

Borderline persoonlijkheidsstoornis: begrippen, controversen en definities

De laatste jaren is de belangstelling voor de Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) enorm toegenomen. Deze belangstelling heeft met minstens twee factoren te maken. Ten eerste stromen mensen die aan de criteria voor BPS voldoen in groten getale binnen bij instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en in particuliere praktijken. Naar schatting 11% van alle ambulante psychiatrische cliënten en 19% van alle opgenomen cliënten voldoen aan de criteria voor BPS; bij cliënten¹ met enigerlei vorm van een persoonlijkheidsstoornis voldoet 33% van de ambulante cliënten en 63% van de opgenomen cliënten aan deze criteria (zie Widiger & Frances, 1989, voor een samenvatting). Ten tweede blijken de beschikbare behandelvormen bedroevend inadequaaf. Follow-up onderzoeken doen vermoeden dat de initiële disfunctie van deze cliënten extreem kan zijn, dat een significante, klinische verbetering slechts langzaam gaat, ja zelfs vele jaren duurt en dat een verbetering na de begindiagnose vele jaren marginaal blijft (Carpenter, Gunderson & Strauss, 1977; Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson, 1983; McGlashan, 1986a, 1986b, 1987). Borderline cliënten zijn zo talrijk, dat de meeste beroepsbeoefenaren er op z'n minst één moeten behandelen. Ze vragen hulp bij ernstige problemen en intense ellende. Het is moeilijk om hen succesvol te behandelen. Het is geen wonder dat veel

hulpverleners overstelpt worden, zich inadequaaf voelen en op zoek zijn naar een behandeling die enig soelaas biedt.

Het gedragspatroon dat het meest frequent geassocieerd wordt met de BPS-diagnose – een patroon van intentioneel zelfbeschadigende daden en suïcidepogingen – is, interessant genoeg, als doel van behandelinspanningen in verhouding nogal genegeerd. Gunderson (1984) heeft geopperd dat dit gedrag de 'gedragsspecialiteit' van de borderline cliënt het dichtst benadert. De empirische data bevestigen hem hierin: 70 tot 75% van de borderline cliënten heeft een geschiedenis waarin op z'n minst één zelfbeschadigende actie voorkomt (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt & Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar & Davis, 1985). Deze acties kunnen in intensiteit variëren van daden die geen medische behandeling vergen (bijvoorbeeld licht krassen, hoofdbonken en brandplekken op het lichaam maken met een sigaret) tot daden die de zorg van een Intensive Care Afdeling behoeven (bijvoorbeeld een overdosis nemen, zichzelf snijden of zichzelf proberen te verstikken). Ook is het suïcidaal gedrag van borderline cliënten soms fataal. Schattingen van het aantal suïcides onder borderline cliënten variëren maar kunnen op zo'n 9% geschat worden (Stone, 1989; Paris, Brown & Nowlis, 1987; Kroll, Carey & Sines, 1985). In een longitudinaal onderzoek

bij opgenomen cliënten met een BPS-stoornis, die 10 tot 23 jaar na ontslag gevolgd werden (Stone, 1989), hadden de cliënten, die bij de indicatie aan alle acht de DSM-III-criteria voor BPS voldeden, een suïcidepercentage van 36%, vergeleken met een percentage van 7% bij personen die aan vijf tot zeven van de criteria voldeden. In hetzelfde onderzoek hadden personen met BPS en een geschiedenis waarin een eerdere parasuïcide voorkwam, suïcidepercentages die tweemaal zo hoog waren dan de percentages van personen zonder een eerdere parasuïcide. Hoewel er zowel grondige literatuur bestaat over suïcide en zelfbeschadigend gedrag als over BPS, is er bijna geen communicatie tussen deze twee onderzoeksgebieden.

Personen die zichzelf met opzet beschadigen of zichzelf proberen te doden, hebben een aantal dezelfde kenmerken als personen, die aan de criteria voor BPS voldoen. Eén overeenkomst in het bijzonder is echter het vermelden waard: de meeste personen die zichzelf op niet-fatale wijze beschadigen en de meeste personen, die aan de criteria voor BPS voldoen, zijn vrouwen. Widiger en Frances (1989) vatten 38 onderzoeken samen die de sekse van cliënten, die aan de criteria voor BPS voldeden, vermeldden: 74% van deze populatie bestond uit vrouwen. Ook intentionele zelfbeschadigingen, waaronder suïcidepogingen, komen frequenter bij vrouwen dan bij mannen voor (Bancroft & Marsack, 1977; Bogard, 1970; Greer, Gunn & Koler, 1966; Hankoff, 1979; Paerregaard, 1975; Schneidman, Faberow & Litman, 1970). Een andere demografische parallel van betekenis is de relatie tussen leeftijd enerzijds en zowel BPS als niet-fataal zelfbeschadigende gedragingen anderzijds. Ongeveer 75% van de gevallen van zelfbeschadigend gedrag wordt uitgevoerd door personen tussen de 18 en de 45 jaar (Greer & Lee, 1967; Paerregaard, 1975; Tuckman & Youngman, 1968). Borderline cliënten zijn meestal jonger (Akhtar, Byrne & Doghramji, 1986) en BPS-kenmerken verminderen in ernst en frequentie in de middenleeftijd (Paris et al., 1987). Deze demografische gelijkenissen, samen met andere die later besproken zullen worden, werpen de interessante mogelijkheid op dat het onderzoek dat op deze twee populaties wordt verricht, hoewel het apart werd uit-

