

**De behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis op
een forensische unit**

**EINDWERK AANGEBODEN TOT HET BEHALEN VAN HET DIPLOMA VAN
GEGRADUEERDE IN DE VERPLEEGKUNDE
OPTIE PSYCHIATRIE**

Geert Vispoel

Academiejaar 2001 – 2002

Promotor : Évy Van Mele

Inhoudsopgave

<u>Woord vooraf</u>	3
<u>Samenvatting</u>	4
<u>1 Inleiding</u>	5
<u>2 Wat is een persoonlijkheidsstoornis?</u>	6
<u>2.1 Definitie</u>	6
<u>2.2 Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis</u>	7
<u>2.3 De drie clusters van de persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV</u>	8
<u>3 Het ontstaan van de borderline persoonlijkheidsstoornis</u>	9
<u>3.1 Inleiding</u>	9
<u>3.2 Theorieën en achtergronden</u>	9
<u>3.2.1 Genetische aanleg en overdraagbaarheid</u>	9
<u>3.2.2 Chaotische, destructieve en traumatische vroege omgeving</u>	10
<u>3.2.3 Ontwikkelingsstoornissen in de separatie-individuele fase</u>	10
<u>3.2.4 Gestoorde moeder – kindrelatie</u>	11
<u>4 Diagnostiek en kenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornis</u>	12
<u>4.1 Diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis</u>	12
<u>4.1.1 Diagnostiek volgens de DSM-IV</u>	12
<u>4.1.2 Diagnostiek volgens Kernberg</u>	12
<u>4.2 Afweermechanismen en gedrag</u>	13
<u>4.2.1 Afweermechanismen</u>	13
<u>4.2.2 Gedrag</u>	13
<u>5 Verpleegkundige diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis</u>	16
<u>5.1 Gevaar voor geweld ; op zichzelf of anderen gericht</u>	16
<u>5.2 Wijziging in de waarneming</u>	17
<u>5.3 Inadequate rouwverwerking</u>	18
<u>5.4 Verstoorde sociale interactie</u>	20
<u>5.5 Stoornis van het zelfbeeld (eigen identiteit)</u>	20
<u>5.6 Stoornis van het zelfbeeld (weinig gevoel van eigenwaarde)</u>	22
<u>6 Voorstelling forensische eenheid</u>	24
<u>6.1 Historiek</u>	24
<u>6.2 Team</u>	25
<u>6.3 Populatie</u>	25
<u>6.4 Opnameprocedure</u>	25
<u>6.5 Filosofie en behandeling</u>	26
<u>6.5.1 Behandelingsprogramma encarga 1</u>	26
<u>6.5.2 Therapie aanbod</u>	28
<u>6.5.3 Uitgangsprogramma Heide D</u>	28
<u>6.5.4 Behandelingsklimaat</u>	30
<u>7 Knelpunten</u>	33
<u>7.1 Het verlangen van de neurotische begeleider</u>	33
<u>7.2 Tegenoverdracht</u>	33
<u>8 Praktijk getoetst aan de theorie van Lacan</u>	36
<u>8.1 Het belang van de betekenis</u>	36
<u>8.2 Genot en plezier</u>	37
<u>8.2.1 Genot</u>	37
<u>8.2.2 Plezier</u>	37
<u>8.2.3 Het continuüm genot en plezier</u>	38
<u>8.2.4 Genot en plezier in de praktijk</u>	38
<u>8.2.5 De proef op de som</u>	38
<u>9 Besluit</u>	40
<u>Literatuurlijst</u>	41

Woord vooraf

Dat het schrijven van een eindwerk geen sinecure is, zullen veel verpleegkundigen volmondig beamen. Dat het schrijven van een thesis tijdens het brugprogramma zo mogelijk onhaalbaar lijkt, heb ik aan den lijve ondervonden. Studie, werk en een full-time gezinsleven zijn bijna niet te combineren.

Dat ik in deze opdracht geslaagd ben, heb ik dan ook aan de hulp van anderen te danken.

Mijn dank gaat dan ook uit naar hen.

Naar de heer Julien Henkens, docent aan de KAHO Brussel, voor de begeleiding en steun doorheen dit moeilijke jaar.

Aan mijn collega's van Heide D, altijd klaarstaand met raad en daad.

Aan Evy Van Mele, psycholoog en therapeutisch coördinator van de forensische eenheid, voor het begrijpelijk maken van de theoretische concepten en als promotor voor dit eindwerk.

Last, but not least, gaat mijn dank (en mijn hart) uit naar Hilde De Clercq, mijn vriendin, voor het geduld, de motivatie en het typwerk en de lay-out.

Zonder hen allen was dit eindwerk nooit tot stand gekomen.

Zelzate, augustus 2002.

Samenvatting

VISPOEL, G., De behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis op een forensische unit. Niet-gepubliceerd eindwerk, Katholieke Hogeschool Brussel, Brussel, 37 blz., 2002.

Centraal staat de vraag : "Wat maakt het begeleiden van borderlinepatiënten zo moeilijk?"

De problematiek van borderlinepatiënten is complex en heeft de laatste jaren heel wat aandacht gekregen in wetenschappelijke literatuur. Verschillende theorieën beschrijven het ontstaan van de stoornis, er wordt verwezen naar genetische aanleg, traumatische omgeving, ontwikkelingsstoornissen en gestoorde kind-moeder relatie. De DSM IV gebruikt een descriptieve benadering om tot diagnostiek te komen. Townsend reikt een verpleegkundige diagnostiek aan om tot interventies te komen.

Op de forensische unit hanteert men het behandelingsplan van Goudsmit, De Ruyter en Reicher binnen het kader van een milieutherapeutisch behandelingsmodel.

Ondanks al deze elementen (kennis en structuur) komen verpleegkundigen meermaals in de problemen tijdens de begeleiding van borderlinepatiënten.

Onvoldoende inzicht in eigen impliciete verlangens kunnen tegenoverdracht veroorzaken.

De Lacaniaanse psychoanalyse werpt een ander licht op het gedrag van de borderlinepatiënt. Fundamentele kennis van de gestoorde genots-plezierregulatie, het belang van de betekenis en inzicht in tegenoverdracht kunnen het in stand houden van de vertrouwensrelatie bevorderen.

Tot slot worden aanbevelingen gedaan om verpleegkundigen enerzijds beter zicht te geven op eigen functioneren en anderzijds op het fundament van de problematiek van de borderlinepatiënt.

1 Inleiding

Ik ben reeds twaalf jaar werkzaam in de psychiatrische gezondheidszorg en meermaals kreeg ik problemen in het omgaan met of begeleiden van borderlinepatiënten (voor de leesbaarheid gebruik ik deze term en niet patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis).

Op zich niet zo verwonderlijk, want deze patiënten zijn gekend voor hun moeilijke, complexe problematiek en bijhorend gedrag. Er is wel eens gezegd dat borderlinepatiënten de beroeps (verpleegkundigen) van de amateurs onderscheiden.

Borderlinepatiënten hebben de afgelopen jaren heel wat aandacht gekregen en men zou kunnen veronderstellen dat verpleegkundigen langzamerhand moeten weten wat te doen en wat niet te doen. Toch blijkt dit in de praktijk niet altijd te lukken en met recht mag ik mezelf 'ervaringsdeskundige' noemen.

Mijn opeenvolgende mislukkingen zijn dan ook de aanzet geweest om op zoek te gaan naar mogelijke oorzaken van mijn tekortkomen. Verrassend genoeg vond ik die bij mezelf en niet in het, te verwachten, gedrag van de patiënt.

Het is duidelijk dat de borderlineproblematiek een complex gegeven is. Vraag is echter of het antwoord van dezelfde complexiteit moet zijn.

We zoeken antwoord in de simplicitéit (?!) van de psychoanalyse en trachten deze als dusdanig toe te passen.

Fundamenteel ligt de genots-plezierregulatie aan de grondslag van het zo moeilijk hanteerbare gedrag van de borderlinepatiënt. Deze wetenschap en het belang van de betekenis hiervan, maken het verpleegkundigen mogelijk anders om te gaan met dit gedrag.

Dit gegeven en de bewustwording van eigen verlangens en verwachtingen kunnen extra handvaten zijn om een professionele therapeutische relatie met de borderlinepatiënt in stand te houden.

2 Wat is een persoonlijkheidsstoornis?¹

2.1 Definitie

Onder persoonlijkheidsstoornis verstaat de DSM-IV : "Psychiatrische stoornissen gekenmerkt door starre en onaangepaste gedragspatronen die opvallende beperkingen in het sociale en beroepsmatig functioneren, of onlustgevoelens veroorzaken".

In dergelijke gevallen is het repertoire van habitueel gedrag (denken, voelen en handelen) beperkt en inflexibel, zodat het een sterk negatieve invloed heeft op het leven van de persoon (of dat van zijn omgeving). Het gaat daarbij om clusters van extreme persoonlijkheidstrekken, die niet zozeer door de persoon zelf, maar door de ander (vergeleken met het gemiddelde in de populatie) als extreem gezien worden.

Persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden zich op een aantal terreinen van andere psychiatrische stoornissen, wat een reden is geweest om ze in het diagnostisch systeem op een andere as (as II) onder te brengen.

Het gaat om een problematiek van persoonlijkheidstrekken, van het karakter. Alle mensen hebben bepaalde persoonlijkheidskenmerken of karaktertrekken. Dat zijn min of meer vaste patronen van gedrag, denken en voelen die in veel situaties ongeveer gelijklopend zijn. Sommige mensen zijn heel verlegen, anderen zijn snel geprikkeld, nog anderen zien van alles eerst de mogelijke nadelen of gevaren in plaats van de goede kanten, enz. Dergelijke patronen zijn dikwijls vroeg in het leven al zichtbaar, en ze worden soms toegeschreven aan een bepaald temperament.

Men spreekt van een persoonlijkheidsstoornis als zo'n persoonlijkheidstrekken echt lastig of storend worden, en wanneer er sprake is van starheid of gemis aan flexibiliteit, waardoor ze niet meer aangepast zijn aan de situatie of de omgeving.

Het is duidelijk dat hier in feite geen scherpe grens kan worden getrokken met wat men 'normaal' zou kunnen noemen. De meeste van die kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis kunnen worden gezien als een soort van overdrijving van normale persoonlijkheidstrekken, of als een volledig verstard worden, een gebrek aan soepelheid van persoonlijkheidstrekken.

Er is zeker op het eerste zicht geen duidelijke 'ziekte' of 'afwijking' te zien (zoals wel vaak het geval is bij de psychose). Maar schijn bedriegt hier – het gaat om problemen die heel indringend kunnen zijn, en die veel lijden veroorzaken – zowel bij de persoon zelf als voor zijn of haar omgeving.

Zij worden dan ook dikwijls moeilijke, lastige mensen genoemd – en ze zijn dat ook. Ook de mensen die hen proberen te helpen en te behandelen geven ze dikwijls veel zorgen. In de psychiatrische handboeken wordt bijna overal vermeld dat de mensen met een persoonlijkheidsstoornis het moeilijkst te begrijpen en te behandelen zijn. Zij ervaren hun karaktertrekken dikwijls als egosyntoon, dat wil zeggen dat zij zichzelf in feite als 'normaal' beschouwen en bij zichzelf weinig problemen zien – zij hebben problemen met anderen, die hun niet begrijpen of hun zienswijze niet delen. Zij worden dan ook vaak als 'ongemotiveerd voor behandeling' gezien.

Hun gedrag is bijna altijd irriterend voor andere mensen, en meestal worden ze eerder 'slecht' dan ziek genoemd, en als ze 'ziek' genoemd worden, dan wordt de term meestal pejoratief gebruikt.

¹ HENKENS, J., Cursus persoonlijkheidsstoornissen, niet-gepubliceerde cursus, Brussel, KAHO Brussel, 2001, 201 blz.

"Personen met een persoonlijkheidsstoornis zijn volgens dezelfde leerwetten geconditioneerd als 'de normalen'. Waar het grote verschil ligt is in het inhoudelijk aspect. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben aldus dezelfde logische processen dan 'de normalen' (onderscheid met de psychose).

"Although psychopaths do qualify a psychiatric disorder, this does not mean they are insane" (Hare).

Ze hebben een overlevingsstrategie uitgebouwd die weliswaar anders blijkt te zijn, maar in hun wereld wel vruchtbaar was. Vandaar dat de persoonlijkheidsstoornis ook consistenter werkt, bv. iemand die masochistisch is, leert enkel gewelddadige personen kennen. Het is voor hem het enige bekende, het enige dat zijn vertrouwen verdient. Als het gaat om een verschil in inhoud, dan wordt het ons ook stilaan duidelijk dat het hier om een geïndividualiseerd gegeven gaat waarbij niet 'iedereen gelijk voor de wet' kan primeren. Integendeel het individu, het subject en niet het object moeten benadrukt worden in onze benadering.

Net zoals 'de normalen' heeft de persoon zich altijd gekend met deze patronen. Hij heeft weinig zelfkritiek, want dit zou er immers op neerkomen dat men zijn eigen identiteit op het spel zet. Iemand met een persoonlijkheidsstoornis heeft de stoornis niet, hij is ze. Hieruit besluiten dat de patiënt geen subjectief lijden zou hebben, is verkeerd. De patiënt lijdt wel degelijk, maar vaak onvoldoende om zelf hulp te vragen en zijn identiteit op het spel te zetten."²

2.2 Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis³

A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen :

- (1) cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- (2) affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
- (3) functioneren in het contact met anderen
- (4) beheersing van de impulsen

B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties

C. Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

E. Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

F. Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (b.v. drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (b.v. schedeltrauma).

Bij het stellen van de diagnose moet men zich grondig informeren over het leven van de persoon in kwestie op verschillende terreinen en in de loop van de tijd. Je diagnostiseert een persoonlijkheidsstoornis zeker niet na één gesprek met iemand, want het vereist een

² VAN MELE, E., Persoonlijkheidsstoornissen, Interne bijscholing, PC Sint Jan Baptist, Zelzate, 2001.

