

Omgaan met patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis in de huisartspraktijk

M. JACOBS

Jacobs M. Omgaan met patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2000;43(5):227-9.

Mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis kunnen door de aard van de stoornis voor grote problemen zorgen in de relatie tussen huisarts en patiënt. De hier gepresenteerde werkwijze wordt gekenmerkt door frequente contacten met duidelijke begrenzingen. Tijdens deze contacten wordt vooral aandacht besteed aan het positief duiden van gedragingen van de patiënt, terwijl wordt gestreefd naar openheid en duidelijkheid in de relatie tussen huisarts en patiënt. Daarnaast is een netwerk van hulpverleners met duidelijke onderlinge werkafspraken van belang.

M. Jacobs, huisarts, Medisch Centrum Maandereng, Mondriaanstraat 17, 6717 SC Ede.

Casus

Met een zucht neemt ze plaats op de stoel in mijn spreekkamer: 'Het gaat niet goed dokter, alles gaat mis.' Als ik haar vraag om dit wat toe te lichten, volgt een stortvloed van problemen: de situatie met haar twee kinderen van 4 en 6 die niet willen luisteren, en vanaf 6 uur 's morgens lawaai maken, haar man die het allemaal niet meer aankan en zich steeds meer terugtrekt, de financiën die uit de hand lopen omdat ze te veel geld uitgeeft, haar gewicht dat door vreetbuiën steeds meer toeneemt, en haar eigen stemming die ze omschrijft als prikkelbaar, wanhopig en uitzichtloos. Terwijl ze voor me zit, kijkt ze met angstige ogen; ze is inderdaad veel te zwaar, en onder haar halflange mouwen zit een woud van littekens. Ze verontschuldigt zich voor haar komst en vertelt dat ze de pillen die ik haar verleden week heb voorgeschreven om wat rustiger te worden (thioridazine), niet heeft genomen omdat ze bang is voor pillen op grond van haar vroegere psychiatrische ervaringen.¹ Een dergelijk bezoek vindt bijna wekelijks plaats.

Borderline-persoonlijkheidsstoornis

In het dikke dossier van deze patiënte staat dat ze een 'borderline-persoonlijkheidsstoornis' (BPS) heeft. Deze stoornis wordt gekenmerkt door een gedragspatroon met opvallende wispelturigheid en impulsiviteit en heftige emoties (*kader*). De etiologie van de borderline-stoornis is complex en multicausaal. Het gaat om een combinatie van biologische factoren (impulsiviteit, emotionele instabiliteit), psychologische factoren (ingrijpende ervaringen in de jeugd) en sociale factoren (bijvoorbeeld wegvallen van de samenhang door verminderde betekenis van de kerk³ en andere sociale instituties). Voor het begrijpen en juist bejegenen van deze patiënten is kennis van de achterliggende factoren van groot belang. Betrokkene leert niet om zich te hechten en te onthechten, niet om vertrouwen in zichzelf en anderen te stellen, of een stabiel beeld van zichzelf en anderen te vormen. Het gevolg is een onvermogen om de middenweg te kiezen. Er ontstaat zwart-witdenken.

Het behoeft geen betoog dat iemand die

aan bovengenoemde kenmerken voldoet ook in de huisartspraktijk geen gemakkelijke patiënt is. Het is de patiënt die een sterk beroep op je doet mee te leven met zijn emoties en je de volgende dag, na een uitgelopen consult van drie kwartier, verwijt dat je te weinig tijd voor hem hebt. De patiënt die je om 3 uur 's nachts staat te hechten, omdat hij zich gesneden heeft. Of de patiënt die plotseling een andere huisarts kiest, nadat je jaren intensief met hem bent bezig geweest. Het zijn ook de patiënten die door de laagdrempeligheid van de huisartspraktijk soms een onevenredig groot beroep op je doen, bijvoorbeeld door vijf minuten na het ingaan van de dienst te bellen dat het niet meer gaat en dat het Riagg de hele dag onbereikbaar is geweest.