gevoerd, in feite onderzoek is geweest naar in wezen elkaar overlappende populaties. Ongelukkigerwijze vermelden de meeste onderzoekers naar suïcidaal gedrag geen As-II-diagnoses.

De behandeling die in dit boek beschreven wordt, is een integratieve, cognitieve gedragsbehandeling, de dialectische gedragstherapie – DGT – die ontwikkeld en onderzocht werd bij vrouwen die niet alleen voldeden aan de criteria voor BPS, maar ook een geschiedenis hadden van multiple, niet-fatale suïcidale gedragingen. De theorie die ik gevormd heb zou valide en het behandelprogramma, dat in dit boek en het begeleidend handboek beschreven wordt, zou effectief kunnen zijn voor zowel mannen als voor niet-suïcidale borderline cliënten. Het is echter vanaf het begin voor de lezer belangrijk om zich te realiseren dat de empirische basis waarop de effectiviteit van het behandelprogramma dat hier beschreven wordt, gebaseerd is, zich beperkt tot BPS-vrouwen met een geschiedenis van chronisch parasuïcidaal gedrag (intentionele zelfbeschadiging, waaronder suïcidepogingen). (In overeenstemming hiermee gebruik ik de persoonlijk voornaamwoorden ‘zij’ en ‘haar’ in dit boek om naar de typische cliënte te verwijzen.) Deze groep is binnen de borderline populatie misschien wel het meest gestoord; zij maakt in elk geval het grootste gedeelte ervan uit. De behandeling is flexibel ontworpen, zodat er veranderingen in de behandeltoepassing aangebracht kunnen worden wanneer een cliënt vooruitgaat. Het is dus niet onwaarschijnlijk dat het behandelprogramma ook effectief is bij minder gestoorde personen. Maar op dit moment zou zo'n uitbreiding op speculatie berusten en niet op goed gecontroleerde, empirische behandelonderzoeken.

1.1 Het begrip Borderline persoonlijkheidsstoornis

1.1.1 Definities: vier benaderingen

Het formele begrip BPS is relatief nieuw binnen de psychopathologie. In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), gepubliceerd door

de American Psychiatric Association, kwam deze diagnose niet voor totdat de DSM-III in 1980 gepubliceerd werd. Hoewel de specifieke constellatie van de trekken waaruit deze diagnostische entiteit bestaat, al veel eerder werd erkend, is veel van de huidige belangstelling voor deze populatie voortgekomen uit deze recent verkregen officiële status. Deze status werd niet zonder veel conflicten en discussies verkregen. De 'officiële' nomenclatuur en de diagnostische criteria zijn zowel door een politiek compromis als door aandacht voor de empirische data tot stand gekomen.

Misschien wel het meest controversieel was het besluit om het woord 'borderline' in de officiële benaming van de stoornis te gebruiken. De term zelf was al vele jaren populair in de psychoanalytische gemeenschap. Deze werd voor het eerst gebruikt door Adolf Stern in 1938 om een groep ambulante cliënten te beschrijven, die geen baat hadden bij de klassieke psychoanalyse en die niet leken te passen in de tien standaard 'neurotische' of 'psychotische' psychiatrische categorieën. De psychopathologie werd in die tijd gezien als bestaande uit een continuüm van 'normaal' via 'neurotisch' tot 'psychotisch'. Stern zei dat deze groep ambulante cliënten aan een 'borderline groep van neurosen' leed. Gedurende vele jaren daarna werd de term in gesprekken tussen psychoanalytici gebruikt om cliënten te beschrijven die, hoewel ze ernstige problemen hadden in hun functioneren, niet in andere diagnostische categorieën pasten en moeilijk te behandelen waren met de conventionele, analytische methoden. Verschillende theoretici plaatsten borderline problematiek op de 'grens' tussen neurose en psychose (Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Kernberg, 1975), tussen schizofrenie en geen schizofrenie (Noble, 1951; Ekstein, 1955) en tussen het normale en het abnormale (Rado, 1956). Tabel 1.1 geeft een aantal voorbeelden van vroegere definities van de term. In de loop van de jaren is de term 'borderline' binnen de psychoanalytische gemeenschap langzaam zowel naar een specifieke structuur van de persoonlijkheidsorganisatie als naar een intermediair niveau van de ernst van het functioneren van de persoonlijk-

heid gaan verwijzen. De term draagt dit laatste denkbeeld duidelijk uit.

