

---

# LITERATUURBESPREKING

## Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

**Peter Braem**

Krawitz, R. & C. Watson (2006) *Borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Een praktische gids voor behandeling*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, 207 pagina's, € 22,95 ISBN 90 5712 188 3

De behandeling van een borderlinepatiënt dient ambulante plaats te vinden, opnamen moeten in duur beperkt worden (48 tot 72 uur) en chronische suicidaliteit is (vaak) geen reden voor een opname, zo bepleiten de schrijvers in dit werk. Inderdaad, de laatste jaren is er, van deze principes uitgaande, ook in Nederland een tendens om borderlinepatiënten een strippenkaart te geven voor kortdurende opnamen. Geen nieuw dus. Het boek 'Borderlinepersoonlijkheidsstoornis, Een praktische gids voor behandeling' vind ik van wisselend niveau. Het beoogt een 'toegankelijke, overzichtelijke en praktische samenvatting van verschillende behandelopties voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis' te bevatten en uitleg te geven 'over richtlijnen en aandachtspunten voor de behandeling', aldus de achterflap. Echter nergens wordt de stof diepgaand behandeld. Wellicht past dit niet in de context van dit boek, maar ook de toegankelijkheid en overzichtelijkheid mis ik. Casuïstiek die ter illustratie wordt opgevoerd wordt niet besproken, waardoor dit veel van zijn illustratieve waarde verliest. Dat hier en daar ex-patiënten aan het woord komen is daarentegen verhelderend en waardevol.

Het eerste hoofdstuk, 'Achtergrond van de behandeling', van het boek lijkt een verplichte exercitie van de schrijvers te zijn geweest. 'Als wij een boek gaan schrijven over de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, dan moeten wij, helaas, ook een hoofdstuk wijden aan de achtergrond van de behandeling', zo moeten de schrijvers hebben gedacht. Maar het is duidelijk dat hier niet hun hart ligt. In een sneltreinvaart worden wij vergast op een enigszins moralistisch pleidooi voor het invoeren van de naam 'complexe posttraumatische stressstoornis' in plaats van borderlinepersoonlijkheidsstoornis (waar op zich wel wat voor te zeggen valt), op de geschiedenis van behandelmethoden (met natuurlijk veel aandacht voor Linehan), de diagnostiek, co-morbiditeit, gebruik gezondheidszorg, onderzoeken, behandelmethodieken (met wederom veel aandacht voor Linehan) farmacologische behandelingen en meer, waarbij ik na lezing ervan, niet veel wijzer ben geworden. Een en ander wordt oppervlakkig behandeld en slordig gepresenteerd. Vertaalproblemen lijken hier en daar ook een ongunstig effect te hebben. Lettertypen worden afgewisseld zonder dat ik hiervan de reden begrijp. De stof wordt soms aan de hand van aandachtspunten benoemd zonder dat deze worden uitgewerkt waardoor ik ernaar moet raden wat met 'De heldendaad van coping' of 'Het viertal van het gewone' wordt bedoeld.

Het tweede hoofdstuk 'Behandeling: problemen en stappen', vind ik stukken beter. Gelukkig vormt dit de kern van het boek en beslaat het grootste gedeelte. Bij de onderwerpen wordt langer stilgestaan en deze worden met kennis van zaken uiteengezet. 'Evidence based behandelingen', zo betogen de schrijvers, 'en daarmee bijna alle therapiescholen, stellen een veilige, goede hechting met de therapeut centraal in de behandeling. Het belang van de ontwikkeling van een behandelplan, zo stellen

de schrijvers daarnaast, wordt onderstreept door de bevinding van Kjeslberg, Eikeseth en Dahl (1991) dat het ontbreken van een behandelcontract een significante voorspellende factor was van zelfmoord bij mensen met BPS.' Hierna geven de auteurs een mogelijk sjabloon voor een behandelplan dat duidelijk en volledig is.

De schrijvers geven een handzaam kader voor de risico-inschatting van suïcidale uitlatingen: acuut versus chronisch risico op suicide. 'De meeste mensen die een ernstige vorm van BPS hebben zijn chronisch suïcidaal', aldus de auteurs. 'Het onderscheid tussen chronische en acute suïcidaliteit is van cruciaal belang, omdat de behandelinterventies heel verschillend zijn en vaak nogal tegengesteld. Het centrale thema in een acute suïcidale toestand is wanhoop, schuldgevoel en een daaruit voortvloeiende, meestal kortdurende noodtoestand die direct ingrijpen vereist. Dit in tegenstelling tot de chronische suïcidale toestand die gerepresenteerd wordt door een ernstig verstoorde, maar consistente manier van relaties aangaan met objecten in de omgeving.' Zo helder heb ik het nog niet vaak gelezen.

