sommige mensen zijn veranderingen, mislukkingen en heftige conflicten eerder regel dan uitzondering. Ze beginnen impulsief en vol enthousiasme aan een nieuwe opleiding of vertellen dolgelukkig over hun nieuwe grote liefde. Vaak is de situatie een paar maanden later helemaal veranderd: ze zijn gestopt met de opleiding omdat die niets opleverde, de vriend bleek bij nader inzien een waardeloze kerel. Mensen die dit vaak overkomt en steeds opnieuw vastlopen in hun chaotische leven, hebben mogelijk een *borderline persoonlijkheidsstoornis*. Borderline is een psychische aandoening, welke ernstige beperkingen kunnen geven aan degene die hieraan lijdt.

Er is geen echte reden waarom ik dit werkstuk over borderline doe. Ik kwam het onderwerp tegen en het leek me wel een interessant onderwerp om over te doen en interessant om er meer over weten te komen.

Het ontstaan van de naam Borderline

De term borderline is in het begin van de vorige eeuw ontstaan. Psychologen en psychiaters wisten toen bepaalde psychische verschijnselen niet goed aan te duiden en plaatsten de stoornis daarom in het grensgebied (borderline) van de psychose (geestesziekten) en de neurose (lichamelijke klachten, door psychische klachten)

In de jaren zestig is door een Amerikaanse psychiater Kernberg een theorie opgesteld over hoe de persoonlijkheid in elkaar steekt en borderline is daar een van. Omdat het toen niet meer om een grensgeval ging, maar om een op zich staande ziekte is de term een beetje ongelukkig. In 1980 werd de term opgenomen in de DSM_Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. DSM is een wereldwijd gebruikt boek, waarin alle psychiatrische stoornissen staan geschreven.

Het woord borderline roept al snel associaties op het met 'moeilijk handbaar' Dat vooroordeel klopt allang niet meer, omdat de stoornis nu nauwkeurig omschreven en er betere behandelingen voor zijn ontwikkeld.

De stoornis

Borderline is een stoornis die moeilijk te herkennen is, omdat het iets is wat zomaar ontstaat in een korte tijd en omdat het een grens is tussen psychose en neurose, lijkt het vaak op andere problemen.

De stoornis begint meestal in de adolescentie leeftijd (tussen de 17^e en de 25^{ste} levensjaar), maar is ook in de kindertijd voortekenen zichtbaar.

Nadat de eerste verschijnselen zijn opgetreden, volgen nogal eens diepe dalen met ernstige crises en vele hulpverleningscontacten.

Symptomen van de Borderline-stoornis:

- **Impulsiviteit:** De borderline-patiënt reageert vaak impulsief. Zonder ergens goed over na te denken, nemen borderliners overhaastige beslissingen, waar ze vaak als snel weer . spijt van krijgen. Bijvoorbeeld dat ze een advertentie in de krant zien staan over een baantje wat ze wel leuk lijken, en er gelijk op in gaan, wat vaak op teleurstellingen lopen. Ook overmatige alcohol-, drugs- en/of medicijngebruik zijn geen uitzondering. Ook is er soms sprake van eetproblematiek. Patiënten kunnen op een extreme manier gaan afvallen (anorexia nervosa) of juist gaan eten (boulimie). Vaak hebben ze ook veel wisselende seksuele contacten
- **Stemmingswisselingen/emotionele instabiliteit (affectlabiliteit):**
Borderline kenmerkt zich voorts door snelle stemmingsveranderingen. De stemming kan gemakkelijk omslaan van somberheid en angst in gespannen opwinding en andersom. Iemand met borderline lijkt ‘overgevoelig’ te reageren op gebeurtenissen en uitspraken.
Een ogenschijnlijk onschuldige opmerking kan tot een woede-uitbarsting leiden, korte tijd later gevolgd door een vrolijke bui, alsof er niets gebeurd is.
Een borderliner kan intense woede of kwaadheid niet beheersen, wat dan ook erg vreemd is voor buitenstaanders om te zien, hoe borderliners naar enkele uren in extreme vrolijke bui zijn.
Soms is de stemmingswisseling zonder aanleiding ontstaan.
Dit duurt meestal een paar uur, maar kan soms ook dagen duren.
- **Stoornis in het leggen van contacten:**
Borderliners denken in zwart-wit, grijs is nauwelijks bekend. Het is goed of fout en niet er tussenin. Borderliners kunnen heel enthousiast reageren op nieuwe contacten, maar wanneer diegene niet voldoet aan de verwachtingen, is er teleurstelling en boosheid. Hierdoor ontstaan vaak werk- en relatieproblemen. Veel patiënten wisselen dan ook vaak van werk en vriendenkring.
- **Automutilatie:** Door hoogoplopende spanningen, wordt het voor de borderliner allemaal wel eens te veel, wat op hun eigen lichaam wordt afgereageerd doordat ze zichzelf krassen of snijden met scherpe stukjes glas of metaal of door zich te branden met een sigaret.
Ook komt het vaak voor dat borderliners met suïcidale gedachten rondlopen als gevolg van extreme onlustgevoelens of angst. Suïcidepogingen komen regelmatig voor, vaak in de vorm van het slikken van teveel medicijnen in 1 keer.
- **Psychotische verschijnselen:**
Soms krijgen mensen met borderline last van psychotische verschijnselen.
Dat kan zijn in de vorm van het horen van stemmen of het zien van beelden, in de war zijn, overmatige achterdocht.
De patiënt kan klachten uiten zoals: “Ik zit in een lichaam waarbij ik niks voel”. Zij ervaart dat lichaam dan als vreemd. Ook zijn er klachten bekend dat de patiënt het gevoel heeft niet in de realiteit te staan, dat alles aan haar voorbij gaat zonder er deel van uit te maken.

