

Patiëntgericht communiceren bij de borderlinecrisis

INLEIDING

'Als je mij nú niet met de huisarts doorverbindt, dan spring ik voor de trein en dan heb jij het gedaan!'

Hulpverleners krijgen regelmatig te maken met borderlinepatiënten die in crisis verkeren. Een borderlinecrisis is een situatie waarbij een patiënte met een borderline persoonlijkheidsstoornis (borderlinepatiënten zijn meestal vrouwen) een dwingend beroep doet op hulp. De patiënte belt in nood de huisartsenpost, laat na een auto-intoxicatie een ambulance komen of meldt zich op de Spoedeisende Hulp met zelf aangebrachte snijwonden.

Als praktijkassistente op de huisartsenpost of dienstdoende huisarts weet u niet altijd of er sprake is van borderlineproblematiek, maar toch is het belangrijk deze stoornis in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen. Typisch borderlinegedrag is contextgebonden, het ontstaat vooral in de interactie met hulpverleners. Bij borderlinepatiënten zult u over het algemeen een prettiger werkrelatie en betere resultaten bereiken wanneer u uw wijze van communiceren aan hun persoonlijkheid aanpast.

In dit artikel beschrijf ik hoe u op patiëntgerichte wijze kunt omgaan met borderlinepatiënten die in crisis verkeren. Onderzoek wijst uit dat patiëntgericht communiceren een gunstig effect heeft op zorguitkomsten zoals de tevredenheid en therapietrouw van de patiënt, maar ook op diens gezondheid. Patiëntgericht communiceren leidt bovendien tot minder conflicten en minder medische consumptie.¹ Patiëntgerichtheid houdt in dat de arts moeite doet om niet alleen de ziekte maar ook de zieke te begrijpen. Een patiëntgerichte arts komt zoveel mogelijk tegemoet aan de behoefte van de patiënt om te weten en te begrijpen wat er aan de hand is (geruststelling), en aan de behoefte zich gekend en begrepen te voelen (erkenning).² Bij borderlinepatiënten gaat het vooral (vaak zelfs uitsluitend) om het betrekkningsniveau en de behoefte aan erkenning en begrip.

Samenvatting

Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren bij de borderlinecrisis. *Huisarts Wet* 2011;54(8):441-3.

Patiëntgerichte geneeskunde is gebaseerd op een attitude van respect, acceptatie, echtheid en betrokkenheid, waarbij de hulpverlener de patiënt in principe benadert als iemand die verantwoordelijk en competent is. Patiëntgerichte communicatie zorgt voor een prettiger werkrelatie en betere resultaten. Dit artikel beschrijft hoe huisartsen en praktijkassistenten op patiëntgerichte wijze kunnen omgaan met een borderlinepatiënt die in crisis verkeert. Bij elk crisiscontact met een borderlinepatiënt moet de arts het risico op suicide beoordelen.

HOE HERKENT MEN EEN BORDERLINECRISIS?

Alarmsymptomen als automutilatie of een (recidief) suicidepoging zal vrijwel iedere hulpverlener herkennen als passend bij een borderlinecrisis. Er zijn ook andere symptomen. Een borderlinepatiënte in crisis presenteert zich vaak theatraal. Zij is in nood, en voor haar is dit gevoel ondraaglijk en allesoverheersend. Er is een soort 'instantcontact': de patiënte gedraagt zich van meet af aan verongelijkt, boos of verwijtend terwijl u haar misschien niet eens kent! Dat kan bevreemding opwekken bij de hulpverlener, maar ook heftige, soms tegenstrijdige gevoelens, variërend van beschermend tot afwerend. De patiënte legt de verantwoordelijkheid voor haar gedrag vaak buiten zichzelf, onder het motto: 'Ik heb borderline' en: 'Ik ben nu eenmaal zo'. De hulpverlener krijgt de verantwoordelijkheid voor het vinden van een oplossing in de schoenen geschoven: 'Als u mij niet opneemt, sta ik niet voor de gevolgen in'.

RESPECTEREN EN ACCEPTEREN

Het uitgangspunt van patiëntgerichte geneeskunde is een attitude van respect, acceptatie, echtheid en betrokkenheid, waarbij de hulpverlener de patiënt in principe beschouwt als verantwoordelijk en competent.^{3,4} Dat is bij een borderlinepatiënte in crisis niet anders. Als u de patiënte respecteert en accepteert zoals zij is, en haar klacht serieus neemt, maakt dat de weg vrij voor verandering. Accepteren betekent niet dat u het overal mee eens moet zijn. Aan disfunctioneel gedrag zult u grenzen willen en ook moeten stellen. Het is de kunst dat te doen zonder de patiënte zelf af te wijzen.