In het kader van behandeling van de borderline patiënten benoemen de schrijvers de concepten 'indamming' en 'houvast'. Deze...zijn belangrijk voor het vaststellen van prioriteiten. Indamming is een metafoor die gebruikt wordt om activiteiten te beschrijven die helpen om gevoelens op een constructieve manier te ervaren. Indamming kan gestructureerde activiteiten inhouden, zoals een gepland telefoongesprek, of het kan een proces zijn van kalm en altijd met volle aandacht aanwezig zijn.'

Het is duidelijk dat Roy Krawitz en Christine Watson hart hebben voor hun patiënten en veel van hun vak afweten. Wie de rommeligheid van dit boek voor lief neemt, zal iets van de sympathie en liefde voor het vak, van de auteurs, kunnen bespeuren. En dat is ook wat waard.

---

## Sociale Psychiatrie

**Peter Braem en Onno Kastelein**

Onderwater, K., I. van der Padt, M. Romme, B. Venneman & F. Verberk, red. (2005) *Sociale psychiatrie. Visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Utrecht: Lemma. € 34,50 ISBN: 90 5931 334 8

Een boek cadeau krijgen is altijd leuk. Soms gaat het op de stapel of verdwijnt het in de kast. Er is zoveel te lezen. Een spannende roman pak je nu eenmaal sneller dan een boek over sociale psychiatrie. Zo verging het ook ons. Toch willen we het boek onder uw aandacht brengen. Misschien moet de spannende roman nog maar even wachten.

Het is een boek waarbij de sociale psychiatrie geldt als leidraad van de verschillende onderwerpen die worden beschreven. Het zal altijd zo zijn dat in de GGZ vanuit verschillende invalshoeken en met verschillende methodieken wordt gewerkt. Een van die invalshoeken is die van de sociale psychiatrie. Op initiatief van Marius Romme ontstond de wens het gedachtegoed van de sociale psychiatrie opnieuw te beschrijven. Niet zo zeer omdat de invalshoek van de sociale psychiatrie weggeëbd was maar vanuit de behoefte de huidige kennis van de theorie, de wetenschap en de praktijk weer opnieuw onder de aandacht te brengen en verder te ontwikkelen.

## **Sociale psychiatrie, een contextuele benadering van geestelijke gezondheidsproblemen**

Oude en nieuwe uitgangspunten van de sociale psychiatrie worden in dit hoofdstuk breeduit belicht. We krijgen door lezing van het eerste hoofdstuk opnieuw zicht op het ontstaan van het sociaal psychiatrische gedachtegoed en hoe de ontwikkeling tot in het nieuwe millennium is gegaan. Verschillende facetten en maatschappelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de maatschappelijke verhoudingen en de geestelijke gezondheid worden besproken. Bekende thema's die hierin een rol spelen zijn onder andere vermaatschappelijking, erbij horen, kwetsbare groepen en sociaal isolement. Het is een lezenswaardig hoofdstuk geworden, een must voor de SPV om te weten waar zijn wortels liggen en hoe bruikbaar ze nog zijn vandaag de dag. Het hoofdstuk eindigt in mineur. Door de komst en aandacht voor protocollaire behandelingen, de medische invalshoek en de bekostigingssystematiek dreigt het betrekken van de sociale aspecten bij oordeelsvorming en behandeling naar de zijlijn te worden geschoven. Omdat het veel tijd kost en dus veel geld. Dat is jammer.

### **Elementen van een sociaal-psychiatrische methodiek**

Dit hoofdstuk geeft in belangrijke mate een kader om het handelen van de hulpverlener herkenbaar te maken, te verantwoorden en te kunnen kiezen voor een eclectische, samenhangende benadering. Drie elementaire aspecten vormen het fundament van de beschrijving van het werkproces.

1. Relatieve element. Het opbouwen van een goede werkrelatie, de wijze waarop de hulpverlener zichzelf hanteert in het contact met de cliënt en omgeving.
2. Inhoudelijk element. Het handelen is gebaseerd op theoretische notities die de hulpverlener helpen om de cliëntsituatie te beïnvloeden in de richting van een verbetering van het sociaal functioneren.
3. Systematisch element. Het handelen is gericht op het 'hoe' en 'wat' van de hulpverlener.

