

BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS (2007)

Counselors die samenwerken met Stichting de Einder hebben met regelmaat te maken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen, waaronder borderline. In onderstaande bijdrage wil ik de borderline persoonlijkheidsstoornis (verder: BPS) genuanceerd belichten. In eerste instantie zal ik stilstaan bij meer algemene kenmerken, daarna wil ik de aandacht richten op suicidaliteit bij BPS.

Ik streef geen volledigheid na: dat is onmogelijk gezien BPS, zoals mag gaan blijken, uiterst complex is. Ook de literatuur is niet eenduidig. Aan generalisaties is in deze context niet te ontkomen. Beseft moet dan ook worden dat er grote verschillen zijn tussen personen die BPS als diagnose krijgen.

DE DIAGNOSE

Binnen de reguliere GGZ wordt bij het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis gebruik gemaakt van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Daar bestaat in het land veel discussie over, maar daar op ingaan voert hier te ver.

Om van *persoonlijkheidsstoornis* te spreken, dient voldaan te worden aan de diagnostische DSM-criteria. Zo moet er sprake zijn van een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene; het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke sociale situaties; het leidt in behoorlijke mate tot lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen; het is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid; het patroon is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis of de gevolgen daarvan; het duurzame patroon is niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (zoals drugs of geneesmiddelen) of een lichamelijke aandoening (zoals een schedeltrauma).

Om de *diagnose BPS* te krijgen moet van minimaal 5 van de volgende 9 criteria sprake zijn: 1. Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden 2. Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren (extreem zwart-wit denken) 3. Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel 4. Impulsiviteit op ten minste twee gebieden met negatieve gevolgen voor zichzelf (bijv. geldverspilling, veel wisselende seksuele contacten, middelenmisbruik) 5. Terugkerende pogingen tot zelfdoding, gestes of dreigingen, zelfverwonding 6. Sterk wisselende stemmingen als reactie op gebeurtenissen (bijv. voor enkele uren of dagen somber, prikkelbaar, angstig) 7. Een chronisch gevoel van leegte 8. Inadequate intense woede of moeite kwaadheid te beheersen 9. Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Problematisch voor het constateren van een BPS is dat er overlappingen zijn met andere stoornissen zoals onder meer depressie, bipolaire stoornis, boulimia, ptss, adhd en paniekstoornis. Problematisch, want indien bijvoorbeeld daar (te veel) aandacht op gericht wordt, komt BPS mogelijk niet of (te) laat in beeld.

De diagnose wordt pas rondom het 20^{ste} levensjaar gesteld omdat de psyche dan meer uitgerijpt is. Daarnaast kunnen pubers en adolescenten immers voor hun leeftijdsfase 'normaal' gedrag vertonen (grenzen overschrijden ter lering en vermaak, identiteitsvorming met fluctuaties). Inmiddels is er ook literatuur bekend waarin gesproken wordt over BPS bij jongeren.

ONTSTAANSGRONDEN

Het is ondoenlijk om één oorzaak van BPS te duiden. Wel kan gesteld worden dat er véle factoren, die ook gecombineerd kunnen worden, een rol (kunnen) spelen bij de ontwikkeling ervan, factoren die biologisch (genetisch), sociaal en psychologisch zijn. Aanleg voor impulsief gedrag, emotionele kwetsbaarheid, veel stemmingswisselingen; instabiele relaties; traumatische jeugdervaringen (seksueel misbruik, fysieke en psychische mishandeling, verwaarlozing) waardoor er ook sprake kan zijn van hechtingsproblemen – gebeurtenissen die een 'gezond' en onafhankelijk volwassenworden frustreren.

Schattingen over het voorkomen van BPS lopen sterk uiteen – een gevolg van methodologische verschillen: van 100.000 tot 250.000 Nederlanders. Zowel mannen als vrouwen krijgen de diagnose, maar daar vrouwen eerder hulp zoeken en agressiviteit en impulsiviteit bij vrouwen eerder in het oog springen (en mannen eerder ‘doe-het-zelven’), lijkt de hoeveelheid vrouwen in de aantallen oververtegenwoordigd (3 tot 4 keer zoveel).

Daar iemand ‘met’ BPS slecht kán functioneren, liggen er problemen in het verschiep in de sferen van intieme relaties, studie en arbeid (en is er veel sprake van arbeidsongeschiktheid en –verzuim). Van een volwaardige maatschappelijke participatie is zelden sprake. Gezien de genoemde BPS-kenmerken gaan behandelingen vaak zeer moeizaam en staat de levenskwaliteit continu onder druk. Derhalve is het voorstelbaar dat iemand op latere leeftijd, terugkijkend op vele behandelingen en mislukkingen en frustraties, de balans opmaakt en plannen maakt voor een zelfgekozen levenseinde – of er dan sprake is van een weloverwogen en zorgvuldige keuze hangt af van de emotionele toestand waarin die persoon zich dan bevindt.