³ HENKENS, J., Cursus persoonlijkheidsstoornissen,...

beoordeling van het functioneren van de persoon op lange termijn en in verschillende situaties.

2.3 De drie clusters van de persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV

Cluster A : omvat de vreemde excentrieke persoonlijkheidsstoornissen : paranoïde, schizoïde en schizotypische groep

Cluster B : omvat de grillige, dramatische en onevenwichtige mens : antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis

Cluster C : omvat de eerder angstige persoonlijkheidsstoornissen : de ontwijkende, de afhankelijke en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis

3 Het ontstaan van de borderline persoonlijkheidsstoornis⁴

3.1 Inleiding

De borderlinepatiënt krijgt steeds meer aandacht. Maar deze beperkt zicht meestal tot hetgeen zich in de dagelijkse praktijk afspeelt, dus gedrag en symptomen, de behandeling en begeleiding. Zeker bij beginnende beroepsbeoefenaars is het herkennen van de borderlinesymptomen erg moeilijk, laat staan hoe zij weten hoe er mee om te gaan. Voor zowel de ervaren als de beginnende beroepsbeoefenaar wordt in dit hoofdstuk wat meer aandacht besteed aan de mogelijke oorzaken van het ontstaan van BPS. Mogelijk wordt het hierdoor wat makkelijker om, in het volgende hoofdstuk, genoemde symptomen en gedrag te herkennen en te verklaren.

In de literatuur is een grote verscheidenheid aan mogelijke oorzaken te vinden die kunnen leiden tot het ontstaan van BPS. Vrijwel alle auteurs zijn het er over eens 'dat er sprake is van een samenspel van diverse pathogene factoren'. Een aantal van deze achtergrondtheorieën komt hier aan bod.

3.2 Theorieën en achtergronden

Over het ontstaan van BPS is inmiddels veel verschenen in de literatuur en de theorieën lopen erg uiteen. Door de diverse auteurs worden verschillende indelingen en categorieën gebruikt om de mogelijke oorzaken in onder te verdelen.

1. genetische aanleg en overdraagbaarheid
2. chaotische, destructieve en traumatische vroege omgeving
3. ontwikkelingsstoornissen in de individuatie-separatiefase
4. gestoorde moeder-kindrelatie

Met name de individuatie-separatiefase komt vaak terug in de literatuur

3.2.1 Genetische aanleg en overdraagbaarheid

Volgens Gadellaa kan er sprake zijn van een 'erfelijke aanleg en extreme gevoeligheid'. Ook Nicolai geeft aan dat aanleg een rol kan spelen in het ontstaan van BPS. Zij legt er daarbij vooral de nadruk op dat de 'impulsiviteit te maken zou hebben met een bepaalde overgevoeligheid voor prikkels en een verstoring in de hersenen die zich vooral uit in een onregelmatige productie van de stof serotonine'.

Kreisman & Straus gaan hierin nog een stapje verder : "Recentelijke studies hebben gesuggereerd dat er een verband bestaat tussen impulsieve handelingen en afwijkingen in het metabolisme van serotonine (...). Het frequente misbruik van voedsel, alcohol en andere drugs – meestal geïnterpreteerd als zelfdestructief gedrag – kan ook gezien worden als een poging tot zelfmedicatie voor de innerlijke emotionele turbulentie." Het zou te ver voeren op hierop verder in te gaan; het is belangrijk om te weten dat een zekere mate van aanleg hoogst waarschijnlijk is voor het krijgen van BPS.

Hier wordt ook duidelijk dat de borderlinestoornis niet helemaal los gezien kan worden van bijvoorbeeld de stemmingsstoornissen. Zo is er ook bij depressiviteit vaak sprake van een verstoorde serotoninehuishouding. Daarnaast "komen stemmingsstoornissen veel voor in families van personen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis". Tevens blijkt, volgens Müller, de aanleg voor het krijgen van BPS erfelijk overdraagbaar te zijn. "De kans dat een eerstegraadsfamilielid ook een BPS heeft, varieert in verschillende onderzoeken van 2 tot 55 %".

⁴ MEIJER, M., De begeleiding van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Niet-gepubliceerd eindwerk, Hogeschool Holland – Diemen, Hilversum, 1998.

3.2.2 Chaotische, destructieve en traumatische vroege omgeving

Niet alleen de aanleg kan verklaren waarom bij bepaalde mensen BPS optreedt. Eén van de verklaringen die aangemerkt kan worden als 'trigger', waardoor de stoornis op de voorgrond treedt, betreft de vroege omgeving en traumata in de vroege kindertijd. Hierbij dient te worden gedacht aan "...incest, mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, een chaotische en destructieve leefomgeving, of plotselinge verlating door de moeder, maar dat is niet per definitie het geval. Vaak vormen dergelijke elementen wel een belangrijk onderdeel in de jeugd."

Ook Kreisman & Straus beschrijven dat "ingrijpende traumata – het verlies van ouders, verwaarlozing, afwijzing, fysiek of seksueel misbruik- gedurende de vroege jaren van de ontwikkeling de mogelijkheid op het ontstaan van BPS in de adolescentie en volwassen levensjaren doen toenemen. In case-beschrijvingen van borderlinepatiënten blijkt hun jeugd een typisch eenzaam en troosteloos slagveld, getekend door gebroken gezinnen, chronisch misbruik en emotionele tekortkomingen."

3.2.3 Ontwikkelingsstoornissen in de separatie-individuele fase

Mahler verdeelt de ontwikkeling van het kind in drie fasen.

De eerste fase is de autistische fase. "Het kind brengt het grootste deel van zijn dag door in een half wakende, half slapende toestand : hij wordt voornamelijk wakker wanneer honger of andere behoeften hem doen huilen; hij valt weer in slaap wanneer zijn behoeften zijn bevredigd."

De tweede fase is de symbiotische fase. De symbiotische fase "wordt gemarkeerd door een toenemende perceptie en affectieve investering in stimuli die wij herkennen als komende van de buitenwereld, maar waarvan (naar we mogen aannemen) het kind de duidelijke herkomst van buitenaf niet herkent (...) Hier wordt door het kind de emotionele energie toenemend op de wereld geconcentreerd, vooral in de persoon van de moeder, maar als een duale eenheid zonder duidelijk gemarkeerde, afgebakende en ervaren ik." Deze twee fasen voltrekken zich in de eerste vier tot vijf maanden na de geboorte.

Tenslotte volgt de derde fase, die van de separatie-individuele. Volgens Kreisman & Straus, die het concept van Mahler hebben uitgewerkt, is dit de fase waarin het fout kan gaan en dienen mogelijke oorzaken voor het ontstaan van BPS in deze periode te worden gezocht. De individuatie-separatiefase wordt door Mahler onderverdeeld in 3 subfasen : *Differentiatiefase* (differentiation phase) (5 – 8 maanden)"In deze fase van de ontwikkeling wordt het kind zich bewust van een wereld los van de moeder". Vreemden worden door het kind herkend. "Wanneer de relatie niet ondersteunend is, komt de angst op de voorgrond; het kind gaat dan positieve en negatieve emoties van elkaar scheiden naar ander mensen, gebaseerd op 'splitting' om deze conflicterende emoties te kunnen handteren."

Oefenfase (practicing phase) (8 – 16 maanden) In deze fase neemt de mogelijkheid om afstand te nemen van de moeder toe, "eerst door kruipen, later door lopen. Deze korte scheidingen van de moeder worden onderbroken door regelmatige herenigingen met de moeder om zich 'te melden' en 'bij te tanken'; gedrag dat de ambivalentie van het kind ten opzichte van de toenemende autonomie weergeeft.

Toenaderingsfase (rapprochement phase) (16 – 25 maanden) In deze fase ontdekt het kind dat het een identiteit ontwikkelt, los van de wereld om hem heen. "Een normaal 2 jaar oud kind ontwikkelt een sterke band met de ouders, maar leert tevens tijdelijk van hen te scheiden (...). De zorgzame moeder leeft met het kind mee en accepteert de boosheid van het kind zonder vergelding. Na vele keren scheiden en herenigen ontwikkelt het kind een voortdurend gevoel van het ik, liefde en vertrouwen naar de ouders toe en een gezonde ambivalentie tegenover anderen. De moeder van een toekomstige borderlinepatiënt daarentegen, neigt ernaar om op een andere manier op haar kind te reageren. Ofwel door haar kind op afstand te houden en hereniging te ontmoedigen of door een klemmende symbiose in stand te houden. In beide gevallen

ontwikkelt het kind intense angsten voor afwijzing en/of een overweldigende nabijheid, die door de moeders eigen angsten op het kind worden overgedragen. Daardoor zal het kind zich nooit tot een emotioneel zelfstandig mens ontwikkelen. In het latere leven van dit kind zal dit onvermogen om intieme persoonlijke relaties aan te gaan tot uiting komen. Wanneer een volwassen borderlinepatiënt in aanraking komt met nabijheid van een ander kunnen of de verwoestende gevoelens van afwijzing (die altijd volgen op haar vruchteloze pogingen tot het bereiken van intimiteit) of de gevoelens van overspoeling (door moeders verstikkende nabijheid) terugkeren. Het trotseren van deze gevoelens heeft als risico het verliezen van de liefde van de moeder, het bevredigen van deze emoties kan ertoe leiden dat het kind zichzelf verliest."

Objectconstantiefase (object constancy phase) (25 – 36 maanden) Wanneer de voorgaande stadia 'succesvol' zijn doorlopen, zal het kind aan het einde van zijn tweede levensjaar zogenaamde objectconstantie ontwikkelen. Dit betekent dat "het kind herkent dat de afwezigheid van de moeder (en andere belangrijke verzorgers) niet automatisch haar vernietiging betekent. Het kind leert ambivalentie en frustratie te tolereren. De tijdelijke aard van de boosheid van de moeder wordt herkend. Het kind leert tevens te begrijpen dat zijn eigen woede niet de moeder vernietigt. Hij begint het concept van onvoorwaardelijke liefde en acceptatie te waarderen en hij ontwikkelt de capaciteiten om te delen en mee te voelen. Het kind reageert meer op zijn vader en anderen in de omgeving. Het zelfbeeld wordt positiever ondanks de zelfkritische aspecten van het toenemend bewustzijn.

Ontwikkelingstheorieën suggereren dat de borderlinepatiënt nooit deze fase van objectconstantie bereikt. De borderlinepatiënt is blijven steken in een eerder ontwikkelingsstadium, waarbij splitting en andere afweermechanismen prominent aanwezig blijven."

Müller verduidelijkt deze laatste fasen nog eens. "De peuter leert dat 'goed = aanwezig' en 'slecht = afwezig'. Zo ontstaat er een stoornis in het ontwikkelen van een objectconstante moeder (moeder is ook dezelfde als ze er niet is) en in het basaal vertrouwen. Dit leidt ertoe dat het kind de goede en slechte kanten van zichzelf en zijn omgeving niet kan integreren. Hieruit vloeit het splitsingsmechanisme voort. Het kind kan ambivalentie niet verdragen en de wereld wordt ingedeeld in 'all-good' en 'all-bad' mensen. (...), een tussenweg bestaat niet. Borderlinepatiënten blijven streven naar symbiotische objectrelaties. Tegelijkertijd zijn ze voortdurend bang verlaten te worden. Verlatingangst en hechtingsangst zijn voortdurend in conflict met elkaar."

3.2.4 Gestoorde moeder – kindrelatie

In de vroege jaren is, zoals ook blijkt uit de theorie van Mahler, een goed moeder-kindrelatie van belang voor de ontwikkeling van het kind. Naast de angsten van de moeder om het kind te laten gaan of de angst voor een nadrukkelijke nabijheid van het kind, zijn er nog andere mogelijkheden waarbij de moeder-kindrelatie danig verstoord kan worden in de vorm van depersonificatie. Müller geeft aan "dat de ouders hun kind niet beleven als een echt kind, maar bijvoorbeeld als een levenloos object, monster of niet bestaand. Soms ook wordt het kind beschouwd als een reïncarnatie van een overleden persoon (broer of grootouders) of als partner. Deze depersonificatie gaat meestal gepaard met grensvervaging tussen de generaties en met pedagogische verwaarlozing."

Ook in andere omstandigheden, die in principe niets met de relatie tussen moeder en kind te maken hebben, kan het voorkomen dat het kind gebrek aan aandacht ondervindt, (emotioneel of lichamelijk) wordt verwaarloosd of op andere wijzen tekort komt. In al deze gevallen bestaat de kans dat het kind onvoldoende basaal vertrouwen opbouwt.

4 Diagnostiek en kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis

4.1 Diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis

4.1.1 Diagnostiek volgens de DSM-IV

De DSM is een beschrijvend classificatiesysteem waarmee een diagnostische standaard werd gecreëerd. De classificatie van de DSM biedt geen handvatten voor de behandeling; het systeem doet geen uitspraken over de oorzaak noch de ernst van een stoornis. De DSM-IV (1994) beschrijft de BPS als "een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf of meer van de volgende criteria :

- krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden
- een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren
- identiteitsstoornis : duidelijk en aanhoudende instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
- impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (b.v. geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)
- recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
- affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst gedurende meestal enkele uren en slechts zelden langer dan een paar dagen)
- chronisch gevoel van leegte
- inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen)
- voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

4.1.2 Diagnostiek volgens Kernberg

Kernberg (1984) ontwikkelde een persoonlijkheidstheorie waarbinnen hij het borderline-concept uitwerkt. "De essentie van het borderline-concept ligt hierbij in de structuur van de persoonlijkheidsorganisatie. Bij de beschrijving van deze structuur gaat het met name om drie criteria die differentiëren tussen een neurotische, borderline en psychotische persoonlijkheidsorganisatie.