Gunderson (1984) heeft vier, relatief onderscheiden, klinische verschijnselen samengevat die verantwoordelijk zijn voor de voortdurende, psychoanalytische belangstelling voor de borderline populatie in de loop der jaren. Ten eerste functioneerden cliënten wel goed op gestructureerde psychologische testen, doch niet op ongestructureerde testen, waar ze disfunctionele denkstijlen toonden ('primitief denken' in psychoanalytische termen). Ten tweede kon een aanmerkelijk grote groep personen, die in eerste instantie geschikt leek voor een psychoanalyse, de behandeling niet aan en behoefde vaak terminatie van de analyse en een opname.² Ten derde was er een groep cliënten geïdentificeerd die, in tegenstelling tot de meeste andere cliënten, de neiging had om op gedragsniveau te verslechteren binnen steunende, klinische behandelprogramma's. Ten vierde veroorzaakten deze cliënten steeds weer de intense woede en hulpeloosheid van de kant van het hulpverleningspersoneel in het omgaan met hen. Dit alles samen genomen deden deze vier observaties het bestaan van een groep personen vermoeden, die het ondanks positieve, diagnostische indicatoren, niet goed deed binnen de traditionele vormen van behandeling. De emotionele toestand van zowel de cliënten als van de therapeuten leek te verslechteren wanneer deze personen aan een psychotherapie begonnen.

De heterogeniteit van de populatie die als 'borderline' benoemd werd, leidde tot een aantal andere conceptuele systemen voor het rangschikken van gedragsyndromen en tot etiologische theorieën die met deze term verbonden waren. In tegenstelling tot het enkele continuüm dat binnen het psychoanalytisch denken werd voorgesteld, hebben biologisch georiënteerde theoretici BPS langs verschillende continua geconceptualiseerd. Vanuit hun gezichtspunt bestaat de stoornis uit een aantal klinische syndromen, elk met zijn eigen etiologie, verloop en uitkomst. Stone (1980, 1981) heeft deze literatuur uitgebreid besproken en concludeert dat de stoornis verbonden is met verscheidene, belangrijke As-I-stoornissen in termen van de klinische kenmerken, met gezinsgeschie-

Tabel 1.1 Borderline condities: vroegere definities en verbanden**Stern (1938)**

- 1 Narcisme – Gelijkzijdige idealisatie en denigrerende devaluatie van de analyticus, alsook van andere personen, eerder in het leven.
- 2 Psychisch bloeden – Verlamming bij crises; lethargie; de neiging om het op te geven.
- 3 Overmatige hypersensiviteit – Overmatige reacties op milde kritiek of verwerping, zo intens, dat het achtervolgingswaan doet vermoeden, maar niet voldoet aan een regelrecht waandenkbeeld.
- 4 Psychische en lichamelijke rigiditeit – Een toestand van een gespannen en stramme houding, die voor de observator meteen zichtbaar is.
- 5 Negatieve therapeutische reactie – Bepaalde interpretaties van de kant van de analyticus, die als helpend bedoeld zijn, worden ervaren als ontmoedigend of als manifestaties van gebrek aan liefde en waardering. Er kan dan een depressie of een woedeaanval volgen; en soms suïcidale gestes.
- 6 Constitutioneel gevoel van inferioriteit – Sommigen tonen melancholie, anderen hebben een infantiele persoonlijkheid.
- 7 Masochisme, vaak vergezeld van een ernstige depressie.
- 8 Organische onzekerheid – Klaarblijkelijk een constitutioneel onvermogen om veel stress te kunnen verdragen, speciaal op interpersoonlijk terrein.
- 9 Projectieve mechanismen – Een sterke neiging tot externaliseren, die cliënten soms dicht bij een waanachtige ideatie kunnen brengen.
- 10 Moeilijkheden in de realiteitstoetsing – Een falend, empathisch mechanisme in relatie tot anderen. Een verslechterd vermogen om representaties van deelobjecten van een andere persoon tot adequate en realistische percepties van de hele persoon samen te stellen.

