Klinische behandeling van cliënten met een low level borderline persoonlijkheidsstoornis

Sigrid Spijkers en Jeanine Oostendorp

Een veel gebezigde opvatting is dat men cliënten met een low level borderline persoonlijkheidsstoornis niet moet opnemen. Een andere bedenking die vaak geuit wordt, is dat indien dit toch het geval is, er niet te veel cliënten met deze symptomatologie aan een therapiegroep moeten deelnemen omdat dit het leefmilieu ernstige schade toebrengt. Toch worden in programma 1 van Scelta gemiddeld 22 cliënten met deze problematiek behandeld binnen een klinisch milieu. Het gaat om cliënten die veelal aangeven dat de behandeling bij Scelta hun laatste strohalm is na een doolhof van behandelingen waarin zij verstrikt zijn geraakt. In dit artikel wordt beschreven wat de doelgroep is, met welke methodiek wordt gewerkt en wat het spanningsveld en de dilemma's zijn die het werken met deze doelgroep en de setting met zich meebrengen. We zullen laten zien dat klinische behandeling succesvol kan zijn.

Doelgroep

In programma 1 behandelen we cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek waarbij gebrek aan vaardigheden in de impulscontrole en emotieregulatie op de voorgrond staan. Cliënten disfunctioneren op meerdere levensterreinen. Bij een deel van de cliënten is er sprake van veel en ernstig acting out gedrag: suïcidale gedragingen en uitlatingen, (veelvuldig) automutileren of ander destructief gedrag, middelen- en/of alcoholmisbruik, woede aanvallen etc. Deze cliënten hebben veelal afgebroken behandelingen achter de rug met meestal een veelheid aan crisisopnamen.

Bij een ander deel van de cliënten is er juist sprake van een schijnbaar competent functioneren: cliënten zijn in zichzelf gekeerd en/of worden door de omgeving veelal overschat in hun vaardigheden. Hierdoor raken zij somber, sluiten zich af en veelal worden zij aangemeld met suïcidaliteit en een gevoel van uitzichtloosheid. Onderliggend blijkt er sprake van een tekort aan vaardigheden en een onvermogen hier zelf verbetering in aan te brengen. Juist deze multiple problematiek maakt dat opname wenselijk is of zelfs bijna onvermijdelijk. Opname kan ervoor zorgen dat een negatieve spiraal doorbroken wordt en de cliënt in een stimulerende omgeving kan

beginnen om voor zichzelf betere voorwaarden voor een ander leven te creëren.
Contra-indicaties voor opname zijn het op de voorgrond staan van een symptoomstoornis, zodanig dat hiervoor allereerst gerichte behandeling is vereist, en wanneer de gewetensfunctie te beperkt is ontwikkeld om sociaal leren in groepsverband mogelijk te maken.