Deze criteria zijn :

- Identiteitsintegratie versus identiteitsdiffusie
- Ontwikkelde versus primitieve afweermechanismen
- Aanwezigheid versus afwezigheid van realiteitstoetsing

De beschrijving van de psychotische en neurotische persoonlijkheid wordt hier achterwege laten; het gaat hier immers alleen om de borderline persoonlijkheidsorganisatie. Müller werkt deze drie criteria verder uit :

Identiteitsintegratie versus identiteitsdiffusie

Borderlinepatiënten hebben een diffuse identiteit die is ontstaan door de eerder beschreven gebrekkige ontwikkeling van de objectrelaties. Zij kunnen goede en slechte eigenschappen van zichzelf en anderen niet integreren, hetgeen zich uit in een sterk wisselend en tegenstrijdig beeld van zichzelf en anderen. Zij kunnen de ambivalentie daarvan niet verdragen.

Ontwikkelde versus primitieve afweermechanismen

Afweermechanismen dienen het ego te beschermen tegen angst. Borderlinepatiënten

maken vooral gebruik van de zogenoemde lagere of primitieve afweermechanismen zoals splitting, projectieve identificatie en loochening in plaats van de hogere afweermechanismen zoals rationaliseren en sublimeren.

Aanwezigheid versus afwezigheid van realiteitstoetsing

De realiteitstoetsing van de borderlinepatiënt is intact. Het werkelijkheidsbesef is goed en de binnen- en buitenwereld kunnen worden onderscheiden. Dat betekent dat een borderlinepatiënt wel in staat is om zijn belevingen en gedachten te toetsen aan de werkelijkheid op grond van observatie en cognitie.

4.2 Afweermechanismen en gedrag

4.2.1 Afweermechanismen

In het voorgaande zijn al een aantal primitieve afweermechanismen aan de orde gekomen, die we bij borderlinepatiënten kunnen tegenkomen :

Splitsen (splitting)

"De patiënt houdt tegenstrijdige gevoelens strikt gescheiden. Hij denkt zwart/wit en verdeelt anderen in de categorieën 'all-good' of 'all-bad'.

Gevoelens van depersonalisatie en dissociatie zijn ook een uitingsvorm van dit splitsen. Het observerend en het voelende deel van het ik worden hiermee gescheiden. Al te ingrijpende emoties worden zo buiten de bewuste beleving gehouden."

Projectieve identificatie

"Borderlinepatiënten kunnen de informatie vanuit de buitenwereld niet goed interpreteren. Hierdoor denken ze dat wat zij voelen, de ander ook voelt (...). Dat gevoel wordt dan op zichzelf betrokken, waardoor ze zich afgewezen voelen door de ander. Negatieve gevoelens kunnen zij niet verdragen en projecteren zij op anderen. Vervolgens nemen zij ten opzichte van die ander een afwijzende houding aan en daarmee is de slechte zelf dus volledig geëxternaliseerd."

Loochening

"Bedreigende gevoelens en gedachten worden ontkend, bedreigende situaties worden vermeden."

4.2.2 Gedrag

Naast de primitieve afweermechanismen die hierboven beschreven werden, zijn er diverse andere gedragingen die veel bij borderlinepatiënten voorkomen. Daar waar de afweermechanismen vaak gericht zijn op het behoud van het ik, vormen enkele van de onderstaande gedragingen veel vaker een bedreiging voor de persoon zelf of voor de omgeving. Het zijn ook vaak deze gedragingen waarbij verpleegkundigen moeite hebben om ze te hanteren.

Het gedrag hieronder beschreven, kan worden afgeleid uit de beschrijvingen in de DSM-IV en de diverse ontwikkelingstheorieën in het vorige hoofdstuk beschreven. Voor een beter overzicht zijn een aantal categorieën aangebracht die ook worden gehanteerd door Townsend. Sommige vormen van gedrag hebben verschillende oorzaken en zullen dan ook meerdere keren voorkomen. Bij iedere categorie wordt tevens aangegeven welke relatie er bestaat met de ontwikkelingstheorieën. Niet ieder gedrag komt overigens voor bij alle borderlinepatiënten.

Gevaar voor geweld : op zichzelf en anderen gericht

Het gevaar voor geweld kan ontstaan ten gevolge van :

- Buitensporige verlatings- of hechtingsangst
- Gevoelens van onwerkelijkheid
- Depressieve stemming
- Suïcidale gedachten
- Onbevredigde afhankelijkheidsbehoeften
- Minderwaardigheidsgevoelens
- Onverwerkte rouw

Al deze beïnvloedende factoren kunnen worden verklaard door middel van een onderontwikkelde identiteit en een gebrekkig zelfbeeld. Patiënten geven vaak aan dat zij 'zichzelf niet kunnen voelen', zichzelf geen plaats kunnen geven in de omgeving of tussen anderen. Daardoor worden vaak activiteiten ontplooid waarbij de patiënt op zoek gaat naar zichzelf, hetgeen echter lang niet altijd lukt.

Het gedrag bestaat daarbij uit :

- Automutilatie
- Zich suïcidaal uiten en poging tot suicide
- Motorische onrust
- Onvermogen om boosheid te beheersen
- Stijgende angst
- Depressieve verschijnselen
- Onvermogen om gevoelens te verwoorden
- Provocerend gedrag, zoals ruzie zoeken, ontevredenheid, te sterk reageren, overgevoeligheid

Wijziging in de waarneming

Wijziging in de waarneming kan ontstaan door :

- Psychische spanningen (vernauwd bewustzijn door angst)
- Extreme verlatings- en hechtingsangst
- Onjuist beeld van zichzelf in relatie tot de omgeving
- Gebrek aan objectconstantie

Het gebrek aan objectconstantie ligt ten grondslag aan de hieronder genoemde vormen van gedrag. Het onvermogen om te verlaten en te hechten veroorzaakt een, soms extreme, angst. Tevens heeft de patiënt nooit een eigen identiteit ontwikkeld, waardoor het voor hem moeilijk wordt om zijn plaats in de omgeving goed te bepalen. Daardoor kunnen de volgende kenmerken optreden :

- Splitsen in 'all-good' en 'all-bad'
- Voorbijgaande psychische symptomen als reactie op hevige stress, zich uitend in een chaotische gedachtegang, verwardheid, een veranderd communicatiepatroon, desoriëntatie, verkeerde interpretatie van de omgeving
- Overmatig gebruik van projectie
- Depersonalisatie
- Derealisatie
- Automutilatie

Inadequate rouwverwerking

De hier genoemde vormen van gedrag kunnen worden herleid tot de affectieve verwaarlozing door de moeder in de individuatie-separatiefase. Dit wordt vaak ervaren als een verlies en de patiënt blijft steken in de rouwfase. Daarnaast speelt ook de gebrekkige eigen identiteit weer een rol, waardoor de patiënt op zoek zal gaan naar mogelijkheden om de eigen ik te ontdekken. Dit wordt gekenmerkt door :

- Onvermogen om boosheid te beheersen
- Onvermogen om boosheid te uiten
- Depressieve stemming
- Labiel affect

- Extreme verlatings- en hechtingsangst
- Acting-out, grenzen overschrijden en door het lint gaan, moeite hebben met het stellen van eigen grenzen
- Extatische ervaringen zoeken (zoals geld verkwisten, seksuele promiscuïteit, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)
- Impulsief zijn (idem)

Verstoorde sociale interactie

Hierbij is sprake van deelname aan het sociale verkeer, waarbij sprake is van te veel, te weinig of ineffectieve contacten. Een mogelijke oorzaak is de fixatie in de individuatieseparatiefase, waardoor bij de borderlinepatiënt de verlatings- of hechtingsangst op de voorgrond treedt. Daarnaast heeft de patiënt door een gebrekkige eigen identiteit moeite om zichzelf in een juist perspectief te plaatsen in relatie met de ander. Het kenmerkende gedrag kan zijn :

- afwisselend aanhankelijk en afstandelijk gedrag
- heftige en kortstondige relaties aangaan
- een weinig succesvolle interactie met de anderen

Stoornis van het zelfbeeld : eigen identiteit

Deze vormen van gedrag worden mede bepaald door het onvermogen om een onderscheid te maken tussen zichzelf en de buitenwereld. Door de fixatie in de separatie-individuatiefase en een onbevredigde afhankelijkheidsbehoefte heeft de patiënt nooit geleerd om een evenwichtig ego te ontwikkelen. Daarnaast heeft de patiënt door de afwezigheid van of afwijzing door de ouderfiguur van hetzelfde geslacht nooit een voorbeeld gehad om de eigen ik mee te vergelijken. Ook deze factoren zijn van invloed op het getoonde gedrag :

- Projectieve identificatie
- Splitsen in 'all-good' en 'all-bad'
- Onzekerheid over de seksuele identiteit
- Onzekerheid over de toekomst en beroepskeuze
- Een vaag waardensysteem
- Een weinig omschreven zelfbeeld
- Het onvermogen om alleen te zijn
- Depersonalisatie
- Derealisatie
- Automutilatie (om het eigen bestaan te bevestigen)

Stoornis van het zelfbeeld : weinig gevoel van eigenwaarde

In deze toestand vindt de betrokkene zichzelf weinig waard, heeft hij weinig zelfvertrouwen en acht zichzelf minder dan de anderen. Dit wordt onder andere veroorzaakt door een gebrek aan positieve feedback, een onbevredigde afhankelijkheidsbehoefte en een gebrekkige ontwikkeling van de eigen identiteit. In ernstige gevallen is er zelfs sprake geweest van een voortdurende negatieve feedback, een verstoord gezinssysteem en wederom een fixatie in de separatie-individuatiefase. Dit uit zich onder andere in :

- Moeite hebben met het accepteren van positieve waardering
- Niet deelnemen aan therapie
- Automutilatie
- Zich suïcidaal uiten en poging tot suïcide
- Frequente geringschattende en kritische opmerkingen over zichzelf
- Manipulatie en anderen tegen elkaar uitspelen (om bijzondere voorrechten te verkrijgen)
- Onvermogen om intieme, persoonlijke relaties aan te gaan
- Onvermogen om alleen te zijn
- Omlaaghalen van anderen om het gevoel van eigenwaarde te vergroten

5 Verpleegkundige diagnostiek van de borderline persoonlijkheidsstoornis

5.1 Gevaar voor geweld : op zichzelf of anderen gericht

Definitie : fysiek agressief gedrag, bedoeld om zichzelf en/of anderen letsel toe te brengen

Beïnvloedende factoren ('samenhangend met')

- buitensporige verlatings- of hechtingsangst
- Gevoelens van onwerkelijkheid
- Depressieve stemming
- Suïcidaal gedachten (onder andere om anderen te manipuleren)
- Onbevredigde afhankelijkheidsbehoeften
- Minderwaardigheidsgevoelens
- Onverwerkte rouw

Bepalende kenmerken ('gekenmerkt door')

- Automutilatie (zoals zich snijden, brandwonden toebrengen, een overdosis medicijnen nemen)
- Zich suïcidaal uiten en poging tot suïcide
- Motorische onrust (zoals ijsberen, opwinding, agitatie en prikkelbaarheid)
- Onvermogen om boosheid te beheersen
- Stijgende angst
- Depressieve verschijnselen
- Onvermogen om gevoelens te verwoorden
- Provocerend gedrag (zoals ruzie zoeken, ontevreden zijn, te sterk reageren, overgevoelig zijn voor bepaalde situatie)

Doelstelling

Tijdens het verblijf in het ziekenhuis brengt de patiënt zichzelf en anderen geen letsel toe.

Beredeneerde interventies

- 1 Houd voortdurend toezicht op de patiënt. Doe dit onopvallend, als onderdeel van de normale bezigheden en interacties, om te voorkomen dat u een achterdochtige indruk maakt. Nauwlettende observatie is nodig om onmiddellijk te kunnen ingrijpen wanneer dat nodig is ten behoeve van de veiligheid van de patiënt en anderen.
- 2 Sluit mondeling een contract af, waarin u met de patiënt afsprekt dat hij een teamlid zal waarschuwen wanneer hij behoefte voelt zich te automutileren of suïcidale gedachten heeft. Het met een vertrouwenspersoon praten over gevoelens die te maken hebben met automutilatie of suïcide, kan de patiënt enigszins opluchten. Middels een contract wordt het onderwerp bespreekbaar gemaakt en wordt een deel van de verantwoordelijkheid voor de eigen veiligheid bij de patiënt zelf gelegd. Hiermee geeft u aan dat de patiënt als persoon wordt geaccepteerd.
- 3 Neem een neutrale houding aan bij het verzorgen van wonden die de patiënt zich via automutilatie heeft toegebracht. Bekrachtig automutilatie niet door sympathie en extra aandacht. Het kan zijn dat ongewenst gedrag niet wordt herhaald, omdat het geen aandacht oplevert.
- 4 Moedig de patiënt aan om te praten over gevoelens die aan het gedrag vooraf gingen. Om probleemsituaties met de patiënt op te kunnen lossen, is het belangrijk om te weten welke factoren een rol spelen bij het ontstaan daarvan.
- 5 Geef het goede voorbeeld wat betreft het uiten van boosheid en geef positieve bekrachtiging wanneer de patiënt uw voorbeeld probeert na te volgen. Het is essentieel dat de patiënt boosheid uit, aangezien suïcide en ander zelfdestructief gedrag vaak het resultaat van op zichzelf gerichte boosheid zijn.
- 6 Verwijder alle gevaarlijke voorwerpen uit de omgeving van de patiënt. De Veiligheid van de patiënt en anderen krijgt de hoogste prioriteit.