Een goede arts-patiëntrelatie met een borderlinepatiënte is als goed ouderschap. U blijft uzelf (u bent 'echt'), u bewaakt uw reacties, u doet geen beloftes die u niet kunt nakomen en u maakt excuses voor gemaakte fouten (ook als het in uw ogen om iets kleins gaat, zoals iets te laat terugbellen). Als hulp-

De kern

- Bij borderlinepatiënten in crisis zult u een prettiger werkrelatie en betere resultaten bereiken wanneer u uw wijze van communiceren aanpast aan hun persoonlijkheid.
- Bij borderlinepatiënten gaat het vooral om het betrekkningsniveau en om de behoefte aan erkenning en begrip.
- De arts moet bij elke borderlinecrisis het risico op suicide beoordelen.
- Borderlinepatiënten blijven, uitzonderingen daargelaten, zelf verantwoordelijk voor hun gedrag.

Psychiatrisch Expertise Collectief, WG-plein 357, 1054 SG Amsterdam; R. van Staveren, psychiater. • Correspondentie: r.vanstaveren@psychiatrische-expertise.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

verlener stelt u duidelijke grenzen, bent u consequent en toch flexibel, en bent u rechtvaardig en betrouwbaar.^{5,6} Tot slot: u geeft de patiënte de verantwoordelijkheid terug daar waar het kan. Lastig gedrag is op zichzelf geen stoornis. Borderlinepatiënten blijven zelf verantwoordelijk voor hun gedrag – uitzonderingen daargelaten [kader].

LAAT DE PATIËNTE KORT VENTILEREN

Als u gebeld wordt door een 'bekende' borderlinepatiënte, is het verstandig direct bij aanvang de tijdsduur van het gesprek te begrenzen. Op een later tijdstip kan het lastig worden het consult af te ronden zonder dat de patiënte het gevoel krijgt dat u haar alsnog afwijst. 'Dag mevrouw Janssen, we hebben tien minuten de tijd. Hoe kan ik u helpen?' of: 'Goed dat u belt. Ik heb nu tot (noem concreet tijdstip) de tijd voor u. Wat zou u met mij willen bespreken?' U zegt dus niet dat u *maar* tien minuten de tijd heeft. De patiënte zou dit kunnen opvatten als: 'Zie je nou wel, de dokter heeft maar tien minuten voor mij!'

Ga niet mee in oeverloos praten over vroegere affectieve verwaarlozing of over uitzichtloze vooruitzichten, hoe reëel en invoelbaar ook. De patiënte maar laten spuien werkt vaak averechts: hoe meer inlevingsvermogen, begrip, gesprekken, afspraken en ventilatiemomenten, des te meer herbelevingen, wegrakingen, onveilig gedrag, automutuleren en suïcidaliteit.⁸ Blijf tijdens het gesprek in het hier en nu: wat is er nú aan de hand? 'Het verleden laten we even voor wat het is. Laten we kijken hoe het vanavond, nu, met u is. Daar hebt u al de handen aan vol, lijkt me.'

Probeer op subtiele wijze positief te formuleren. De borderlinepatiënte weet, net als iedereen, vaak beter wat ze níet wil dan wat ze wél zou willen. Op een uitspraak als: 'Ik wil niet meer leven zo!' kunt u reageren met: 'Zou het kunnen dat u naar meer rust en stabiliteit in uw leven verlangt?' En als ze haar gedrag verklaart met een statisch: 'Ik ben nu eenmaal zo', kunt u proberen dit om te buigen naar een meer veranderlijk: 'U doet nu zo. Daar hebt u vast een goede reden voor. Vertel eens?'

BEOORDEEL HET SUÏCIDERISICO

Bijna 10% van de borderlinepatiënten overlijdt vroegtijdig door suïcide.⁶ Om die reden moet elk crisiscontact, ook bij een 'bekende' borderlinepatiënte, beginnen met een zo objectief en

onbevangen mogelijke risicobeoordeling. Soms is (acuut) medisch ingrijpen noodzakelijk.

Vraag naar de directe aanleiding om nu te bellen: 'U hebt vast een goede reden om ons te bellen. Vertel eens ...' Vaak gaat het om een vermeend, dreigend of reëel verlies: een relatiebreuk, een ruzie, een behandelaar die op vakantie is gegaan. Een enkele keer blijft de trigger onduidelijk.

Vraag ook expliciet naar risicofactoren! Middelenmisbruik (alcohol, benzodiazepinen, drugs) in de afgelopen uren, angst en paniek, depressie, psychose, automutilatie, auto-intoxicatie (wat precies, hoeveel stuks, hoe laat)? Neem zo nodig passende maatregelen: bel een ambulance of de crisisdienst.

