

De betekenis van opname in de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen uit het borderline-spectrum

door L.A.E. de Vooght

Samenvatting

Over de betekenis van een klinische opname in het kader van de behandeling van patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstructuur bestaat veel verschil van mening. Steunend op de literatuur enerzijds en de eigen ervaring anderzijds, tracht de auteur tot een behandelstrategie te komen op basis van een gedifferentieerde spectrumvisie met betrekking tot het niveau van pathologie bij deze patiëntenpopulatie.

Hij beschrijft een aantal criteria voor de beoordeling van het niveau van pathologie en licht deze nader toe aan de hand van voorbeelden. Deze criteria houden verband met het integratievermogen van de patiënt, voor zover dit is af te leiden uit de kwaliteit der objectrelaties, de behandelrelatie, de objectconstantie, het zelfbeeld, het regressief potentieel, de egodefecten en de superegodefecten. De betekenis van opname tijdens de behandeling wordt beschreven in relatie tot vier integratieniveaus.

Tevens worden enkele praktische punten rondom het opnamegebeuren onder de aandacht gebracht.

Inleiding: het script

Na een ruzie met haar ouders krast patiënte in haar polsen en neemt een grote hoeveelheid kalmerende middelen in. Als gevolg hiervan komt het tot een tumultueuze opnameprocedure in een psychiatrisch ziekenhuis. Op de opnameafdeling gedraagt patiënte zich als een coöperatief lid van de patiëntengroep. Ze is vriendelijk en behulpzaam en weet een warme band aan te gaan met de staf en de medepatiënten. Zodra er echter eisen aan haar worden gesteld, zoals voorbereidingen om met ontslag te gaan, keert het zelfdestructieve gedrag terug. Bij een aantal medewerkers slaat de aanvankelijk sympathie voor patiënte om in frustratie en boosheid. Patiënte op haar beurt is erg gevoelig voor deze reactie en ervaart deze als een persoonlijke verwerping. Tegelijkertijd met het uiten van woede en een toename van zelfdestructief gedrag,

zoekt patiënte andere medewerkers op, van wie ze meer tegemoetkoming verwacht aan haar hulpeloosheid en afhankelijkheidsbehoefte. Zij ziet deze nieuwe, ondersteunende medewerkers als goede, échte therapeuten, in tegenstelling tot de verderfelijke anderen. Deze splitsing breidt zich uit zowel tussen dag- en nachtverpleging als tussen verpleging en medewerkers uit andere disciplines. De verpleegkundigen zijn het niet eens met het behandelbeleid en het scenario eindigt met het ontslag van een woedende, potentieel zelfdestructieve patiënte. Nadat patiënte vertrokken is halen de behandelteamleden opgelucht adem: zij valt niet meer onder hun verantwoordelijkheid. Dergelijke opnames zullen zich in de toekomst, zowel in het betreffende instituut als elders, volgens een identiek script herhalen.

Vraagstelling

Naar aanleiding van dit script stellen we enkele vragen ten aanzien van opname. De geschetste problemen veroorzaken namelijk heel wat controverse met betrekking tot klinische behandeling van borderline-patiënten. Onder patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstructuur versta ik de door Kernberg (1977) beschreven populatie welke gekenmerkt wordt door:

- a. afwezigheid van een stabiel zelfbeeld,
- b. gebruik van primitieve afweermechanismen (splitting, projectieve identificatie en loochening), en
- c. grotendeels behouden realiteitstoetsing.

Vanuit descriptief diagnostisch standpunt bekeken is deze groep voornamelijk terug te vinden in de B-cluster van DSM-III-R.

Men kan zich afvragen of deze categorie patiënten maar beter niet opgenomen moet worden teneinde een regressief acting out-script zoals boven omschreven te voorkomen. Daarnaast bestaat, uit klinisch oogpunt gezien, de vraag onder welke voorwaarden een opname – zo die toch noodzakelijk en/of onvermijdelijk is – moet plaatsvinden.

Aanwijzingen uit de literatuur

Over de noodzaak tot en voorwaarden voor opname, zijn in de literatuur diverse standpunten te vinden. Aronson (1989) ontdekte in de behandelopvattingen omtrent borderline-patiënten een historische evolutie.

Tot in de jaren zestig zijn vrijwel alle auteurs voorstanders van kortdurende opname, het aanpassen aan de realiteit, het structureren en het stellen van grenzen (Stern 1938; Schmideberg 1947; Knight 1953; Zetzel 1971). De kortdurende opname legt dan de nadruk op crisisinterventie, onderbreekt een patroon van destructieve acting-out, bekoelt de emotionele storm van de zich ontwikkelende regressie en biedt de nodige mate van inperking en controle.

Vervolgens is er in de jaren zeventig een groep auteurs, met Adler, Kernberg en Friedman voorop, die het mogelijk acht dat in de behandeling van de borderline-patiënten gestreefd kan worden naar een structurele verandering van de persoonlijkheid. In dit kader krijgt de klinische psychotherapie betekenis.