Deutsch (1942)

- 1 Depersonalisatie die noch ik-vreemd is, noch storend voor de cliënt.
- 2 Narcistische identificaties met anderen, die niet in het zelf opgenomen worden, maar bij herhaling worden geageerd.
- 3 Een volledig greep houden op de realiteit.
- 4 Armoede van objectrelaties, met de neiging om de kwaliteiten van de andere persoon aan te nemen als middel om liefde te krijgen.
- 5 Een maskering van alle agressieve neigingen door passiviteit, met een zweem van welwillendheid, die makkelijk omkeert in kwaadwillendheid.
- 6 Innerlijke leegte, die de cliënt probeert te repareren door zichzelf bij de ene na de andere sociale of religieuze groep aan te sluiten, of de doelstellingen van de groep van dit jaar nu wel of niet overeenstemmen met die van de groep van verleden jaar.

Schmideberg (1947)

- 1 Niet in staat om routine en regelmaat te verdragen.
- 2 Neigt vele sociale conventieregels te doorbreken.
- 3 Vaak laat op afspraken en onbetrouwbaar qua betaling.
- 4 Niet in staat om verbanden te leggen tijdens sessies.
- 5 Weinig gemotiveerd voor behandeling.
- 6 Ontwikkelt geen betekenisvol inzicht.
- 7 Leidt een chaotisch leven waarin altijd iets vreselijks gebeurt.
- 8 Pleegt, behalve indien rijk, kleine, criminele daden.
- 9 Kan niet makkelijk emotioneel contact maken.

Rado (1956) ('extractieve stoornis')

- | | |
|--|------------------------|
| 1 Ongeduld en intolerantie voor frustratie | 5 Parasitisme |
| 2 Woede-uitbarstingen | 6 Hedonisme |
| 3 Onverantwoordelijkheid | 7 Depressieve momenten |
| 4 Extractibiliteit | 8 Affecthonger |

Tabel 1.1 Borderline condities: vroegere definities en verbanden (vervolg)**Esser and Lesser (1965) ('histeroïde stoornis')**

- 1 Onverantwoordelijkheid
- 2 Wisselende werkgeschiedenis
- 3 Chaotische en onbevredigende relaties, die nooit diepgaand worden of durend zijn
- 4 In de vroege kindertijd een geschiedenis van emotionele problemen en verstoorde patronen (bijvoorbeeld bedplassen op een late leeftijd)
- 5 Chaotische seksualiteit, vaak met een combinatie van frigiditeit en promiscuïteit

Grinker, Werble en Drye (1968)

Algemene kenmerken van alle borderliners:

- 1 Woede als het voornaamste of enige affect
- 2 Defect in affectieve (interpersoonlijke) relaties
- 3 Afwezigheid van een consistente zelfidentiteit
- 4 Depressie als kenmerkend in het leven

Subtype I: de psychotische borderliner

- gedrag inadequaaf, niet adaptief
- zelfidentiteit en realiteitsgevoel gebrekkig
- negatief gedrag en woede worden geuit
- depressie

Subtype II: het kern borderline syndroom

- wisselende betrokkenheid op anderen
- geageerde woede
- depressie
- zelfidentiteit is niet constant

Subtype III: het adaptieve, affectloze, verdedigde 'alsof'

- gedrag adequaat, adaptief
- complementaire relaties
- weinig affect; gebrek aan spontaniteit
- verdedigingsmechanismen van terugtrekking en intellectualisatie

Subtype IV: de borderliner met de neurosen

- anaclitische depressie
- angst
- gelijkenis met een neurotisch, narcistisch karakter

Uit: *Therapeuten Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation*, door M.H. Stone, 1980, New York: McGraw-Hill. Copyright 1980 door McGraw-Hill. Overgenomen met toestemming.

denissen, met de respons op behandeling en met biologische kenmerken. Hij suggereerde bijvoorbeeld drie borderline subtypen: één, dat verbonden was met schizofrenie; één, verbonden met een affectieve stoornis en een derde, verbonden met organische hersenstoornissen. Elk subtype komt voor op een spectrum, dat van 'overduidelijke' of 'kern' gevallen van het subtype in mildere, minder makkelijke te identificeren vormen overgaat. Deze laatste gevallen zijn die, waarop de term 'borderline' van toepassing is (Stone, 1980). De laatste jaren is de tendens binnen de theoretische

en onderzoeksliteratuur om het borderline syndroom te begrijpen als primair liggend op het continuüm van de affectieve stoornissen (Gunderson & Elliott, 1985) hoewel er steeds meer empirische data komen die twijfel zaaien over deze positie.