Methodiek

Programma 1 heeft plaats voor 24 cliënten en biedt een behandelprogramma van zondagavond tot en met vrijdagmiddag. In de weekenden zijn cliënten over het algemeen thuis maar er kunnen omstandigheden zijn waardoor cliënten ook tijdens de weekenden in de kliniek verblijven.
De basis van de behandeling vormt het aanleren van nieuwe vaardigheden op het gebied van emotieregulatie, structuur en intermenselijke vaardigheden. Dit gebeurt door middel van de Dialectische Gedragstherapie (DGT) – een methodiek van Marsha Linehan maar herschreven en aangepast aan het niveau van de cliënten. Een ander belangrijk onderdeel is de crisisgroep. Met behulp van het 'pannenschema' uit de Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) maken cliënten voor diverse situaties die tot crisisgedrag kunnen leiden een 'pannenschema'. Dit is een dusdanig verankerd onderdeel van het programma dat cliënten elkaar aanmoedigen en helpen bij het maken van dit soort schema's ook tussen de programmaonderdelen door.
Met de gehele leefgroep zijn er verschillende therapieën, waaronder de rodedraadgroep (een open en niet gestructureerde psychotherapeutische groep waarin cliënten zelf thema's inbrengen en op zoek gaan naar de rode draad in hun behandeling en waar zij ook de bevindingen en conclusies van hun behandelteambespreking teruggekoppeld krijgen), huisdienstoverleg (waarin corveetaken door de cliënten zelf worden verdeeld), witte tornado (het samen schoonmaken van de afdeling) en cliëntstafbespreking waarin cliënten en stafleden thema's die leven in het milieu onder de loep nemen en de onderlinge samenwerking centraal staat.
In de eerste acht weken van de behandeling vindt naast diagnostiek een inventarisatie plaats per cliënt van diens functioneren, er worden in overleg met de cliënt individuele behandeldoelen ontworpen die uitmonden in een doelenmatrix: een commitment van cliënt en staf aan de inspanning die vereist is, met een uitgewerkt stappenplan om deze doelen te bereiken. Gedurende de behandeling wordt voortdurend, onder andere middels routine outcome monitoring, getoetst in hoeverre de behandeling succesvol is. De meeste cliënten zijn negen tot twaalf maanden in klinische behandeling waarna ze de overstap kunnen maken naar een vorm van nazorg.

Een vermeldenswaardig facet van de groepsbehandeling is de steun en betrokkenheid die er vaak is tussen cliënten onderling. We merken dat groepsgenoten

erg steunend kunnen zijn en elkaar op de juiste wijze kunnen bijsturen en feedback kunnen geven. Dit interpersoonlijk leren wordt aangemoedigd.

Voetangels en dilemma's

Voor cliënten is de heksenketel van programma 1 een uitdagend oefenmilieu.
Continu moeten ze grenzen leren (h)erkennen en aangeven. Dit varieert van onderhandelen over het doen van corveetaken tot elkaar uit laten praten in therapieën. Het is geen makkelijk opgave zich te moeten handhaven in een prikkelrijke omgeving en tegelijk aan eigen behandeldoelen te werken. Dit vraagt van behandelteam en cliënten inspanning om gefocust te blijven op het behandelproces en alertheid op de verschillende manieren van vermijding en vaak onbewuste pogingen zich aan de behandeling te onttrekken.
Bij alle cliënten is er sprake van ambivalentie rondom behandeldoelen. Oud overlevingsgedrag heeft meestal veel korte-termijnvoordelen. Automutileren, blowen of in bed blijven liggen geeft sneller verlichting van onverdraaglijk opgelopen spanning dan de veel moeilijker te verwerven gezondere emotieregulatievaardigheden. Het is dan ook de kunst om cliënten te blijven motiveren voor verandering van deze strategieën en hen te leren dit op zichzelf toe te passen.
Het is essentieel om vast te houden aan een zeker arbeidsethos en aan cliënts verantwoordelijkheid voor een gezond leef- en behandelklimaat. Zo verwachten we vanzelfsprekend aanwezigheid bij alle programma onderdelen, inclusief ontbijt. Een gezond dag-nachtritme is voor een groot deel van de cliënten een werkpunt. Het vermijden van te verwachten stressvolle therapieonderdelen is zeker bij aanvang van de behandeling onderdeel van de aanmeldproblematiek. Het zal dan ook niet verwonderen dat afwezigheid toch nog al eens voorkomt. Cliënten hebben het nodig hierin gestimuleerd en bevraagd te worden. Afwezigheid wordt geregistreerd en wekelijks gewogen.

