

---

# ALS HET SPANT IN DE RELATIE

**Dirk den Hollander** is hoofd opleider Rino Groep langdurige en complexe zorg  
**John Lardinois** is arts en psychotherapeut, Adhesie GGZ Midden Overijssel.

## **Inleiding**

Het begrip 'rehabilitatie' is al een aantal jaren ingeburgerd in de Nederlandse GGz. Vrijwel alle instellingen die zorg en begeleiding leveren aan mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen hebben het begrip omarmd. Houdt dat nu in dat we precies weten wat het is en hoe we 'het' moeten doen, en dat er volkomen overeenstemming hierover bestaat?

De vraag stellen is hem beantwoorden. Nee, we hebben nog lang niet alle antwoorden en zijn het ook nog altijd niet eens over het wat en het hoe.

Meestal is het wel duidelijk hoe een 'recht-toe-recht-aan-rehabilitatietraject' eruit ziet. Het gaat dan om cliënten in situaties waarbij er min of meer duidelijke en haalbare doelen zijn en waarbij ziekte, rouw en verlies en gedragsproblemen niet meer voorop staan. Lastiger wordt het wanneer het gaat om cliënten met problemen en gedrag waarop hulpverleners hun tanden stuk bijten. Bijvoorbeeld omdat de cliënt steeds weer verschillende tegenstrijdige wensen uit. Of omdat er zoveel problemen zijn dat de hulpverleners niet toekomen aan het onderzoeken van en werken aan levenswensen. Zo kan de cliënt zelfverwondend gedrag laten zien, of vijandigheid naar de omgeving, of gewoon helemaal nergens toe bereid zijn.

Gemeenschappelijk in deze vaak vastgelopen situaties is het feit dat er sprake is van een slechte werkrelatie tussen cliënt en hulpverleners. Dit heeft weer te maken met problemen in de communicatie.

In dit artikel gaan wij hier op in: wat kunnen wij als hulpverleners doen om die zo noodzakelijke werkrelatie tot stand te brengen en in stand te houden, juist met 'moeilijke mensen'. Wat moeten we doen, maar ook: wat moeten we laten. Het lijkt soms zo simpel, maar in de praktijk is het weer heel moeilijk. Dus laten we ons inspireren door de grote meester (Johan Cruyff) die ons voortdurend wijst op het belang van het simpele: "goed voetbal is simpel, da's makkelijk". Maar ook op de paradox ervan: "simpel voetbal is moeilijk, da's logisch". Passen we deze belangrijke uitgangspunten toe op de integrale rehabilitatie benadering (Wilken en den Hollander, 2003), dan zien we dat deze benadering veel, zo niet alles omvattend lijkt, diverse ingangen heeft, verschillende pijlers, onderzoeksgebieden en dimensies.

Maar: niet-rehabilitatie is ingewikkeld, de praktijk is ingewikkeld. Zo zijn er allerlei doelgroepen, daarbinnen weer individuele mensen, per individu nog verschillen per periode, en dan ook nog mensen die niet in (één) doelgroep passen. Vanuit de Integrale Rehabilitatiebenadering proberen we de complexe situaties terug te brengen tot waar het 'écht om gaat', zodat we hier in de begeleiding op kunnen aansluiten.

## **Het belang van een goede werkrelatie**

Cliënten waarmee het moeilijk samen werken is hebben vaak geen vertrouwen in andere mensen dus ook niet in hulpverleners. Bijvoorbeeld omdat ze in hun vroege kindertijd zo vaak zo onmachtig gemaakt dat zij met een fundamenteel wantrouwen kijken naar personen die machtig zijn / macht vertegenwoordigen: hulpverleners, onderwijzers, politieagenten etc.

Hellinga (1999) spreekt in dit verband over 'zie-je-wel-ismen': de cliënt heeft specifieke verwachtingen over de ander, en zoek a.h.w. naar bevestiging hiervan.

Deze verwachting ziet er bijvoorbeeld als volgt uit: " Hij zegt wel dat hij het goed met mij voor heeft maar uiteindelijk laat iedereen je toch in de steek. Anderen laten het altijd zo lopen dat het verkeerd voor mij uitpakt, en ik zal ervoor zorgen dat dit duidelijk wordt: het kan maar beter nu gebeuren dan dat ik erop moet wachten". Een voorbeeld uit eigen praktijk. Op een dag had één van de auteurs naar eigen gevoel een goed en diepgaand gesprek met een leuke aantrekkelijke vrouwelijke cliënt. Hij was erg tevreden en fietste naar huis op een wolk: "hiervoor ben ik de hulpverlening ingegaan: om écht mensen te helpen". Toen hij de volgende dag op het werk kwam had cliënte zich ernstig geautomutiseerd met als reden: het gesprek dat ze de dag ervoor gehad had. Dit illustreert de problemen op relatie gebied waarmee wij te maken hebben. Aan de ene kant de noodzaak tot congruent en eerlijk gedrag, en daarbij hoort ook dat de eigen boosheid en teleurstelling wordt geuit. Aan de andere kant het besef dat dit soort dingen bij cliënten eerder een overlevingsstrategie is dan een poging om ons persoonlijk te kwetsen.

Effectief omgaan 'moeilijk gedrag' vraagt dus een goed begrip van de beleving van de cliënt en het vermogen om (binnen grenzen) veel te verdragen en niet alles persoonlijk op te vatten. We kunnen nog een stap verder gaan: effectief begeleiden van cliënten is betekent bovenal: het hanteren van de werkrelatie met de cliënt.

In termen van de integrale rehabilitatie benadering: het betreft vooral bewust en gericht werken binnen de relatie- en tijdsdimensie. Pas vanuit een goed begrip van wat belangrijk is binnen de relatie dimensie is het mogelijk om keuzes te maken tot wat er moet gebeuren binnen de handelingsdimensie.