De verschillende elementen worden uitgebreid toegelicht, uitgediept en verweven met verschillende theorieën en benaderingswijzen, bijvoorbeeld communicatietheorie, stress-copingtheorie en presentiebenadering bij het inhoudelijke element.

Het hoofdstuk presenteert vervolgens een fasenmodel waarin het procesmatige veranderingsproces van een cliënt inzichtelijk gemaakt wordt.

Fase 0: Contactfase, opbouwen van vertrouwensrelatie.

Fase 1: Stabilisatiefase, aangaan van contact, presentie, respect.

Fase 2: Heroriëntatiefase, verbeteringen aanbrengen in de levensomstandigheden.

Fase 3: Integratiefase, behouden van evenwicht en inbedden in dagelijkse leefomstandigheden.

Fase 4: Beëindigingsfase, verantwoord vorm geven aan het afsluiten van het contact.

Elke fase wordt beschreven en uitgewerkt op basis van sociaal-psychiatrische uitgangspunten.

De schrijvers van dit hoofdstuk noemen het model een pleidooi om, in contrast met de huidige resultaatgerichte en instrumenteel-technische zorg, ruimte te maken en te houden voor een clientgerichte, persoons- en behoeftegeoriënteerde professionele aanpak van complexe zorgsituaties.

## **De organisatie van de sociaal-psychiatrische praktijk**

Voor een goede organisatie van het sociaal-psychiatrische werk is het noodzakelijk dat zowel de geestelijke gezondheidsproblemen als de sociale problemen evenwichtig, in een brede context, aandacht krijgen. Hoe is de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd en hoe zou het moeten in de toekomst om de sociaal-psychiatrische benaderingswijze optimaal tot zijn recht te laten komen.

De schrijver neemt ons mee langs de organisatie van de sociale psychiatrie vanaf 1980 langs SPD's, MOB's, RIAGG's, woonbegeleiding, casemanagement en ACT's. Vervolgens beschrijft hij de criteria waarmee een organisatie op zijn sociaal psychiatrische gehalte getoetst kan worden. Aan de hand van deze criteria volgt de uitwerking van een toekomstige organisatie.

Hoofdstuk drie is het meest lijvige hoofdstuk van het boek geworden. Er wordt op een prettige leesbare wijze de vrij ingewikkelde zaken rondom organisatie beschreven. De inhoud prikkelt en onderbouwt de noodzaak tot samenwerking tussen de verschillende maatschappelijke organisaties.

## **Preventieve geestelijke gezondheidszorg: een state of the art**

GGZ Nederland ruimt in haar nieuwe beleidsvisie een belangrijke plaats in voor preventie. De werkzaamheid van preventie is immers gebleken. Vanzelfsprekend is hieraan in 'Sociale Psychiatrie' een hoofdstuk gewijd. De hoofdthema's van preventie: depressie, kinderen van ouders met psychiatrische problemen, arbeidsrelevante psychische problemen en sociale psychiatrie, komen overzichtelijk aan bod. Achtereenvolgens worden universele, selectieve, geïndiceerd- en zorggerichte preventie besproken. Risicofactoren en beschermende factoren komen aan de orde. Uitgebreid wordt ingegaan op 'psycho-educatie', als onderdeel van het preventie werk.

Ook in dit hoofdstuk veel 'rijtjes', zoals overigens ook in andere hoofdstukken. Een voorbeeld:

'Een ideaaltypisch interventieprogramma bevat de volgende bestanddelen (Van Mierlo, 1997):

- 1 medicamenteuze behandeling en medicatiemanagement;
- 2 psycho-educatie aan de cliënt en het primair netwerk;
- 3 het leren signaleren en monitoren van vroege voortekenen;
- 4 cognitieve gedragstherapie;
- 5 stressmanagement;
- 6 ondersteuning bij het vinden van structurele dagactiviteiten en wonen;
- 7 continuïteit in zorg voor de cliënt en zijn primair netwerk gedurende de klinische en ambulante fase, in de vorm van casemanagement;
- 8 crisisinterventie.'

Voor educatieve doeleinden biedt dit goede handvatten, de tekst nodigt uit om er op een leuke wijze mee om te gaan. Daarnaast zijn de rijtjes overzichtelijk.