Adler (1977) en Friedman (1969), auteurs die zich bij uitstek bezighouden met de rol van de klinische behandeling, zijn van mening dat de grenzen die aan een opname gesteld worden, in een vroeg stadium duidelijk gemaakt moeten worden. Zij stellen daarom drie zware eisen aangaande de kwaliteit van behandelen:

- Snelle en goede diagnostiek.
- Duidelijk omschreven doelen, afspraken over grenzen en verwachtingen ten aanzien van de opname.
- Een staf die in staat is om op consistente wijze op deze patiënten te reageren.

Kernberg (1973) stelt dat opnames de vorm van korte crisisinterventies moeten aannemen, behalve voor een bepaalde groep patiënten waarbij deze onvoldoende blijken en waarvoor hij een klinische psychotherapeutische behandeling voorziet die zich zou kunnen uitstrekken van 6 maanden tot ongeveer 1 jaar.

Ten slotte is er een groep jongere auteurs, die vooral in de jaren tachtig aan bod komt en die weer aansluit bij de groep van de jaren zestig. Zij richten zich op de korte crisisopname, gestructureerd door limitsetting, en concentreren zich op de vraag naar het nut van opname (Silver 1983; Leibovich 1983; Königsberg 1984; Meissner 1988).

Een aantal auteurs wijst uitdrukkelijk op de nadelen van een langdurige opname. Braden (1984), verwijzend naar Adler (1977), benadrukt dat zowel de belofte als de dreiging, die in het ziekenhuismilieu met zijn veelvuldige intensief betrokken relaties aanwezig is, bij deze patiënten de regressie uitlokt. De patiënt ervaart de opname als 'men zal voor mij zorgen, ik kan me laten gaan', en hij hoeft niet constant met zichzelf te vechten om redelijk aangepast te blijven aan de realiteit. Bij deze patiënten is het, aldus Braden, de behandeling zelf die de regressie en het acting out-gedrag uitlokt, waardoor de behandelingsrelatie beëindigd wordt (zie het script in de inleiding). Zelfs Friedman (1975) zegt: 'Het leven lijkt voor vele patiënten beter na het ontslag, omdat ze zijn ontslagen'. Nurnberg en Suh (1980) geven consequent hun voorkeur aan een ambulante behandelsetting en zien een in tijd strikt beperkte opnameperiode als een (re)organiserend moment in die ambulante behandeling. Perlmutter (1982), een psychiater die voornamelijk werkzaam is in een crisiscentrum van een algemeen ziekenhuis en dagelijks wordt geconfronteerd met suïcidepogingen, wijst op de gevaren van langer durende opname van patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis: verzorging en verminderde eisen ten aanzien van de zelfverantwoordelijkheid worden ervaren als beloning voor zelfdestructief ge-

drag. Rosenbluth (1987) merkt op dat het voor patiënt en staf zeer verleidelijk is om een opnameperiode te ervaren als een leven op zich en daarbij te weinig aandacht te schenken aan verleden en toekomst. Bij een opname dient dan ook besproken te worden wat eraan vooraf is gegaan en hoe na ontslag verder te gaan. Ook Liebenluft en Goldberg (1987) zeggen dat de hoofdtaak bij opname erin bestaat om van 'inpatients' 'outpatients' te maken. Mattes (1982), Gunderson (1984), Adler (1985) en Singer (1987) vinden eveneens dat opnames zo kort mogelijk moeten duren.

Met betrekking tot de effectiviteit van de langdurige klinisch-psychotherapeutische behandeling zijn enkele follow-up-studies van belang. Masterson en Costello (1980) en McGlashan (1986) beschreven de behandelresultaten bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis die gedurende langere tijd waren opgenomen. Alhoewel de resultaten in beide studies een grote variatie vertoonden, bleek het merendeel van de patiënten op de langere termijn duidelijk verbeterd te zijn. De conclusies uit deze onderzoeken moeten echter gerelativeerd worden, daar de follow-up slechts een deel van de behandelpopulatie betrof en er geen gebruik werd gemaakt van controlegroepen van patiënten die uitsluitend ambulante of door middel van korte crisisopnames behandeld werden. Vooral dit laatste is van belang daar Teunisse (1990) in een literatuurstudie over het spontane verloop van de borderline-symptomatologie een duidelijke verbetering door de jaren heen aantoonde.

In een Nederlands rapport, dat tot stand kwam onder auspiciën van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen, beschreef Wagenborg (1987) de effecten van langdurige klinische psychotherapie bij als neurotisch of psychotisch gediagnostiseerde patiënten. Naast de 'drop out'-problemen en het gemis aan controlegroepen (zoals ook bij de Amerikaanse onderzoeken), was hier het ontbreken van de borderline-diagnose er oorzaak van dat het effect van langdurige opname in een klinisch-psychotherapeutische context voor deze patiëntencategorie niet sluitend kon worden aangetoond.