De kern van de begeleiding is juist: het creëren van een gelijkwaardige relatie. Hierbij verandert niet het karakter van de cliënt maar de manier waarop hij omgaat met de hinderlijke aspecten ervan. Gelijkwaardig betekent hier: een relatie waarin beide betrokkenen een realistisch beeld hebben van de ander en bereid en in staat zijn om sterke en minder sterke kanten van de ander te accepteren zonder dat dit leidt tot allerlei negatieve beelden van en projecties op de eigen persoon. Zo kan de cliënt denken: ik moet wel een slecht persoon zijn als deze hulpverlener mijn zo probeert te onderdrukken. De hulpverlener kan denken: "ik moet wel een beroerde begeleider zijn dat deze cliënt mij zo persoonlijk probeert te kwetsen". Beide beelden zijn a.h.w. complementair en versterken elkaar waardoor er een cyclisch proces van vechten en verdedigen kan ontstaan waar beide partijen geheel in gevangen kunnen zitten. Dit is extra schadelijk voor de cliënt omdat het een herhaling is van gevoelens van onderdrukking en machteloosheid die gebaseerd zijn op vroegkinderlijke ervaringen. Van Meekeren (2001) noemt dit proces secundaire traumatisering: de cliënt die als peuter in de kast werd opgesloten, wordt nu machteloos gemaakt in de separeer. In plaats dat de cliënt leert dat in een 'normale' relatie ook boosheid past ("maar daarnaar gaan we weer gewoon door") wordt er een nieuwe ervaring van machteloosheid ten gevolge van het rottige gedrag van anderen ("zie-je-wel") toegevoegd. En de cirkel is weer rond.

Het omgaan met deze processen is een zaak van lange adem: het werken binnen de tijdsdimensie. Bewust en gericht werken binnen de tijdsdimensie stelt hoge eisen aan de hulpverlener: deze wordt voortdurend geconfronteerd met heftig gedrag van de cliënt dat heftige gedrag bij de hulpverleners oproept. De verleiding is om voortdurend korte termijn probleemgericht te werken terwijl het juist noodzakelijk is om daarbij een duidelijk lange termijn perspectief voor ogen te houden. Een perspectief waarin de cliënt met behulp van de persoon van de hulpverleners leert om een realistisch beeld te krijgen van zichzelf en van anderen. Lange termijn processen brengen met zich mee: houdt in: samen door vele dalen gaan en samen langzamerhand bergopwaarts gaan.

Het is hierbij opvallend dat juist deze cliënten ons veel kunnen leren: samen terug kijkend op deze processen kunnen zij vaak haarscherp aangeven wat er werkte en wat er niet werkte.

### **Kenmerken cliënten met problemen in de samenwerking**

Veel cliënten waarbij hulpverleners de samenwerking als moeilijk ervaren worden gediagnosticeerd als persoonlijkheidsstoornis. Dit betekent dat ze langdurend persoonlijkheidseigenschappen hebben die leiden tot problemen op diverse levensgebieden. Ook is er significant lijden bij zowel de cliënt als bij betrokkenen. De meest bekende is de borderline persoonlijkheidsstoornis. Er zijn ook psychiatrische ziektebeelden die een bemoeilijkte samenwerking kunnen veroorzaken, met name stemmingsstoornissen en psychotische stoornissen. Hulpverleners maar ook naast betrokkenen omschrijven hun relatie met mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaak met de volgende termen:

- Zwart/wit denken
- Idealiseren/verguizen
- Niet flexibel of juist erg onvoorspelbaar
- Manipuleren
- Leegzuigen
- Dwingend
- Alles buiten zichzelf leggen
- Impulsief
- Niet gemotiveerd
- Eigenwijs
- Irreële wensen
- Neigen tot afhankelijkheid
- Wantrouwend
- Onredelijk

Bovenstaande omschrijvingen hebben allemaal betrekking op de relatie, ze zeggen iets over hoe men elkaar ervaart. Het probleem van mensen met een persoonlijkheidsstoornis zit dus vooral in de relatie die ze met mensen (en zichzelf) hebben.

Naast problemen in het contact is er ook gedrag van de cliënt dat de samenwerking bemoeilijkt, bijvoorbeeld suicidaliteit, automutileren, wegblijven, agressie, verslaving. Al deze gedragingen staan nooit op zichzelf maar hebben voor de cliënt en hulpverlener een sterke betekenis voor de relatie. Ze roepen bijvoorbeeld zorg op of weerzin of zich gemanipuleerd voelen. Hulpverleners willen graag werken volgens een bepaalde methodische strategie, dit hebben ze geleerd en dit geeft hun houvast en zekerheid. Het bovenstaande gedrag verstoort het door de hulpverlener nagestreefde methodische proces.

### **Kenmerken hulpverleners die problemen hebben met de werkre relatie**

Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben dus vooral problemen in de relatie, en hulpverleners zullen hoe dan ook deel uit gaan maken van dit probleem van de cliënt. De hulpverlener zal bijvoorbeeld merken dat de cliënt een ander beeld heeft van hem dan hijzelf heeft. De cliënt kan denken dat de hulpverlener alles kan of niet te vertrouwen is. Al reactie kunnen hulpverleners ook een aantal gedragingen vertonen die als relatiekenmerk gezien kunnen worden:

- Te hard werken (risico burn out)
- Zich te verantwoordelijk voelen
- Zich insufficiënt voelen
- Ruzie in het team over de cliënt
- Uitstoting cliënt (hij is niet geschikt voor onze voorziening)
- Negeren (als je aandacht schenkt wordt het erger)

- Voortdurend verwijzen naar behandelaar
- Verschillen achter verantwoordelijkheden
- Geen grenzen stellen
- Cliënten verwaarlozen vanuit het idee dat ze zelf verantwoordelijk zijn

Cliënten zullen dit gedrag ook weer een (onhandige) betekenis geven die verder leidt tot verstoring van de samenwerking. De vicieuze cirkel is weer rond.