BEHANDELING

Werd voorheen gedacht dat BPS chronisch is, uit meer hedendaags onderzoek blijkt dat na verloop van tijd een behoorlijk aantal, dus: niet iedereen, de diagnose verliest. Na 3 jaar voldoet nog zo’n 60% aan de BPS-criteria, na 15 jaar 25%. Vanaf het 30^{ste} levensjaar is de kans op zelfdoding vermindert, is er meer levensrust en ruimte voor stabiele relaties. Herstel hangt samen met leeftijd maar vooral met behandeling, met een gerichte therapie: 75% van de patiënten met BPS herstelt na 2 jaar, zonder therapie slechts een 25% na 4 jaar.

Een voorbeeld van een behandelingsmethode is de Schemagerichte Cognitieve Therapie (verder: SCT), ontwikkeld door Jeffrey Young. De SCT denkt maximaal een volledige genezing te bewerkstelligen, minimaal een blijvende verandering van persoonlijkheidskenmerken. Iemand met BPS oogt volwassen, maar is, volgens de visie van de SCT, als een kwetsbaar kind, in de steek gelaten en zoekt naarstig naar ouders/beschermers. De SCT is gericht op het bereiken van individuele identiteit en intimiteit met anderen; anders gezegd: onder structurele begeleiding van een therapeut wordt gekeken hoe volwassenheid bereikt kan worden.

Een behandeling duurt, los van de vorm: klinisch of transmuraal, meerdere jaren.

ZELFBESCHADIGING EN SUÏCIDALITEIT

Mensen met BPS springen snel van de ene in de andere intensieve affectieve toestand, leven sterk in het hier en nu, hebben weinig oog voor verleden en toekomst. De ondraaglijke gevoelens die terugkerend zijn, behoeven een snelle reactie. Om die gevoelens te verlichten kunnen ze grijpen naar zelfdestructief gedrag (bijv. misbruik van medicijnen, automutilatie, suïcidaliteit) om met fysieke pijn de aandacht van de emotionele pijn af te leiden. Ook kan boosheid reden voor beschadigend gedrag zijn of kan er bijv. niet voldaan worden aan de strenge eisen uit de jeugd (er wordt dus gefaald) en behoeft dat een straf. Zelfbeschadiging en suïcidaliteit compenseren een *onvermogen*, zijn *copingstrategieën*. Therapie beoogt dan het destructief gedrag te begrenzen en personen te leren zichzelf te beheersen.

Mensen met BPS zijn dus vaak slecht in staat om stress te reguleren, zijn onvermogen om op een andere wijze dan door een geweldsact uiting te geven aan hun gevoelsleven. En zelfdoding –of een poging daartoe of gedachten daaromtrent– is een extreme maar niet geheel onverwachte handelingsmogelijkheid: het is een kans om het lijden van het moment radicaal te stoppen; iets wat gekoesterd, zelfs geïdealiseerd kan worden. Bij BPS is sprake van chronische suïcidaliteit: suïcidaal gedrag blijft terugkomen – hulpverleners dienen daar rekening mee te houden.

Hoewel pogingen mislukken, is er geen reden er vanuit te gaan dat het niet kan gaan lukken. Juist de veelvuldigheid werkt drempelverlagend en dus is de kans dat het eens zal lukken groot. Suïcidaliteit, in algemene zin, is eigenlijk onvoorspelbaar. Slechts *achteraf* kan van 1% van de zelfdodingen een inschatting gemaakt worden.

BRONNEN

* “Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV / 1995, uitg. Swets & Zeitlinger, Lisse, ISBN 9026513941

- * “Handboek persoonlijkheidsstoornissen” / J.J.L. Derksen, 1993, uitg. De Tijdstroom, Utrecht, ISBN 903521482X
- * “Handboek suïcidaal gedrag” / Van Heeringen (red.), 2007, uitg. De Tijdstroom, Utrecht, ISBN 9058980855
- * “Schemagericht cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis” / Van Genderen & Arntz, 2005, uitg. Nieuwezijds, Amsterdam ISBN 905712209X
- * “Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten” / Young, Klosko & Weishaar, 2005, uitg. Bohn Stafleu van Loghum, Houten ISBN 9031343358
- * “Trimbos zakboek psychische stoornissen” / Schoenmaker & De Ruiter (red.), 2005, uitg. De Tijdstroom, Utrecht ISBN 9058980839
- * stichtingpandora.nl
- * belevnissenborderline.nl