Een derde benadering om de borderline verschijnselen te begrijpen is de 'eclectisch-descriptieve' benadering van Chatman (1985). Deze benadering, die tegenwoordig primair vertegenwoordigd wordt door de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1991) en het werk van Gunderson (1984), gebruikt sets van

Tabel 1.2 Diagnostische criteria voor BPS**DSM-IV***

- 1 Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. NB: Reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium (5).
- 2 Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren.
- 3 Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
- 4 Impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien). NB: Reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium (5).
- 5 Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
- 6 Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes 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 gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Diagnostisch Interview voor Borderline – Herzien (DIB-R)***Affect-categorie*

- 1 Chronisch depressie/depressieve stoornis
- 2 Chronische hulpeloosheid/hopeloosheid/waardeloosheid/schuld
- 3 Chronische woede/frequente acties uit woede
- 4 Chronische angst
- 5 Chronische eenzaamheid/verveling/leegte

Cognitie-categorie

- 6 Vreemd denken/ongewone perceptuele ervaringen
- 7 Niet waanachtige, paranoïde ervaringen
- 8 Quasi-psychotische ervaringen

Impulsieve actiepatronen-categorie

- 9 Middelenmisbruik/middelenafhankelijkheid
- 10 Seksuele deviatie
- 11 Automutilatie
- 12 Manipulatieve suïcidepogingen
- 13 Andere impulsieve patronen

Interpersoonlijke relatie-categorie

- 14 Intolerantie voor alleen zijn
- 15 Zorgen over afwijzing/overspoeling/vernietiging
- 16 Tegenafhankelijkheid/ernstige conflicten over hulp en zorg
- 17 Stormachtige relaties
- 18 Afhankelijkheid/masochisme
- 19 Devaluatie/manipulatie/sadisme
- 20 Eisend/dwingend gedrag
- 21 Behandelregressies
- 22 Tegenoverdrachtsproblemen/'speciale' behandelrelaties

* Uit: *DSM-IV Options Book: Work in Progress 9/1/91* door de Task Force op DSM-IV, American Psychiatric Association. Herdrukt met toestemming.** Uit: 'Therapeuten revised Diagnostic Interview for Borderliners: Discriminating BPD from Other Axis II Disorders' door M. C. Zanarini, J. G. Gunderson, F. R. Frankenberg en D. L. Chauncey, 1989, *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18. Copyright 1989 door Guilford Publications, Inc. Herdrukt met toestemming.

borderline kenmerken om het begrip borderline te definiëren. De bepalende criteria zijn grotendeels via consensus ontstaan, hoewel tegenwoordig ook empirische data tot bepaalde hoogte gebruikt worden om de definities bij te stellen. Gundersons criteria, (bijvoorbeeld Gunderson & Kolb, 1978; Gunderson, Kolb & Austin, 1981) waren oorspronkelijk ontwikkeld uit een samenvatting van de literatuur en uit de distillatie van zes verschijnselen, die de meeste theoretici als kenmerkend voor borderline cliënten beschreven. Zanarini, Gunderson, Frankenburg en Chauncey (1989) hebben recentelijk hun BPS-criteria herzien, teneinde een betere empirische discriminatie te verkrijgen tussen BPS en andere As-II-diagnosen. Zelfs in deze laatste versie zijn de selectiemethoden van nieuwe criteria echter niet duidelijk gemaakt; ze schijnen meer gebaseerd te zijn op klinische criteria dan op empirische deductie. Op dezelfde wijze zijn de criteria voor BPS, die in de DSM-III, DSM-III-R en de nieuwe DSM-IV opgenomen zijn, gedefinieerd via consensus binnen comités die door de American Psychiatric Association gevormd zijn. Deze criteria zijn gebaseerd op de combinatie van de theoretische oriëntaties van de comitésleden, op data over de manier waarop psychiaters in de praktijk de term gebruiken en op de empirische

data, die op dat moment beschikbaar waren. De meest recente criteria, die gebruikt zijn om BPS te definiëren, de DSM-IV en het Diagnostic Interview for Borderline – Herziene (DIB-R) criteria, worden in tabel 1.2 onder elkaar gezet.

Een vierde benadering om borderline verschijnselen te begrijpen, is gebaseerd op de biosociale leertheorie en werd voorgesteld door Millon (1981, 1987a). Millon is een van de meest welbespraakte andersdenkenden die de term ‘borderline’ gebruikt om deze persoonlijkheidsstoornis te beschrijven. Millon heeft namelijk de suggestie gedaan om de term ‘cycloïde persoonlijkheid’ te gebruiken om de instabiliteit van gedrag en stemming, die hij in de stoornis centraal ziet staan, te belichten. Vanuit Millons perspectief komen de borderline patronen voort uit een verslechtering van eerdere, minder ernstige persoonlijkheidstrekken. Millon benadrukt de verschillende achtergrondgeschiedenissen die bij borderline personen gevonden worden en suggereert dat BPS op een aantal manieren kan worden veroorzaakt.