Ongewenst gedrag
Hoe afwezigheid te beantwoorden? De afwezigheid begrenzen als therapie-interfererend gedrag? Dit is vanzelfsprekend, maar wat dan te doen als dit niet tot de gewenste gedragsverandering leidt? Dit is een eerste vraagstuk. Is het belangrijk om de afdelingsregels van afwezigheid strikt te volgen en daarmee de groep en de norm centraal te zetten of moet juist naar het individu gekeken worden en begrepen worden waarom hij/zij niet aanwezig kan zijn en dit als onderdeel/ontwikkeling van het behandelproces te zien?
Cliënten kunnen in een veranderingsproces hard aan het werk zijn en toch op enig moment meer onderdelen missen dan afgesproken. Cliënten kunnen door alle prikkels overvraagd worden en emotioneel zo ontregeld raken dat ze niet in staat zijn tot meedoen. Cliënten kunnen er ook met de pet naar gooien en de behandelstaf verleiden dan wel uitdagen ze er uit te zetten. Dit is niet zelden een onderdeel van aanmeldpro-

blematiek en te verklaren door niet functionele verwachtingspatronen (schema's).
De ene afwezigheid is de andere niet, maar meten met twee maten is voer voor discussie. Belevingen van tekort gedaan worden en onrechtvaardigheid zijn bronnen van onrust en hiermee van invloed op het groepsklimaat. En ook binnen het team zelf kan er sprake zijn van verschillende visies rondom de functionaliteit van het gedrag van de cliënten. Cliënten zijn of raken bedreven in het op de 'juiste' manier afmelden of het aanvoeren van anderszins moeilijk te weerspreken smoezen. Dit kan tot splitsing leiden als therapeuten onderling elkaar bijvoorbeeld naïviteit of softheid gaan verwijten.
Het zal niet verbazen dat splitsing in een setting als de onze een beruchte valkuil is. Splitsing, met name tussen de sociotherapie (dichter op de cliënten) en de rest van het team (meer op afstand) zou voor de hand kunnen liggen. Simplistisch gezegd zou een beleving van cliënten kunnen zijn dat de begrenzing van de sociotherapeuten komt en het begrip van de behandelaar. Andersom is evenzo voorstelbaar. Rondom het thema aan- en afwezigheid maar ook bij andere vormen van therapie-interfererend gedrag, kunnen dus meerdere dilemma's (groepsbelang versus dat van een individu, flexibiliteit versus duidelijkheid en bijvoorbeeld steunen versus eisen stellen) en splitsing of heftige tegenoverdracht een rol gaan spelen.

Onze werkwijze

In dit spanningsveld is onze visie dat het van belang is om als team hecht, transparant, voorspelbaar en betrouwbaar te zijn. Cliënten moeten leren dat hun gedrag consequenties heeft maar mogen ook ondervinden dat er bij bepaalde omstandigheden rekening met ze wordt gehouden. Het ondervinden van begrip en het ondanks overtreding van normen toch welkom blijven is niet zelden een correctieve ervaring die kan bijdragen aan een geleidelijk groeiend vertrouwen dat ze gezien en gesteund worden in een moeilijk proces. Dit kan zo ook bijdragen aan het vertrouwen in de behandeling. Als cliënten merken dat het maken van fouten niet afgestraft wordt en een terugval in oud destructief gedrag niet noodzakelijkerwijs leidt tot weggestuurd worden, kunnen ze het broodnodige vertrouwen krijgen om nieuw gedrag te tonen en te continueren.
Tolerantie van therapieondermijnend gedrag, agressieve impulsdoorbraken of middelenmisbruik is er natuurlijk niet. Het niet begrenzen van ongewenst gedrag zou een herhaling zijn van de bij veel cliënten eens aanwezig geweeste affectieve dan wel pedagogische verwaarlozing. Begrenzen is dus nodig.
Het gaat om de balans vinden tussen begrenzen en steunen, tussen druk en ruimte, tussen soms sancties als een time out of waarschuwing en soms het maken van een uitzondering en het door de vingers zien van ongewenst gedrag door het bieden van herkansingen. Door iedereen over dezelfde kam te scheren loop je het risico dat er cliënten met vervroegd ontslag gestuurd worden terwijl ze in een cruciale fase van hun behandeling verkeren. Te veel flexibi-

liteit echter heeft naast de al genoemde verwaarlozing het risico van wegnemen van druk en afname van gevoelde noodzaak tot aanpassen aan de normen van het leef- en behandelmilieu. Misbruik en versterken van antisociale trekken liggen op de loer.