- **Dissociatieve verschijnselen:**
Dissociatie is een veranderde bewustzijnstoestand, waarbij het is alsof verschillende functies van de hersenen niet goed op elkaar zijn afgestemd. Iemand maakt dan afwezige indruk, reageert niet helder of adequaat. De patiënt zelf ervaart het alsof alles aan haar voorbij gaat. Zo komt het voor dat een patiënt ergens naartoe is geweest, waarbij zij absoluut niet meer weet hoe zij daar is gekomen en dat zij er is geweest. Dit zijn voor de patiënt angstige verschijnselen.
- **Maatschappelijke problemen:**
In het maatschappelijk leven worden mogelijkheden met betrekking tot cursussen, opleidingen, vakanties en nieuwe relaties op een extreme wijze aangepakt (zie “Stoornis in het leggen van contacten”). Verwachtingen liggen zo hoog, dat teleurstellingen, mislukkelingen en krenkingen meestal het gevolg zijn. Door deze regelmatige negatieve ervaringen, neemt het zelfvertrouwen af. De patiënt trekt zich terug uit het maatschappelijk leven. Doordat bovendien de problemen zo divers zijn en het maatschappelijk steeds moeilijker wordt gaat, komt de patiënt in een isolement. De symptomen nemen dan in ernst toe.
- **Moeilijk alleen kunnen zijn:**
Borderliners hebben een grote behoefte aan intieme relaties, maar zijn daar tegelijkertijd bang voor. Ze zijn extreem bang om in de steek gelaten te worden. Ze stellen mensen daarom voortdurend op de proef. Zo testen ze als het ware of en wanneer iemand hen in de steek laat. Op zich neutrale uitspraken of acties leggen ze als snel uit als een persoonlijke afwijzing. Mensen met borderline leggen vaak makkelijk contacten. Alleen zijn vinden ze vaak erg moeilijk en kan hen in grote paniek brengen. Ze eisen daarom iemands aandacht en liefde volledig op. Hun relaties zijn vaak heftig, maar kort.
- **Identiteitsproblemen:**
Mensen met borderline hebben meestal weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld en zijn buitengewoon gevoelig voor opmerkingen, die ze als kritiek ervaren. Ze twijfelen constant over wat ze zullen aanpakken en wat ze met hun leven willen.
Een vaak gehoorde klacht is: een ‘leeg’ gevoel hebben van binnen. Patiënten voelen zich eenzaam, voelen zich snel in de steek gelaten.

Zo ziet de buitenwereld vaak de borderline stoornis, maar de binnenkant ziet er anders uit:

- Angst, soms door agressie bedekt
- Eenzaamheid, zelfs in gezelschap
- Chronisch gevoel van leegte
- Niet weten wat je wil, voelt of vind
- Een kloof tussen gevoel en verstand
- Overspoeld raken door emoties waar je niets mee kan en die moeilijk te verdragen zijn
- Relaties niet kunnen aangaan of kunnen volhouden
- Werk niet kunnen volhouden
- Periodes van depressie
- Enorme spanningen
- Weinig gevoel van eigenwaarde

De diagnose

De diagnose kan pas na en uitgebreid onderzoek worden vastgesteld. Om de diagnose te kunnen vaststellen, moet een patiënt aan minstens 5 van de 9 criteria, zoals vermeld in de DSM, voldoen.

Je hoeft dus niet iedere symptoom te hebben.

