

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis en werk, een heikele combinatie

Samenvatting

Mensen met een classificatie borderlinepersoonlijkheidsstoornis ondervinden per definitie problemen die zich uiten op relationeel en beroepsmatig terrein. Het is echter niet alleen een heterogene aandoening, maar er zijn milde en (zeer) ernstige subgroepen. Dat vraagt dus om maatwerk. De interpersoonlijke kwetsbaarheid is ook aan de orde bij contacten met bedrijfs- en verzekeringsartsen en kan een adequate werkrelatie verstoren en leiden tot 'emotionele' interventies. Hiermee kunnen sommige patiënten worden overvraagd en worden bij anderen de kansen op re-integratie verkleind. In deze bijdrage worden twee kernthema's besproken, hechting en autonomie, waaruit adviezen voor communicatie en bejegening voortvloeien. Adequaate relatiemanagement leidt tot een betere (werk)relatie en betere resultaten.

VOORBEELDEN VAN DIVERSE VORMEN

Marieke is 30 jaar, al 10 jaar borderlinepatiënt, komt al 'gewapend' binnen. Ze zet direct hoog in. Ze zegt al snel dat ze niet kan werken. Het gaat immers nog lang niet goed met haar, sterker, ze voelt een nieuwe crisis aankomen, haar vriend heeft het net uitgemaakt. Ze laat haar bekraste armen zien.

De emotionele storm is voelbaar. De bedrijfsarts krijgt het gevoel op zijn woorden te moeten passen. Hij raakt ook snel geïrriteerd. Wat is dat voor binnenkomst! Wat zijn dat voor rare eisen en uitgangspunten? Het gesprek verloopt dan ook moeizaam en er ontstaat snel een conflict over haar belastbaarheid.

Marije is 30 jaar, al 10 jaar borderlinepatiënt van het stille, introverte type. Ze is eigenlijk heel kwetsbaar en fragiel. Ze doet altijd enorm haar best, maar loopt op haar tenen om haar twee dagen, zeer langzaam opgebouwde vrijwilligerswerk vol te houden. Dat dit haar zo veel moeite kost beschaamt haar – van huis uit was presteren de norm, haar broer en zussen zijn wel succesvol – en ze zegt er niks over. Ook durft ze de verzekeringsarts niet tegen te spreken als die zegt dat als ze vrijwilligerswerk kan doen, ook belastbaar is met 'gewone arbeid'.

Mathilde is 30 jaar, al 10 jaar borderlinepatiënt van het wispelturige en impulsieve type. Ze heeft al lange tijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering en is het nu zat. Veel re-integratiepogingen zijn echter al mislukt. Ze begint vol goede moed, maar moest even vaak weer afhaken. Maar nu is 'alles anders'. Ze wil er gewoon weer eens bij horen en heeft trouwens ook gewoon het geld hard nodig. Ze wil ook weleens uit kunnen gaan of op vakantie. Wat haar betreft wordt ze goedgekeurd. Ze vindt het vervelend dat ze zo tegengewerkt wordt en wordt kribbig als de keuringsarts zegt: 'Zou je nou wel zo hard van stapel lopen?'

E. van Meekeren, psychiater, zelfstandig (meek-it.com) en bij Scelta, centrum voor persoonlijkheidsproblematiek, Den Haag

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- weet u meer over de borderlinepersoonlijkheidsstoornis;
- hebt u meer inzicht in de centrale thema's en achtergronden;
- beschikt u over meer vaardigheden voor bejegening en werkrelatie;
- hebt u kaders om tot maatwerk te kunnen komen.

INLEIDING

Mensen krijgen pas een classificatie persoonlijkheidsstoornis (DSM, zie tabel 1) als zij stelsmatig problemen ondervinden die zich uiteten op interpersoonlijk en beroepsmatig terrein. Dat betekent dat je per definitie nooit kunt zeggen dat ‘iedere borderlinepatiënt’ zonder meer arbeid kan verrichten. Net zomin andersom, dat het niet kan: opleiding en werk kunnen namelijk een herstelbevorderende uitwerking hebben. Nu is de borderlinestoornis niet alleen een heterogene aandoening en – zoals vrijwel altijd bij ziekten – zijn er milde en (zeer) ernstige subgroepen. Dat vraagt dus om maatwerk. In 2009 verscheen het Verzekeringsgeneeskundig protocol Borderlinepersoonlijkheidsstoornis waarin veel informatie te vinden is en waarnaar verwezen wordt.¹ In deze bijdrage zal ik eerst kort de kenmerken van borderlinepathologie beschrijven. Daarna bespreek ik uitvoerig twee belangrijke centrale thema’s: hechting en autonomie. Deze beogen een houvast te vormen voor de bejegeningaspecten, waarop het accent ligt. Omdat het in de bejegening nogal eens ‘fout’ gaat, waardoor constructieve dialogen, oplossingen en re-integratie uitblijven. Relatiemanagement kan veel problemen voorkomen.