Het goed monitoren van individuele en groepsprocessen is essentieel bij het laveren tussen deze kliffen van begrenzen en verdragen. Een goede samenwerking binnen het team is hierbij noodzakelijk. Dagelijks is er een tip-moment, een kort moment voor overdracht en overleg tussen sociotherapeuten en andere teamleden (vaktherapeuten en behandelaren). Er wordt een verklaring gezocht voor recente gebeurtenissen en of cliënts gedrag passend is binnen de uitgezette grote (behandel)lijnen. Op deze manier wordt ad hoc beleid en daarmee inconsistentie zoveel mogelijk voorkomen. Toch geldt ook hier de onontkoombare vraag en afweging hoe op bepaalde, grensoverschrijdende gedragingen te reageren. In het milieu is dan al een eerste interventie door de sociotherapeuten gedaan; besproken wordt of dit adequaat en voldoende was en of vervolginterventies nodig zijn. Vanzelfsprekend zijn hierbij de grenzen van wat binnen de behandeling toelaatbaar en verdraagbaar is meegenomen. Zo is met name agressief gedrag iets wat meteen om een passend en begrenzend antwoord vraagt.

Wekelijks wordt stil gestaan bij het klimaat in de grote groep, de kleine groepen en de voortgang en verwikkelingen per individu. Hier wordt rekening gehouden met groepsfenomenen als bijvoorbeeld het zondebokfenomeen of opvallende parallelprocessen. Er wordt een strategie afgesproken hoe bepaalde processen in kleine of grote groep tegemoet te treden. Ook wordt wekelijks gewogen bij welke cliënten de samenwerking in het geding is. Afwezigheid, het zich niet laten aanspreken of anderszins de samenwerking en behandeling ondermijnend gedrag kan leiden tot een mondelinge of schriftelijke waarschuwing of een time out. Mocht na een reeks van dit soort maatregelen blijken dat deze niet tot verbetering leiden, dan kan de behandelovereenkomst opgezegd worden en zo dus voor de cliënt leiden tot ontslag uit de kliniek! De cliënt krijgt wel de mogelijkheid om op een later tijdstip zich opnieuw aan te melden. Deze waarschuwingen/aanmoedigingen worden wekelijks teruggekoppeld in een cliëntstafbespreking. In de grote groep is direct merkbaar hoe onze afwegingen en beslissingen door individu en groep worden ontvangen. Het groepsgesprek dat hierover kan ontstaan, wordt benut om onze normen neer te blijven zetten en waar nodig uitleg te geven over onze overwegingen en dilemma's. Ook hier kiezen we ervoor zo transparant mogelijk te zijn.

Casus 1

Een cliënte komt niet bij het ontbijt, de weekendnabespreking en niet bij de weekopening, ze mist hiermee drie therapieonderdelen (met een verzuim eerder die week is dit meer dan maximaal toegestaan). Het hierna volgende therapieonderdeel is ze aanwezig en zegt ze de drang te hebben om naar huis te gaan. Vanwege problemen thuis tussen haar vader en moeder heeft ze

het idee daar nodig te zijn, om met name haar moeder met raad en daad bij te staan. Tegelijkertijd is ze boos op haar ouders omdat ze haar eigenlijk belasten met hun problemen en zo haar behandeling onder druk zetten. Door haar inbreng kan cliënt uiteenrafelen wat haar dilemma is en dan beter keuzes maken. Ze wil zich op eigen behandeling richten en zich niet meer verantwoordelijk voelen voor het oplossen van problemen van haar moeder. Ze besluit te blijven. Het zou weinig productief en mogelijk contraproductief zijn om deze cliënt een dag later met waarschuwing of 'time out' te confronteren. In de cliënt-staf-bespreking maakten we haar een compliment voor het feit dat ze haar verantwoordelijkheid genomen had voor haar behandeling.