Deze criteria zijn:

1. krampachtige pogingen om feitelijke of ingebeelde verlating te voorkomen.
2. patroon van instabiele en intense relaties die worden gekenmerkt door wisselingen in de extremen van idealiseren en neerhalen.
3. identiteitsstoornis.
4. impulsiviteit op tenminste twee gebieden die schadelijk voor de patiënt zijn.
5. terugkerende suïcidale of automutilerend gedrag of dreiging.
6. wisselende stemmingen.
7. chronische gevoel van leegte.
8. onaangepaste intense woede of gebrek aan beheersing van woede.
9. voorbijgaande achterdocht of dissociatieve symptomen.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt regelmatig borderline persoonlijkheid gediagnosticeerd. Vooral in de adolescentie (leeftijd +/- 16,17).

Borderline patiënten, en met name kinderen en adolescenten, zijn weinig stabiel, hebben geringe controle over het eigen handelen, zijn snel gefrustreerd en neigen tot allerlei 'acting out'gedrag. Het gaat hierbij om agressieve ontladingen, alcoholisme, drugsmisbruik, diefstallen, vandalisme, enz. Het lijkt erop dat hiermee een innerlijke leegte moet worden opgevuld.

Een borderline patiënt beschikt over het algemeen een normale intelligentie en voldoende realiteitszin. In emotioneel opzicht is de persoon niet ontwikkeld, zij is infantiel (kinderlijk) gebleven. Dat kan je ook zien op de manier hoe ze relaties aangaan, ze gaan relaties aan met mensen die iets kunnen opleveren voor hun. Ze zien niet de emotionele reacties die zij met hun gedrag oproepen; verbijstering, woede en teleurstelling. De ander is een deelobject, geen persoon met eigen gevoelens.

Achtergronden van de borderline-stoornis

De oorzaken van de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn niet goed bekend. Bijna altijd gaat het om een combinatie van biologische, psychische en sociale factoren, waarbij elke factor een bijdrage kan leveren aan het ontstaan van de stoornis.

1. Biologisch:

De belangrijkste biologische factor is *aanleg*. Impulsief gedrag, heftige emoties en stemmingswisselingen kunnen mogelijk in de aanleg al aanwezig zijn. Mogelijk is er een stoornis in de serotonine (een stof in ons zenuwstelsel die zorgt voor de prikkeloverdracht tussen de zenuwcellen)

2. Psychologisch:

In de levensgeschiedenis van veel borderlinepatiënten komen ingrijpende ervaringen voor zoals, een instabiele ouderlijke gezinssituatie, emotionele verwaarlozing, lichamelijke verwaarlozing, mishandeling, agressie, seksueel misbruik. Mede hierdoor hebben veel patiënten moeite met het aangaan van een (langdurige) band met andere mensen. Er is aan de ene kant een sterke behoefte aan contact met andere, maar tegelijk bestaat hiervoor veel angst: die ander kan je zo in de steek laten of het vertrouwen beschadigen.

3. Sociaal:

De borderlinestoornis lijkt zich vooral in de westerse wereld voor te komen. Een samenleving waarin vooral individualisering voorkomt en snelle veranderingen plaats vinden. Ook het wegvallen van familie, buurt of kerkleven kan van belang zijn. Mensen voelen zichzelf teruggeworpen en minder veilig.

Bij een merendeel begint de stoornis al heel vroeg, in de leeftijd van 6 a 7 jaar.

Het is heel moeilijk per patiënt vast te stellen wat de eigenlijke oorzaak is. Ouders voelen zich vaak schuldig, vragen zich af waar ze de fout in zijn gegaan. Elke ouder maakt fouten, maar dat hoeft niet te leiden tot psychiatrische stoornissen

Het beloop

De borderline persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een uiterst grillig beloop met pieken en dalen, ups and downs. Een aantal patiënten komt vroegtijdig te overlijden door zelfdoding. Het is vaak ook zo dat het na het 30^{ste} a 40^{ste} levensjaar met ongeveer de helft van de patiënten veel beter gaat.

Het is alsof de stoornis uitdooft.

Statistische gegevens

In Nederland hebben zo'n 150.000 tot 200.000 (2%) mensen een borderline stoornis, 10 % van de psychische klachten zijn van mensen met Borderline en 20% van de opgenomen psychiatrische patiënten.

Bij merendeel van deze personen uit deze stoornis zich onder meer door suïcidepogingen en zelfdestructie.

Van de borderliners zijn 75% vrouw en 25 % man. Bij mannen wordt de stoornis minder snel herkend, doordat ze vaak door agressie, geweld en verslaving, eerder met de politie en de verslavingszorg in aanraking komen. Mannen krijgen eerder de diagnose van ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Vrouwen komen vaker bij de geestelijke gezondheidszorg, als gevolg van zelfverwondend gedrag en eetstoornissen.