De theorie die ik in dit boek presenteer, is gebaseerd op de biosociale theorie en deze theorie lijkt in vele opzichten op die van Millon. Beiden benadrukken we de wederzijdse interactie tussen biologische

Tabel 1.3 Gedragpatronen bij BPS

- 1 *Emotionele kwetsbaarheid*: Een patroon van diepgaande moeilijkheden bij het reguleren van negatieve emoties, met inbegrip van een hoge sensitiviteit voor negatieve, emotionele stimuli, een hoge emotionele intensiteit en een langzame terugkeer naar de emotionele basislijn, alsook het bewustzijn en de ervaring van emotionele kwetsbaarheid. De neiging kan bestaan om de sociale omgeving de schuld te geven vanwege onrealistische verwachtingen en eisen.
 - 2 *Zelfinvalidatie*: De neiging om de eigen emotionele responsen, gedachten, overtuigingen en gedragingen te invalideren of niet te kunnen erkennen. Onrealistisch hoge normen voor zichzelf hebben. Kan intense schaamte, zelfhaat en op zichzelf gerichte woede inhouden.
 - 3 *Niet aflatende crises*: Een patroon van frequente, stressvolle, negatieve gebeurtenissen, verstoringen of wegblokkeringen in de omgeving – sommige veroorzaakt door de disfunctionele levensstijl van de persoon, andere door een inadequaet sociaal milieu en vele door het lot of bij toeval.
 - 4 *Geremde rouw*: De neiging om negatieve, emotionele responsen, speciaal die, die te maken hebben met verdriet en verlies, waaronder somberheid, woede, schuld, schaamte, angst en paniek, weg te stoppen.
 - 5 *Actieve passiviteit*: De neiging tot een stijl van interpersoonlijke probleemoplossing, die passief van aard is, waaronder een gebrek aan een actieve opstelling om de eigen levensproblemen op te lossen, vaak samengaand met actieve pogingen om te zorgen dat problemen opgelost worden door anderen in de omgeving; aangeleerde hulpeloosheid, hopeloosheid.
 - 6 *Ogenschijnlijke competentie*: De neiging van het individu om bedrieglijk competent over te komen dan ze in feite is. Dit komt gewoonlijk vanwege het feit dat de competenties niet goed generaliseren over de verschillende stemmingen en situaties heen en gedurende de tijd, en vanwege een gebrek aan een adequate uiting van non-verbale cues voor emotionele stress.
-

Tabel 1.4 De belangrijkste visies op BPS

Dimensies	Psychoanalytisch	Biologisch	Eclectisch	Biosociaal	Cognitief
1 Voornaamste theoretici	Adler, Kernberg, Masterson, Meissner, Rinsley	Akiskal, Adrulonis, Cowdry, Gardner, Hoch, Kasanin, Kety, Polatin, Soloff, Stone, Wende	France, Grinker, Gunderson, Spitzer's DSM-III, DSM-IV	Linehan, Millon, Turner	Beck, Pretzer, Young
2 Wat wordt bedoeld met 'Borderline'?	Psychostructurele niveau van psychodynamisch conflict	Milde variant van een van de hoofdstoornissen	Een specifieke persoonlijkheidsstoornis	Een specifieke persoonlijkheidsstoornis	Een specifieke persoonlijkheidsstoornis
3 Gegevens waarop de diagnose gebaseerd wordt	Symptomen, afgeleide intrapsychische structuren, overdracht	Klinische symptomen, familie-genetische geschiedenis, respons op behandeling en biologische kentekenen	Combinatie van symptomen en gedragsobservaties, psychodynamica en psychologische testdata (WAIS, Rorschach)	Gedragsobservatie, gestructureerd interview, gedragsmatig verankerde testdata	Gedragsobservatie, gestructureerd interview, gedragsmatig verankerde testdata
4 Etiologie van de stoornis	Opvoeding, temperament en het lot**	Temperament*	Niet gespecificeerd	Temperament en opvoeding	Opvoeding
5 Samenstelling van de borderline populatie	Homogeen: intrapsychische structuur; Heterogeen: beschrijvende symptomen	Heterogeen: totale steekproef; Homogeen: elk subtype	Heterogeen	Heterogeen	Niet gespecificeerd
6 Belang van het diagnostisch onderverdelen in subtypen	Niet van belang, behalve Meissner	Belangrijk	Ietwat van belang	Belangrijk	Niet gespecificeerd
7 Grond waarop het subtype gebaseerd is	-	Etiologie	Grinker & Gunderson: klinisch; DSM: klinisch en etiologisch	Gedragspatronen	Ongespecificeerd
8 Aanbevolen behandeling	Gemodificeerde psychoanalyse, confrontatieve psychotherapie	Farmacotherapie	Ongespecificeerd	Gemodificeerde gedrags-/cognitieve gedragstherapie	Gemodificeerde cognitieve therapie

Uit: *Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis* door P.M. Chatham, 1985, New York: Jason Aronson. Copyright 1985 door Jason Aronson, Inc. Aangepast met toestemming.