Maak onderscheid tussen chronische en acute suïcidaliteit. Wanneer het suïcidale appel of de suïcidale geste onderdeel is van habitueel en inadequaat probleemoplossend gedrag en de suïcidaliteit chronisch is geworden, dan is de patiënte daar zelf verantwoordelijk voor. De patiënte beslist uiteindelijk zelf over leven en dood. Zij is, belangrijke uitzonderingen daargelaten [kader], niet gebaat bij een arts die op kritische momenten de reddersrol op zich neemt. Het gaat er uiteindelijk om de patiënte te helpen zichzelf te beschermen.⁵

Risicofactoren voor suïcide bij een borderlinecrisis

- Verlies (vermeend, dreigend of reëel; het gaat om de beleving van de patiënte).
- Eenzaamheid (een uitgeput systeem).
- Angst of paniek.
- (Micro)psychotische episode.
- Depressieve episode.
- Middelenmisbruik (alcohol, benzodiazepinen, drugs).

BEPERK GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Bij de borderlinepatiënte is het belangrijk duidelijke grenzen te stellen, zonder machtsvertoon en rekening houdend met haar autonomie.⁶ Leg (lieft direct) concreet en helder uit welke gedragingen u wel en niet accepteert. Gebruik een ik-boodschap: 'Mevrouw Janssen, ik vind het niet prettig als u zo tegen mij tekeergaat. Als u daarmee doorgaat, beëindig ik het gesprek en leg ik de hoorn neer. U mag me terugbellen zodra u weer gewoon tegen me kunt praten.' Maak van het begin af aan duidelijk waar u de patiënte wel mee van dienst kan zijn en waarmee niet. Zeg bijvoorbeeld (op neutrale toon): 'Ik schrijf nooit extra benzodiazepinen voor. Zelfs niet als u uw recept kwijt bent of de nood hoog is. Het zijn verslavende middelen. Nu de afgesproken weekvoorraad op vrijdagavond al op is, zult u tot maandagochtend moeten wachten tot u weer nieuwe kunt halen.' Geef ook aan wat u wél te bieden hebt: 'Ik wil wel met u meedenken hoe u nu op een andere manier tot rust zou kunnen komen, als u dat wilt.'

Wees flexibel binnen de afgesproken grenzen, ook al klinkt dat tegenstrijdig. Soms is het beter gedeeltelijk toe te geven aan een patiënte in nood, dan haar de nodige zorg compleet te onthouden. De patiënte heeft, net als een opgroeiende puber, een empathische respons op haar veranderende behoeften nodig.⁹

Abstract

Van Staveren R. Patient-centered communication during a borderline crisis. *Huisarts Wet* 2011;54(8):441-3.

Patient-centered medicine is based on respect, acceptance, genuineness and empathy, whereby the patient is considered to be responsible and competent. Patient-centered communication provides for a pleasant working relationship and better outcomes. This article describes how general practitioners and practice assistants should manage patients with borderline personality disorder in a crisis in a patient-centered manner. General practitioners should evaluate the risk of suicide each time they come into contact with such patients.

TOON EMPATHIE MAAR BEHOUD DISTANTIE

Probeer de patiënte erkenning te geven voor wat er wél goed gaat, al is het nog zo weinig. Belt zij u met de mededeling dat ze op het punt staat al haar tabletten in te nemen, geef haar dan erkenning voor het feit dat ze in plaats daarvan met u belt. Zegt zij dat ze de pillen al heeft ingenomen, vraag haar dan hoe ze het voor elkaar heeft gekregen u desondanks te bellen (en informeer uiteraard ook naar soort en aantal). Als u dit doet op een toon waaruit blijkt dat u het oprecht meent, dan zou u wel eens versted kunnen staan van haar adequate reactie.^{7,10}

Erkenning geven (valideren, bevestigen) is gebaseerd op empathie. U laat ermee blijken dat u in staat bent te begrijpen hoe de patiënte denkt, voelt, zich gedraagt of het leven ervaart. Bij een borderlinepatiënte is erkenning geven riskant. Het is voortdurend balanceren tussen afstand en nabijheid, waarbij zowel een te kleine als een te grote afstand voor haar beangstigend kan zijn. Goedbedoelde empathische opmerkingen als: 'Ik begrijp het' of: 'Dat lijkt me moeilijk' komen te nabij en kunnen bij de patiënte een afwerend en meestal volkomen terecht: 'Wat weet ú er nou van?!' ontlokken.¹¹

Marsha Linehan heeft een techniek beschreven waarbij de hulpverlener de borderlinepatiënte erkenning geeft met behoud van distantie.¹² De hulpverlener accepteert onvoorwaardelijk de motieven voor het gedrag van de patiënte, zonder het gedrag zelf goed te keuren. Een patiënte die zich gesneden heeft, laat u (op neutrale toon!) weten dat haar gedrag logisch volgt op haar huidige situatie: 'Na wat u me verteld hebt, kan ik begrijpen waarom u op deze manier de opgebouwde spanning probeert kwijt te raken.' Met de formulering 'na wat u me verteld hebt, kan ik begrijpen dat...' accepteert u het gedrag zoals het is, zonder de patiënte als persoon af te wijzen. Afhankelijk van de reactie stelt u een copingvraag: 'Hoe zou u nu dezelfde ontlading kunnen bereiken zonder uzelf zoveel schade aan te doen?' U legt hiermee impliciet de verantwoordelijkheid terug bij de patiënte.