Uit een Nederlands onderzoek onder leerlingen uit het voorgezet onderwijs (Kienhorst 1988) Blijkt dat 2,2% van de 10.000 door haar onderzochte leerlingen ooit een suïcidepoging heeft ondernomen. Dit zijn dus 220 jongens en meisjes in Nederland. In 1985 pleegden in de leeftijdscategorie onder de 20 jaar 44 jongens en 10 meisjes zelfmoord, in de leeftijdscategorie tussen de 20 en 29 jaar waren dat 122 mannen en 88 vrouwen. In 1995 waren er in totaal 272 mensen die zelfmoord pleegden, waarvan 38 onder de 20 jaar en 234 tussen 20 en 29 jaar (CBS, 1997).

Borderline is niet alleen rot aan de persoon zelf, maar ook aan de partner/ouders, kinderen en/of vrienden. De buien van borderliners kunnen hard aankomen bij de omstanders.

De behandeling

De behandeling vindt het liefst ambulante plaats. Soms kan het noodzakelijk zijn om iemand op te nemen bijv. om iemand in te stellen op medicatie of ter bescherming van zichzelf. Geprobeerd zal worden deze opname zo kort mogelijk te houden. Alleen bij ernstige symptomen zal langere opname noodzakelijk zijn. Ook zijn er mogelijkheden waarin een patiënte een aantal dagen per maand opgenomen kan worden voor als ze het even niet aan kan. Dit kan een stukje rust en zekerheid bieden.

Psychotherapie: (gespreksterapie)

Het allerbelangrijkste in de behandeling is het opbouwen en verkrijgen van een vertrouwensband. Dit is een moeizame en lange weg. De patiënt heeft enorme behoefte om zo'n vertrouwensband aan te gaan, maar is er tegelijk erg bang voor. De behandelaar moet veel geduld en begrip kunnen opbrengen en samen moeten de patiënt en therapeut er hun uiterste best voor moeten doen. Niet iedere therapeut is opgewassen tegen wispelturige gedrag van borderliners (bijv. het niet opvolgen van adviezen), die vaak de behandeling impulsief afbreekt en ergens anders hulp zoekt. De behandeling komt dan eigenlijk niet verder dan crisisbestrijding.

In gesprekstherapie wordt aandacht besteed aan de kwetsbare kanten van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld de angst om in de steek gelaten te worden, het geringe zelfvertrouwen, de neiging om in extremen (zwart-wit) te denken en de moeite die zij ermee heeft om afstand en nabijheid te regelen; met dit laatste wordt bedoeld dat andere mensen soms moeilijk verdragen worden (snel conflicten), maar dat de eenzaamheid ook moeilijk te verteren is. Tijdens de gesprekstherapie leert de patiënt hoe zij hiermee om kan gaan.

Het is in elke behandeling tevens belangrijk veel aandacht te schenken aan de relaties van de patiënt met anderen in zijn/haar omgeving. Deze zijn in de loop van de tijd meestal fors onder druk komen staan. Er worden vaak verwijten over en weer gemaakt en er wordt op een overgevoelige, stereotype manier op elkaar gereageerd. Het is nuttig om belangrijke vrienden & e.d., uit de omgeving van de patiënt, met toestemming van de patiënt zelf, uit te nodigen. Deze kan informatie krijgen over de stoornis en begrip wordt getoond voor de moeilijkheden die door alle betrokkenen worden ondervonden. Indien alle partijen dat willen, kunnen ook adviezen worden gegeven over hoe beter met elkaar om te gaan.

Medicijnen:

Medicijnen zijn met name in het begin van de behandeling van betekenis. Dit komt omdat het vaak enige tijd duurt, voordat psychotherapie effect heeft. Medicijnen kunnen alleen de ernst van de verschijnselen verminderen, maar niet een enkel medicijn kan de stoornis doen genezen. Afhankelijk van de ziekteverschijnselen, kunnen de volgende medicijnen worden voorgeschreven:

- *Antipsychotische middelen:* voor de behandeling of het voorkomen van psychotische verschijnselen (zoals in de war zijn, waandenkbeelden, stemmen horen); verder werken deze middelen soms gunstig op angst en impulsiviteit.
- *Bepaalde antidepressie middelen:* tegen depressieve verschijnselen, of tegen impulsiviteit.
- *Stemmingsregulerende middelen:* tegen wisselende stemmingen, tegen impulsiviteit, bijvoorbeeld lithium of carbamazepine.
- *Kalmeringsmiddelen:* tegen angst, spanningsklachten of slaapproblemen; grote terughoudendheid is geboden in verband met verslavingsgevaar en kans op verergering van sommige verschijnselen, zoals impulsiviteit en angst.

Bij veel patiënten kunnen de medicijnen worden afgebouwd als de psychotherapie resultaat begint te geven (hetgeen soms vele maanden duurt).

Opname of niet?