* Cognitieve componenten kunnen een rol spelen, net als het lot dat kan; de meeste theoretici, behalve Kernberg, beschouwen de opvoeding als de grootste oorzaak.

** Stone(1981) gelooft dat 10-15% van alle gevallen van BPS bij volwassenen puur psychogenetisch van origine is.

en sociale leerinvloeden bij de etiologie van de stoornis. In tegenstelling tot Millon heb ik geen onafhankelijke definitie van BPS ontwikkeld. Ik heb echter een aantal gedragspatronen gerangschikt die geassocieerd worden met een subgroep binnen de borderline groep, namelijk de groep met een geschiedenis van multiple pogingen om zichzelf te verwonden, te mutileren of te doden. Deze patronen worden gedetailleerd besproken in hoofdstuk 3. Ter illustratie worden ze in tabel 1.3 samengevat.

Over het algemeen hebben noch de gedragstheoretici, noch de cognitieve theoretici definiërende of diagnostische categorieën van disfunctioneel gedrag voorgesteld, die vergelijkbaar zijn met die, die hier beschreven zijn. Dit is primair gevolg van enerzijds de moeite die behavioristen hebben met de afgeleide theorieën over persoonlijkheid en persoonlijkheidsorganisatie, anderzijds hun voorkeur voor het begrijpen en behandelen van cognitieve, affectieve en gedragsverschijnselen die verbonden zijn met verschillende stoornissen, boven het begrijpen en behandelen van de 'stoornissen' op zich. Cognitieve theoretici hebben echter etiologische formuleringen voor de borderline gedragspatronen ontwikkeld. Deze theoretici zien BPS als een resultaat van disfunctionele, cognitieve

schemata die vroeg in het leven ontwikkeld zijn. Puur cognitieve theorieën lijken in vele opzichten op de meer cognitief georiënteerde psychoanalytische theorieën. De verschillende oriëntaties op de borderline fenomenologie die hier beschreven zijn, worden in tabel 1.4 getoond.

1.1.2 Diagnostische criteria: een reorganisatie

De criteria voor BPS, zoals ze vandaag de dag gedefinieerd zijn, verwijzen naar een patroon van gedragsmatige, emotionele en cognitieve instabiliteit en deregulatie. Deze moeilijkheden kunnen in de vijf categorieën, die in tabel 1.5 onder elkaar zijn gezet, samengevat worden. Ik heb de gebruikelijke criteria opnieuw gerangschikt, maar een vergelijking tussen de vijf categorieën, die ik hieronder bespreek, en de DSM-IV- en DIB-R-criteria in tabel 1.2 laat zien dat ik de criteria wel herordend heb, maar niet anders heb gedefinieerd.

In de eerste plaats ervaren borderline personen over het algemeen emotionele deregulatie. Hun emotionele responsen zijn zeer reactief en de persoon heeft meestal problemen met tijdelijke somberheid, angst en prikkelbaarheid, alsook problemen met

Tabel 1.5 Vergelijking van BPS en parasuïcidale kenmerken

BPS	Parasuïcide
<i>Emotionele deregulatie</i>	
1 Emotionele instabiliteit	1 Chronisch aversief affect
2 Problemen met woede	2 Woede, vijandigheid, prikkelbaarheid
<i>Interpersoonlijke deregulatie</i>	
3 Instabiele relaties	3 Conflictueuze relaties
4 Pogingen om verlies te vermijden	4 Zwakke sociale steun
	5 Overheersend interpersoonlijke problemen
	6 Passieve wijze van interpersoonlijke probleemoplossing
<i>Gedragsderegulatie</i>	
5 Suïcide dreigingen, parasuïcide	7 Suïcide dreigingen, parasuïcide
6 Zelfbeschadigende, impulsieve gedragingen, waaronder alcohol- en drugsmisbruik	8 Alcohol en drugsmisbruik, promiscuïteit
7 Cognitieve verstoringen	9 Cognitieve rigiditeit, dichotoom denken
<i>Disfunctionering van het zelf</i>	
8 Instabiel zelf, zelfbeeld	10 Lage zelfwaardering
9 Chronische leegte	