Terug naar de casus

De contacten met mijn patiënte zijn frequent, maar meestal vrij kort van duur (maximaal 20 minuten). Het 'contract' is ongeveer als volgt: als je dat nodig vindt, kun je terecht op het reguliere spreekuur volgens afspraak, als er ruimte in de agenda is nog op dezelfde dag. De begrenzingen zijn de tijden van afspraak. Een voorbeeld van een deel van een consult:

'Het gaat niet meer dokter, ik kan het echt niet meer aan.'

'Hoezo, vertel eens', vraag ik.

'Nou de oudste is de hele nacht aan het spoken, ik doe geen oog meer dicht en overdag ben ik zo moe dat ik mijn huishouden verwaarloos. U denkt zeker: daar komt ze weer klagen, maar ik weet het ook niet meer.'

'Ik vind het juist prima dat je komt en eerlijk dat je me dit allemaal vertelt, het getuigt ook van zorg om je gezin. Gaat het met de oudste overdag ook zo moeilijk?'

'Thuis wel maar, op school schijnt het juist wel goed te gaan.'

'Goh leuk, vertel eens...'

Ik probeer niet te veel in te gaan op de inhoud van wat ze vertelt, maar streef ernaar de sfeer van ons contact te beïnvloeden; positief duiden van wat ze doet is daarin belangrijk.

Steeds terugkerende thema's zijn: haar angst voor terugval naar een psychiatrische opname, de oordelen van haar familie over haar doen en laten, en haar moeite met het stellen van grenzen aan zichzelf en aan haar kinderen. Ze ziet daarbij voortdurend haarscherp waar het mis gaat, maar heeft een soort 'blinde vlek' voor de dingen die wel goed gaan. Ze schaamt zich er bijvoorbeeld voor dat ze hulp nodig heeft bij de opvoeding, ziet dit als een teken van haar onvermogen. Ik duid dat juist als een teken van zorgzaamheid dat ze voelt wanneer het misgaat en ze daarbij hulp vraagt. Met evenveel schaamte vertelt ze dat ze door de week geen boodschappen meer mag doen van haar man, omdat ze te veel geld uitgeeft; ze ziet dit als bewijs van haar zwakte. Ik complimenteer het echtpaar juist met het feit dat ze op deze manier grenzen weten te stellen aan dit moeilijke probleem. Haar moeite met het ontvangen en accepteren van dit soort complimenten bespreek ik ook.

Ze is dankzij voorlichtingsmateriaal goed op de hoogte van haar 'ziektebeeld', waardoor ik dit soort gesprekken ook kan verbinden met haar negatieve zelfbeeld.

Inmiddels zit ze zo'n vijf jaar in mijn praktijk; soms zijn er perioden dat ik haar welkelijks zie, soms slaat ze enkele weken over. De vijf jaar dat ze in mijn praktijk is zijn geen opnames nodig geweest. Suïcidogingen of automutilatie hebben zich de laatste jaren niet meer voorgedaan.

Natuurlijk lukt het mij ook niet om alles positief te duiden en altijd open te staan voor de vele problemen die ze me presenteert. Belangrijk is het daarom om hierin als huisarts ook grenzen te stellen en eerlijk te zijn als je het zelf 'ook niet meer weet'. Een voorbeeld:

Ze komt weer op de boven beschreven manier op mijn spreekuur. Uit het feit dat ze een dubbele afspraak gemaakt heeft, begrijp ik dat ze echt even aandacht wil. Tijdens het consult dwalen mijn gedachten echter af, omdat ik net van het ziekenhuis hoorde dat een patiënt, 40 jaar en vader van vijf kinderen, plotseling is overleden. Ik ben in gedachten bij het condoleancegesprek van zometeen.

DSM-IV diagnostische criteria voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:

- 1 Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
- 2 Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren.
- 3 Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld en zelfgevoel.