### Theoretisch concept

Er zijn veel theoretische kaders die gebruikt worden om te kunnen samenwerken met mensen met een persoonlijkheidsstoornis (bv het analytische of gedragstherapeutische model). Het hieronder geschetste model is ontleend aan de systeemtheorie en relation management van Dawson en MacMillan (1993). In deze modellen speelt het aanbrengen van een onderscheid tussen inhoud en betrekking van de relatie een belangrijke rol. Het inhoudsniveau kan gezien worden als de feitelijk of digitale informatie die wordt uitgewisseld. Taal speelt hierbij een belangrijke rol. Hulpverleners maken graag en veel gebruik van dit niveau. Ze voelen zich hier prettig bij, dit is wat ze geleerd hebben. Een voorbeeld bij uitstek van digitale communicatie is het opstellen van een begeleidings of behandelplan. Vanuit de aanname dat er een gelijkwaardige onderhandeling gaat plaats vinden probeert de hulpverlener samen met de cliënt alle items van het plan door te nemen en in te vullen. Hier komt nog 'externe druk' bij: we leven in een tijd dat (bijv. door de ziektekostenverzekeraar) eisen gesteld worden aan het tot stand komen van plannen die concreet zijn en het handelen van de hulpverlener toetsbaar maken. Maar: de samenwerkingsrelatie van een cliënt met een hulpverlener is soms juist niet gebaat met een plan op papier.

Op betrekkingniveau gaat het juist weer over hoe met elkaar ervaart en hoe met de relatie ziet. Vanuit ervaringen uit het verleden plaatst men anderen in een kader en definieert de relatie. Wat iemand meegemaakt heeft als kind, op school, in relaties en met eerdere hulpverleners speelt hierbij dus een grote rol.

Hulpverleners zijn vaak maar ten dele op de hoogte van deze ervaringen. Het is soms ook moeilijk om hiervoor open te staan omdat het eigen referentiekader een te grote rol speelt bij het aangaan van een relatie. Het maken van een begeleidingsplan kan op betrekkingniveau een heel andere invulling hebben voor de cliënt dan voor de hulpverlener. De hulpverlener hoopt de cliënt verder te helpen met een goed plan, de samenwerking en de rollen worden er duidelijk door. De hulpverlener heeft een plan nodig om aan de slag te kunnen en de rol van de cliënt moet hierbij passen. Voor de cliënt kan een dergelijk plan echter iets heel anders betekenen. Veel cliënten hebben al tientallen plannen gemaakt die meestal niet zijn uitgekomen. Soms bevatten plannen ook restricties of als straf ervaren interventies (bv separatie bij bepaald gedrag). Voor die cliënten betekent het maken van een plan toename van macht van de hulpverlener. Het opstellen van een plan kan zo een groot probleem worden en als interventie het probleem van de cliënt vergroten doordat het weer een negatieve ervaring is.

Op zich spelen inhouds- en betrekkingniveau altijd in relaties. Veel aspecten van het betrekkingniveau spelen zich in zekere zin onbewust en automatisch af.

Informatie op inhoudsniveau beïnvloedt het betrekkingniveau. We kunnen bijvoorbeeld door het lezen van een boek (digitale informatie) een ander idee over onszelf en anderen krijgen (betrekkingniveau). Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis gebeurt dit in veel mindere mate. Ze zijn eigenlijk alleen bezig met het betrekkingniveau en vrijwel niet met de inhoud. Anders gezegd leren ze niet door informatie op de te doen of door er over te praten. De consequentie voor de hulpverlener is dat het niet zo veel zin heeft om digitale informatie te geven maar vooral in te steken op betrekkingniveau. Welk beeld heeft deze cliënt over mij, over onze relatie? Wat betekent het maken van een begeleidingsplan?

Pas nadat cliënt en hulpverlener op een lijn zitten betreffende hun idee over de relatie kan overgeschakeld worden op inhoudsniveau.

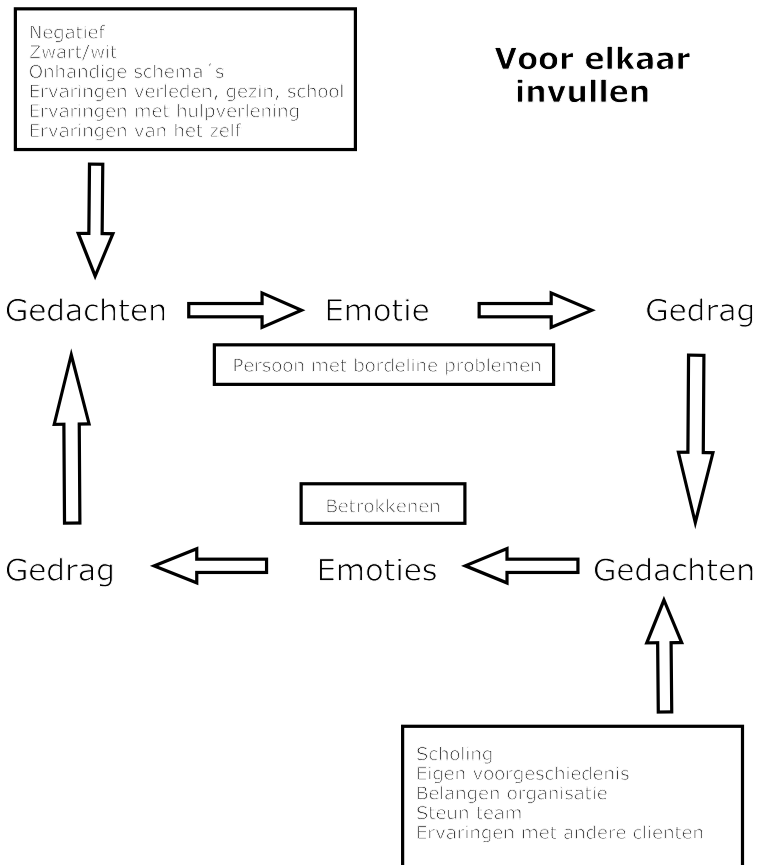
In het onderstaande schema wordt het probleem nog eens geïllustreerd.