Alhoewel een belangrijk beroepsdomein, heeft preventie iets abstracts voor degenen die hier niet in werken. Door lezing van dit overzichtelijke hoofdstuk wordt 'preventie' een helder begrip.

## **Crisisinterventie**

Een crisis heeft, naast dat degene die het treft hier nooit op zit te wachten, ook een andere kant. Deze kant bestaat uit bescherming, steunen en aanzetten tot veranderen. 'Een crisis is een moment dat gekenmerkt wordt door een heftige verstoring in emotionele zin, waarbij iemand onvoldoende controle heeft om een gebeurtenis of verandering aan te kunnen. Het is de rol van de crisis hulpverlener om ervoor te zorgen dat iemand de controle over eigen handelen herwint.'

'Helaas is er maatschappelijk geen cultuur waarbinnen de psychiatrie een andere stem heeft dan het behandelen van cliënten,' schrijft de auteur, 'het bezig zijn met het voorkomen van crisis door mee te denken en te beslissen over de gevolgen van wet- en regelgeving is nog ver weg. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de sociale psychiatrie laat nog te wensen over,' gaat hij verder. Met andere woorden: gevolgen van wet en regelgeving induceren crisis. Het is niet moeilijk hierbij voorbeelden te verzinnen: uitzettingsprocedures, de WMO (straks), regelgeving omtrent uitkeringen enzomeer.

Echter, hoe intensief er ook zal worden meegedacht, crisis zullen altijd voorkomen. Dit prachtige hoofdstuk beschrijft hoe een crisis ontstaat, welke theorieën hieromtrent gevormd zijn en hoe er als hulpverlener mee om te gaan. De toevoeging van herkenbare casuïstiek maakt het compleet.

### **Sociale psychiatrie en onderzoek**

Aan dit standaardwerk over de sociale psychiatrie is een hoofdstuk toegevoegd over de evidentie van onderzoek naar behandelmethodieken in de OGGZ. Onder andere de centrale overheid geeft hiervoor een belangrijk argument: naarmate het aanbod van zorg en zorgverzekeringen gevarieerder wordt, zal de zorggebruiker meer behoefte hebben aan informatie over de aard en de kwaliteit van dat aanbod. 'Momenteel is er een groot gebrek aan evidentie van de psychiatrische zorg,' lezen wij, 'Er is onvoldoende inzicht in de specifieke effecten van bepaalde werkwijzen. Zorgbeleid dat is gebaseerd op interventies waarvan niet bekend is of, hoe en waarom ze effectief zijn, is niet meer dan een slag in de lucht'.

Wat is de opdracht van de onderzoekers in de sociale psychiatrie? De auteur hierover: 'De academische sociale psychiatrie heeft als taak antwoorden te vinden op de volgende vragen:

- Welke psychologische factoren veroorzaken direct of indirect psychische stoornissen?
- Hoe worden ontregelingen op psychologisch en sociaal niveau in gang gezet en gehouden?
- Hoe kunnen dergelijke stoornissen worden voorkomen, genezen of beperkt? Waarom werken deze interventies?
- Hoe kan de zorg voor deze mensen het best geleverd en georganiseerd worden?'

Verskil tussen handelings- of actieonderzoek enerzijds en empirisch cq. analytisch onderzoek anderzijds wordt uitgelegd. Stil wordt gestaan bij de vraag wat goede zorg is. Het kwetsbaarheid-stress-copingmodel wordt uitvoerig besproken als zijnde model voor analyse. Aan de hand hiervan kan men: het ontstaan, het verloop en de beïnvloedingsmogelijkheden van psychische stoornissen analyseren.

### **Tot slot**

Alhoewel ons, als redactieleden van SP, een zekere partijdigheid kan worden verweten (immers een aantal auteurs is eveneens redactielid), durven wij ons te wagen aan de volgende slotopmerkingen. Wat ons betreft is 'Sociale Psychiatrie, visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie' een standaard werk en verplichte kost voor iedereen die in de sociale psychiatrie werkt. Onbegrijpelijk dat er niet meer aandacht is voor dit boek, geschreven door 'keien' uit de sociale psychiatrie. Mogelijk dat het gratis rondzenden van dit boek aan alle leden van de NVSPV tot gebrek aan aandacht heeft geleid. Wat gratis is, zal niet de moeite waard zijn, zo kan ik mij de gedachte voorstellen, in deze tijd van verstopte brievenbussen ten gevolge van flyers en folders. Maar dat is in dit geval nou net niet waar. Een steengoed boek.