De behandeling dient zoveel mogelijk ambulant (poliklinisch) gerealiseerd te worden. Er is namelijk gebleken dat bij veel borderline patiënten in het ziekenhuis verergeringen van de symptomen optreedt. Zo zien we vaak dat automutilatie (zelfbeschadigend gedrag) soms pas in de kliniek begint of zelfs toeneemt! Ook zijn er vaak veel huisregels in de kliniek en zit bijvoorbeeld de buitendeur op slot; dit blijken omstandigheden te zijn, waardoor de broderliner het gevoel heeft te dicht op haar huid gezeten te worden. Toch kunnen de symptomen zo ernstig zijn, dat klinische opname noodzakelijk is. Dan zal er daarna in zo'n kort mogelijke tijd de patiënt weer in poliklinische behandeling te krijgen. Vaak wordt een borderliner opgenomen na een zelfmoord poging.

De gedwongen opname.

Een gedwongen opname vindt alleen plaats als het echt niet anders kan, als iemand zichzelf of anderen in gevaar kan brengen en iemand niet bereid is zich op te laten nemen. Over een gedwongen opname beslist de burgemeester of de rechter. Iemand kan dan een **IBS** (= in bewaring stelling) krijgen, dit moet gezien worden als een spoedmaatregel. Een onafhankelijk psychiater moet antwoord geven op de vraag of er een gevaarlijke situatie is, of het vermoeden bestaat dat het gevaar door een psychische stoornis wordt veroorzaakt en of opname de enige mogelijkheid is dit gevaar af te wenden. Wanneer deze vragen met 'ja' worden beantwoord dan kan een IBS worden aangevraagd. Je krijgt een advocaat toegewezen die je tijdens een hoorzitting terzijde staat. De rechter bekijkt, mede aan de hand van een geneeskundige verklaring, of de IBS terecht is toegewezen. Een IBS duurt drie werkdagen en kan voor drie weken worden verlengd. Als besloten wordt de IBS om te zetten in een RM kan het oplopen tot zeven weken. Een IBS loopt af als niet meer op alle vragen 'ja' gezegd kan worden of als een rechter bepaald dat het niet langer nodig is. Een **RM** (= rechterlijke machtiging) is een beslissing van de rechter en is geen spoedprocedure. Een RM wordt door de psychiater aangevraagd bij de officier van justitie. Ook hier moet een geneeskundige verklaring zijn die opgesteld is door een onafhankelijk psychiater. De vragen bij een RM zijn hetzelfde als bij een IBS nl:

Is er sprake van gevaar;

Wordt dit gevaar veroorzaakt door een psychische stoornis;

Is er geen andere maatregel mogelijk dan een gedwongen opname?

Ook in geval van een RM krijgt iemand een advocaat toegewezen en een rechter wijst een RM alleen toe als op alle drie de vragen 'ja' kan worden gezegd. De RM telt voor een half jaar en kan maximaal met een jaar worden verlengd. Als iemand vijf jaar lang een RM heeft gehad kan deze worden verlengd met een periode van twee jaar. Een RM loopt af op het moment dat niet meer op alle vragen 'ja' kan worden gezegd. Na afloop van een RM is het mogelijk om vrijwillig opgenomen te blijven. Je kan in beroep gaan tegen een RM, iets wat bij een IBS niet mogelijk is. Ook is het mogelijk dat iemand zelf een RM aanvraagt bijv. bij een verslaving en men daaraf wil worden geholpen.

Middelen en maatregelen bij gedwongen opname

Bij een gedwongen opname kun je tegen je zin in behandeld worden. Middelen en maatregelen zijn tijdelijke manieren om gevaar af te wenden. Dit kan door:

- Afzondering: Je blijft in je kamer met de deur op slot.
- Separatie: Je bent in een kale ruimte met alleen een matras en deken met de deur op slot.
- Fixatie: Je wordt vastgebonden aan stoel of bed.
- Medicatie: Je krijgt gedwongen medicijnen toegediend.
- Toediening van vocht of voedsel: Door middel van een infuus of sonde (maagslang), kan onder dwang vocht en voedsel worden gegeven.

In een noodsituatie kunnen deze maatregelen genomen worden. Zodra er geen noodsituatie meer is worden deze maatregelen weer ingetrokken. Deze maatregelen mogen niet meer dan 7 dagen duren. Duurt het langer dan wordt over gegaan op dwangbehandeling.

Rechten bij opname.