Eigen standpuntbepaling

In aanmerking genomen

- de ontwikkeling in het denken over de functie van de opname in de behandeling van borderline-gestructureerde patiënten, voor zover deze in de geraadpleegde literatuur tot uiting komt;
- de nadruk die het merendeel der auteurs legt op het feit dat klinische opname slechts een moment is in het ambulante behandelverloop;
- het gevaar van een destructieve regressiespiraal bij een langer durende opname;

– de vooralsnog ontoereikende bewijsvoering voor de extra effectiviteit van de langer durende klinische behandeling, lijkt het mij aangewezen de opname te zien in de functie van realiteitsaanpassing van de patiënt. Het doel ervan is de regressie zo snel mogelijk ongedaan te maken en dus niet de psychotherapie gedurende de regressie te ondersteunen. De ambulante behandeling dient zo snel mogelijk te worden hervat. De patiënt wordt zodoende geconfronteerd met de noodzaak zichzelf dermate te beheersen, dat het mogelijk is zijn levensprobleem symbolisch en verbaal door te werken.

Het motief hiervoor is dat een behandelaar die onder druk staat van een ernstige mate van acting out- en regressief gedrag, nauwelijks mogelijkheden heeft om constructief met de patiënt te werken. Zowel ambulante als klinische behandeling zijn overigens gebonden aan regels en normen met betrekking tot 'limit-setting' (zie ook Greene 1988).

Ervaringen in de praktijk

Mijn ervaringen met patiënten, die onder belastende omstandigheden een suïcidepoging deden of een andere vorm van acting-out vertoonden en die gerekend konden worden tot de categorie van patiënten met een redelijk goed geïntegreerde borderline-structuur, doen me aannemen dat de opname een shock-effect heeft gehad waardoor ze snel weer met ontslag wilden gaan om op een nieuwe basis met de ambulante begeleider verder te werken. In deze gevallen mogen we terecht concluderen dat de opname een grensstellende werking heeft gehad. Onze beleving wordt echter vooral gekleurd door die patiënten wier opname anders verloopt. Daarom delen we meteen bij opname aan de patiënt mede dat *hij* – en niet de afdeling – zijn gedrag dient te beheersen en dat herhaald acting-out zal resulteren in overplaatsing of ontslag. Nadruk leggen op de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt is een vereiste om de regressie in te dammen. Niemand anders dan de patiënt zelf kan zijn acting out-gedrag voorkomen of ongedaan maken. Ook bij suïcidedreiging geldt dat aan de patiënt nooit de indruk mag worden gegeven dat men hem ervan zou kunnen weerhouden zichzelf te doden. De suggestie wekken dat dit wél mogelijk zou zijn, zou het verlies van de zelfcontrole van de patiënt kunnen vergemakkelijken en dus het gevaar doen toenemen. Als een patiënt dat echt wil zal hij er altijd in slagen suïcide te plegen. De patiënt moet weten dat dit zo is en dat hij zichzelf moet beschermen. Vanuit deze houding is het mogelijk de kans op regressie te beperken en te vermijden dat men in spiraalsgewijze escalaties komt van toenemende bescherming versus toename van regressief, automutilatief en zelfdestructief gedrag.

Van de borderline-persoon is bekend dat hij gedreven wordt door een infantiele, magische verwachting van ongelimiteerde zorg, in de vorm van een collusie met het zorgend object. Deze verwachting is

verantwoordelijk voor een slechte aanpassing, het moeilijk verdragen van frustraties en problemen met de realiteitstoetsing onder spanning. Wanneer naar aanleiding van acting-out zorg wordt aangeboden, is dat een bevestiging van de fantasie en de kans op herhaling neemt toe (Szaz 1986; Fine en Sansone 1990). Als we het in gedragstherapeutische termen vertalen, kunnen we stellen dat suïcidaal gedrag positief wordt bekrachtigd.

Dit probleem plaatst ons soms in een moeilijk parket. Om een regressie te doorbreken kan een korte opname noodzakelijk zijn, tegelijkertijd is er echter het risico dat daardoor suïcidaal of automutilatief gedrag in hevigheid en/of frequentie toeneemt. Het nemen van een beslissing wordt bovendien bemoeilijkt doordat de patiënt zijn innerlijk conflict externaliseert en we deel worden van de emotionele spanning die er heerst.

Psychiaters in crisissituaties moeten vertrouwd zijn met het beangstigende dilemma als zij door een patiënt worden benaderd met opmerkingen als: 'Ik maak mezelf van kant als u me niet opneemt'. In zo'n geval kan en moet opname soms vermeden worden, wat echter indruist tegen het traditionele standpunt over suïcidepreventie en tegen de gangbare maatschappelijke normen. Dat betekent dat men een enorme belasting vanuit de omgeving moet trotseren.