DE BORDERLINEPERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis is een complexe stoornis met veel aspecten. Er zijn drie kernsymptomen:

- emotieregulatieproblemen: na een gebeurtenis lopen de emoties veel hoger op en zakken veel langzamer terug naar de normaallijn dan bij ‘normale’ personen;²

- matige zelfcontrole/impulsiviteit: eerst doen dan denken;
- identiteitsproblemen: negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, niet goed weten wat je wilt, kunt of naar toe wilt werken.

Deze leiden onder meer tot problemen in het interpersoonlijke verkeer en daarmee ook tot werkproblemen. Internationaal wordt wel de term interpersoonlijke kwetsbaarheid gebruikt. De DSM-5 (met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen vooralsnog hetzelfde als DSM-IV) spreekt van ‘iemand met een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten, en van duidelijke impulsiviteit. Dit begint in de vroege volwassenheid en komt tot uiting in diverse situaties’.³ Er zijn criteria opgesteld waarbij een patiënt aan ten minste vijf van de negen criteria moet voldoen (zie tabel 2).

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan erg lijken op andere stoornissen, maar ook daarachter schuilgaan of ermee samengaan; zowel met klinische syndromen (zoals depressieve stoornis, bipolaire stoornis, angststoornissen, eetstoornissen en dissociatieve stoornis) als met andere persoonlijkheidsstoornissen (zoals theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis). De diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis kent ook een hoog ‘vuilnisbakgehalte’: het is een gemakkelijk label voor mensen die erg emotioneel reageren, lastig zijn of zich niet zo goed houden aan voorschriften van behandelaars.

Zoals bij de meeste psychiatrische aandoeningen is ook hier sprake van multifactoriële (biopsycho-sociaal) etiologie. Geen enkele factor op zich is aan te wijzen ‘de oorzaak’. Diagnostiek

A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

1. cognitie (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen);
2. affectiviteit (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit, en de adequaatheid van de emotionele reacties);
3. functioneren in het contact met anderen;
4. beheersing van de impulsen.

B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.

C. Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

Tabel 1 Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis DSM-5.

en behandeling behoren thuis in de SGGZ, in handen van een ervaren psychiater of (klinisch) psycholoog/psychotherapeut. De behandeling is complex, intensief, langdurig, multimodaal en in de meeste gevallen een ambulante psychotherapeutische behandeling of gespecialiseerde deeltijdbehandeling. Het is meestal teamwerk, waarbij intervisie een belangrijk onderdeel is.

Klinische opnames kunnen het best beperkt blijven tot kortdurende crisisinterventies. Een uitzondering wordt gevormd door enkele gespecialiseerde afdelingen voor klinische psychotherapie voor een kleine subgroep. Medicamenteuze interventies hebben een bescheiden bijdrage. Lage dosis antipsychoticum of stemmingsstabilisatoren zijn het effectiefst bij ernstigere symptomen; antidepressiva hebben vaak matig effect en benzodiazepines worden afgeraden zeker voor langere duur. Het is specialistenwerk, gezien de vaak complexe symptomatologie, het snel aangeven van bijwerkingen en het ontbreken van heldere richtlijnen.