Als iemand is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis heeft degene bepaalde rechten. Deze zijn beschreven in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BPOZ). Je hebt recht op een behandelplan waarin vermeld staat welke ziekte je hebt en hoe je wordt behandeld. Je hebt recht op informatie zodat je mee kan praten over je behandeling. Deze informatie heb je nodig om toestemming te kunnen geven aan je behandeling. Alle leden van je behandelteam krijgen informatie over jou. Als je wilsonbekwaam bent (bijv. omdat je te ziek of teveel in de war bent) krijgt ook je curator, mentor, degene die jij gemachtigd hebt om over je te beslissen of je naaste familie deze informatie. Je mag een behandeling weigeren, wat leidt tot ontslag uit de instelling, tenzij je gedwongen opgenomen bent. Je hebt recht op bewegingsvrijheid tenzij je gedwongen opgenomen bent. Wanneer je teveel weg bent om een goede behandeling te ondergaan zul je ook ontslagen worden. Je hebt recht om te telefoneren, bezoek en post te ontvangen. Bij een gedwongen opname kunnen hier ook weer beperkende maatregelen gelden. Je hebt het recht om eigen spulletjes mee te nemen, dit in overleg met de instelling. Bij een gedwongen opname kan het voorkomen dat bepaalde dingen je worden afgenomen omdat dat voor jou te gevaarlijk zou kunnen zijn. Je hebt het recht om je dossier in te zien. Als je meent dat hier fouten in staan heb je het recht om deze te laten verbeteren. Je hebt het recht om zelf over je geld te beslissen tenzij je onder curatele bent gesteld. Als blijkt dat je niet goed met je geld kunt omgaan heeft het ziekenhuis de mogelijkheid om het geld voor je te beheren.

Voorbeelden van 2 behandelingsmethode.

De Linehanmethode.

Een aanpak volgens de dialectische cognitieve gedragstherapie, waarop door Marsha Linehan in de Verenigde Staten een vaardigheidstraining werd gebaseerd biedt gunstige vooruitzichten. Met name het geringe aantal uitvallers tijdens de behandeling stemt positief. In Nederland wordt sinds 1995 door de Jellinekkliniek gewerkt met deze behandelwijze. Langzamerhand wordt zij steeds meer toegepast in psychiatrische behandelcentra.

De vaardigheidstraining gaat uit van een dialectisch wereldbeeld. Er worden drie hoofdkenmerken van dialectiek genoemd:

- Dialectiek legt, analoog aan de dynamische visies op systemen, de nadruk op de fundamentele onderlinge verbanden of eenheid van de werkelijkheid. Dialectiek richt de aandacht op de onmiddellijke en grotere context van gedrag alsook op de onderlinge Samenhang tussen individuele gedragspatronen.
- De werkelijkheid wordt niet als statisch gezien, maar als interne, elkaar tegenwerkende krachten (thesis en anti-thesis). Alle beweringen bevatten hun eigen tegenstellingen. Voor borderline persoonlijkheidsstoornis geldt dat het individu gevangen zit gevangen in tegenstellingen en is niet in staat een synthese tot stand te brengen.
- Het derde kenmerk van dialectiek is de veronderstelling die volgt uit de twee bovenstaande, dat de fundamentele aard van de werkelijkheid verandering en ontwikkeling is, in plaats van inhoud en structuur. De belangrijkste implicatie hiervan is dat zowel een mens als zijn omgeving voortdurend veranderen. Therapie richt zich dus niet op het in stand houden van stabiele evenwichtige omgeving, maar tracht eerder de cliënt te helpen zich op haar gemak te voelen bij verandering.

De dialectische gedragstherapie omvat een breed scala aan cognitieve en gedragstherapeutische strategieën. Net als bij de gebruikelijke cognitieve gedragstherapieprogramma's ligt bij dialectische gedragstherapie de nadruk op:

- Doorlopende beoordeling en gegevensverzameling van actuele gedragingen;
- Heldere en nauwkeurige definities van behandelingsdoelen;
- Een op samenwerking gebaseerde werkrelatie tussen therapeut en cliënt, met aandacht voor het oriënteren van de cliënt op het therapieprogramma en de wederzijdse betrokkenheid bij de behandelingsdoelen.

Dialectisch cognitieve gedragstherapie richt haar vaardigheidstraining op vier probleemgebieden van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

1. Het aanleren van emotieregulerende vaardigheden,
2. Het aanleren van effectieve interrelationele vaardigheden,
3. Verdragen van crisis en
4. Oplettendheidsvaardigheidstraining.

Ad1) De cliënt leert om te gaan met emotionele reacties. Vaak hebben borderliners problemen met het op juiste wijze beheersen van boosheid, terugkerende depressie, angst en prikkelbaarheid.

Ad2) Relaties die door een persoon met borderline persoonlijkheidsstoornis aangegaan worden zijn gewoonlijk chaotisch, intens en worden gekenmerkt door moeilijkheden. Verlatingsangst speelt een grote rol in relaties. Borderliners lijken goed te functioneren in een stabiele, positieve relatie.