Het integratieniveau van de patiënt als criterium voor het besluit tot opname

Het behandeldoel bij de patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstructuur bestaat uit het bieden van hulp bij het zo goed mogelijk aanpassen aan de leefomstandigheden, het verbeteren van de realiteitstoetsing, er aldus voor zorgend dat hij beter met moeilijke omstandigheden weet om te gaan, dat hij zich daarbij overeind kan houden en dat hij in voldoende mate de wereld met anderen kan delen.

Afhankelijk van de mate waarin dat vermogen al dan niet bij de patiënt aanwezig is, zal de aanpak een ander karakter hebben. Het is immers 'van bijzonder belang dat nooit te hoge eisen aan de patiënt worden gesteld in het kader van therapeutische eerburch of te hoog gespannen verwachtingen' (De Blécourt 1980). Het is derhalve noodzakelijk in deze patiëntencategorie onderscheid aan te brengen op basis van het integratieniveau, dat bepaalt in welke mate adaptatie mogelijk is. Aan de hand van deze pathologieniveautypering wil ik een aanzet geven tot die gedifferentieerde aanpak.

Niveaus van pathologie

Het is mogelijk de borderline-pathologie te beschrijven langs een continuüm dat loopt van relatief goed geïntegreerd (het grensgebied met

de neurotische persoonlijkheidsstructuur) naar relatief zwak geïntegreerd (het grensgebied met de psychotische persoonlijkheidsstructuur). In een poging deze differentiatie te concretiseren ben ik, steunend op de spectrumopvatting van Meissner (1988) tot de volgende indeling gekomen.

1. *Met betrekking tot de objectrelaties:*

Goed geïntegreerd – Er is een leegtegevoel naar aanleiding van een ingrijpende verlatingservaring (bij voorbeeld scheiding, overlijden, uit huis gaan van kinderen). Klachten hebben een manipulatieve functie ten einde verzorgende nabijheid te bewerkstelligen. Bij frustratie in de relaties worden onrechtstreekse vormen van agressie of zelfdestructieingen vertoond (de partner jaloers maken, diens relaties afsplitsen, theatraal klagen, drankmisbruik, medicijnmisbruik, dingen vernielen). Idealisatie en devaluatie binnen een bestaande relatie wisselen elkaar af, hetgeen door derden moeilijk te begrijpen is.

Zwak geïntegreerd – De patiënt lijdt aan een voortdurend aanwezig leegtegevoel wanneer hij alleen is. Er is een intense behoefte om gekoesterd en verzorgd te worden, hij vraagt om onmiddellijke behoeftebevrediging. Bij frustratie van de objectbehoefte (het object is niet volledig of niet voortdurend beschikbaar) ontstaat een intensieve woede en destructiedrang naar het object toe, hetgeen gepaard gaat met vrees voor wraak. Hierop kan een kortdurende psychotische chaos volgen. De objectrelaties wisselen elkaar snel af.

2. *Met betrekking tot de behandelrelatie:*

Goed geïntegreerd – In zwak gestructureerde situaties, bij sterke angst, emotie of onzekerheid kunnen chaotische emotionele reacties voorkomen welke de behandelaar onder sterke druk brengen. Deze toestanden zwakken af wanneer de behandelaar ordening aanbrengt in de situatie en samen met de patiënt vanuit de werkrelatie terugkijkt op het gebeuren. Tegenoverdrachtsgevoelens blijven makkelijk corrigeerbaar. De relatie tot de behandelaar kent, met uitzondering van enkele crisisperiodes, een vrij stabiel verloop.

Zwak geïntegreerd – Al snel in het contact treedt idealisatie en/of devaluatie op. De patiënt 'begrijpt' de relatie niet en geeft vaak uiting aan intense gevoelens van dringende nood, wanhoop en ontmoediging. Suïcid dreiging en destructief gedrag komen voor als reacties op kleine fouten in de empathie. Tegenoverdrachtsgevoelens worden snel en hevig geactiveerd. We zien een voortdurend wisselen van hulpverleners.

3. *Met betrekking tot de objectconstantie:*

Goed geïntegreerd – Bij momenten van frustratie of separatieangst worden de constante positieve eigenschappen van het object 'tijdelijk vergeten'.

Bij momenten van bevrediging worden negatieve eigenschappen van het object 'vergeten', gerelativeerd of toegeschreven aan externe omstandigheden. Bij afwezigheid van het object kan de herinnering met moeite vastgehouden worden. Het object wordt ook gewaardeerd voor andere dan behoeftebevredigende kwaliteiten.