- 7 Probeer gewelddadig gedrag af te wenden door de patiënt lichamelijke uitlaatkleppen voor zijn angst te bieden. Lichamelijke inspanning is een veilige en effectieve manier om opgekropte spanning te ontladen.
- 8 Zorg voor voldoende personeel om de patiënt zo nodig met een overmacht te benaderen. Dit maakt de patiënt duidelijk dat het personeel de situatie in de hand heeft en zorgt voor de fysieke veiligheid van de verpleging.
- 9 Dien volgens voorschrift sederende medicatie toe. Controleer de patiënt op bijverschijnselen en let op of de medicatie het gewenste effect heeft.
- 10 Gebruik zonodig dwangmiddelen, wanneer minder beperkende maatregelen geen succes hebben. Volg hierbij de in uw ziekenhuis geldende voorschriften of werkwijze.
- 11 In een acute crisis kan het nodig zijn om over te gaan op hand-in-handbegeleiding. Borderlinepatiënten hebben vaak een extreme verlatingsangst en mogen op zo'n moment niet alleen gelaten worden, om te voorkomen dat zij nog angstiger en onrustiger worden.

Gewenste resultaten/ontslagcriteria

- De patiënt weet zijn angst zodanig te beheersen, dat hij geen behoefte voelt aan agressie.
- De patiënt geeft aan geen neiging te voelen om zichzelf letsel toe te brengen.
- De patiënt kan verwoorden van welke mantelzorgverleners of eerstelijns instanties hij zonodig hulp kan inroepen.

5.2 Wijziging in de waarneming

Definitie : Een toestand waarin waarnemingen niet berusten op reële zintuiglijke prikkels of waarin zintuiglijke prikkels verkeerd worden geïnterpreteerd

Beïnvloedende factoren ('samenhangend met')

- Psychische spanningen
- Extreme verlatings- en hechtingsangst
- Onjuist beeld van zichzelf in relatie tot de omgeving (vanwege een gebrek aan eigen identiteit)
- Gebrek aan objectconstantie

Bepalende kenmerken ('gekenmerkt door')

- Splitsen in 'all-good' en 'all-bad'
- Voorbijgaande psychische symptomen als reactie op hevige stress (zoals een chaotische gedachtegang, verwardheid, een veranderd communicatiepatroon, desoriëntatie, verkeerde interpretatie van de omgeving)
- Overmatig gebruik van projectieve identificatie
- Depersonalisatie
- Derealisatie
- Gebrek aan eigen identiteit
- Automutilatie (zoals zich snijden, brandwonden toebrengen, een overdosis medicijnen nemen)

Doelstelling

Bij ontslag interpreteert de patiënt de omgeving realistisch, wat blijkt uit geordend denken en communiceren, oriëntatie op de werkelijkheid en afwezigheid van gedepersonaliseerd gedrag.

Beredeneerde interventies

- 1 Door depersonalisatieverschijnselen ontstaat vaak angst of paniek. Borderlinepatiënten nemen vaak hun toevlucht tot automutilatief gedrag om de angst te verminderen. Het voelen van pijn of zien van bloed stelt hen gerust dat zij nog bestaan. Neem een neutrale houding aan bij het verzorgen van de wonden die de patiënt zich via automutilatie heeft toegebracht. Bekrachtig automutilatie niet door sympathie en extra aandacht. Het kan zijn dat ongewenst gedrag niet wordt herhaald, omdat het geen aandacht oplevert.
- 2 Blijf bij de patiënt wanneer hij in paniek is en geef hem het gevoel dat hij veilig is. Oriënteer hem op de werkelijkheid. Veiligheid en welzijn van de patiënt krijgen de hoogste prioriteit.
- 3 Dien volgens voorschrift sederende medicatie toe. Controleer de patiënt op bijverschijnselen en let op of de medicatie het gewenste resultaat heeft.
- 4 Corrigeer de patiënt wanneer hij de omgeving verkeerd interpreteert. Wanneer u de patiënt eerlijk met de verkeerde interpretatie confronteert, en u dat vanuit een zorgzame en accepterende houding doet, verschaft dat therapeutische oriëntatie op de werkelijkheid en spaart u het gevoel van eigenwaarde van de patiënt.
- 5 Moedig de patiënt aan om over ware gevoelens te praten. Help hem te onderkennen dat het zijn eigen gevoelens zijn in plaats van ze op anderen in de omgeving te projecteren. Het verkennen van het gevoel met een vertrouwenspersoon kan de patiënt helpen realistischer naar de situatie te kijken en de problemen die er nog liggen op te lossen.
- 6 Help de patiënt te leren inzien dat hij en de verpleegkundige twee verschillende personen zijn, door vast te stellen welk gedrag bij wie hoort. Laat de patiënt, als dat kan gezien de situatie, uw hand of arm aanraken. Aanraken en lichamelijke aanwezigheid geven de patiënt het gevoel van realiteit en het versterkt zwakke egogrenzen.
- 7 Help de patiënt tot objectconstantie te komen. De patiënt kan zich helemaal in de steek gelaten voelen wanneer de verpleegkundige weggaat bij het wisselen van de dienst. Borderlinepatiënten hebben de neiging zich aan één verpleegkundige vast te klampen en zullen, als ze de kans krijgen, hun onaangepaste afhankelijkheid op die persoon richten. Het is daarom belangrijk dat meer dan één verpleegkundige een relatie ontwikkelt met een borderlinepatiënt. Het is ook nodig dat het personeel elkaar op de hoogte houdt en dat alle teamleden consequent dezelfde benadering hanteren.

Gewenste resultaat / ontslagcriteria

- De patiënt vertoont geen symptomen van depersonalisatie
- De patiënt interpreteert de omgeving realistisch

5.3 Inadequate rouwverwerking

Definitie : een reactie op een werkelijk of als zodanig ervaren verlies, waarbij de betrokkene langere tijd in één van de fasen van het rouwproces blijft steken of waarbij de normale verschijnselen van rouw buitensporige vormen aannemen.

Beïnvloedende factoren ('samenhangend met')

- Affectieve verwaarlozing door de moeder tijdens de toenaderingsfase

Bepalende kenmerken ('gekenmerkt door')

- Onvermogen om boosheid te beheersen
- Onvermogen om boosheid te uiten
- Depressieve stemming
- Labiel affect
- Buitensporige verlatings- en hechtingsangst
- Acting-out, grenzen overschrijden en door het lint gaan, moeite hebben met het stellen van eigen grenzen

- Extatische ervaringen zoeken (zoals geld verkwisten, seksuele promiscuïteit, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)
- Impulsief zijn (idem)

Doelstelling

De patiënt kan bij ontslag aangeven wat de oorzaak is van zijn boosheid, zijn boosheid accepteren als van hem zijnd en, in een poging om op bevredigende wijze vordering te maken in het rouwproces, de boosheid op een sociaal geaccepteerde manier uiten.

Beredeneerde interventies

- 1 Neem een accepterende houding aan, waardoor u een niet-bedreigend klimaat creëert waarin de patiënt zijn gevoelens kan uiten. Een accepterende houding geeft de patiënt het gevoel dat u hem de moeite waard vindt. Het vertrouwen en gevoel van eigenwaarde nemen hierdoor toe.
- 2 Ga na wat boosheid, frustratie en woede voor de patiënt betekenen. Sta de patiënt toe deze gevoelens op een acceptabele manier te uiten. Het verwoorden van gevoelens in een niet-bedreigende omgeving kan de patiënt helpen om onopgeloste problemen te hanteren.
- 3 Probeer gewelddadig gedrag af te wenden door de patiënt lichamelijke uitlaatkleppen voor zijn boosheid te bieden. Lichamelijke inspanning is een veilige en effectieve manier om opgekropte spanning te ontladen.
- 4 Probeer er samen met de patiënt achter te komen wat de werkelijke oorzaak is van zijn boosheid. Dit kan veel pijn losmaken en leidt vaak tot regressie wanneer de patiënt uitkomt bij gevoelens van vroege verlatenheid. Het verwerken van de gevoelens die daarmee te maken hebben, is nodig voordat het rouwproces afgewikkeld kan worden.
- 5 Wanneer de boosheid op de verpleegkundige wordt gericht, moet men voorzichtigheid betrachten en oppassen voor de negatieve effecten van tegenoverdracht.
Borderlinepatiënten worden vaak als een zeer moeilijke categorie beschouwd, met de gave om een hoop negatieve gevoelens bij de verpleegkundige op te roepen. Deze gevoelens moeten wel worden onderkend, maar ze mogen het therapeutisch proces niet belemmeren.
- 6 Leg uit welke gevoelens normaal gesproken bij een rouwproces optreden. Kijk samen met de patiënt waarin hij zich in dit proces bevindt. Wanneer de patiënt weet dat de gevoelens, die bij een normaal rouwproces horen, geaccepteerd zijn, voelt hij zich soms minder schuldig vanwege deze reacties.
- 7 Leer de patiënt op de juiste wijze zijn boosheid uiten. Bekrachtig geslaagde pogingen hiertoe. Geef zelf het juiste voorbeeld. Bekrachtiging vergroot de eigenwaarde en moedigt het gewenste gedrag aan.
- 8 Stel grenzen aan acting-out en het zoeken naar extatische ervaringen en leg uit wat de consequenties zijn wanneer die grenzen worden overschreden. Geef de patiënt steun, maar wees ook consequent en vastberaden. De patiënt heeft te weinig zelfbeheersing om grenzen te stellen aan het onaangepaste gedrag, daarom moeten de verpleegkundigen hem hierbij helpen. Echter, zonder een consequente aanpak door de hulpverleners, kunnen er geen positieve resultaten worden bereikt.

Gewenste resultaten / ontslagcriteria

- De patiënt kan verwoorden op wat voor manier boosheid en acting-out te maken hebben met inadequate rouwverwerking.
- De patiënt is in staat te bespreken waar zijn boosheid werkelijk vandaan komt en wat sociaal acceptabele manieren zijn om boosheid te uiten.

5.4 Verstoorde sociale interactie

Definitie : een wijze van deelnemen aan het sociale verkeer dat zich kenmerkt door te veel, te weinig of ineffectieve contacten

Beïnvloedende factoren ('samenhangend met')

- Fixatie in de individuatie-separatiefase
- Buitensporige verlatings- of hechtingsangst
- Gebrek aan eigen identiteit

Bepalende kenmerken ('gekenmerkt door')

- Afwisselend aanhankelijk en afstandelijk gedrag
- Heftige en kortstondige relaties aangaan
- Een weinig succesvolle interactie met anderen

Doelstelling

Bij ontslag vertoont de patiënt geen aanhankelijk of afstandelijk gedrag tijdens interacties met mensen op de afdeling.

Beredeneerde interventies

- 1 Moedig de patiënt aan zijn gedrag te onderzoeken (om te onderkennen wat er gebeurt). Het kan zijn dat de patiënt zich niet bewust is van zijn aanhankelijk / afstandelijk gedrag in de interactie met anderen.
- 2 Zorg ervoor dat de patiënt weet dat u beschikbaar bent, zonder daarmee het afhankelijk gedrag te bekrachtigen. Wanneer de patiënt weet dat u beschikbaar bent, kan hem dat de zekerheid geven waar hij behoefte aan heeft.
- 3 Bekrachtig onafhankelijk gedrag. Bekrachtiging vergroot het zelfrespect en moedigt herhaling van gewenst gedrag aan.
- 4 Laat steeds iemand anders met de patiënt werken, om te voorkomen dat de patiënt afhankelijk wordt van één personeelslid. De patiënt moet leren om met meer dan één persoon een relatie te hebben.
- 5 Verken samen met de patiënt de gevoelens die te maken hebben met zijn angst om in de steek gelaten te worden en om op te gaan in de ander. Help de patiënt in te zien dat aanhankelijk en afstandelijk gedrag door deze angsten veroorzaakt worden. Het verkennen van gevoelens met een vertrouwenspersoon kan de patiënt helpen om onopgeloste problemen te hanteren.
- 6 Help de patiënt in te zien hoe zijn gedrag bevredigende relaties in de weg staat. Het kan zijn dat de patiënt zich niet bewust is van hoe anderen hem zien en waarom zijn gedrag niet acceptabel is voor anderen.
- 7 Help de patiënt tot objectconstantie te komen. Zorg dat u beschikbaar bent, zonder daarmee de afhankelijkheid aan te moedigen, zodat de patiënt niet meer bang hoeft te zijn dat hij verlaten wordt en het vermogen ontwikkelt om bevredigende intieme relaties aan te gaan.

Gewenste resultaten / ontslagcriteria

- De patiënt gedraagt zich niet aanhankelijk of afstandelijk in zijn relatie met het personeel en anderen.
- De patiënt ziet het verband tussen zijn gedrag en het mislukken van relaties in het verleden.

5.5 Stoornis van het zelfbeeld (eigen identiteit)

Definitie : Het onvermogen om onderscheid te maken tussen zichzelf en de buitenwereld.

Beïnvloedende factoren ('samenhangend met')

- Fixatie in de individuatie-separatiefase

- Gebrek aan eigen identiteit
- Afwezigheid van of afwijzing door de ouderfiguur van hetzelfde geslacht

Bepalende kenmerken ('gekenmerkt door')

- Overmatig gebruik van projectieve identificatie
- Splitsen in 'all-good' en 'all-bad'
- Onzekerheid over de seksuele identiteit
- Onzekerheid over de toekomst en beroepskeuze
- Een vaag waardensysteem
- Een weinig omschreven zelfbeeld
- Het onvermogen om alleen te zijn
- Depersonalisatie
- Derealisatie
- Automutilatie om het eigen bestaan te bevestigen (zoals zich snijden, brandwonden toebrengen, een overdosis medicijnen nemen)

Doelstelling

Bij ontslag is de patiënt in staat om onderscheid te maken tussen zijn eigen gedachten, gevoelens, gedrag en uiterlijk, en die van anderen, als een eerste stap in de ontwikkeling van een gezonde eigen identiteit.