Bepaald gedrag van een betrokkene (bv hulpverlener) roept bepaalde gedachten op bij de cliënt die gerelateerd zijn aan zijn levenservaringen. Dit geeft een emotie en gedrag, dat weer gevolgd wordt door gedachten en emoties van de hulpverlener.

Vanuit hun eigen betekenisgeving vullen ze voor elkaar in.

Bv de hulpverlener is moe en de cliënt merkt dit, hij denkt vanuit zijn verwaarlozing in het verleden dat de hulpverlener hem zat is en voelt zich daardoor verlaten. De cliënt gaat mokkend zitten zwijgen. De hulpverlener denkt dat de cliënt weerstand vertoont (zo heeft hij dit geleerd) en voelt zich machteloos en nog vermoeider. Hij zegt dat het gesprek zo verder geen zin heeft en sluit af. De cliënt doet vervolgens een paar uur later een suïcidepoging.

Als de hulpverlener zich bij het begin van het gesprek vooral gefocust had op het betrekkningsniveau en bijvoorbeeld de reden van zijn vermoeidheid had aangegeven had deze escalatie kunnen worden voorkomen.



## **Historisch perspectief**

Een aan het bovengeschetste probleem gerelateerd verschijnsel is het ontbreken van een historisch perspectief bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. De meeste mensen leren bijvoorbeeld van het overwinnen van stressvolle ervaringen. De kennis over de doorgemaakte situatie wordt gebruikt als geruststelling bij een volgende vergelijkbare situatie. "Vorige keer is het ook goed gegaan". Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis werkt dit onvoldoende. Elke situatie is weer even stressvol en het ontbreekt hen aan geruststellend vermogen. Dit maakt het gedragspatroon ook zo star. Ze kunnen hier dus goed hulp bij gebruiken door onze steun.

## **Emoties**

Bij een aantal persoonlijkheidsstoornissen spelen te sterke emoties en impulsiviteit. Meestal heeft men hier zelf ook last van en is er bereidheid hieraan te werken, hetgeen niet wil zeggen dat het snel lukt om controle te krijgen over de stemmingswisselingen. Gedrag van cliënten dat voortvloeit uit te heftige emoties kan inadequate tegenreacties oproepen bij hulpverleners. Een cliënt kan bijvoorbeeld uit boosheid het volgende huisbezoek afzeggen en vanuit een revalidatievisie kan de hulpverlener dan gehoor geven aan deze "wens" van de cliënt, mede omdat hij toch al opzag tegen dat huisbezoek. Op betrekkningsniveau zal deze cliënt zich in de steek gelaten voelen want de door woede gevoede wens is eigenlijk niet zijn echte wens. Te heftige emoties en impulsiviteit kunnen verminderen met een vaardigheidstraining of een signaleringsplan.

Te sterke emoties kunnen zich op anderen richten maar ook op het zelf. Cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis kunnen sterke onlusten ervaren die ze alleen kwijtraken door zichzelf te beschadigen, een suicidepoging te doen of door middelengebruik. Dit gedrag roept vaak negatieve reacties van de omgeving op waardoor nog meer schuldgevoel en onlust ontstaat. Het 'negeren' van automutilatie is hier een voorbeeld van. Het is een misverstand dat aandacht automutuleren bevordert. De innerlijke ontspanning is de beloning die het gedrag in stand houdt, gevolgd door de vermeend en/of feitelijke afkeuring die weer nieuwe zelfbeschadiging oproept. Automutilatie is een teken van lijden en onvermogen. Het beste kan men de cliënt aanbieden om samen te zoeken naar oplossingen om het lijden te verminderen en naar alternatieven om ontspanning te bereiken.

## **Prognose**

Het wordt steeds duidelijker dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis nog niet zo'n slechte prognose hebben. Door het gebrek aan historisch perspectief heeft men echter vaak geen positieve verwachting van de toekomst. Hulpverleners kunnen geen positieve toekomst garanderen maar ze kunnen wel hoop bieden. Wij zijn veel 'lastige' en 'hopeloze' gevallen tegengekomen met wie het uiteindelijk toch vrij goed is afgelopen. Het heeft wel veel jaren gekost en het was soms vermoeiend, maar het heeft zich geloond. Deze positieve prognose is ook de reden om veel aandacht te schenken aan suicidepreventie, maar niet door dwang (IBS, RM) maar door steun. Op dwang reageren de meeste cliënten slecht. Dwang is in het verleden vaak het grootste probleem geweest (bv bij seksueel misbruik) en zal alleen zelfdestructief gedrag oproepen. Cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis reageren goed op steun, mits men de grenzen hierin duidelijk aangeeft. De angst voor regressie is niet terecht omdat dit verschijnsel vooral optreedt in een klinische setting met veel autoriteit en macht. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen autoriteit en duidelijkheid. Het eerst roept verzet op het tweede geeft rust. Zij hebben veel behoefte aan heldere en duidelijke regels en afspraken betreffende de hulpverlening. Het meest funest is dreigen met bijvoorbeeld uitplaatsing bij bepaald gedrag (macht) en het vervolgens niet doen (onduidelijk).