Zwak geïntegreerd – De patiënt is op paranoïde wijze overgevoelig voor meer primitieve en driftmatige reacties van het object, terwijl de constante en positieve aspecten van diens karakter als vals worden ervaren. Hierdoor kunnen de eigenschappen van het object (bij voorbeeld de moeder) niet alleen verworden of verkeerd geïnterpreteerd zijn maar zelfs consistent omgekeerd waargenomen worden. Het object wordt dan gezien als moorddadig, weerzinwekkend of seksueel misbruikend zonder dat er op een of andere wijze de positieve kwaliteiten bij betrokken worden. De patiënt is niet in staat om zich op een consistente wijze te verhouden tot betekenisvolle personen als 'totaal-personen', maar het beeld van het object wisselt in functie van de behoefte-toestand van de patiënt. Fysieke afwezigheid van het object wordt niet getolereerd.

4. Met betrekking tot het zelfbeeld:

Goed geïntegreerd – Over het algemeen is er het vermogen om zowel vijandige als liefdesgevoelens in zichzelf te tolereren, maar deze worden als verwarrend ervaren en bij momenten treedt een overdreven polarisatie op. In onoverzichtelijke omstandigheden gedraagt men zich naar stereotiepe rolverwachtingen ('as-if'). Men blijft in het leven op zoek naar zichzelf maar men slaagt er wel in om, met uitzondering van crisismomenten, een vaste rol als partner, in de beroeps carrière of met betrekking tot sociale verantwoordelijkheden te handhaven. Er is een licht overwicht van schaamte en minderwaardigheidsgevoelens over schuldgevoelens. Men ervaart de omgeving erg gekleurd vanuit de eigen behoefte-toestand, maar er is een poging om haar objectief te ervaren (bij voorbeeld interesses voor nieuws, sport, maatschappelijke vraagstukken).

Zwak geïntegreerd – Er is voortdurend een chaotische zelfervaring waarbij het karikaturale zelfbeeld van bedreigd, impotent slachtoffer abrupt wordt afgewisseld door dat van de almachtige. Men kleurt naar de omstandigheden hetgeen kan leiden tot een toestand van volledige fragmentatie. Hierdoor wordt een vaste rol als partner, in de beroeps carrière of met betrekking tot sociale omstandigheden niet gehaald. Schaamte en minderwaardigheidsgevoelens domineren, schuldgevoelens komen niet of nauwelijks voor. Men neemt de omgeving uitsluitend waar als gerelateerd aan eigen wensen, behoeften en conflicten.

5. Met betrekking tot het regressief potentieel:

Goed geïntegreerd – Een korte psychoseachtige fase komt voor, bij voor-

beeld tijdens het verloop van een therapie, waarbij de patiënt korte tijd twijfelt aan het realiteitskarakter van omgeving en objecten. De realiteitstoetsing komt dan even in gevaar. Dit breidt zich echter niet uit in tijd (de halve therapiezitting) of plaats (de therapiekamer). Vervormingen in de waarneming van de therapeutische relatie blijven corrigeerbaar.

Zwak geïntegreerd – Er komen vaak periodes van verminderde realiteitstoetsing voor, waarin de realiteit niet meer onderscheiden wordt van projecties en die gepaard gaan met destructief of zelfdestructief uitageren (fysiek geweld, storend gedrag). Deze regressie breidt zich meestal vrij ver uit in tijd (dagen) en plaats (het hele instituut) maar blijft reversibel en is verbonden aan gebeurtenissen. Depersonalisatie en derealisatie treden op, doch de patiënt ervaart deze fenomenen overwegend egodys-ton. Er is een constant aanwezige tendens om interne spanning te externaliseren.

6. Met betrekking tot egodefecten:

Goed geïntegreerd – Primitieve afweermechanismen treden op in stresserende omstandigheden. Daarnaast maakt de patiënt ook gebruik van verdringing, reactieformatie, etcetera. Soms worden impulsen slecht gecontroleerd en komen ze bij voorbeeld voor in de vorm van eetaanvallen, discontinu misbruik van alcohol of medicijnen. Sublimatie komt tot uiting in werkplezier, studie, sport, hobby, creativiteit. Onder normale omstandigheden behoudt men het vermogen tot realiteitstoetsing, na een regressief moment herstelt deze zeer snel.

Zwak geïntegreerd – De afweer wordt gedomineerd door loochening, splitting en projectieve identificatie. Impulsen kunnen nauwelijks gecontroleerd worden, de expressie ervan is flamboyant. Angst leidt snel tot een ernstige regressie. Er is nauwelijks enig vermogen tot sublimatie in activiteiten. De realiteitstoetsing is verminderd, hetgeen herkenbaar is aan projectieve vervormingen, illusies en pseudo-hallucinaties die vooral 's avonds en 's nachts voorkomen.

7. Met betrekking tot superegodefecten:

Goed geïntegreerd – Schuld, spijt en bezorgdheid over zichzelf komen voor. Onder spanning treedt een achterdochtige houding tegenover de omgeving naar voren. Het waardensysteem kent onbegrijpelijke tegenstellingen. Een sadistisch maar relatief goed geïntegreerd superego kan tot depressie leiden. Men heeft een ideaal waaraan men wel of niet voldoet.