HERKENNING DOOR BEDRIJFS- EN VERZEKERINGSARTS

Niet bij iedereen met een borderlinepersoonlijkhedenstoornis is de diagnose gesteld. Aan de mogelijkheid van een borderlinepersoonlijkhedenstoornis kan worden gedacht bij de volgende problemen (waarbij geldt hoe meer des te waarschijnlijker de kans):⁴

- als het leven van de patiënt wordt gekenmerkt door instabiliteit: niet goed weten wat hij/zij wil, vaak van opvatting wisselen, telkens andere plannen hebben, vaak wisselende relaties en bezigheden hebben; deze instabiliteit strekt zich uit over de drie grote psychische functies:
 - denken: de wereld wordt verdeeld in goed of slecht, zwart of wit;
 - gevoel: heftig reageren op wat anderen zeggen of doen;
 - gedrag: wispelturig en impulsief;
- als er vaak wisselende klachten en verschijnselen zijn, zowel op somatisch als psychisch gebied;
- indien de klachtenpresentatie met veel emoties gepaard gaat. Voorbeelden zijn: eisende toonzetting ('er moet nu onmiddellijk wat gebeuren'; 'zo gaat het niet langer!'), suïcidale dreigingen ('als ik nu niet opgenomen wordt dan...');
- bij ernstige klachten zoals zelfbeschadiging, suïcidaliteit of verwardheid;

Er moet sprake zijn van een pervasief patroon van instabiliteit van de interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en van de affecten en duidelijke impulsiviteit, dat aanvangt op jongvolwassen leeftijd en aanwezig is in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit ten minste vijf van de volgende kenmerken:

1. verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen;
2. een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren;
3. een identiteitsstoornis: een duidelijk en persistent instabiel zelfbeeld of zelfgevoel;
4. impulsiviteit op ten minste twee gebieden, die de betrokkene in beginsel zelf kunnen schaden (geld verkwisten, seks, middelengebruik, roekeloos rijden of eetbuien);
5. recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie;
6. affectlabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld episoden van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen);
7. chronisch gevoel van leegte;
8. inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen);
9. voorbijgaande, aan stress gerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen.

Tabel 2 Borderline-persoonlijkhedenstoornis classificatiecriteria DSM-5

- wanneer de klachtenpresentatie sterke reacties oproept bij anderen (zoals u). Overmatige betrokkenheid is het ene uiterste: de patiënt zielig vinden ('slachtoffer'), veel gesprekken aan gaan, slecht begrenzen, mee-ageren. Boosheid, uitstotings- en vermijdingsgedrag is het andere uiterste. Soms ontstaan zeer uiteenlopende opvattingen tussen de diverse betrokkenen over wat er aan hand is en hoe dit op te lossen

CENTRALE THEMA'S

Bij de ontwikkeling van de stoornis spelen veel factoren een rol, ik beperk me hier tot de twee die een adequate werkrelatie in de weg zitten.

Hechting

We hebben een aangeboren behoefte om ons te hechten. Een veilige hechting is noodzakelijk om later als volwassene adequaat te kunnen functioneren. Borderlinepatiënten zijn vaak onveilig gehecht.⁵

Om fysiek en psychisch te kunnen overleven is vanaf de geboorte alles in de baby erop gericht om de gehechtheid aan de ouders in stand te houden. Hechting is een wederzijds, dynamisch proces tussen ouder en kind. De baby zoekt nabij-

heid door te lachen en door zich vast te klampen, en de ouder reageert door de baby te knuffelen, vast te houden en te troosten. Het *care giving system* van de ouders wordt hierdoor geactiveerd. Het gehechtheidssysteem wordt geactiveerd in een stressvolle situatie of bij afwezigheid van de gehechtheidspersoon. Activatie van het gehechtheidssysteem is nodig om veiligheid te creëren en emoties te reguleren, door de nabijheid te zoeken van een belangrijke ander. Door contact met de ander neemt het angstige gevoel af en worden de emoties gereguleerd. We hebben deze verbinding met anderen in ons hele leven nodig. Wie als kind niet veilig gehecht is geraakt aan een ouder of andere opvoeder, draagt de sporen daarvan mee in zijn volwassen leven. Deze personen durven moeilijk te vertrouwen op anderen of op zichzelf. Gehechtheid legt de basis voor de verdere ontwikkeling als mens.

De evolutionaire betekenis van gehechtheidsgedrag is het beschermen van baby's tegen roofdieren, maar belangrijker is misschien nog wel de functie van gehechtheid om te durven leren van iemand en erop durven vertrouwen dat datgene wat geleerd wordt ook daadwerkelijk behulpzaam zal zijn. De belangrijke vraag voor ouders is niet: 'Is mijn kind veilig gehecht?', maar: 'Hoe kan ik er zeker van zijn dat mijn kind weet wie het kan vertrouwen en weet hoe het passende sociale relaties kan aangaan met anderen? Hoe kan ik er zeker van zijn dat mijn kind zich bij anderen en in situaties zal verkeren waarin het veilig zal zijn?'