Ook het opnemen van regels en consequenties in begeleidingsplannen is niet handig. De begeleiding gaat dan over regels en niet over groei. Het is beter deze zaken volledig te scheiden, bijvoorbeeld in de vorm van een contract voorafgaande aan het maken van een begeleidingsplan. Het contract kan uitonderhandel worden met de teamcoördinator waarna begeleiders met het proces aan de gang kunnen.

### ***En wat nu te doen?***

#### **Verbeter de wereld, begin bij jezelf**

Allereerst moet gewerkt worden vanuit het inzicht dat het hanteren van de relatie centraal staat. Ook als we woorden gebruiken als behandelen, verplegen of begeleiden moeten we beseffen dat het in feite gaat om een agogisch / relationeel proces. Het gaat er niet zozeer om of wij conflicten hebben (onderling binnen een team, of met cliënten) maar hoe wij zelf omgaan met deze conflicten.

Wij durven de stelling wel aan hulpverleners een sterke neiging hebben om lastig gedrag van cliënten te zien als een gevolg van iets dat met de cliënt te maken heeft en in eerste instantie niet met ons.

Paul Watzlawick beschrijft dit mechanisme aan de hand van de volgende anekdote. Op een dag ging hij naar een balie van een hotel en stelde zich voor: "My name is Watzlawick". De receptioniste verstaat hem verkeerd en hoort: "My name is not Slavic", oftewel: "Ik heb geen Slavische naam". Haar reactie was: "maar dat zei ik toch ook niet!!". Vervolgens herhaalde Watzlawick zijn uitspraak die zei, nu op iets luidere toon. En weer verstond ze hem verkeerd. U kunt zich voorstellen dat er na 1 minuut sprake was van een gigantische verwarring waarbij beide gesprekpartners al heel snel een erg negatieve mening over de ander had ontwikkeld.

Watzlawick laat hiermee zien hoe een eenvoudig 'misverstaan' al heel snel kan leiden tot een negatieve etikettering. Het mechanisme dat hieronder ligt is er één van algemeen menselijke aard: wij proberen de dingen te begrijpen door ze in een kader te plaatsen. Als onbegrepen gedrag gezien kan worden als een symptoom, kunnen we er misschien wat meer mee, al is het alleen maar dat we nu kunnen verklaren waarom we er niets mee kunnen.

Dat verklaren doen niet alleen hulpverleners, dat is een algemeen menselijke behoefte. Alleen: hulpverleners hebben een speciaal begrippen apparaat (de DSM) om onbegrepen gedrag te ordenen. Volgens Watzlawick hebben we de neiging om op 'twee typische manieren' te reageren op onbegrepen gedrag: we nemen aan dat de ander kwaadwillend is ("hij belazert mij, hij neemt mij in de maling") of dat de ander niet goed bij zijn hoofd is ("hij is gek is, hij heeft een psychiatrische stoornis"). En daar hebben we natuurlijk binnen de psychiatrie de DSM voor.

Omgaan met mensen waarmee het moeilijk is om een relatie aan te gaan betekent dus eerst en vooral dat we bereid zijn om ons eigen aandeel in de communicatie met cliënten te zien als een factor die van invloed is op het in stand houden van het lastige gedrag. Dit heeft meteen ook een heel praktische kant: de kans is groot dat we bij lastig / onbegrepen gedrag niet in staat zijn om hier verbetering in aan te brengen. Wat we dan op zijn minst kunnen en moeten doen is kijken naar ons eigen gedrag omdat we dit wel kunnen aanpassen: verbeter de wereld en begin bij je zelf

#### **Over inhoud en betrekkningsniveau**

Aangezien het betrekkningsniveau vaak op de voorgrond staat zal hier eerst op moeten worden ingestoken. De belangrijkste vraag is welke betekenis de cliënt geeft aan de relatie en hoe je hier als hulpverlener op in kunt steken. Doel is uiteindelijk een gezamenlijke overeenkomstige en liefst stabiele betekenisgeving van de werkkrelatie. Dit is dan het moment waarop een begeleidingsplan gemaakt kan worden en het accent meer komt te liggen op inhoudsniveau.

Hieronder wordt globaal aangegeven welke basishouding het beste gebruikt kan worden om in te voegen bij cliënten waarmee de relatie spant (Hoogduin, 2003).

- Paranoïde kenmerken: maximaal transparant, expliciet overleggen en instemming vragen, accepteer bedreigende wereldbeeld van de cliënt
- Schizoïde kenmerken: acceptatie van eigenheid cliënt
- Antisociale kenmerken: rustig en kalm
- Borderline kenmerken: vriendelijk voorkomend erkenning geven, niet autoritair, geen adviezen geven wel informatie, duidelijk en consistent
- Theatrale kenmerken: bewonderen
- Narcistische kenmerken: bewonderen en krachtig
- Vermijdende kenmerken: kritiek vermijden, veiligheid
- Afhankelijke kenmerken: steunen, adviseren en voorzichtig stimuleren
- Obsessief compulsieve trekken: aan afspraken houden, verantwoordelijkheid tonen

Cliënten kunnen verschillende combinaties van bovengenoemde trekken vertonen, tegelijkertijd en na elkaar. Het bepalen van een grondhouding om in te voegen is niet gemakkelijk. Ook kunnen cliënten zich bij verschillende hulpverleners anders gedragen zodat er een verschil van mening over de grondhouding kan ontstaan. Het is nooit fout om begrip te tonen en de eigen grenzen duidelijk aan te geven. En het is niet verkeerd, als je er naast zit, om je voor je benadering te excuseren en de cliënt te vragen hoe het wel wil.