Zwak geïntegreerd – Anderen worden als sadistisch straffend en eisend ervaren, hetgeen gepaard gaat met onmachtige woede en masochisme. Het is altijd de schuld van anderen waar deze patiënten naar verwijzen. Men is ideaal of niets waard.

De keuze voor opname, rekening houdend met het integratieniveau

Afhankelijk van de plaats van de patiënt in het integratie-continuüm (hetgeen een goede studie vergt van de anamnese en mogelijk ook van een daarop toegespitst psychologisch onderzoek) zullen andere strategieën gevolgd moeten worden.

Ik sluit mij aan bij de auteurs die stellen dat ook bij tijdelijke regressie getracht moet worden de *redelijk goed geïntegreerde* patiënt ambulant te houden. Het gaat dan om een RIAGG- en polikliniekpopulatie of patiënten van zelfstandig werkzame psychotherapeuten, patiënten die bij tijd en wijle tijdens de therapieën soms schrikwekkend kunnen reageren maar na een korte afkoelingsperiode in het gesprek aan het eind van de therapie zich over het algemeen weer voldoende bij elkaar kunnen rapen om tot de volgende zitting verder te kunnen. Deze patiënten neemt men in de regel niet op, tenzij er onverhoopt problematiek bijkomt waardoor dat wél noodzakelijk is. Het gaat dan meestal om depressies. In het algemeen houdt men deze patiënten ambulant zolang er niet een uitgesproken as I-stoornis volgens DSM-III-R aanwezig is.

Vervolgens is er een groep patiënten met een *matig integratieniveau*, die behoefte heeft aan een vaste, ambulante behandelaar. Het contact hoeft niet hoogfrequent plaats te vinden, maar er moet iemand zijn die de vaste praatpaal is in moeilijke omstandigheden, die hen als het ware als een gids door het leven begeleidt en bij momenten nabij is om te ondersteunen bij het nemen van hindernissen. Een klassieke, psychotherapeutische, exploratieve manier van werken is bij de meesten van deze patiënten niet aan te raden, maar de behandelaar dient wel vertrouwd te zijn met de objectrelatietheorie.

In het kader van deze behandeling kan bij een tijdelijke regressie een korte crisisopname noodzakelijk zijn. Kort is mijns inziens minder dan drie weken. Deze keuze is arbitrair, er zijn echter aanwijzingen dat bij het overschrijden van deze termijn de kans op een extra regressie sterker wordt, hetgeen betekent dat men door de opname de moeilijkheden versterkt (Silver 1983). Overigens merk ik dat, wanneer men van tevoren en gedurende de opnameperiode voortdurend de blik op het externe doel houdt, men zich niet zo strikt aan die termijn hoeft te houden.

Naast mogelijke diagnostische twijfel is het meestal een externe crisis of een traumatische levenssituatie die aanleiding is voor opname; gebeurtenissen, waarvan ook goed geïntegreerde mensen onder de indruk zullen zijn. Situaties als echtscheiding, de dood van een kind, etc., kunnen leiden tot een ernstig regressief moment dat meestal gepaard gaat met suïcid dreiging. Voorbeeld hiervan is een vrouw met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, die een man en een levenswijze gevonden heeft waarbij zij zich in het leven kan waarmaken, maar die naar aanleiding van de ziekte en ten slotte overlijden van haar kind, een

periode van forse regressie doormaakt.

Op een *lager integratieniveau* zijn er patiënten bij wie herhaaldelijk regressies voorkomen. De aanleiding daarvoor is steeds (althans in onze ogen) minder ernstig: dreigende verlating, frustraties, lichte krenkingen, mogelijk ook verwickelingen in de ambulante therapie wanneer het spel van overdracht en tegenoverdracht fout dreigt te lopen.

Omdat we hier vaak te maken hebben met herhaaldelijke korte opnames die op diverse plekken kunnen plaatsvinden (PAAZ, APZ, algemeen ziekenhuis, etc.) is het bij deze patiënten noodzakelijk om over een vast behandelnetwerk te beschikken. Hier ligt het terrein waar deeltijdbehandeling een belangrijke rol kan spelen in het ondersteunen en structureren van het leven van de patiënt, terwijl men toch niet alle verantwoordelijkheid overneemt (Pildis e.a. 1978). De deeltijdbehandeling kan het best plaatsvinden op een gedecentraliseerde plaats omdat een nabijgelegen kliniek een zuigende werking heeft op dit type patiënten. Aanleiding tot opname zijn meestal suïcidedreiging en impulsdysregulatie.