Beredeneerde interventies

- 1 Help de patiënt te onderkennen dat hij een eigen identiteit heeft. Probeer niet de gedachten en het gevoel van de patiënt te verwoorden. Juist vanwege de vage egogrenzen zou de patiënt kunnen denken dat u zijn gedachten kunt lezen. Om die reden moet men voorzichtig zijn wanneer men de patiënt empathisch benadert. Vermijd bijvoorbeeld uitspraken als 'ik begrijp hoe u zich voelt'.
- 2 Moedig de patiënt aan om over ware gevoelens te praten. Help hem te onderkennen dat het zijn eigen gevoelens zijn in plaats van ze op anderen in de omgeving te projecteren. Het verkennen van het gevoel met een vertrouwenspersoon kan de patiënt helpen realistischer naar de situatie te kijken en problemen die er nog liggen op te lossen.
- 3 Confronteer de patiënt met uitspraken waarin hij zijn gevoelens op anderen projecteert. Vraag de patiënt om na te gaan of de betreffende mensen werkelijk de door hem geprojecteerde gevoelens hebben. Het uiten van 'redelijke twijfel' als therapeutische techniek, kan hierbij een goed hulpmiddel zijn.
- 4 Wanneer de patiënt problemen heeft met zijn seksuele identiteit, vraag hem dan te beschrijven welk gedrag hij bij mannen en welk gedrag hij bij vrouwen vindt horen. Geef zo nodig informatie over rolgedrag en seksuele voorlichting. Het kan nodig zijn verkeerde opvattingen en onjuiste informatie van de patiënt recht te zetten. Laat merken dat u de patiënt als persoon accepteert, ongeacht welke identiteit hij kiest. Een accepterende houding versterkt het gevoel van eigenwaarde van de patiënt.
- 5 Noem de patiënt altijd bij de naam. Het is vaak nuttig om de patiënt met depersonalisatie- of derealisatieverschijnselen op zijn omgeving te oriënteren en verkeerde waarnemingen te corrigeren. Door deze interventies kan de patiënt zijn zelfrespect en eigenwaarde vaak beter behouden.
- 6 Leer de patiënt inzien dat er betere manieren zijn om zich ervan te overtuigen dat hij leeft dan automutilatie. Sluit mondeling een contract af, waarin u met de patiënt afsprekt dat hij een teamlid zal waarschuwen, wanneer hij de behoefte voelt om zich te automutileren. Het met een vertrouwenspersoon praten over gevoelens die te maken hebben met automutilatie, kan de patiënt enigszins opluchten. Middels een contract wordt het onderwerp bespreekbaar gemaakt en wordt een deel van de verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf gelegd. Hiermee geeft u aan dat de patiënt als persoon wordt geaccepteerd.
- 7 Werk met de patiënt aan het duidelijk krijgen van waarden. Bespreek overtuigingen en gevoelens die ten grondslag liggen aan zijn gedrag. Ga met de patiënt na welke waarden hij zich heeft eigen gemaakt. De verpleegkundige moet oppassen dat zij niet

haar eigen waardensysteem aan de patiënt oplegt. Omdat het ego onderontwikkeld is en is gefixeerd in een vroeg stadium van de ontwikkeling, heeft de patiënt geen eigen waardensysteem ontwikkeld. Om dit alsnog te bereiken, is het nodig om overtuigingen en houdingen van de patiënt vast te stellen en te verduidelijken.

- 8 Foto's van de patiënt kunnen goed helpen om de egogrenzen vast te stellen. Door foto's kan de patiënt zich ervan bewust worden dat hij zelf iemand is, los van anderen.
- 9 Verminder de angst door de patiënt te verzekeren dat u hem niet alleen zult laten. Bordelinepatiënten zijn vaak geneigd tot extreme verlatingsangst vanwege trauma's in de vroege kinderleeftijd.
- 10 Help de patiënt leren inzien dat hij en de verpleegkundige twee verschillende personen zijn, door vast te stellen welk gedrag bij wie hoort. Laat de patiënt, als dat kan gezien de situatie, uw hand of arm aanraken. Aanraken en lichamelijke aanwezigheid geven de patiënt het gevoel van realiteit en het versterkt zwakke egogrenzen.

Gewenste resultaten / ontslagcriteria

De patiënt is in staat onderscheid te maken tussen zijn eigen gedachten en gevoelens, en die van anderen.

De patiënt onderkent dat zijn gevoelens van hemzelf zijn en maakt geen gebruik van projectie in zijn relatie met anderen.

De patiënt heeft duidelijkheid over zijn seksuele identiteit.

5.6 Stoornis van het zelfbeeld (weinig gevoel van eigenwaarde)

Definitie : toestand waarin de betrokkene zichzelf weinig waard vindt, weinig zelfvertrouwen heeft en zich minder acht dan anderen

Beïnvloedende factoren ('samenhangend met')

- Gebrek aan positieve feedback
- Voortdurende negatieve feedback (resultierend in verminderd zelfrespect)
- Onbevredigde afhankelijkheidsbehoeften
- Gebrek aan eigen identiteit
- Verstoord gezinssysteem
- Fixatie in de separatie-individuatiefase

Bepalende kenmerken ('gekenmerkt door')

- Moeite hebben met het accepteren van positieve feedback
- Niet deelnemen aan therapie
- Zich suïcidaal uiten en poging tot suïcide
- Frequentie geringschattende en kritische opmerkingen over zichzelf
- Manipulatie en anderen tegen elkaar uitspelen
- Onvermogen om intieme persoonlijke relaties aan te gaan
- Onvermogen om alleen te zijn
- Omlaaghalen van anderen om het gevoel van eigenwaarde te vergroten.

Doelstelling

Bij ontslag verwoordt de patiënt een positief zelfbeeld van zichzelf

Beredeneerde interventies

- 1 Ga na of doelen realistisch zijn. Het is belangrijk voor de patiënt om iets te bereiken. Plan bij voorkeur activiteiten die naar alle waarschijnlijkheid lukken. Door succes neemt het gevoel van eigenwaarde toe.
- 2 Neem een accepterende houding aan, waardoor u een niet-bedreigend klimaat creëert waarin de patiënt zijn gevoelens kan uiten. Een accepterende houding geeft de

patiënt het gevoel dat u hem de moeite waard vindt. Het vertrouwen en gevoel van eigenwaarde nemen hierdoor toe.

- 3 Stel grenzen aan manipulatief gedrag. Geef aan wat de gevolgen zijn wanneer deze grenzen geschonden worden. Geef zo weinig mogelijk negatieve feedback. Houd de grenzen goed in de gaten en voer bij overtreding de afgesproken maatregelen op een neutrale manier uit. Het is belangrijk dat alle teamleden consequent dezelfde aanpak hanteren. Voor iemand met weinig zelfrespect kan negatieve feedback bijzonder bedreigend zijn en daardoor kan het probleem toenemen. De maatregelen moeten duidelijk maken dat het gedrag onaanvaardbaar is, niet de persoon.
- 4 Wees bedacht op pogingen van de patiënt om het ene teamlid tegen het ander uit te spelen. Houd er rekening mee dat splitsing het belangrijkste afweermechanisme is van deze personen en dat hun indruk van anderen als 'goed' of 'slecht' een uiting is van dit mechanisme. Luister niet wanneer de patiënt andere teamleden in diskrediet tracht te brengen. Raad hem aan het probleem direct met het betreffende teamlid te bespreken. Wanneer u dit gedrag niet bekrachtigd, zal het zich niet zo snel herhalen.
- 5 Moedig onafhankelijkheid aan bij het nemen van eigen verantwoordelijkheid en van beslissingen die te maken hebben met zelfverzorging. Geef erkenning en waardering wanneer het goed gaat. Bekrachtiging vergroot het zelfrespect en moedigt herhaling van het gewenste gedrag aan.
- 6 Help de patiënt om meer zelfvertrouwen te krijgen door zijn gevoel, houding en gedrag kritisch te bekijken. Zelfonderzoek in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon kan de patiënt helpen om onopgeloste problemen te hanteren.
- 7 Help de patiënt om na te gaan wat zijn positieve eigenschappen zijn en welke kanten hij van zichzelf vervelend vindt. Bespreek op wat voor manier daar verandering in kan worden gebracht. Personen met weinig zelfrespect vinden het vaak moeilijk positieve eigenschappen van zichzelf te ontdekken. Ze beschikken vaak over een gering probleemoplossend vermogen en hebben hulp nodig bij het opstellen van een plan om veranderingen tot stand te brengen.
- 8 Bespreek de toekomst van de patiënt. Help hem bij het vaststellen van korte- en lange termijn doelen. Wat zijn sterke kanten? Hoe kan hij deze het best gebruiken om zijn doelen te bereiken? Moedig de patiënt aan bezigheden te zoeken die overeenkomen met zijn niveau en zijn mogelijkheden. Bekrachtig beslissingen.

Gewenste resultaten / ontslagcriteria

- De patiënt verwoordt positieve aspecten van zichzelf evenals een concreet plan over wat hij gaat doen om veranderingen op bepaalde gebieden tot stand te brengen.
- De patiënt toont het vermogen om onafhankelijke beslissingen te nemen ten behoeve van zijn zelfverzorging

6 Voorstelling forensische eenheid

6.1 Historiek

Heide D is gelegen in het Psychiatrisch Centrum Sint Jan Baptist te Zelzate. Het PC Sint Jan Baptist werd in 1864 door de Broeders van Liefde opgericht. Gedurende zijn meer dan 130-jarig bestaan heeft het een rijke traditie opgebouwd in de behandeling, begeleiding en verzorging van psychiatrische patiënten en van personen met een mentale handicap. De missie is optimaal hulp verlenen op een deskundige en geïnspireerde wijze, dit in de geest van de stichter, kanunnik Triest. Momenteel worden in of vanuit het centrum ruim 450 patiënten en bewoners begeleid.

Voor 1995 bestond Heide D niet.

Afdeling 7 bestond wel. Dit was een zeer sterk gestructureerde afdeling met een gedragsmatige aanpak.

Daar kwamen patiënten terecht die op andere afdelingen 'onhandelbaar' waren, die gedragsproblemen stelden en die een gevaar waren voor anderen. Het 'zevende' was goed gekend in de regio Zelzate. Omwille van de sterke structuur en de gedragsmatige aanpak boekte men goede resultaten. Daardoor kwamen soms ook geïnterneerden terecht op afdeling 7.

De afdeling verhuisde in 1995 naar een nieuwbouw achteraan het domein. Er werd een naamsverandering doorgevoerd en zo ontstond Heide D.

De resultaten bleven goed en er kwamen almaar meer aanvragen van patiënten met een gerechtelijke voorgeschiedenis.

In 1997 werd België officieel veroordeeld door de Europese Raad omdat de geïnterneerden hier nog steeds worden opgesloten in plaats van behandeld.

Er werd gezocht naar alternatieven om geïnterneerden op te vangen. Omdat Heide D ervaring had met de opvang van geïnterneerden kwam de vraag van het Ministerie van Justitie, om er een uitsluitend forensische afdeling van te maken. Verschillende instellingen stelden zich kandidaat voor het oprichten van dit project en uiteindelijk kregen het psychiatrisch centrum van Bierbeek, Rekem en ook Zelzate subsidies om dit project uit te bouwen.

In september 2001 werd het project gestart. Er was een uitbreiding van het personeelsequipe, en er werden aanpassingen aan het bestaande gebouw verricht. Sedert juli 2002 staat er een nieuw gebouw, en wordt vermoedelijk in september 2002 in gebruik genomen.

Samen met de ingebruikname van het nieuwe gebouw wordt er opnieuw een naamsverandering doorgevoerd : ENCARGA. Dit betekent : "zorg dragen voor, verantwoordelijkheid geven aan"

Naast het oorspronkelijk gebouw, dat plaats biedt aan 26 patiënten (encarga 1), is er ook het nieuwe gebouw, dat bestemd is voor de opvang van 12 geïnterneerden (encarga 2). Als laatste is er ook een kleine unit voor 6 patiënten (encarga 3) : een soort beschut wonen binnen de instelling.

Het hele project wordt gesubsidieerd door het Ministerie van Justitie (32 bedden) en door het Ministerie van Volksgezondheid (8 bedden). Het is de bedoeling dat in de toekomst enkel de subsidies komen vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, aangezien men ervan uitgaat dat geestelijke gezondheid ook hun bevoegdheid is, doch dit is allemaal toekomstmuziek.

6.2 Team

Teamwerk is een noodzaak in deze werkomgeving. Overdracht tussen verpleegkundigen en andere paramedici is essentieel om het werk goed en veilig te kunnen uitvoeren. Teamgerichte personeelsleden hebben therapeutische waarde, de individualist niet. Veel geïnterneerden zijn, weliswaar vanuit hun pathologie, manipulatief van aard en dit maakt het te gemakkelijk om verpleegkundigen die 'het alleen doen' te manipuleren of te 'bespelen'.

Verpleegkundigen worden vaak door complimenten gescheiden van de rest van het behandelingsteam. Complimenten als 'je bent een goede verpleegkundige' of 'je bent de enige die me begrijpt' worden door forensisch psychiatrisch verpleegkundigen veel gehoord.

6.3 Populatie

Op Heide D worden enkel mannelijke geïnterneerden opgenomen, voornamelijk psychotici of persoonlijkheidsstoornissen dikwijls gepaard gaand met een verslavingsproblematiek (drugs of alcohol).

6.4 Opnameprocedure

De geïnterneerden sturen een schriftelijke aanvraag tot opname naar Heide D. Ze schrijven zelf een brief of worden daarbij geholpen door de psychosociale dienst van de gevangenis. Mogelijks is het ook hun advocaat die voor hen de aanvraag doet.

Het selectiecomité selecteert bepaalde geïnterneerden als lijstpatiënten. Alle patiënten op deze lijst behoren tot de groep 'mid-security geïnterneerden'. De instelling is verplicht mensen van deze lijst op te nemen.

Nadat het expertiseverslag, opgevraagd bij de psychosociale dienst van de gevangenis, ter studie werd genomen, wordt een eerste selectie gedaan.