woede en de uiting hiervan. In de tweede plaats ervaren borderline personen vaak interpersoonlijke deregulatie. Hun relaties kunnen chaotisch, intens en vol moeilijkheden zijn. Ondanks deze problemen vinden borderline personen het vaak bijzonder moeilijk om relaties los te laten; in plaats daarvan doen ze intense en fanatieke pogingen om belangrijke personen ervan af te houden hen te verlaten. Het is mijn ervaring dat borderline personen goed lijken te functioneren in stabiele, positieve relaties en slecht functioneren wanneer ze zo'n relatie niet hebben. In de derde plaats vertonen borderline personen patronen van gedragsmatig disfunctioneren, zoals te zien is aan extreme en problematische, impulsieve gedragingen, alsook aan suïcidale gedragingen. Pogingen om zichzelf te beschadigen, te mutileren of te doden komen binnen deze populatie algemeen voor. In de vierde plaats zijn borderline personen bij tijden cognitief gedysreguleerd. Korte, niet-psychotische vormen van deregulatie van het denken, waaronder depersonalisatie, dissociatie en waandenkbeelden, worden bij tijden door stressvolle situaties teweeggebracht en klaren gewoonlijk op, wanneer de stress verminderd is. Ten slotte komt een deregulatie van het zelfgevoel eveneens algemeen voor. Het is niet ongewoon om van een borderline persoon te horen dat ze überhaupt geen zelfgevoel heeft, zich leeg voelt en niet weet wie ze is. In feite kan men BPS beschouwen als een diepgaande verstoring van zowel de regulatie als van de ervaring van het zelf – een notie die ook door Grotstein naar voren is gebracht (1987).

Deze reorganisatie wordt gesteund door belangrijke data, die bij elkaar gebracht zijn door Stephen Hurt, John Clarkin en hun collega's (Hurt et al., 1990; Clarkin, Hurt & Hull, 1991; zie Hurt, Clarkin, Munroe-Blum & Marzialai, 1992 voor een overzicht). Met gebruikmaking van een hiërarchische clusteranalyse van de acht DSM-III-criteria vonden ze drie clusters van criteria: een Identiteitscluster (chronische gevoelens van leegte of verveling, identiteitsverstoring, intolerantie voor alleen zijn); een Affectief cluster (labiel affect, instabiele interpersoonlijke relaties, intense en inadequate woede); en een Impulscluster

(zelfbeschadigende daden en impulsiviteit). Cognitieve deregulatie kwam in de resultaten niet naar voren omdat de clusteranalyse gebaseerd was op de DSM-III-criteria die cognitieve instabiliteit niet als criterium voor BPS gebruiken.

Er bestaat een aantal diagnostische instrumenten voor BPS. Het onderzoeksgereedschap dat het meest gebruikt wordt, is de oorspronkelijke DIB, die ontwikkeld werd door Gunderson et al. (1981); recent is deze herzien door Zanarini et al. (1989), zoals ik eerder schreef. De criteria, die algemeen worden gebruikt voor de klinische diagnose zijn die, die in de verschillende versies van het *Diagnostic and Statistical Manual* staan. De meest recente is de DSM-IV. (Ten tijde van deze Nederlandse vertaling is de tekstrevisie van de DSM, de *DSM-IV-TR*, verschenen, red.)

Zoals tabel 1.2 laat zien, bestaat er een substantiële overlapping tussen de DIB-R en de DSM-IV. Dit zou niet als een verrassing moeten komen, omdat Gunderson zowel de oorspronkelijke DIB ontwikkelde, alsook voorzitter was van de As-II-werkgroep voor de DSM-IV. Er bestaat ook een aantal instrumenten voor zelfrapportage, dat geschikt is om cliënten te screenen (Millon, 1987b; zie Reich, 1992 voor een overzicht).

1.2 Het begrip parasuïcidaal gedrag

Het labelen van niet-fatale zelfbeschadiging is door veel controversen omgeven geweest. De onenigheden hadden over het algemeen betrekking op de mate en de soort van intentie, die noodzakelijk was (Linehan, 1986; Linehan & Shearin, 1988). In 1977 introduceerde Kreitman de term 'parasuicide' als term voor (1) niet-fataal, intentioneel, zelfbeschadigend gedrag dat resulteert in feitelijke weefselbeschadiging, ziekte of doodrisico; of (2) elke inname van drugs of andere substanties, die niet voorgeschreven zijn of veel meer dan voorgeschreven is, met de duidelijke intentie om lichamelijk letsel of de dood te veroorzaken. Parasuicide, zoals dit door Kreitman gedefinieerd werd, houdt zowel de feitelijke suïcidepogingen in als zelfbeschadigingen (waaronder