Ten slotte zijn er de patiënten op het *laagste integratieniveau*, voor wie vrijwel continue opname noodzakelijk is omdat ze er op geen enkele wijze in slagen zich langer dan enkele dagen zelfstandig overeind te houden. Het kan zijn dat er na jaren gesoebat met diverse crisisopnames, waarbij het regressief patroon niet te doorbreken is, niets anders rest dan een vorm van continue opname. Bij zo'n opname moet men in jaren rekenen waarbij in een later stadium een beschutte woonvorm een goede oplossing kan bieden.

Enkele aandachtspunten bij opname

Vooraf bij borderline-patiënten is het van groot belang bij opname een aantal afspraken te maken. Deze afspraken zijn behalve voor de patiënt zelf ook bedoeld richtpunt voor de ambulante behandelaar en voor de klinische staf (Miller 1990). De afspraken kunnen gemaakt worden aan de hand van enkele aandachtspunten:

- doel van de opname;
- duur van de opname;
- rol van de ambulante behandelaar tijdens de opname.

Ik ben er voorstander van dat de ambulante behandelaar, de klinische behandelaar en de patiënt samen aan het begin van de opname afspreken dat zij elkaar weer treffen op het moment dat de opname in de ontslagfase verkeert of ophoudt op het moment dat de patiënt wegloopt. Het desorganiserend effect van splitting zou hierdoor voorkomen kunnen worden.

- Er moeten afspraken worden gemaakt over de grenzen die gesteld zullen worden tijdens de opname. Te denken valt aan situaties die behandeling onmogelijk maken zoals druggebruik, allerlei vor-

men van acting-out, suïcidepogingen.

- De communicatie moet geregeld worden: wie communiceert met de familie, met de werkgever, de school, enz. Misschien ware het beter dat de ambulante behandelaar dat blijft doen omdat hij immers verantwoordelijk is voor de continuïteit van de behandeling.
- Er moet duidelijkheid zijn over het basistherapieprogramma, over de medicijnbehandeling en over de afstemming van alle klinische behandelaspecten door de hoofdbehandelaar van de kliniek.
- De vorm van ontslag moet besproken worden. Hoe zal het geplande ontslag verlopen en wat gebeurt er bij ontslag tegen advies? Wat gebeurt er wanneer de limieten overschreden worden? Bestaat de mogelijkheid van een therapeutisch ontslag (Crabtree 1982)?

Conclusie

Patiënten met een borderline-persoonlijkheidspathologie stellen de behandelaars voor complexe opgaven, niet in het minst doordat ze met hun innerlijke chaos de ordening in het hulpverleningssysteem ondermijnen waardoor ook hun innerlijke chaos weer toeneemt. Het is daarom aangewezen aan de hand van een consistente ordening van die hulpverlening een klankbord te bieden en daarmee ook de innerlijke ordening van de patiënt te bevorderen. Als behandelaars staan we dan ook voor de taak gezamenlijk een gedifferentieerde en toch zo overzichtelijk mogelijke behandelstrategie uit te werken en toe te passen waardoor we, ondanks hinderlijke tekortkomingen in ons kennen en kunnen, onnodige verdeeldheid in onze samenwerking vermijden. Een dergelijke behandelstrategie is uitvoerbaar wanneer we uitgaan van enerzijds het integratieniveau van de patiënt, anderzijds van de behandeldoelstelling, namelijk een adequate afstemming van de patiënt met zijn gebrekkige persoonlijkheidsstructuur op de realiteit. Een opname in een psychiatrische setting moet wegens haar potentieel regressieversterkende werking waar mogelijk vermeden worden. De opname activeert bij de borderline-patiënt immers primitieve fantasieën, welke de waarneming van de realiteit sterk verkleuren. Soms echter is zo'n opname toch noodzakelijk en/of onvermijdelijk. De opname heeft dan als doel ambulante behandeling weer mogelijk te maken. Overeenstemming tussen ambulante en klinische behandelaars over de behandelstrategie is derhalve noodzakelijk.

Gedeelde opvattingen over de pathologie, behandeldoelen en over de keuze van de behandelmethoden vormen mijns inziens de basis voor doeltreffende hulpverlening.