Dit gebeurt aan de hand van volgende inclusie en exclusiecriteria :

Exclusiecriteria :

- Totale ontkenning van de feiten
- Bepaalde vormen van zware agressie
- Seksueel delinquenten
- Kernpsychopathie
- Hoge vluchtgevaarlijkheid
- Primaire drugsdiagnose
- Mentaal gehandicapt
- Dementen

Inclusiecriteria :

- Bereid zijn / kunnen in groep functioneren
- Mogelijkheid om motivatieversterkend te werken
- Mogelijkheid om tot introspectie te komen
- Bij voorkeur regio Vlaanderen

Na deze selecties kunnen de intakegesprekken doorgaan. Hiervoor gaat een afvaardiging van de afdeling (psychologe en afdelingshoofd of maatschappelijk assistente) naar de gevangenis voor een gesprek met de geïnterneerde. Als beide partijen nog steeds de opname zien zitten, kan er overgegaan worden tot de ondertekening van de behandelingsvoorwaarden.

6.5 Filosofie en behandeling

De onderliggende filosofie bij de behandeling van geïnterneerden is het geloof dat verandering mogelijk is, en de bereidwilligheid hen een tweede kans te geven. "We blijven ervan overtuigd dat wanneer aan een persoon met een belangrijke psychosociale problematiek, zelfs wanneer die onmogelijk en onbehandelbaar lijkt, voldoende arbeidsintensieve aandacht gegeven wordt, verandering mogelijk wordt."⁵

Heide D had reeds wat ervaring met geïnterneerden voor er sprake was van subsidiëring. Het vroegere Heide D, het 'zevende' was een sterk gestructureerde afdeling waar alle 'onhandelbare' patiënten naartoe werden gebracht. De gedragsmatige aanpak die er werd toegepast bleek effectief te zijn.

Men ging op zoek naar een model om wat meer houvast te hebben. Twee derden van de opgenomen patiënten op Heide D hebben een persoonlijkheidsstoornis. Het behandelingsplan (Goudsmit, Hart De Ruyter, Reicher)⁶ dat hier gebruikt wordt, werd opgemaakt voor antisociale, psychopathische persoonlijkheden, maar kan ook voor de bejegening van geïnterneerden in het algemeen.

6.5.1 Behandelingsprogramma encarga 1

Het plan voorziet 3 fasen :

Fase 1 :

Fundamenteel wantrouwen afbreken ⇒ basisvertrouwen opbouwen

We mogen niet vergeten dat het vaak over ernstig ontwikkelingsgestoorden gaat, die iedere vorm van basisvertrouwen missen en het moeilijk hebben om een vertrouwensrelatie uit te bouwen. Het zou echter verkeerd zijn er van uit te gaan dat er aan dit vertrouwen niet kan gewerkt worden. Maar als het om vertrouwen gaat, is dit een vertrouwen dat de hulpverlener quasi altijd zal moeten verdienen. Dit verdienen kan vaak enkel door een 'materiële investering', bv. bij het verwerven van een vervangingsinkomen, mee kledij gaan kopen,...

Pas dan zijn er andere, niet materiële zaken bespreekbaar.

Hierbij is ook wel voorzichtigheid geboden : de cliënt kan zich bijzonder utilitair, opportunistisch opstellen en de hulpverlener in de rol van advocaat duwen. Het is dan aan de hulpverlener om de grens te trekken tussen een materiële investering, nodig voor een vertrouwensrelatie, en het zich als advocaat laten gebruiken.

Fase 2 :

De ik-versterking en realiteitsconfrontatie

Bij sommige geïnterneerden worden we geconfronteerd met een kwetsbaar IK dat sterker moet worden. Het probleem is dat dit kwetsbaar IK enkel door eigen activiteit kan groeien en dat de minimale belasting die hiervoor noodzakelijk is, soms al te veel is. Om het IK te versterken, moeten de concrete kennismaking met en de interpretatie van de werkelijkheid verbeteren. Hierbij moet het verwoorden worden aangemoedigd. Het verwoorden draagt in zich de mogelijkheid tot het objectiveren van een situatie. Objectiveren betekent afstand nemen, en dat is nodig om kennis te kunnen nemen van de realiteit. We mogen niet vergeten dat bepaalde geïnterneerden gemakkelijk wantrouwig en paranoïde reageren, en zich verdedigen en zelfs aanvallen zonder dat zij aangevallen worden. Aanval is voor hen de beste verdediging.

Om bepaalde delinquenten te kunnen confronteren, moet een vertrouwensband bestaan.

⁵ VANDENBROUCKE, M., Behandelen, begeleiden, spreken met delinquenten. Psychiatrie en verpleging, nr. 3, 2001.

⁶ VANDENBROUCKE, M.

Een relationeel gebeuren moet op gang getrokken worden waarbij de hulpverlener zich redelijk, loyaal-generoos maar kritisch kan opstellen. Soms moet hij tolerant zijn, soms moet hij de grens durven trekken. De begeleiding van de delinquent wordt soms een 'lijf-aan-lijf' gevecht.

Het wegluchten van de directe ervaring en van het eigen gedrag moet verhinderd worden. De nadruk op het hier en nu is noodzakelijk omdat voor de cliënt de tijd niet telt. Het verleden en de toekomst kent hij niet. Woorden als 'dadelijk' en 'straks' betekenen 'niet nu' en dat wil in hun beleven 'nooit' zeggen.

De IK-functie is bij velen nauwelijks ontwikkeld. De cliënt moet beginnen zijn gedrag in het concrete van het hier en nu te ervaren en onder woorden te brengen. Dit kan pas wanneer het hem lukt enige onlust te tolereren, zonder onmiddellijk naar afweermechanismen te grijpen. Dit moet het begin zijn van enig vertrouwen in zichzelf, wat hem eveneens in staat zal stellen ook anderen te gaan vertrouwen. Hierbij moet hij ook de mogelijkheid krijgen tot experimenteren bij het aangaan en ontwikkelen van zijn relaties.

De hulpverlener moet twee houdingen aannemen die elkaar opvolgen en impliceren om de ik-versterking te bewerkstelligen, namelijk de 'welwillende belangstelling' en 'de confrontatie'. Deze confrontatie gebeurt wel binnen een empathische houding.

welwillende belangstelling

Een 'zwak ik' kan versterkt worden door middel van een investering vanuit een 'sterk ik' van de begeleider, die als een prothese, als identificatiefiguur moet functioneren. De houding van de begeleider moet getoetst worden. De begeleider wordt uitgedaagd. Alleen het dagelijks en steeds wederkerend gedrag van de begeleider waaruit zijn betrouwbaarheid en onomkoopbaarheid moet blijken, schept de voorwaarde tot een vertrouwensrelatie. Er is een kalme, geduldige en belangstellende benadering door de begeleider nodig.

confrontatie binnen een empathische houding

De delinquent gedraagt zich op een manier waardoor hij met zichzelf en de gemeenschap botst en gebotst heeft. Wil hij zich aanpassen, dan moet hij zijn gedrag veranderen. Eerst moet hij zijn gedrag leren kennen en moet hij kunnen objectiveren. Daarvoor is confrontatie nodig. Deze confrontatie moet het gedrag zoals een spiegel aan de patiënt tonen : feitelijk, zakelijk en niet emotioneel. Er mag geen duiding van de betekenis van de handeling gebeuren. Hiervoor is het 'ik' nog te kwetsbaar. Inzicht mag slechts gebeuren bij een sterk 'ik'. (derde fase)

Fase 3

De psychotherapie : inzicht

Het begeleidingswerk met de geïnterneerden speelt zich hoofdzakelijk af op het vlak van de eerste en de tweede fase, slechts enkelen kunnen doorgroeien naar de psychotherapeutische fase van het inzicht : waarom doe ik wat ik doe?

Een indringende benadering, vaak eigen aan de psychotherapie, vraagt een 'warm klimaat'. Bovendien kan een openbrekende indringende psychotherapie gevaarlijk worden, waarbij de cliënt niet beter maar slechter wordt door angst en verwarring. In ons werk met geïnterneerden is een voorwetenschappelijke methodologie werkzaam die verwijst naar een reeks modellen (systeemtheoretische benadering, cognitief-behavioristisch model, client-centered therapie, psychoanalyse). Tussen de dagelijkse praktijk en de theoretische modellen moet er permanent wisselwerking bestaan. Bv. Voor het uitbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënt zijn empathie, onvoorwaardelijke aanvaarding en echtheid belangrijk, dit zijn punten die terug te vinden zijn bij de client-centered therapie.

6.5.2 Therapie aanbod

Op Heide D wordt er gewerkt met een blokkensysteem. Visueel kan dit worden voorgesteld als een blokkendoos met kubussen in. Op elke zijde van de kubus staan ofwel therapeutische activiteiten, ofwel is dit blanco gelaten. In het begin van de behandeling (fase 1) kan de patiënt weinig keuzes maken en moet hij het therapieschema volgen dat hem wordt aangeboden. Naarmate de behandeling vordert kan hij meer keuzes maken omtrent de therapieën die hij wil volgen. Er staan dus meer zijdes beschreven per kubus. Op het moment dat de bewoner keuzes kan maken in zijn therapieschema moeten dit wel geëngageerde keuzes zijn. Dit wil zeggen : indien iemand ervoor kiest om de communicatiegroep te volgen, dan moet hij de 10 sessies volgen.

Therapeutische activiteiten op de afdeling :

Heel wat therapeutische activiteiten gaan door op de afdeling. Bewoners die gesanctioneerd worden, om welke reden dan ook, moeten deelnemen aan de therapeutische activiteiten die op de afdeling plaatsvinden. Indien er tegenindicaties zijn voor het volgen van een therapie, ligt de eindverantwoordelijkheid hiervoor bij de desbetreffende therapeut. Ook de invulling van de betreffende therapie ligt bij de therapeut. Bv. ergotherapeut kan beslissen dat de bewoner een individuele opdracht krijgt binnen de creatieve therapie.

Therapeutische activiteiten opgenomen in het blokkensysteem :

- Kooktherapie
- Computerles
- Budgetbegeleiding
- Projectgroep
- Creatieve therapie
- Communicatiegroep 1 en 2
- Actualiteitengroep

Therapeutische activiteiten los van het blokkensysteem (voor nieuwkomers en patiënten die gesanctioneerd werden) :

- Kooktherapie
- Creatieve therapie
- Filmatelier
- Wandeling
- Houtbewerking
- Themagroep
- Sociale vaardigheidstraining
- Voorstelling van zichzelf op het team

Therapeutische activiteiten buiten de afdeling :

- Sociaal administratieve vaardigheden
- Bewegingstherapie
- Industriële therapie
- Interne jobdienst
- Handambachtelijke therapie

6.5.3 Uitgangsprogramma Heide D

Het uitgangsprogramma bestaat uit 10 fasen waarbij in fase 1 de patiënt helemaal geen vrijheid heeft, in fase 10 is het voor hem mogelijk om elk weekend verlof aan te vragen. De verschillende fasen van het uitgangsprogramma liggen ingebed in de drie fasen van het behandelingsprogramma

FASE III	10
keuze /	9
vrijheid	8
FASE II	7
	6
	5
FASE I	4
	3
geen keuze /	2
vrijheid	1

Behandelingsfase I : wantrouwen afbreken, vertrouwen opbouwen

Uitgangsprogramma fase 1

Mensen die worden opgenomen blijven minimum twee weken op de afdeling. Het verblijf op de afdeling wordt gezien als observatiemoment. Therapeutische activiteiten gebeuren op de afdeling.

Er kan wel onder begeleiding van het personeel naar een aantal noodzakelijke onderzoeken gegaan worden, bv. medisch onderzoek, medisch-technische onderzoeken, noodzakelijke contacten met justitie,...

Patiënten kunnen bezoek ontvangen in de bezoekszaal, indien ze bonafide bevonden werden door het personeel.

Uitgangsprogramma fase 2

De bewoner komt nu terecht in groep 1 of 2. Zowel intramurale als extramurale therapeutische activiteiten worden mogelijk onder begeleiding van afdelingspersoneel. therapie : Mogelijkheid tot het opstarten van kooktherapie, creatieve, handambachtelijke, bewegingstherapie. Tevens is er de mogelijkheid om deel te nemen aan de computerles, praatgroep, redactieraad afdelingskrantje,...

Uitgangsprogramma fase 3

De bewoner kan individueel naar de therapeutische activiteiten, en kan deelnemen aan extramurale activiteiten onder begeleiding van het afdelingspersoneel (bv. marktbezoek, boodschappen doen, uitstappen,...)

De bewoner kan met bonafide bezoekers naar de cafetaria gedurende de bezoeken. Het therapieaanbod wordt uitgebreid met de sessies 'sociaal administratieve vaardigheden'.

Uitgangsprogramma 4

De bewoner kan elke avond een half uur wandelen op het domein. Cafetariabezoek kan worden uitgebreid : 1 uur op vrijdagmiddag, zaterdag en zondag.

De bewoner kan deelnemen aan extramurale activiteiten onder begeleiding van niet-afdelingspersoneel.

De bewoner kan met zijn bezoek tot in het centrum van Zelzate.

Het therapieaanbod wordt uitgebreid met : industriële therapie, muziektherapie, communicatiegroep 1 en actualiteitengroep, zwemmen.

Behandelingsfase II : confrontatie met de realiteit en zichzelf

Uitgangsprogramma fase 5

De bewoner kan zonder begeleiding naar de markt op maandagvoormiddag. De andere extramurale activiteiten gebeuren nog steeds onder begeleiding.

Het therapieaanbod kan worden uitgebreid met : 2 blokken interne jobdienst, communicatiegroep 2, projectgroepen en filmatelier.

De bewoners kunnen tevens deelnemen aan ontspanningsactiviteiten georganiseerd vanuit de Dienst Vrije Tijd

Uitgangsprogramma fase 6

De bewoner kan gebruik maken van vrije uitgang gedurende vrijdagmiddag van 14 u tot 17 u 30.

Het therapieaanbod kan uitgebreid worden tot maximum 4 blokken interne jobdienst.

Uitgangsprogramma fase 7

De bewoner heeft de keuze om zijn vrije uitgang op zaterdag of zondag te nemen van 14 u tot 17 u 30.