Casus 2

Een cliënte mist meerdere therapiemomenten na twee voor de hele leefgroep heftige incidenten (andere groepsgenoten betreffend). Er is begrip voor de verzachtende omstandigheden maar desondanks willen we het signaal afgeven dat bij heftige stress en crises het juist belangrijk is aandacht op de behandeling te richten. Ze had al een schriftelijke waarschuwing en wordt ondanks belabberde omstandigheden rondom huisvesting met 'time out' gestuurd. We laten ons hierbij dus niet weerhouden door huisvestingsproblematiek. Het is de verantwoordelijkheid van cliënte om gedurende de behandeling aan de slag te gaan met dit woonprobleem. Ondanks het feit dat cliënte zich te hard behandeld voelde en aangaf nooit meer terug te komen als we haar eruit zouden zetten, komt cliënt na haar 'time out' weer terug om de behandeling te hervatten.

In de eerste casus was onze afweging dat repercussie geen toegevoegde waarde meer zou hebben. We kozen dus voor flexibiliteit. In het tweede geval wilden we wel degelijk de grenzen markeren. Onze ervaring is dat dit soort verschil in onze reacties geaccepteerd wordt als we onze beweegredenen aan de cliëntengroep uitleggen.

Grenzen aan flexibiliteit

De hierboven geschetste dilemma's zorgen direct voor een vervolgdilemma: als er gekozen wordt voor flexibiliteit bij een bepaalde cliënt, hoe lang ga je daar dan mee door? Met andere woorden, hoe lang mag een cliënt het groepsproces ontregelen ten bate van zijn eigen groei? Bij de hoeveelste terugval is de maat vol?

Regressie zowel als psychotische desintegratie zijn complicaties die bij onze kwetsbare doelgroep op kunnen treden. Dit is een van de redenen waarom terughoudendheid ten opzichte van een klinische behandeling op zich begrijpelijk is. Veel cliënten die tekort gekomen zijn in hun gezin van herkomst hebben het verlangen verzorgd te worden. Het liefst willen ze hun problemen opgelost en hun onuitgesproken verlangens vervuld zien worden door (meestal) een sociotherapeut. Sociotherapeuten herkennen dit appel en zijn getraind in het stimuleren van cliënten om hun eigen oplossings- en communicatievaardigheden

in te zetten. Dit leidt natuurlijk geregeld tot frustratie, boosheid en zich tekort gedaan voelen. Het lukt over het algemeen goed cliënten zicht te geven op deze patronen en ze voortdurend op eigen benen terug te blijven zetten. Een enkele keer blijkt de behoefte aan verzorging dusdanig groot dat geconstateerd moet worden dat een klinische setting toch niet de juiste is. De ervaring heeft geleerd dat het kan lonen om cliënten meerdere kansen te geven. Soms lijkt de factor tijd een kritische succesfactor te zijn. In het hierna beschreven voorbeeld blijkt dat een lange adem lonend kan zijn.