### **Rollen**

Cliënten kunnen je proberen je in een rol te drukken die niet bij je past. Het is goed om dit te corrigeren. Als een cliënt je de beste hulpverlener vind die hij ooit gehad heeft kun je bijvoorbeeld aangeven dat je wel je best probeert te doen maar echt niet de beste bent of wil zijn. Het tegendeel kun je doen als de cliënt je devalueert. Vaak gebeurt dit echter subtieler, na een gesprek heb je dan een onrustig gevoel. Er is iets gebeurd dat je niet wil maar je kunt het niet benoemen. Bespreek dit in de intervisie, of voer het gesprek volgende keer met z'n tweeën, waarbij je collega observeert.

### **Depsychiatiseren**

Deze term door Dawson gebruikt heeft ook betrekken op de rollen die men aanneemt. Cliënten neigen er toe hulpverleners als alwetend en almachtig te zien. Dit leidt tot idealiseren en onherroepelijk daarna teleurstelling en verzet met daarna strijd.

Het is dus beter niet de rol van wetende en bepalende hulpverlener aan te nemen omdat dit negatief uitpakt voor de werkrelatie, met name bij borderline problematiek. Gewoon koffie drinken met elkaar geeft ik zwakke mensen het gevoel dat ze een relatie aankunnen en versterkt hun competente (dus prevaleren van betrekking boven inhoud). Binnen de integrale rehabilitatie benadering spreken we van 'de persoonlijke ontmoeting': het proces waarbij hulpverleners zich laten zien als mens, in zijn sterke kanten en mogelijkheden maar ook in hun onvermogens, zwakheden en twijfels. En als we iets leren van cliënten die vertellen over hun herstelverhalen (zie bijv. Boevink, 2006) dan is het wel dat juist deze aspecten van omgaan met elkaar als helpend worden ervaren en vaak zelfs voor een doorbraak zorgen.

### **Duidelijkheid**

Hulp in de geestelijke gezondheidszorg is erg complex georganiseerd. Er zijn veel geschreven en ongeschreven regels en elke eenheid (bv team, afdeling, voorziening) heeft een eigen structuur, visie en werkwijze. Dit bemoeilijkt afstemming.

Clënten die problemen met de werkrelatie met zich meebrengen maken meestal gebruik van meerdere onderdelen van de GGZ naast andere zorg. Hier kan dus veel mis gaan. Allereerst is het van belang in deze wanorde duidelijkheid te scheppen. Wat zijn precies de regels die gelden per eenheid? Wie doet wat en hoe is de afstemming geregeld? Wat is wel onderhandelbaar en wat niet?. En welke consequenties gelden?

Voor dat met de feitelijke hulpverlening wordt begonnen kan het beste eerst een contact worden opgesteld. Deels kan hierover onderhandeld worden, bv t.a.v. de intensiteit of het aantal Bed op Recept opnames, deels liggen sommige dingen ook vast en moeten ze duidelijk aangegeven worden inclusief uit te voeren consequenties. (Bijvoorbeeld bij drugsgebruik in de woonvorm krijgt de bewoner eerst een waarschuwing, bij een tweede keer zal de bewoner moeten verhuizen) Contracten moeten geëvalueerd worden en zondig kan bijstelling plaatsvinden. Afspraken zouden het best GGZ breed gemaakt kunnen worden, waarbij de verschillen in regels per voorziening ook duidelijk worden voor de cliënt.

Om de gewenste afstemming te bereiken is een zorgconferentie met de cliënt een goed hulpmiddel. Van belang is ook dat in alle lagen van de organisatie een eenduidig visie bestaat over de regels en hoe ze te hanteren.

Het feitelijke behandel of begeleidingsplan richt zich op de wensen en behoeften van de cliënt, het is een hulpmiddel bij het op gang brengen van een proces. Restricties passen hier niet in. Voor de cliënt moet wel duidelijk zijn welke zorg hulpverleners precies kunnen bieden en dat men handelt binnen professionele kaders. De keuzevrijheid van de cliënt wordt begrensd door deze kaders.

### **Competentie**

Dawson gaat in zijn theorie over het aangaan van een vruchtbare werkrelatie met cliënten met een bps er van uit dat deze cliënten meer competentie bezitten dan ze vaak laten zien. Een ieder kent wel cliënten die in een stressvolle situatie zeer adequaat reageren om vervolgen door een klein voorval volledig van streek zijn. Het bevorderen van competent gedrag is dan ook een belangrijk doel van de werkrelatie. Dit kan bevorderd worden door de cliënt zoveel mogelijk de regie te geven. Ook strijd wordt hiermee voorkomen. Als de kaders duidelijk zijn kan de cliënt geen misbruik maken van zijn zeggenschap over de hulpverlening.

Een paar voorbeelden:

- Een cliënt kan per drie maanden 5 keer een nacht gebruik maken van een BOR-bed ('Bed-Op-Recept). Hij beslist zelf wanneer hij dat doet.
- Een cliënt wordt een keer per week thuis bezocht gedurende een uur. In dat uur kan hij zelf beslissen waar de invulling uit bestaat, binnen professionele kaders. Dit kan dus zijn: praten over het verleden, samen de afwas doen, wandelen of naar de sociale dienst gaan enz.

Naderhand kan hulpverlener met de cliënt nagaan of de keuze die de cliënt gemaakt heeft een goede was. Voor sturende hulpverleners is het niet gemakkelijk om de regie aan cliënten over te dragen, ook omdat ze cliënten niet competent genoeg achten. Cliënten achten zichzelf ook niet altijd competent en kunnen pogingen ondernemen de hulpverlener de regie weer op zich te laten nemen om zich vervolgens weer te verzetten tegen de ervaren dominantie.