Ad3) Borderliners vertonen vaak patronen van gedragsdisregulatie, wat zowel blijkt uit extreme en problematische impulsieve gedragingen als uit hun pogingen zichzelf te verwonden, te verminken of te doden. Dit disfunctioneel probleemoplossend gedrag is het gevolg van het onvermogen een crisis zolang te verdragen totdat werkelijk effectievere oplossingen gezocht kunnen worden.

Ad4) Disregulatie van het zelfbesef is een regelmatig terugkerend item bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Een cliënt heeft geen zelfbesef, voelt zich leeg en weet niet wie zij is.

Korte niet-psychotische cognitieve stoornissen (waaronder depersonalisatie, dissociatie en wanen), worden veroorzaakt door stressvolle situaties. De oplettendheidsvaardigheidstraining leert de cliënt zichzelf en gebeurtenissen in de directe omgeving bewust te ervaren en te observeren.

Behandeling volgens de Ik-versterkende psychotherapie

Deze behandeling doelt op het versterken van die delen van de persoonlijkheid, die wankelen en die het voor de patiënt moeilijker maken zelfstandig te leven, keuzen te maken en te handelen. Ik-versterkende psychotherapie is in eerste instantie uit op de ontwikkeling van de capaciteiten van het individu en niet zozeer op het bewerken van onbewuste psychische conflicten. De ego-reserves (Cullberg 1984) waar het om gaat zijn taalbeheersing, het vermogen tot probleem- en conflicthantering, het vermogen keuzes te maken, de vaardigheid relaties te hebben, ouder van een kind te zijn etc.

Bij het gebruik maken van de Ik-versterkende psychotherapie of een afgeleide daarvan worden een aantal kernwoorden gebruikt: continuïteit, Verbale vermogens, identificatieobject, pedagogische verklaring, interventies ter aanpassing aan de realiteit en training gericht op het durven maken van keuzes.

Continuïteit

Het verschaffen van veiligheid en geborgenheid is van belang voor het waarborgen van een zekere continuïteit in het contact met de behandelaar. Voor mensen met borderline-problematiek houdt dat in dat ze een relatie moeten aangaan met een persoon en dat het onderhouden daarvan moeite zal gaan kosten.

Verbale vermogens

"Het onder woorden brengen van gevoelens en conflicten heeft vaak een effect dat zich laat omschrijven als het licht aandoen in de kinderkamer, omdat het er anders spookt. Veel wordt ongecompliceerder en ongevaarlijker. Vaak heeft men niet geleerd een gevoel te benoemen en gelooft men derhalve ook niet dat anderen in staat zijn dit gevoel te begrijpen. Wanneer men bijvoorbeeld de kans krijgt een zelfmoordpoging tot in detail te bespreken, kan dat vaak de eerste stap tot een erkenning van het probleem zijn en ertoe leiden dat men zichzelf tot een standpunt omtrent de motieven brengt. Dit onder woorden brengen is misschien wel een van de belangrijkste kenmerken van de ik-versterkende therapie" (Cullberg 1984)

Identificatieobject

De therapeut heeft tegen wil en dank een voorbeeldfunctie. De persoon met borderline-problematiek heeft een identificatie-object nodig. De voorbeeldfunctie is er om een bepaalde wijze van omgaan met problemen en conflicten van allerlei aard te demonstreren, vraagtekens te plaatsen en te reflecteren.

De patiënt staat zichzelf toe dingen te doen en gedachten te hebben die haar ervaringen van zichzelf en het leven te verruimen, als zij gelooft dat de therapeut ook dergelijke gedachten kan hebben.

Pedagogische verklaring

Men verklaart verschillende psychologische fenomenen voor de patiënt: het gedrag van kinderen, hoe agressie een uiting van angst of verdriet kan zijn, hoe psychische spanningen zich in lichamelijke klachten kunnen uiten, hoe conflicten er uit zien en hoe deze problemen aangepakt kunnen worden.

Interventies 'ter aanpassing aan de realiteit'

Het trachten te voorkomen van 'alles of niets' denken. Het losmaken van niet reële gedachten en deze wijzigen in een aan de realiteit verbonden vorm. Een voorbeeld is het wijzen op prestaties die eerder als onmogelijk werden gezien en het ondersteunen bij het trachten stap voor stap te bereiken van een doel, vooral door het op juiste wijze doseren van studietempo, training van vaardigheden enz.