TOETS AAN DE REALITEIT

Heeft de patiënte eenmaal kort de gelegenheid gehad haar grieven te ventileren, schat u in dat het risico op acute suïcidaliteit klein is en heeft u haar effectief erkenning gegeven, dan is het tijd om de situatie aan de realiteit te toetsen. Het streven is het impulsieve zelfdestructieve gedrag om te buigen naar minder destructief gedrag of, liefst, verbale expressie. U laat hierbij de verantwoordelijkheid bij de patiënte en houdt uw eigen rol bescheiden: 'U hebt gelijk, wij kunnen uw situatie ook niet verbeteren, hoe graag we dat ook zouden willen.'

Vraag naar een crisis- of behandelplan. De patiënte hieraan herinneren kan al deëscalerend werken: 'Hebt u met uw vaste behandelaar afspraken gemaakt over wat u op een moment als dit zou kunnen doen?' Vaak zijn er afspraken om afleiding te zoeken of iets te doen met een sterke sensorische prikkel, zoals hard rennen of een ijskoude douche nemen. Soms is er een 'bed-op-recept' afgesproken, een kortdurende opname ter crisisinterventie.

Probeer niet zelf adviezen te geven (dit ondermijnt de autonomie van de patiënte), maar stel zodanige vragen dat zij bij het beantwoorden zichzelf advies geeft: 'Wat gaat u de komende uren doen?', 'Hoe kreeg u uzelf eerder gekalmeerd?' Betrek ook de omgeving erbij: 'Wat zou uw moeder/vriendin u op een moment als dit adviseren, denkt u?'

Probeer op tijd te eindigen. Als het goed is, hebt u bij aanvang van het consult al aangegeven hoeveel tijd u beschikbaar had. Wanneer de afgesproken tijd bijna verstreken is, herinnert u de patiënte hieraan: 'We moeten het gesprek nu afronden. Hebt u met mij kunnen bespreken wat u van plan was?' Mocht zij over iets nieuws beginnen, leg haar dan uit waarom u er nu niet op ingaat: 'Ik kan me voorstellen dat u dit graag wilt bespreken. Ik vind het echter belangrijk om me aan afspraken te houden. Om die reden wil ik het gesprek nu beëindigen. U kunt (noem concreet tijdstip) met uw eigen behandelaar contact opnemen.' Sluit af met een korte samenvatting van wat u afgesproken hebt.⁷ ■

Tips

- Begin én eindig op tijd.
- Beoordeel bij elk crisiscontact het suïciderisico.
- Laat kort ventileren, geef erkenning, toets dan pas aan de realiteit (temper de verwachtingen).
- Neem passende maatregelen waar nodig.
- Geef de verantwoordelijkheid terug waar het kan.

LITERATUUR

- 1 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2006.
- 2 Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM, redactie. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 3 Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 1957;21:95-103.
- 4 Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centred medicine: Transforming the clinical method. Thousand Oaks (CA): Sage, 1995.
- 5 Van Luyn B. Crisisinterventie bij borderlinepatiënten. *Tijdschrift voor Dialectische Therapie en Hypnose* 2001;3:286-307.
- 6 Van Meekeren E. Samenhangende behandeling van borderlinepatiënten. Amsterdam: Benecke, 2009.
- 7 Van Staveren R. Patiëntgericht communiceren. Utrecht: De Tijdstroom, 2010.
- 8 Dawson D, MacMillan HL. Relationship management of the borderline patient. New York: Brunner Mazel, 1993.
- 9 Gabbard GO. Management of counter transference with borderline patients. Washington/London: American Psychiatric Press, 1994.
- 10 Wachtel PL. Therapeutic communication. New York: The Guilford Press, 1993.
- 11 Van Staveren-Boer R. Empathie bij de psychiatrische patiënt: Contact maken bij weerstand. *Huisarts Wet* 2006;49:628-31.
- 12 Linehan MM. Validation and psychotherapy. In AC Bohart, LS Greenberg, editors. Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. Washington (DC): American Psychological Association, 1997.

Deze nascholing is een aflevering van de serie 'Communicatie'. Afleveringen in deze serie verschijnen eens per kwartaal.