Voorals er sprake is van een gehechtheids-trauma, dat is toegebracht door de primaire gehechtheidsfiguur, kan dat dramatische gevolgen hebben. Angst, opgewekt door bijvoorbeeld mishandeling, activeert het gehechtheidssysteem en zet aan tot het zoeken naar nabijheid om gerustgesteld te worden. Bij een gehechtheidstrauma leidt dit helaas vaak tot hernieuwde mishandeling, waardoor een vicieuze cirkel ontstaat die resulteert in hyperactiviteit van het gehechtheidssysteem, waarbij er geen mogelijkheid tot geruststelling en (down) regulatie van emoties bestaat.

Een kind leert zijn of haar emoties reguleren door het contact met andere mensen, vooral met de primaire verzorgers. In tegenstelling tot wat veel mensen denken, blijven andere mensen van belang voor de emotieregulatie, ook op volwassen leeftijd.

We zien mensen met een hypoactivatie die het contact niet aan willen of durven gaan. En

mensen met een hyperactivatie, die vaak bang zijn het contact te verliezen en aanklampen. Het ingewikkelde bij borderlinepatiënten is dat zij afwisselend deze stijlen laten zien, mede afhankelijk van de persoon tegenover hen en hun gemoedsrust.

Autonomie

Borderlinepatiënten doen nogal eens een groot beroep op anderen (help me, ik weet het zelf niet meer), maar willen wel zelf de regie houden (ik beslis zelf). Zij voelen zich snel betutteld, terwijl ze zich hopeloos en hulpvragend opstellen. Er is een meer dan gemiddelde autonomiebehoefte. Dat wordt wel verklaard door hun voorgeschiedenis die veelal schendingen van de autonomie en machtsmisbruik (fysiek en seksueel geweld) kent. Daarom zijn zij vaak allergisch voor machtsvertoon.⁶

In de praktijk zien we allerlei ambivalenties en tegenstrijdigheden:

- behoefte aan externe structuur maar er ook allergisch voor zijn;
- advies vragen maar adviezen naast zich neer te leggen, niet uitvoeren;
- hunkeren naar aandacht en liefde, maar daar ook heel bang voor zijn (weer teleurgesteld worden). Het is vaak aantrekken en afstoten.

TAKE HOME MESSAGES

Voortbordurend op de centrale thema's zijn de valkuilen het ontstaan van conflicten en het niet tot stand komen van een adequate werrelatie: de patiënt voelt zich niet gehoord en gezien en de arts wordt verleid tot een machtsstrijd. Dat leidt tot de volgende adviezen:

- het is altijd maatwerk, borderlinepatiënten verschillen onderling enorm, evenals hun werk- en levenssituatie;
- neem de tijd om contact te maken, enige (vertrouwens)relatie op te bouwen en de kwetsbaarheid op het terrein van hechting te verkleinen;
- bedenk dat vooral in het begin borderlinepatiënten erg alert zijn op het betrekkningsniveau van de communicatie. Communicatie gaat enerzijds om de overdracht van concrete informatie (inhoud), en anderzijds vindt die overdracht plaats binnen het kader van de verhoudingen. Dit bepaalt op zijn beurt hoe de betrokkenen die informatie opvatten. Het betrekkningsniveau bestaat uit een aantal aspecten, bijvoorbeeld hoe de ontvanger en zender elkaar zien en waarderen: persoonlijk of afstandelijk, belangstel-

lend of onverschillig, gelijkwaardig of ondergeschikt, waarderend of geringschattend? Het gaat ook over kwesties als een deskundige indruk maken, betrouwbaar overkomen en het gevoel geven dat je de tijd hebt, of duidelijk over hoeveel tijd je nu hebt. Is de toon informerend, of juist dwingend? Het betrekingsniveau is ook gekoppeld aan lichaamstaal en intonatie. Non-verbale communicatie kleurt de verbale communicatie. Het is niet mogelijk is om niet te communiceren: ook als je niet spreekt, is er altijd lichaamstaal;