Training die erop gericht is de patiënt keuzes te durven laten maken

Het vermogen actief keuzes te maken is bij psychiatrische patiënten vaak verstoord. Vaak omdat dat nooit verlangd werd in de omgeving waar de patiënt is opgegroeid. Gevolg is dat de persoon niet in staat is over de keuzemogelijkheden te reflecteren. Training in het kiezen kan zowel betrekking hebben op die problemen die de patiënt zelf tegenkomt, als op de keuzesituaties die zich in de therapeutische relatie voordoen. Van belang is dat de patiënt door de therapeut in keuzesituaties betrokken wordt. Het afwegen van voor- en nadelen, het benoemen van winst enerzijds, verlies anderzijds

Tips voor mensen met borderline en omgeving

Mensen met borderline hebben in hun leven veel te maken met teleurstellingen, mislukkingen en veranderingen in relaties, werk en hobby's. Door verslaving of schulden kunnen ze ernstig in de problemen raken. Ongeveer 10 procent van de mensen met borderline maakt uiteindelijk een eind aan het leven.

De extreme en snelle wisselingen in het leven van iemand met borderline zijn voor mensen in hun omgeving vaak moeilijk te begrijpen. Ze weten niet welke stemming ze kunnen verwachten, voelen zich soms gemanipuleerd, onzeker of gefrustreerd en kunnen het slachtoffer worden van onterechte beschuldigingen. Dan gaan ze er soms toe over het contact te verbreken, waardoor de persoon met borderline in een isolement terecht kan komen. Dit is niet nodig, want er is tegenwoordig veel aan borderline te doen. *Wacht dus niet met hulp zoeken.* Contact met lotgenoten kan eveneens steun en hulp bieden, ook aan familie en vrienden.

Tips voor mensen met borderline:

- Praat met iemand over uw klachten en zoek hulp.
- Zorg voor structuur in de dagindeling en plan activiteiten, verplichtingen, maar ook rustmomenten duidelijk in. Geef niet te snel toe aan de neiging de structuur weer los te laten.
- Leer uw gevoelens en stemmingen herkennen en houd ze bijvoorbeeld in een dagboek bij.
- Ga na welke omstandigheden of gebeurtenissen u boos, somber of verdrietig hebben gemaakt en welke (negatieve) gedachten u op dat moment had. Zo krijgt u meer grip op uw emoties en stemmingen.
- Bedenk dat u sterk de neiging hebt om in uitersten te denken en heftig te reageren.
- Sta regelmatig stil bij uw gedachten en probeer nuances aan te brengen.
- Als u een impuls of sterke emotie voelt opkomen, probeer dan eens een 'pauze' in te lassen of ga iets heel anders doen, bijvoorbeeld hardlopen.
- Overleg eerst met iemand, voordat je tot actie overgaat.
- Maak goede afspraken met je behandelaar en wees duidelijk, stel vragen.

Tips voor de omgeving van mensen met borderline

- Maak duidelijke afspraken over het contact met de persoon met borderline. Geef daarbij duidelijk uw grenzen aan, vooral wat betreft woede-uitbarstingen, zelfbeschadiging en dreiging met zelfdoding.
- Geef duidelijk aan waarvoor en wanneer de persoon wel en niet bij u terecht kan.
- Pas op dat u niet in de rol van hulpverlener kruipt.
- Geef geen adviezen of tips. Begrip, sympathie en steun zijn het belangrijkste.
- Neem voldoende tijd voor uzelf, uw hobby's en vrienden. Dan hebt u een grotere kans dat de relatie met de persoon in kwestie goed blijft.
- Houd u aan de gemaakte afspraken en aan uw grenzen. Dat maakt u betrouwbaar.
- Maak samen met de persoon in kwestie en de behandelaar een noodplan voor crisissituaties en leg daarin vast wanneer er sprake is van een crisis en hoe dan te handelen.
- Zoek meer informatie over borderline, in bibliotheek, boekhandel of op internet.
- Zoek zelf steun als het u teveel wordt.
- Praat met anderen, bekenden, behandelaars of lotgenoten.

Nawoord

Ik vond het erg interessant om het over dit onderwerp te doen. Ik wist er eigenlijk bijna niks van en heb er veel over geleerd.

Bronvermelding

Organisaties:

Stichting borderline
Parnassia, psycho-medisch centrum
Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV)

Boekjes opgestuurd:

Borderline Persoonlijkheidsstoornis De borderline stoornis	Uitgave van Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie Samenstelling van E. van Meekeren, informatie voor patiënten, familieleden of betrokken. (ziekenhuis)
Borderline, als het evenwicht zoek is Zorgprogramma Persoonlijkheids- stoornis	NFGV Parnassia
Door en voor mensen met borderline	Stichting Borderline

Internet:

www.homepages.hetnet.nl/~casparow/Borderline.htm
www.frenks.tmfweb.nl/wat_is_borderline.htm
www.annetje.nl
<http://httpd.chello.nl/~s.h.sipma-donker/BPS.html>