Competentie wil niet zeggen dat cliënten alles alleen moeten doen. Zo zou een hulpverlener kunnen beslissen dat een cliënt maar alleen naar een instantie moet gaan, vanuit het idee competentie te bevorderen, terwijl de cliënt vroeg of de hulpverlener mee wilde gaan. De competentie van de cliënt is in dit voorbeeld hulp vragen (meegaan) en de hulpverlener beslist dat de cliënt het zelf moet doen en bevordert zo niet de competentie maar beslist voor de cliënt. Deze zou zich afgewezen kunnen voelen en bijvoorbeeld helemaal niet meer naar de instantie toegaan. De hulpverlener denkt dan weer dat de cliënt incompetent of lui is. Het begin van een vicieuze cirkel is gemaakt.

## **Groepen**

Veel cliënten die in een RIBW wonen leven in een groep. Hetzelfde geldt voor opgenomen mensen. Begrijpelijk is dat voor mensen die moeite hebben met samenwerken het leven in een groep extra problemen met zich meebrengt voor hen zelf maar ook voor de groep.

Een niet autoritaire aanpak geeft het minste strijd. Ook in de groep dienen de regels duidelijk te zijn. Afdelingsregels zijn dat vaak niet en worden verschillend gehanteerd bij verschillende cliënten. In een woonvorm heb je algemene regels maar elke groep heeft ook zijn eigen afspraken. Groepen met cliënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben extra steun nodig om heldere regels te formuleren en te handhaven. Ook duidelijke consequenties zijn van belang. Bij conflicten is het beste om te proberen de groep zelf duidelijk te laten zijn naar de betreffende bewoner. Bewoners hebben echter hun beperkingen en als de belasting te groot wordt zal het team moeten ingrijpen. Zij hebben immers deze mensen bij elkaar geplaatst en zijn dus ook mede verantwoordelijk als het mis gaat. Het team zal aan de betreffende groep ook duidelijk moeten aangeven wanneer ze ingrijpen en hoe. Dit bevordert de veiligheid en verbetert de groepsdynamiek. Bij dit alles heeft de bewoner met samenwerkingsproblemen de grootste kans op een succesvolle ervaring in een groep.

## **Automutuleren**

Al eerder is gesteld dat automutuleren een teken is van onvermogen anders om te gaan met innerlijke spanning of onlust. De verlichting hiervan vormt de beloning, negatieve aandacht of negeren versteekt het schuldgevoel en bevordert automutuleren. Er is dus geen sprake van een min of meer doelbewust gedrag om de hulpverleners het bloed onder de nagels te halen maar van eerder van een overlevingsstrategie. Het best kan men aangeven dat men het jammer vindt dat het gebeurd is en aanbieden een rol te willen spelen in het voorkomen van automutilatie. Het maken van een signaleringsplan is hierbij een goed hulpmiddel. Men kan de cliënt ook de regie geven binnen grenzen hoe te handelen na automutilatie. Hoe regelen we de noodzakelijk medische zorg? Veelal reageert de omgeving met afkeuring (bv op de eerste hulppost). Ondersteuning kan dan zinvol zijn om diskwalificatie door andere hulpverleners te voorkomen.

## **Suïcidaliteit**

Veel mensen met een persoonlijkheidsstoornis suïcideren zich. Preventie hiervan is dus een belangrijk item. Sommige cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis uitten zich ook vaak suïcidaal en doen veel pogingen. Emotioneel is dit erg belastend voor hulpverleners en de omgeving. Suïcidaliteit kan snel tot onzekerheid leiden en als reactie daarop tot dwang. Hulpverleners zijn bang voor suïcide, het is het ergste wat je kan overkomen. Je moet bijvoorbeeld verantwoording afleggen bij de inspectie. Als hulpverlener kun je suïcidaliteit niet beheersen of controleren. Cliënten voelen dat en weten dat ze met suïcidaliteit macht kunnen uitoefenen.

Het uitgangspunt dat cliënten competent zijn geldt bij uitstek voor suïcidaliteit. Wel is het belangrijk alert te blijven op factoren die het risico vergroten, bv een depressie, verlies of een psychose. Bij deze problematiek is een multidisciplinaire aanpak dan ook heel belangrijk.

Dawson adviseert hulpverleners hun cliënt duidelijk te maken dat ze niet in staat zijn suïcide te voorkomen als de cliënt dat echt wil. Ook adviseert hij het beleid bij suïcidaliteit niet te wijzigen maar ook niet negeren. De aanpak kan hetzelfde zijn als bij automutilatie. Steun aanbieden bij het voorkomen van pogingen. Na een poging heeft een opname bijvoorbeeld geen zin, voor een poging mogelijk wel. In veel klinische situaties worden cliënten nog ontslagen na een suïcidepoging met het argument dat gezien er toch een poging plaats vond verdere opname geen zin heeft.

Als een cliënt wil aantonen dat er toch niemand in hem geïnteresseerd is dan is een suicidepoging op de afdeling dus een goede manier om dit voor elkaar te krijgen. Bij ontslag na een suicidepoging gaat men dan mee in het zelfdestructieve gedrag van de cliënt. Een opname verlengen na een suicidepoging is ook niet handig, het geeft de cliënt het gevoel van macht. Het is beter om de cliënt dat gevoel te geven door de regie over de hulpverlening binnen de afgesproken kader bij hem te laten.

Het nastreven van een goede werkrelatie is ons inziens het beste suicidepreventiemiddel.