Het therapieaanbod kan uitgebreid worden met : introspectieve groep, week sociale vaardigheidstraining, uitbreiding interne jobdienst tot maximum 8 blokken.

Het is mogelijk dat de bewoner met bonafide personen één dag vrijaf neemt in het weekend.

Behandelingsfase III : introspectie (inzicht) in zichzelf en de realiteit

Uitgangsprogramma fase 8

De bewoner kan zaterdag en zondag genieten van vrije uitgang van 14 u tot 17 u 30.

Het wordt mogelijk dat de bewoner met bonafide personen twee dagen vrijaf neemt in het weekend. Dit met een maximum van 2 overnachtingen per maand.

Uitgangsprogramma fase 9

De bewoner kan genieten van vrije uitgang op zaterdag en zondag van 14 u tot 20 u.

Uitgangsprogramma fase 10

Elke week kan een verlof met overnachting worden aangevraagd.

6.5.4 Behandelingsklimaat

Het therapeutisch milieu op Heide D wordt het best omschreven vanuit de omschrijving van Janzing en Kerstens in 'Werken in een therapeutisch milieu'⁷ en vanuit het boek 'Milieutherapie'⁸ van Janzing en Lanssen.

"Een therapeutisch milieu is een georganiseerde behandelingseenheid waarbinnen een situatie gecreëerd wordt waarbinnen aan een patiënt relaties met een groep patiënten en behandelaars worden aangeboden.

Deze relaties bieden de patiënt de ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen; problemen die in ingewikkeldheid kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen."

De praktijk spruit voort uit de theorie , daarom eerst wat theorie samen met wat voorbeelden.

Milieutherapie

Het supportieve model

Dit is het niet-regressief behandelingsmodel of men kan het ook zien als IK-versterkend. De therapie dient een goede 'holding environment' (steunende, dragende, veilige

⁷ JANZING, C. en KERSTENS, J., Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu, Stafleu's wetenschappelijke uitgeverijmaatschappij B.V., Alphen aan de Rijn - Brussel, 1981.

⁸ JANZING, C. en LANSEN, J., Milieutherapie, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1985.

omgeving) te zijn. De IK-groei wordt bewerkstelligd door het gedoseerd aanbieden van leersituaties.

Bv. in groep leren samenleven : dit is voor veel patiënten een leersituatie. Tijdens hun verblijf in de gevangenis verbleven de meesten op hun eigen cel, en konden ze anderen ontwijken. Bij ons op de afdeling zijn ze verplicht om samen te leven, te eten,..

Men helpt acute desorganisatie op te lossen door middel van eenduidige sociale structuur en fysieke omgeving. Bv. actuele informatie uit de buitenwereld (kranten, TV).

De psychiatisch verpleegkundige speelt in dit alles een cruciale rol. Ten eerste is hij/zij een basaal contactpersoon, continue aanwezig, laagdrempelig bereikbaar, waakt hij over en zorgt voor vitale functies als eten, drinken, slapen, oriëntatie,...

Bv. verpleegkundige zet het middagmaal opzij voor de patiënten die 's middags niet aanwezig waren op de afdeling.

De verpleegkundige is het eerste tussenstation die de noodsignalen decodeert en filtert, zelf de nood tracht te verhelpen en desgevallend verwijzing organiseert.

Bv. verpleegkundige observeert dat patiënt al enkele dagen niet zo goed loopt, en maakt voor hem een afspraak met de geneesheer.

Ten tweede moeten de medewerkers een ruime variëteit van rollen kunnen aanbieden, waarmee de patiënt zich identificeren kan. Vaak is het zo dat de bewoners de begeleiding zien als een bepaalde figuur (o.a. vader, moeder, zus of broer). Doch is het belangrijk om bepaalde grenzen te bewaken. Zeker geen 'close contact'.

Ieder model dat besproken wordt is deels supportief. In het supportieve model komt dit echter het duidelijkst tot uiting. Het echte supportieve wordt geboden door de verpleegkundige, bv :

- patiënttoewijzing
- individuele gesprekken
- bespreking en controle uitgangsprogramma
- aandacht voor patiënten na therapie

Het sociaal therapeutisch model

Het model van de therapeutische gemeenschap. Dit is een kleine 'face-to-face' residentiële gemeenschap.

De belangrijkste thema's binnen deze benadering zijn :

- deviant gedrag is gedrag, dat primair door sociale analyse (dat is in de context van de therapeutische gemeenschap) begrepen moet worden. Vb. De meeste patiënten van de forensische eenheid kennen elkaar uit de gevangenis. Men heeft er een manier van overleven ontwikkelt die we ook nog terugvinden op de afdeling. P. is als een 'Godfather'. Hij geniet veel aanzien. Andere bewoners proberen bij hem in de gunst te komen of tenminste door hem aanvaard te worden. Zoniet riskeren ze om uitgesloten te worden door de groep.
- Realiteitsconfrontatie van deviant gedrag moet ook primair plaats vinden in de context van de gemeenschap.
vb. J. is pedoseksueel. Onlangs werden er bij hem foto's van kinderen op de kamer gevonden. De verpleegkundige die dit ontdekte, heeft dit met hem besproken, omdat het een teken kon zijn dat het opnieuw minder ging met J.
- Gerichtheid op resocialisatie binnen de maatschappij voor een doelgerichte en draaglijke levensrol.

Kenmerkend voor de therapeutische gemeenschap is de voortdurende aandacht voor communicatie. Zo worden in de communicatiegroep een aantal technieken aangeleerd zoals bv. assertiviteit.

Een boodschap kan geplaatst worden in de bijeenkomst van de hele therapeutische gemeenschap (de patient-staff meeting) en van belang zijn voor de kleine groepen die er

deel van uitmaken. Vb. zo zegt het afdelingshoofd tijdens de patient-staff meeting **dat** het gebruik van drugs verboden is tijdens de opname en dat hieraan een sanctie verbonden is. Hij zegt dit in de grote groep, terwijl er maar een aantal zijn die er effectief gebruiken.

Van belang voor het therapeutisch doel van de gemeenschap is dan ook, dat er structuren worden geschapen, die het maken en geven van boodschappen vergemakkelijken en verduidelijken.

7 Knelpunten

De oorspronkelijke vraagstelling luidde : "Wat maakt het behandelen, begeleiden van borderlinepatiënten zo moeilijk?"

In voorgaande hoofdstukken werd er uitgelegd wat een borderlinepersoonlijkheidsstoornis is, welk gedrag te verwachten is en welk antwoord de verpleegdiagnostiek daarop geeft.

Ook werd een beeld geschetst van de forensische unit en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

We hebben dus een stoornis, we hebben kennis, een plaats waar behandeld wordt. Welke zijn dan de aspecten waar geen rekening mee gehouden is, om toch succesvol te zijn.

Het antwoord ligt niet in de problematiek van de borderlinepatiënt, maar wel in de problematiek van de hulpverlener, zoals hierna duidelijk mag worden.

7.1 Het verlangen van de neurotische begeleider

Neurotisch = 'gezond', dat wat als 'normaal' gezien wordt, wat maatschappelijk aanvaard wordt.

Mensen zijn verlangende wezens.

Wat is dit verlangen?

- Expliciet
het makkelijk uitspreekbaar verlangen, verlangens waarvan we ons bewust zijn
bv. een huis willen kopen, een leuke vriendin willen ontmoeten.
- Impliciet
waar we ons veel minder bewust van zijn.
Vaak gaat het om een verlangen dat we niet als verlangen willen herkennen
bv. doordat ik onzeker ben, werk ik het liefst met zwakkere patiënten, zo kan ik ze beter aan, krijg ik bevestiging dat ik het goed doe.

Begeleiders van borderlinepatiënten zijn ook (maar) mensen en als dusdanig verlangende wezens. Het lijkt me niet meer dan logisch dat dit impliciet verlangen een rol zal spelen in onze creativiteit, intellect, intuïtie, in ons omgaan met degene die we begeleiden.

Onze impliciete verlangens staan objectiviteit in de weg. We moeten er ons bewust van worden, ze onder ogen zien, willen we erin slagen onze interacties te richten op het welzijn van de patiënt en niet op het welzijn van de begeleider.

Wanneer we werken vanuit ons verlangen, kunnen we geen doel stellen, enkel maar verwachten. Wanneer deze verwachtingen niet ingelost worden, rest er ons alleen maar de frustratie, wat niet zelden resulteert in een vorm van tegenoverdracht.

7.2 Tegenoverdracht⁹

De termen overdracht en tegenoverdracht komen uit de psychoanalytische praktijk, maar zij zijn algemeen van toepassing op interacties tussen mensen in hulpverleningssituaties. In medische en paramedische literatuur kan men dan ook artikelen vinden waarin van deze concepten gebruik wordt gemaakt om interacties tussen patiënt en hulpverlener te beschrijven (bv. Blair en Ramones, 1997; Gunther, 1994; Marshall en Smith, 1994; Miles, 1993).

⁹ KOOIMAN, C.G., Onbewuste processen in de patiëntenzorg.

In de psychoanalyse gaat men ervan uit dat positieve en negatieve ervaringen die men eerder heeft opgedaan, doorwerken in de manier waarop men latere relaties aangaat, bijvoorbeeld met de hulpverlener in de gezondheidszorg. De vooronderstelling die daar aan ten grondslag ligt, is dat door vroegere ervaringen met belangrijke anderen, bepaalde basale verwachtingspatronen ontstaan die iemand heeft ten aanzien van zichzelf en ten aanzien van anderen. Bijvoorbeeld of hijzelf iemand is die de moeite waard is en dat hij iemand is van wie je zou kunnen houden. Of dat anderen in de regel betrouwbaar zijn en dat je je zo nodig met een gerust hart aan de zorgen van een ander kan toevertrouwen. Men denkt dat de kinderjaren voor de vorming van deze basale verwachtingspatronen van groot belang zijn (Kernberg, 1984).

De relatie die de patiënt met anderen, dus ook met de hulpverlener aangaat, wordt – onbewust – mede bepaald door de basale verwachtingspatronen die de patiënt heeft van zichzelf en van de ander, en dus hoe de relatie met de ander zal kunnen zijn. Dat wordt dan overdracht genoemd. Dat wil zeggen : verwachtingen en gevoelens behorende bij vroegere relaties worden overgedragen op de huidige relatie met de hulpverlener.

De hulpverlener is overigens ook een mens van vlees en bloed en hij ontkomt er dan ook niet aan dat hij op de moeilijkheden van de patiënt reageert : gedragsmatig (bv. verminderde aandacht, te laat komen, afspraken vergeten) emotioneel (bv. verdriet, kwaadheid, tegenzin) en lichamelijk (bv. hoofdpijn, buikpijn, versnelde polsslag) (Hartman, 1995). Zo zullen veel hulpverleners toch wel geschokt of kwaad zijn wanneer een seropositieve patiënt vertelt dat hij weigert om condooms te gebruiken wanneer hij losse seksuele contacten heeft, omdat anderen toch ook behoren te weten wat zij aan het doen zijn. Zulke algemene, bewuste en onbewuste reacties van een hulpverlener op een patiënt die meer kenmerkend zijn voor de situatie dan voor de hulpverlener, worden met de term tegenoverdracht (in brede zin) aangeduid. Net als de overdracht van de patiënt kan de tegenoverdracht van de hulpverlener positief of negatief zijn gekleurd. Dus variërend van medelijden tot walging.

Naast de tegenoverdracht in brede zin, onderscheidt men de tegenoverdracht in engere zin. Daarmee bedoelt men twee zaken. Allereerst de tegenoverdracht die voornamelijk wordt bepaald door basale verwachtingspatronen die de hulpverlener zelf heeft ten aanzien van zichzelf en van anderen. Het gaat dus om verwachtingen en gevoelens behorende bij vroegere relaties die door de hulpverlener worden overgedragen op de patiënt.

In de tweede plaats wordt met tegenoverdracht in engere zin bedoeld : de automatische of onbewuste reactie van de hulpverlener op de overdracht van de patiënt. Men maakt daarbij onderscheid tussen de concordante en de complementaire tegenoverdracht (Kernberg, 1989). Men spreekt van een concordante tegenoverdracht wanneer de hulpverlener dezelfde soort gevoelens gaat ervaren als de patiënt zelf.

Op basis van dit soort tegenoverdracht rust onze empathie, kunnen wij invoelen of meevoelen in welke situatie de patiënt zich geplaatst ziet. Het risico van de concordante overdracht is echter een overmatige betrokkenheid bij de patiënt.

Men spreekt van een complementaire tegenoverdracht wanneer de hulpverlener in een positie komt waarin hij zich in reactie op de patiënt gaat voelen zoals de patiënt (onbewust) verwacht dat 'de ander' zich ten opzichte van hem zal voelen. Meestal gaat het dan om negatieve gevoelens en wanneer de hulpverlener zich in zijn handelen door deze gevoelens laat leiden, dan kan dat aanleiding zijn tot ernstige complicaties in het contact met de patiënt en in de behandeling.

Tegenoverdracht in engere zin is meestal heftiger van aard en minder bewust voor de betreffende hulpverlener dan de tegenoverdracht in brede zin, maar collega's merken het vaak wel direct op.

Tegenoverdracht is een algemeen voorkomend fenomeen. Het is belangrijk dat de tegenoverdracht niet te veel van ons gedrag bepaalt. In dat geval kan het leiden tot een

verstoord contact met de patiënt, resulterend in verkeerde diagnostiek en een verkeerd behandelbeleid, en tot een verstoord contact met de collega's, resulterend in onderlinge verwijten over adequate zorg voor patiënt en praktijk. En uiteindelijk kan het ertoe leiden dat men zich overwerkt voelt, dat men zelf klachten krijgt en dat men op den duur het werk niet meer aankan. Dit wordt dan 'burnout' genoemd.