Casus exemplarisch voor onze werkwijze

Een 36-jarige vrouw, als kind affectief en emotioneel verwaarloosd en op jonge leeftijd seksueel getraumatiseerd, is vastgelopen op alle fronten. De eerste maanden van de behandeling was er sprake van een aaneenschakeling van crisisgedrag. Dit wisten we met een antiregressieve houding en met goed contact maken na elk incident in redelijke banen te leiden. Ook was er sprake van een toename van randpsychotische fenomenen. Gedurende de gehele opname blijft er sprake van een fragiel evenwicht tussen draaglast en draagkracht. Cliënte krijgt met vallen en opstaan meer grip op haar automutilatie en leert andere manieren om haar spanningen te hanteren. Ook maakt cliënte een mooi proces door wat betreft de ontwikkeling van een minder negatief zelfbeeld. Ze kan in haar relaties en contacten met naasten opschuiven van zelfhaat naar een begin van een overtuiging dat ze goed voor zichzelf mag zorgen. Dit maakt het mogelijk reëler naar haar toekomst te kijken. Aanmelding bij de ribw (regionale instelling voor beschermd wonen) komt van de grond, bij aanvang van opname een nog niet bespreekbare optie. Tot ver in de behandelfase vertoont cliënte terugval in destructief gedrag. Zo neemt ze af en toe opgespaarde pillen. Het blijkt voor cliënte niet mogelijk bij calamiteiten te handelen volgens haar crisisplan. Haar strategie is om in deze situaties een overdosis te nemen, haar manier om er even niet te zijn. Het is de ervaring van cliënte dat ze daarna meestal weer in staat is de draad op te pakken. Haar strategie wordt in veiliger vorm onderdeel van het crisisplan. Indien nodig mag cliënte 250 mg Oxazepam in eigen beheer. Vanaf die tijd komt sparen niet meer voor en is het sporadisch nodig de Oxazepam aan te vullen. Cliënte leert haar handicaps beter hanteren. Cliënte kreeg een aantal maal het voordeel van de twijfel, dit ondanks soms toename van randpsychotische symptomatologie of herbelevingen. Doorslaggevend hierbij was dat er duidelijk sprake was van een behandelproces. Cliënte is uiteindelijk veertien maanden opgenomen geweest en gaat in onze deeltijdbehandeling verder met dit proces. Wij denken dat bij eerder afbreken van de behandeling vanwege kwetsbaarheid of destructief gedrag cliënte waarschijnlijk snel terug bij af zou zijn geweest. Nu is de verwachting dat het geleerde op vlak van emotieregulatie en impulscontrole kan consolideren evenals onderliggende diepere verandering van het zelfgevoel.

Bij een groot aantal cliënten blijkt juist de langere behandelduur en hierdoor toch ontstane hechting een cruciaal element in het behandelresultaat. Cliënten hebben langere tijd nodig om tot een vertrouwensrelatie te komen en hun oude destructieve gedrag los te laten. Helaas komt destructiviteit in de ontslagfase soms in alle hevigheid terug. Het lukt meestal dit in goede banen te geleiden door het afscheid nemen aandacht en prioriteit te geven.

Beschouwing

Klinische DGT gedoemd te mislukken? Dolan e.a. (1997) en Bohus e.a. (2000 en 2004) onderbouwen dat klinische behandeling tot een significante afname van borderline specifieke klachten kan leiden. In dit artikel hebben we beschreven hoe we in onze afwegingen en samenwerking cliënten een dusdanig klimaat aanbieden dat ze aan de slag kunnen met hun behandeling.
Een groot verschil tussen klinische en ambulante DGT is dat bij een ambulante behandeling de aard van de behandelrelatie in principe intact blijft na therapie-interfererend gedrag. De cliënt is verantwoordelijk voor zijn of haar eigen gedrag en blijft welkom om de behandeling voort te zetten. In een klinische setting kan terugkerend interfererend gedrag schadelijk zijn voor het behandelklimaat en een weerslag hebben op de gehele cliëntengroep. Hierdoor kunnen er situaties ontstaan waarbij het wel degelijk nodig is om de behandelrelatie met een cliënt te verbreken: de cliënt wordt bijvoorbeeld terugverwezen naar de verwijzer in eigen regio. Bij onze grosso modo onveilig gehechte cliënten creëert dit onveiligheid en triggert dit oude vaak destructieve strategieën (om de daarbij negatieve emoties die deze onveiligheid oproepen niet te hoeven voelen). Dit maakt klinische setting een extra uitdaging voor cliënten en team, om – ondanks deze hindernis – een effectief behandelklimaat te kunnen creëren.
Bij een gezondere doelgroep kan het helder zijn dat de verantwoordelijkheid voor grensoverschrijdingen en de hieraan verbonden consequenties bij de cliënt liggen. Onze praktijk is dat als we consequent in deze opstelling zijn we een groot deel van onze cliënten al kwijt zijn voor ze goed en wel aan de behandeling begonnen zijn.
De dilemma's spelen zich af op het terrein van flexibiliteit en grenzen. De cliënt verantwoordelijk maken en houden voor eigen gedrag, dit gedrag begrenzen waar nodig en gelijktijdig cliënt duidelijk maken dat hij of zij welkom is en steun nodig heeft en mag vragen – dit is kort gezegd onze dialectische manier van behandelen.