### **Dwang**

De vraag dringt zich dan op of je nooit dwang (IBS / RM) mag gebruiken. Liever niet, tenzij, is het antwoord. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen ook een depressie of psychose voorkomen die dwang wel rechtvaardigen. Soms is een cliënt verantwoordelijk voor een ander en dient dwang toegepast te worden om die ander te beschermen, ook al is deze dwang contraproductief voor de werkrelatie.

Een ander voorbeeld kan zijn dat een zeer competente cliënt vraagt om dwang in periodes van sterke onlust omdat hij zichzelf niet wil beschadigen. Met kan met de cliënt vastleggen wanneer de hulpverlening de regie overneemt en voor hoelang (bv met een RM). In een dergelijke situatie blijft de cliënt toch de regie houden over de hulpverlening ondanks een RM.

### **Teambenadering**

In de meeste settings kiest me er voor één hulpverlener te koppelen aan één cliënt, vooral vanwege het belang van de werkrelatie. Een zware last voor de hulpverlener en een zware last voor de cliënt als onvermijdelijk gewisseld wordt van hulpverlener vanwege een andere baan, zwangerschap of ziekte. De teambenadering is een methodiek die gebruikt wordt bij ACT-teams. Alle hulpverleners begeleiden alle cliënten en alle cliënten kennen alle hulpverleners. Meestal hebben enkele teamleden op basis van hun rol in het team het meest contact met de cliënt. Maar wisselingen gaan heel soepel en er is door het dagelijkse teamoverleg een hoge mate van continuïteit. Cliënten leren met verschillende mensen samen te werken en hebben veel minder last van personeelwisselingen. Hierbij kan ook passen dat teamleden verschillend rollen op zich nemen. De teamleider kan bijvoorbeeld degene zijn die de grenzen stelt en de cliënt kan met hem ruzie hierover maken. De andere contacten zijn dan minder conflict beladen waardoor de cliënt geen energie die hij voor zichzelf nodig heeft in strijd stopt. Onze ervaring is dat cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis hier erg enthousiast over zijn. Ze blijken heel goed in staat te zijn om met meerdere mensen (verschillende ) relaties aan te gaan en hier ook van te leren. Door deze verschillende vormen van persoonlijke ontmoetingen ervaart de cliënt dat alle hulpverleners weer verschillend zijn ('het zijn nét mensen'). Hulpverleners spreken elkaar bijvoorbeeld ook wel eens tegen, maar dat is geen ramp: zo zit het leven nu eenmaal in elkaar.

Ook burnout bij hulpverleners heeft minder kans bij de ze aanpak. Alhoewel deze methodiek ontwikkeld is voor ACT is hij ook goed te gebruiken in een woonvorm of op een afdeling.

## **Crisis in de relatie**

Dawson noemt een aantal kenmerken die een crisis in de werkrelatie kenmerken:

- situatie en affect niet bij elkaar passen
- overdrijven
- vaag
- locus of control buiten zichzelf leggen
- gevoel dat je op je hoede moet zijn, dat je niets verkeerd mag zeggen
- direct te persoonlijk contact
- direct afgewezen of gediskwalificeerd worden

Hij geeft de volgende tips:

- verlangzaam het gesprek
- minder woorden gebruiken
- stiltes
- gebruik neutrale empathie
- neem een positie aan tegenovergesteld aan de je toebedeelde
- gebruik paradoxale interventies en judo

En dan is het afwachten wat er gebeurt. De bovenstaande houding voorkomt strijd en de cliënt kan niet veel anders dan vroeg of laat met een constructief voorstel komen. Vertrouwen op de competentie van de cliënt is hierbij wel nodig.

Globaal gezien kun je de volgende dingen altijd wel doen:

- belangstelling tonen
- empathie tonen
- onderhandelen
- een contract maken
- betrouwbaar zijn
- duidelijk zijn
- consequent zijn
- informatie geven

Het volgende kun je beter niet doen:

- adviezen geven
- bezorgdheid tonen
- beleren
- redden
- moederen
- afwijzen
- boos worden

## **Slot**

Dawson is van mening dat het managen van de werkrelatie bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis de genezende interventie bij uitstek is.

Inmiddels is duidelijk dat interventies gericht op behandeling en rehabilitatie ook hun nut hebben bewezen. Maar dit werkt alleen als het niet al te veel spant in de relatie, of te wel als het beide partijen lukt om de relatie goed te hanteren.

Hulpverleners hebben hierbij een specifieke taak. Zij behoren vaardigheden te hebben die bijdragen tot een optimale werkrelatie. GGZ-organisaties dienen hun werkwijze zo in te vullen dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis zich zo competent mogelijk kunnen gedragen. En dan nog zal het vaak mis gaan in de samenwerking. Het heeft geen zin iedere crisis tussen cliënt en hulpverleners krampachtig te voorkomen. Van het doorwerken van een crisis kun je samen weer leren.

## Literatuur

- Boevink, Wilma e.a (redactie): *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychiatrische beperkingen*. Passage Cahier. SWP Amsterdam
- Dawson, David en Harriet MacMillan (1993) . *Relationship management of the borderline patient, from understanding tot treatment*. Brunner/Maze, New York
- Hellinga, Gerben (1999). *Lastige lieden*. Een inleiding over persoonlijkheidsstoornissen. Boom, Amsterdam.
- Hoogduin, C.A.L (2003) *Omgaan met moeilijke mensen*. Cure & Care Publishers, Nijmegen 2003
- Van Meekeren, Edwin van (2001). *De borderlinestoornis: crisis in hechten en onthechten*. Benecke N.I. Amsterdam 2001
- Wilken en den Hollander, *Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering*. SWP Amsterdam, 3de druk 2003