Literatuur

Adler, G. (1977), Hospital Management of borderline patients and its relation to

- psychotherapy. In: P. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. International University Press, New York, 307-323.
- Adler, G. (1985), *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. Jason Aronson, New York.
- Aronson, T.A. (1989), A Critical Review of Psychotherapeutic Treatments of the Borderline Personality, Historical Trends and Future Directions. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177, 9, 511-528.
- Blécourt, A. de (1980), Psychoanalytische psychotherapie van de borderlinepatiënt. In: B. Frijling-Schreuder, J. Lampl-de Groot, N. Treurniet en F. Verhage (red.), *Psychoanalytici aan het woord*. Van Loghum Slaterus B.V., Deventer.
- Braden, E. (1984), Supportive Containment in the Hospital Care of Treatment Resistant Borderline Adolescents. *Psychiatry* 47, 315-322.
- Crabtree, L.H. (1982), Hospitalized Adolescents Who Act Out: A Treatment Approach. *Psychiatry* 45, 147-158.
- Fine, M.A., en R.A. Sansone (1990), Dilemmas in the Management of Suicidal Behavior in Individuals with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy* 44, 144-171.
- Friedman, H.J. (1975), Psychotherapy of borderline patients: the influence of theory on technique. *American Journal of Psychiatry* 132, 1048-1052.
- McGlashan, T. (1986), The Chestnut Lodge follow up study III. Longterm outcome of borderline personalities. *Archives General Psychiatry* 43, 20-30.
- Greene, S.A. (1988), *Limit-setting in clinical practice*. American Psychiatric Press, Washington.
- Gunderson, J.G. (1984), *Borderline Personality Disorganisation*. American Psychiatric Press, Washington.
- Kernberg, O.F. (1973), Psychoanalytic object relations theory, group process and administration toward an integrative theory of hospital treatment. *Annual of Psychoanalysis* 1, 363-388.
- Kernberg, O.F. (1977), The structural diagnosis of borderline personality organisation. In: P. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorder*. International Universities Press, New York, 87-121.
- Knight, R.P. (1953), Borderline States. *Bulletin of the Menninger Clinic* 17, 1-12.
- Königsberg, W.W. (1984), Indications for hospitalisation in the treatment of borderline patients. *Psychiatric Quarterly* 56, 247-258.
- Leibovich, M.A. (1983), Why short-term psychotherapy for borderlines? *Psychotherapy psychosomatics* 39, 1-9.
- Liebenluft, T.E., en R.L. Goldberg (1987), Guidelines for short-term inpatient psychotherapy. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 38-43.
- Masterson, J.F., en J.L. Costello (1980), *From borderline adolescent to functioning adult, the test of time*. Brunner/Mazel, New York.
- Mattes, J.A. (1982), The optimal Length of Hospitalisation for Psychiatric Patients: A Review of the Literature. *Hospital & Community Psychiatry* 33, 10, 824-828.
- Meissner, W.W. (1988), *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*. Jason Aronson, Northval, New Jersey.
- Miller, L.J. (1990), The Formal Treatment Contract in the Inpatient Management of Borderline Personality Disorder. *Hospital & Community Psychiatry* 41, 985-987.
- Nurnberg, H.G., en R. Suh (1980), Limits: Short-Term Treatment of Hospitalized Borderline Patients. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 2, no. 1, 70-80.

- Perlmutter, R.A. (1982), The Borderline Patient in the Emergency Department: An approach to evaluation and management. *Psychiatric Quarterly* 54, 150-197.
- Pildis, M.J., e.a. (1978), Day Hospital Treatment of Borderline Patients: A clinical perspective. *American Journal of Psychiatry* 135, 494-496.
- Rosenbluth, M. (1987), The inpatient treatment of the borderline personality disorder: a critical review and discussion of aftercare implications. *Canadian Journal of Psychiatry* 38, 38-43.
- Schmideberg, M. (1947), The Treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy* 1, 45-70.
- Silver, D. (1983), Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Canadian Journal of Psychiatry* 28, 513-521.
- Singer, M. (1987), Inpatient hospitalisation for borderline patients: process and dynamics of change in long- and short-term treatment. In: J.S. Grotstein, M. Solomon en J.A. Lang (red.), *The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics and Treatment*, vol. 2. Analytic Press, Hillsdale, N.Y., 227-242.
- Stern, A. (1938), Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 7, 467-489.
- Szaz, T. (1986), The case against suicide prevention. *American Psychologist* 41, 7, 806-812.
- Teunisse, R.J. (1990), Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 473-484.
- Wagenborg, J.E.A. (1987), *De effecten van klinische psychotherapie: een vergelijkend onderzoek naar succesvol en niet succesvol behandelde patiënten*. Stichting Centrum Sint Bavo, Noordwijkerhout.
- Zetzel, E.R. (1971), A developmental approach to the borderline patient. *American Journal of Psychiatry* 127, 867-871.

Summary: the role of hospitalisation in the treatment of patients with personality disorders in the borderline spectrum

There are many different opinions as to the role of admission to a psychiatric hospital in the treatment of borderline patients. Based on the literature on the one hand and his clinical experience on the other, the author tries to formulate a general strategy in treatment, for which he uses a differentiated spectrum model concerning the level of pathology in this kind of patient population.

The level of pathology is determined by a number of criteria that are illustrated by practical examples. These criteria are connected with the integrative capacity of the patient as far as we can derive it from the quality of the object relations, the therapeutic relationship, the object constancy, the self-representation, the regressive potential, the egodefects and superegodefects. The role of admission in treatment is described in relation to four levels of integration. Also some practical topics about the admission itself are pointed out.

L.A.E. de Vooght is als klinisch psycholoog/psychotherapeut verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Welterhof te Heerlen, Postbus 4436, 6401 CX Heerlen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 23-1-1992.