- 4 Impulsiviteit op tenminste twee gebieden die in potentie betrokkenen kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, roekeloos rijden, vreetbuien).
- 5 Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
- 6 Affectlabieleit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming.
- 7 Chronisch gevoel van leegte.
- 8 Inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen.
- 9 Voorbijgaande aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.²

Opeens hoor ik mijn patiënte zeggen: 'Ach het heeft ook eigenlijk geen zin dat ik hier iedere week kom klagen.' Ze merkt dus haarfijn dat ik niet luister en ik voel dat ik ook eigenlijk geen zin en energie heb om nu voor haar open te staan. Ik zeg: 'Je hebt gelijk, ik zit niet naar je te luisteren', en ik leg uit dat ik in gedachten bij de pas overleden patiënt ben.

Ze stapt abrupt op – 'dan ga ik maar' – mij in verwarring achterlatend. Ik vraag me de hele week af hoe ze verder zal reageren: zal ik ook worden toegevoegd aan de rij van mensen die haar 'hebben laten zitten'?

Tot mijn verrassing komt ze de volgende week opgewekt terug en vertelt blij te zijn geweest met mijn reactie: 'Weet u dokter, soms denk ik dat ik veel te veel aandacht vraag en dat alles om mij draait; ik ben blij te merken dat dat niet altijd zo is.' Ik laat haar mijn verassing blijken en complimenteer haar met haar sportiviteit.

Werkwijze

De werkwijze die ik bij patiënten een BPS aanhoud, is als volgt samen te vatten:

- Zorg voor een netwerk met ten minste een andere hulpverlener of hulpverlenende instantie; stem regelmatig de werkwijzen op elkaar af.
- Frequentie en laagdrempelige contacten sluiten aan bij de vaak impulsieve be-

hoeften van de patiënt en helpen om een zekere vertrouwensrelatie te scheppen.⁴

- Om te voorkomen dat frequentie en laagdrempeligheid een voedingsbodem vormen voor manipulaties, is een eerlijke, open houding in die contacten nodig. Ook moet de patiënt geen uitzonderingspositie krijgen: is het spreekuur vol, dan kan pas voor de volgende dag een afspraak worden gemaakt.
- Zoek in de spreekuurcontacten naar mogelijkheden om positief te duiden.
- Laat je niet verleiden tot exploratie van het verleden of de zorgen over de toekomst, maar kijk wat hier en nu tussen jou en de cliënt gebeurt.⁴
- Wees je bewust van het ziektebeeld van de patiënt: snel een gevoel van afgewezen worden en een sterke wisseling van gevoelens.³
- Zorg dat de patiënt geïnformeerd is over het eigen ziektebeeld; er is een folder van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie.

Het frequente contact en positief duiden van gebeurtenissen helpen patiënte om te gaan met haar negatieve zelfbeeld zonder dat zij haar handelen afhankelijk maakt van het oordeel van haar huisarts. De laagdrempelige werkwijze in de eerste lijn voorkomt onnodige frustraties bij deze vaak impulsieve patiënten, terwijl de structuur van het spreekuur en de benade-

ring door de huisarts voorkomen dat de laagdrempeligheid een bron voor manipulaties wordt.

Deze werkwijze past goed binnen het principe van 'relationship management' van Dawson & McMillan. Zij gaan ervan uit dat vooral negatieve effecten kunnen ontstaan tijdens de contacten met de (geestelijke) gezondheidszorg. Hun behandeling is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- richt geen schade aan;
- reduceer chaos en verander de verstoorde relatie tussen patiënt en gezondheidsinstelling;
- overweeg therapie.⁵

Van Meekeren & Rooymans geven ook enkele tips voor de bejegening van borderline-patiënten.³

Beschouwing

De relatie van artsen met patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis

kan gemakkelijk leiden tot een negatieve spiraal van wederzijdse frustraties en ergernissen. Door deze persoonlijkheidsproblematiek te herkennen kan de arts erachter komen waarom deze patiënt zo moeilijk is, en tegelijkertijd zijn eigen handelen beïnvloeden.