8 Praktijk getoetst aan de theorie van Lacan

8.1 Het belang van de betekenis¹⁰

Laat ons vertrekken van datgene wat Lacan in 'Television' poneert :

"Ik zeg altijd de waarheid : niet de ganse want men slaagt er niet in ze geheel te zeggen. Ze geheel te zeggen is onmogelijk, materieel : de woorden ervoor ontbreken.

Voorbeeld

In onze dagelijkse communicatie, zien we het vaak als een evidentie dat de andere ons verstaat. Dat een woord x, y betekent. Geloven dat x gelijk is aan y, is geloven in een illusie. Deze illusie wordt perfect weerspiegeld in het woordenboek, waar eenzelfde woord andere betekenissen kan hebben. Daar komt nog bij dat heel wat woorden (liefde, kunst, verdriet, ...) voor ieder mens een andere inhoud heeft. Binnen de menselijke communicatie betekent x dus niet (altijd) y. Mocht dit het geval zijn, dan moesten we immers niet luisteren naar elkaar, niet vragen naar de betekenis.

Formule

Betekenaar

Betekende (=betekenis)

Lacan stelt dat deze formule niet betekent dat men een bepaald woord en het voorwerp dat daardoor benoemd wordt, met elkaar verbindt. Het teken, de betekenaar, verbindt in de eerste plaats een beeld en begrip. De taal, op deze manier benaderd, is een systeem dat bestaat uit een geheel aan conventies. De band tussen de betekenaar en de betekende ligt aldus niet op voorhand vast, maar implementeert sowieso het subject. Het gaat om een conventie die door de individuen van een taalgemeenschap, bij het gebruik van hun taalvermogen, nageleefd wordt.

Laat ons terug gaan naar de persoonlijkheidsstoornis. Want net daar zit de kink in de kabel. De conventies liggen anders in het milieu waar persoonlijkheidsgestoorden zijn opgevoed, dan bij ons. Daarnaast interpreteren ze de conventies ook anders, net vanuit hun persoonlijkheidsstoornis.

"Gardez-vous de comprendre!" (Lacan)

Daarom is het zeer belangrijk om te vragen naar de betekenis (betekende)

Voorbeeld :

Zo betekent geld voor de meesten van ons "iets waarvoor we gaan werken, om in onze behoeften te voorzien". Dit is niet zo bij de meesten van de persoonlijkheidsgestoorden. Je hoeft niet per sé voor geld gaan werken : voor hen bestaan er verschillende manieren om hier aan te raken (meestal op een illegale manier). Anderzijds is het voor hen ook een manier om een bepaalde status te verwerven. Eén woord kan voor verschillende mensen een heel andere lading dekken.

Zo ook kunnen bepaalde situaties een heel andere betekenis voor de ander hebben. (cfr. 'wat is een persoonlijkheidsstoornis', Als => dan). Zo is het opvoedingsklimaat van groot belang bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

Als kind worden er bepaalde conventies evidenties voor ons : bv. we krijgen als kind een tik op ons hand, als we de kast zonder vragen open doen (als -> dan). Dit is niet het geval bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. In éénzelfde situatie zijn ze reeds met verschillende reacties geconfronteerd, waardoor ze niet dezelfde betekenis kunnen geven aan één situatie.

Zo kunnen we ervan uitgaan dat we een patiënt tijd besparen met hem in een bepaalde situatie te helpen, terwijl hij kan denken dat we bemoeizuchtig zijn.

Dit bewijst maar eens te meer het belang te vragen naar de betekenis.

¹⁰ LACAN, J., Televsie. Acco, Leuven, 1980.

8.2 Genot en plezier¹¹

Hieronder wordt beschreven hoe de problematiek en de symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis (zoals hierboven reeds omschreven) kan herleid worden tot datgene wat Lacan 'genot en plezier' noemde (la jouissance et la plaisir). Daarnaast zal op het einde van dit betoog duidelijk worden dat enkel focussen op 'het symptoom an sich' zal leiden tot verschuiving, per definitie.

8.2.1 Genot

Op het moment dat het kind in het talige stapt, stelt Freud (en Lacan formaliseert dit later) dat er een aantal dingen blijven liggen. De subjectwording, het in het talige stappen heeft zijn prijs. Net zoals boven beschreven, valt niet alles in het talige te vatten. Taal leidt tot een spreken dat nooit zijn volle potentieel kan bereiken. Genot is datgene wat buiten het talige ligt en dat per definitie van de orde van het lichamelijke, het masochistische is. Lacan beschreef dit in termen van het reële, de pulsie en de fixatie. Het zou hier te ver leiden om deze terminologie ten gronde uit te leggen, maar het laat toe een aantal korte voorbeelden te geven.

Neurotici kennen immers genot allemaal. Het afkrabben van een bloedkorst tot op het moment dat het net iets teveel pijn doet, het consumeren van alcohol tot op het moment dat we onszelf verliezen, tot op het moment dat we van ons subject (een persoon met een naam) een object maken (een geïntoxiceerd lichaam).

Het genot gaat voorbij het bewuste én het onbewuste, het is van de orde van het lichaam, het is een deel van ons dat dateert van voor het moment dat we binnen het talige stapten, het is de rest waarvan elk subject weet dat het bestaat, maar er niet in slaagt het onder woorden te brengen. Dit restverschijnsel verdient niet om onder woorden gebracht te worden, net precies omdat het dat niet vraagt, cfr. de borderlinepatiënt die zich automutileert. Het automutileren is precies een masochistische act waarbij hij geen beroep doet op taal, op de andere, maar waarbij agressie gekanaliseerd wordt naar het eigen zelf. Het is van een totaal andere orde. Daarin hebben alle 'handleidingen over hoe omgaan met automutilatie' gelijk. Er moet niet over het symptoom an sich gepraat worden. De vraag is echter, waar er wel moet over gepraat worden. Veel gedrag bij de borderlinepatiënt is een poging om, wat per definitie niet te vatten is binnen het talige, toch te vatten. Een impasse.

Daarnaast kunnen we ons de vraag stellen of genot, zo fundamenteel, wel behandelbaar is. Het antwoord hierop is een vrolijk pessimisme. Genot an sich is niet behandelbaar, het staat immers buiten het talige. De vraag stelt zich of het corrigeerbaar is.

De enige therapie is deze van het woord of symboliek. Precies door het spreken of door het symboliseren, waarover je zegt niets te kunnen zeggen, is de therapie van het genot. De woordkuur als een bad waarin men zich moet laten onderdompelen is begonnen. Deze woordkuur staat aan de kant van het talige, het plezier.

8.2.2 Plezier

Plezier daarentegen staat in het talige en is per definitie te analyseren. Onder plezier verstaat Lacan al datgene dat, zij het in beperkte mate onder woorden (of symbolen) te brengen is. Plezier maken implementeert immers steeds een beroep op de Andere. Wie grappen wil maken, wie tevreden wil zijn, wie wil liefhebben, wie geliefd wil worden,... zal steeds de ander nodig hebben als referentiepunt. Genot daarentegen vraagt geen enkel referentiepunt. Het object an sich is voldoende.

Symptomen die zich tonen als symbolische gebaren om datgene wat niet in het talige te brengen is, toch te vatten, bv. verslaving, depressie, automutilatie,...

¹¹ DECLERCQ, F., Het reële bij Lacan. Idessa, Gent, 2000.

8.2.3 Het continuüm genot en plezier

<u>Plezier</u>	<u>Genot</u>
subject	object
talige	niet-talige
andere	lichaam
intermenselijke relaties	geen intermenselijke relaties

8.2.4 Genot en plezier in de praktijk

Volgen we de descriptieve diagnostiek die meent om op een gedrag (bv. automutilatie) een pasklaar antwoord te kunnen geven, dan stellen wij hierbij dat, Lacans gedachtegoed volgend, ons pasklaar antwoord naar de automutilerend patiënt ongeveer het volgende moet zijn :

"Ik kan niet spreken over uw automutilatie, ik kan u daarin niet begrijpen en zal dit nooit kunnen. Maar wat betekent het voor u, als u automutileert?"

Het onderscheid kan op deze manier heel snel gemaakt worden tussen een hysterisch appèl (dat automutilatie kan zijn) en een probleem in de genotsregulatie van de borderlinepatiënt. Taak hierbij van de verpleegkundige is om de borderlinepatiënt terug binnen het talige discours te krijgen.

Volgen we de bovenstaande handelingen in 'hoe omgaan met', en alle psycho-educatieve cursussen daaromtrent beschreven, dan voegen we hierbij aan toe : "begin met de bejegening van patiënt als subject" : bv. "Jan, kijk in mijn ogen."

8.2.5 De proef op de som

Descriptieve diagnostiek (volgens de DSM-IV): alle criteria zijn te herleiden tot genot

- krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden
- een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren

Daar waar men probeert in de intermenselijke relaties te staan en te willen blijven staan, maar gedoemd is om te mislukken omwille van een pathologische genots-plezierregulatie. De al dan niet bewuste vraag van de borderlinepatiënt binnen het talige, binnen het plezier en de intermenselijke relaties te blijven, is op enkele momenten zeer sterk. Hij weet echter niet hoe in deze positionering te blijven, en vaak kan dit enkel door het idealiseren van de begeleider. Daarnaast kan hij enkel en alleen verschuiven naar het niet-talige, als deze begeleider niets voor hem betekent, als hij hem niet nodig heeft, bv. de ander belachelijk maken, kleineren. Het is zijn enige ontsnappingsmogelijkheid.

- Identiteitsstoornis : duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
Een subject wordt pas als subject herkend door anderen. Borderlinepatiënten schuiven deze ander, in hun genot, de andere opzij. Op het moment dat ze zich positioneren aan de kant van het genot, is er geen identiteit, enkel een object. De verschuiving tussen plezier en genot zorgt ervoor dat de borderlinepatiënt als subject geen zicht kan hebben op zijn identiteit.

- Impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bv. geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)

Alle voorbeelden zoals in de DSM-IV aangehaald worden, zijn voorbeelden van genot. Ze zijn steeds van de orde van het masochistische. Borderlinepatiënten doen hier immers

geen beroep op anderen, het zijn individuele acten, waarbij de andere uitgeschakeld wordt.

- Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
Reeds hierboven beschreven als zijnde een act van genot, van in het niet-talige staan.
- Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst gedurende meestal enkele uren en slechts zelden langer dan een paar dagen)

Het wordt ons stilaan duidelijk dat iemand die tussen genot en plezier zweeft, zich daarvan ten dele bewust is, niet anders dan affectlabiel kan zijn.

- Chronisch gevoel van leegte
Het subject dat zich als object positioneert is leeg.

- Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

De borderlinepatiënt weet niet hoe hij in het talige moet en zou moeten blijven staan. Het vertrouwen is vaak zoek. Vaak wordt ook de letterlijke vraag gesteld : "zeg mij, hoe moet ik het doen?"

9 Besluit

Op basis van onbewuste verlangens komen verpleegkundigen wel vaker in de problemen. Dikwijls wordt het probleem dan bij de borderlinepatiënt gelegd. Inzicht in het eigen impliciet verlangen, de genots-plezierregulatie en het belang van de betekenis zijn bijkomende handvaten om met het complexe gedrag van de borderlinepatiënt om te gaan.

Aansluitend aan de hier besproken conclusies kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden :

- Het organiseren van klinische lessen, om inzicht te krijgen in de genot-plezierregulatie bij borderlinepatiënten.
- Het organiseren van rollenspelen waarin communicatie op basis van het belang van de betekenis kan geoefend worden.
- Probeer je bewust te zijn van de eigen emotionele reacties. Dit kan bijvoorbeeld door te lezen over tegenoverdracht. Maar ook door het bijhouden van een dagboek (hoe voelde ik mij in het contact met de patiënt, hoe voelde ik mij ervoor, hoe erna? Wat waren mijn gedachten? Wat deed ik?)
- Besteed bij patiëntenbesprekingen ook aandacht aan de emotionele gevolgen die de conditie van de patiënt met zich meebrengt voor de patiënt zelf en voor de behandelaars.
- Werk samen met collega's die in staat zijn om commentaar te geven op de interactie met de patiënt. Dat kan een collega uit hetzelfde team zijn, maar soms is het prettiger om assistentie te vragen van een collega die meer afstand heeft. Dan ligt het voor de hand om iemand in consult te vragen die op dit gebied een speciale expertise heeft, bv. psycholoog van de afdeling.
- Neem deel aan intervisiegroepen met een externe begeleider waarin gelegenheid is om te reflecteren op de interactie met de patiënt. Deze groepen kunnen met name zeer nuttig zijn voor hulpverleners die werken met patiënten met ernstige pathologie, bv. borderline.
- Ga in psychotherapie wanneer je het idee hebt dat de eigen emotionele reacties op patiënten te heftig zijn of in belangrijke mate met eigen problemen samenhangen.

Literatuurlijst

HENKENS, J., Cursus persoonlijkheidsstoornissen, niet-gepubliceerde cursus, KAHO Brussel, Brussel, 2001.

MEIJER, M., De begeleiding van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. niet-gepubliceerd eindwerk, Hogeschool Holland – Diemen, Hilversum, 1998.

VAN MELE, E., Persoonlijkheidsstoornissen, interne bijscholing, PC Sint Jan Baptist, Zelzate, 2001.

LACAN, J., Televisie. Acco, Leuven, blz. 9 – 11, 1980.

DECLERCQ, F., Het reële bij Lacan. Indesça, Gent, 2000.

VANDENBROUCKE, M., Behandelen, begeleiden en spreken met delinquenten, Psychiatrie en verpleging, nr. 3, 2001.

JANZING, C. en KERSTENS, J., Groepsgericht werken in een therapeutische milieu. Stafleu's wetenschappelijke uitgeversmaatschappij B.V., Alphen aan de Rijn / Brussel, 1981.

JANZING, C. en LANSEN, J., Milieutherapie. Van Goreum, Assen / Maastricht, 1985.

KOOIMAN, C.G., Onbewuste processen in de patiëntenzorg, (tijdschrift ongekend).