- de eerst indruk is een belangrijk fenomeen in menselijk verkeer (denk bijvoorbeeld aan sollicitaties, eerste date). Dat geldt zeker bij borderlinepatiënten die extra alert zijn, juist in het begin. Ben u zeer bewust van de start, de eerste woorden, wees geïnteresseerd, straal geen vooringenomenheid uit;
- wees betrouwbaar (doe geen beloftes die u niet waar kan maken, bijvoorbeeld om er even vanaf te zijn), leg veel uit en herhaal dit regelmatig (stabiliteit geeft vertrouwen);
- ben u bewust van de eigen emoties en reacties en houd daar controle op. Behandel de patiënt als iedere andere patiënt. Doe datgene wat lege artis is en wat u bij andere patiënten ook zou doen. Wees niet overdreven toegevend of restrictief. Probeer neutraal te reageren (niet veroordelend, beschermend of juist afhoudend);
- ventileren, valideren en dan pas realiteits-toetsing. Eerst een luisterend oor, dan valideren (steun en een begripvolle benadering): 'Ik begrijp dat jij dat zo ervaart; ik zie dat dit je erg emotioneert.' En dan pas de realiteits-toetsing (uw opdracht, de juridische kaders. Dus probeer eerst rekening te houden met de subjectieve (emotionele) aspecten en de onhandigheid van de patiënt en ga dan pas naar de objectieve aspecten;
- voorkom een machtsstrijd. Stel u niet op als degene die alles bepaalt en (beter) weet. Het op een empathische manier uitleggen van de kaders en uw grenzen – wees daar helder in – dragen bij aan een heldere, veilige situatie;
- consultatie/intervisie: zoek steun bij collega's of die uit de GGZ. Feedback en tips van iemand die er 'niet middenin zit' kunnen wonderen verrichten.

TOT SLOT

Borderlinepatiënten kunnen moeilijke mensen zijn in de omgang. Dat gebeurt vooral in als onveilig ervaren relaties. Veel omgangsproble-

men worden minder als de relatie wel als veilig wordt beleefd! Daar ligt een uitdaging en taak voor professionals. Dan nog is er een potentieel onveilige buitenwereld: werkomstandigheden, leidinggevend, maatschappelijke ontwikkelingen met tijdelijke contracten, werkeloosheid, financiële crisis en niet te vergeten het stigma rond psychiatrische ziekten. Het goede nieuws is dat de behandeling van 'borderline' spectaculair verbeterd is.

Borderlinepatiënten zijn er in alle soorten en maten. Sommigen vallen onder de categorie EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoening) en zullen vaak, net als bij andere ernstige ziektes, niet of matig in staat zijn tot duurzame arbeid. Een tussencategorie houdt het een tijd vol en krijgt dan weer een tijdelijke terugval, met vaak weer herstel op termijn. Anderen, met een lichte vorm, of in de loop van hun behandeling, zullen juist zeer gebaat zijn bij een goede begeleiding naar maatschappelijke participatie. Dat kost wel tijd en moeite, specialisme en professionaliteit.

PRAKTISCHE TIPS^{6,7,8}

- herken uw eigen onvermijdelijke (emotionele) reacties – tegenoverdracht – en hanteer die op een professionele wijze, waarvoor overleg (intervisie) met collega's noodzakelijk is;
- denk aan 'de eerste indruk' die u maakt op de patiënt;
- wees helder in wat u wel en niet kan, wat uw kaders, mogelijkheden en beperkingen zijn;
- overleg met behandelaars (indien aanwezig; spoor mensen anders aan in behandeling te gaan). Motiveer de patiënt om tot samenwerking te komen, de behandelaar daartoe aan te zetten indien nodig;
- bedenk dat vrijwilligerswerk niet alleen een zinvolle maatschappelijke participatie is, maar soms ook het hoogste haalbare;
- wees zorgvuldig en neem de tijd. Haastige spoed is zelden goed. Te snelle acties of aansporingen hebben vaak een averechts effect en maken het 'managen' van de relatie op de langere termijn moeilijker.

LITERATUUR

1. http://www.nvvg.nl/images/stories/Boekje_Borderlinepersoonlijkeitsstoornis_en_Chronische_Nierschade.pdf.
2. Nicolai N. Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan. Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2016.
3. DSM-5. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2015.
4. Meekeren E van. De borderlinepersoonlijkeitsstoornis. In de serie 'In gesprek'. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2015.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.quintesse-online.nl

Kenniscentrum Persoonlijkeitsstoornissen,
www.kenniscentrumpsn.nl