Dat het met deze patiënte tot nu toe relatief goed is gegaan, is natuurlijk niet alleen te danken aan goede begeleiding en therapie. In de literatuur wordt beschreven dat bij patiënten die de eerste heftige fase overleven (9% pleegt volgens onderzoekers suïcide⁶) het beeld langzaam afvlakt en soms zelfs verdwijnt. Juist de eerste lijn, met zijn lage toegangsdrempel, biedt kansen om met deze patiënten een vertrouwensrelatie op de bouwen. Het vergt van de huisarts vooral inzicht in eigen handelen en het nodige geduld, niet eens erg veel tijd. Er kan dan een werkrelatie ontstaan waardoor de huisarts de borderline-patiënt niet langer als 'heart sink' patiënt beschouwt, maar als een mens in een groei-proces.

Literatuur

- 1 Van Meekeren E. De rol en betekenis van farmacotherapie in de therapeutische relatie met patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Tijdschrift voor Psychiatrie 1997;39:875-8.
- 2 Diagnostische criteria van de DSM-IV. Derde druk. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1996.
- 3 Van Meekeren E, Rooymans HGM. Patiënten met een borderlinestoonis in de gezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2437-9.
- 4 Greenberg E. Healing the borderline. The Gestalt Journal 1989;12:11-55.
- 5 Dawson D, MacMillan HL. Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment. New York: Brunner/Mazel, 1993.
- 6 Ingenhoven Th, Van den Brink W. Borderline persoonlijkheidsstoornis: diagnostische en epidemiologische aspecten. In: Derksen JJJ, Groen H, redactie. Handboek voor de behandeling van borderline patiënten. Utrecht: De Tijdstroom, 1994:17-27.

Het reisconsult in de huisartspraktijk. Nieuwe ontwikkelingen rond malariapreventie

Vervolg van pag. 222

- 11 Fryauff DJ, Baird JK, Basri H, et al. Randomised placebo-controlled trial of primaquine for prophylaxis of falciparum malaria and vivax malaria. Lancet 1995;346:1190-3.
- 12 Lell B, Luckner D, Ndjavé M, et al. Randomised placebo-controlled study of atovaquone plus proguanil for malaria prophylaxis in children. Lancet 1998;351:709-13.
- 13 Shanks GD, Gordon DM, Klotz FW, et al. Efficacy and safety of atovaquone/proguanil for suppressive prophylaxis against Plasmodium falciparum malaria. Clin Infect Dis 1998;27:494-9.
- 14 Chulay JD. Challenges in the development of antimalarial drugs with causal prophylactic activity. Trans R Soc Trop Med Hyg 1998;92:577-9.
- 15 Lewis SJ, Davidson RN, Roos EJ, Hall AP. Severity of imported falciparum malaria: effect of taking anti-malarial prophylaxis. BMJ 1992;305:741-4.
- 16 Phillips-Howard PA, Ter Kuile FO. CNS adverse events associated with anti-malarial agents. Drug Saf 1995;12:370-83.
- 17 Croft A, Garner P. Mefloquine to prevent malaria: a systemic review of trials. BMJ 1997;315:1412-6.
- 18 Boudreau E, Schuster B, Sanchez J, et al. Tolerability of prophylactic Lariam regimens. Trop Med Parasitol 1993;44:257-65.
- 19 Barrett PJ, Emmins PD, Clarke PD, Bradley DJ. Comparison of adverse events associated with use of mefloquine and combination of chloroquine and proguanil as antimalarial prophylaxis: postal and telephone survey of travellers. BMJ 1996;313:525-8.
- 20 Van Riemsdijk MM, Van der Klauw MM, Van Heest JAC, et al. Neuro-psychiatric effects of antimalarials. Eur J Clin Pharmacol 1997;52:1-6.
- 21 Lobel HO, Kozarsky PE. Update on prevention of malaria for travellers. JAMA 1997;278:1767-71.
- 22 Humar A, Ohrt C, Harrington MA, et al. Parasight® F Test compared with the polymerase chain reaction and microscopy for the diagnosis of Plasmodium falciparum malaria in travellers. Am J Trop Med Hyg 1997;56:44-8.