Zoals beschreven wordt door middel van de structuur van de overlegvormen voorkomen dat we als team te veel in de dagelijks hectiek gezogen raken en hierdoor onverhoopt zouden reageren vanuit tegenoverdracht. Sociotherapeuten moeten soms de ruimte krijgen en nemen om stoom af te kunnen blazen, maar ook verdragen dat teamleden die meer op afstand staan betrekkelijk onuitstaanbaar gedrag van cliënten toch nuanceren en plaatsen in het grotere geheel.

Hierin is collegialiteit en vertrouwen in elkaars professionaliteit van belang, maar ook het uitspreken van onderlinge irritaties. Daar waar irritaties opgekropt zouden worden, liggen parallelprocessen met de cliëntengroep voor het oprapen. Zich niet gezien of serieus genomen voelen zal niet ondenkbaar kunnen leiden tot passieve agressie en bijvoorbeeld tot het vergeten van afspraken. Te veel verantwoordelijkheidsgevoel kan leiden tot oververmoeidheid en afname van werkplezier.
Voor het goed kunnen functioneren in de dialectiek moeten we als team betrouwbaar, transparant, duidelijk en steunend zijn. Hiervoor zijn naast het reguliere cliëntenoverleg scholing, intervisie en samenwerkingsoverleggen onmisbaar. Elkaar helder houden, corrigeren en trainen in de beginselen van de DGT is een belangrijk aspect van het werken in onze setting. Goed voor onszelf zorgen is daarmee goed voor onze cliëntengroep.

Conclusie

Het behandelen van cliënten met een low level borderline persoonlijkheidsstoornis is dynamisch en uitdagend.
Waar anderen hun vingers vaak niet willen branden in verband met bijvoorbeeld chronische suïcidaliteit en cliënten liever kwijt dan rijk lijken te zijn, zien wij cliënten en hun beperkingen als een uitdaging. Cliënten ervaren ons vaak als een 'laatstekanskliniek'. Het temperen van verwachtingen is dan een van de noodzakelijke eerste stappen om de cliënten te kunnen steunen en begeleiden in hun proces. Hierdoor ontstaat een meer reële verwachting van wat we als kliniek kunnen bieden.
In programma 1 krijgen cliënten de kans om te oefenen met nieuw gedrag, fouten te maken, hun beperkingen te ervaren en een meer reëel beeld van zichzelf te ontwikkelen. Bij stoppen met destructief gedrag en afname van vermijding komen cliënten als vanzelf meer in hun pijn. Dit is nodig om stappen te kunnen zetten op het vlak van acceptatie en verandering. Dit betekent groei van identiteit. Ondanks het accent op training van vaardigheden zien we soms ook resultaat op het vlak van zelfgevoel en identiteit.
Het fundament onder de behandeling wordt gevormd door de mix van een doordacht programma gericht op trainen van vaardigheden naast meer non-specifieke factoren als bieden van hoop en holding.
Ondanks problemen en incidenten zien we dat na de opname de gemiddelde cliënt beter toegerust is om de eigen crisis te hanteren. Kortom, het behandelen van cliënten met een low level borderline persoonlijkheidsstoornis biedt kans op succes.

Literatuur

Dolan, B., Warren, F. & Norton, K. (1997). Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 274-279.

Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., Linhan, M.M. (2000). Evaluation of

inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder — a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Lineham, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.