

Psychodynamische visie op automutilatie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis

R. GHIJSENS, B. LOWYCK, R. VERMOTE

ACHTERGROND Automutilatie is intentionele, directe verwonding van lichaamsweefsel zonder de aanwezigheid van suïcidale ideatie. Deze komt zeer frequent voor bij patiënten met as II-gerelateerde stoornissen, in het bijzonder borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Binnen de psychodynamische theorie werd automutilatie vroeger vooral benaderd vanuit de symbolische betekenis die dit gedrag kan hebben, zoals zelfbestrafing. Nu wordt automutilatie eerder in het kader geplaatst van de rol die deze heeft in het psychisch functioneren zelf, soms op een niveau voor er betekenisgeving aanwezig is, zoals affectregulatie.

DOEL Belichten van een recentere psychodynamische benadering van het begrip automutilatie en schetsen van de klinische implementatie hiervan.

METHODE Systematische zoektocht in de literatuur over automutilatie en recente psychodynamische modellen hierover in het bijzonder.

RESULTATEN Wij beschrijven drie dimensies van psychische verandering en demonstreren hoe men deze kan implementeren in de klinische behandeling. De focus ligt daarbij niet meer op de symptomen, maar op een breder psychotherapeutisch proces, gericht op het bereiken van een structurele verandering in de persoonlijkheid. Daarbij is de relatie tussen de basis van dit proces en het therapeutische effect op automutilatie bij BPS van belang.

CONCLUSIE De geschetste benadering van automutilatie is een belangrijke pijler in de psychodynamische behandeling van patiënten met een BPS. Huidige psychodynamische modellen gericht op behandeling van BPS bieden een theoretische achtergrond om dit in de klinische behandeling te implementeren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)5, 321-330]

TREFWOORDEN automutilatie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, mentalisatie, psychodynamisch

Automutilatie is een intentionele, directe verwonding van lichaamsweefsel zonder de aanwezigheid van suïcidale ideatie. Het verschijnsel valt onder de noemer zelfverwondend gedrag, waaronder ook suïcidepogingen, parasuïcides en zelfvermindering bij patiënten met een psychotische stoornis horen.

Zelfverwondend gedrag komt voor zowel bij patiënten met een as I- of as II-stoornis als bij indi-

viduen met een mentale handicap. Bij as I-stoornissen gaat het voornamelijk om patiënten met een majeure depressie, angststoornis, middelenmisbruik, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis en schizofrenie. Bij as II-gerelateerde stoornissen komt automutilatie veel voor. Dit geldt voornamelijk voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS), van wie het overgrote deel, tot 75%, zich regelmatig ver-

wondt (Gratz & Gunderson 2006; Skegg 2005).

Vanuit de psychodynamische theorie werd automutilatie in het verleden vaak enkel geïnterpreteerd als een vorm van zelfbestrafing en agressie. Momenteel wordt automutilatie in het kader geplaatst van affectregulatie en psychisch functioneren (Klonsky 2007).

In dit artikel belichten wij de psychodynamische benadering van automutilatie bij patiënten met BPS. Eerst staan we stil bij enkele algemene hypothesen over de etiologie en behandeling van automutilatie. Vervolgens bespreken we enkele recentere psychodynamische modellen over persoonlijkheidsstoornissen, waarbij we telkens focussen op het begrip automutilatie en de klinische aanpak hiervan. Op grond hiervan werken we een recente visie op automutilatie uit, die deze drie bestaande psychodynamische modellen combineert. Ten slotte illustreren we deze behandeling aan de hand van twee casussen van patiënten met persoonlijkheidsmoeilijkheden die verbleven op onze afdeling voor Klinische Psychotherapie van Persoonlijkheidsstoornissen (KLIPP).

METHODE

We verrichtten een literatuurstudie in twee fases. In de eerste fase werd in de PubMed-database gezocht met als trefwoorden: ‘selfharm’, ‘automutilation’ en ‘borderline personality disorder’. De tweede fase werd toegespitst op de psychodynamische visie en meer specifiek hoe automutilatie begrepen wordt volgens de psychodynamische modellen van Kernberg, Bion, Fonagy en Bateman. Hierbij gebruikten wij PubMed, handboeken en het proefschrift van Vermote (2005) over de toepassing van deze modellen in een setting voor persoonlijkheidsstoornissen.

ETIOLOGIE EN BEHANDELINGSMODELLEN

Algemene hypothesen over etiologie van automutilatie

Neurobiologische hypothesen Er lijkt bij patiënten die automutileren een tekort aan bepaalde stoffen zoals de serotoninemetaboliët 5-hydroxyindol-azijnzuur (5-HIAA) en het fenfluramine-stimulerend prolactine. Dit beïnvloedt de serotonerge functie met als gevolg een verhoogd risico op automutilatie (Traskman-Bendz e.a. 2000). Ook kan er een verminderde bindingscapaciteit zijn ter hoogte van de prefrontale serotoninebindende 5-hydroxytryptamine (5-HT_{2a})-receptoren (Van Heeringen & Marusic 2003).

Uit genetisch onderzoek naar overerving van impulsieve agressie blijkt automutilatie gecorreleerd te zijn met het polymorf voorkomen van serotoninetransportgenpromotor (5-HTTLPR) (Courtet e.a. 2005). Door middel van beeldvorming kan men thans neurofysiologisch achterhalen welke hersengebieden betrokken zijn bij automutilatie. De eerste bevindingen wijzen op een verhoogde activiteit van de amygdala en het dorsale anterieure deel van het corpus callosum enerzijds en een vermindering van subgenuale limbische activiteit en een verminderde werking van orbito-frontale cortex anderzijds (Lis e.a. 2007).

Psychologische hypothesen Bij de etiologie van automutilatie staan volgende psychologische modellen op de voorgrond. In het affectregulatiemodel ziet men automutilatie als een strategie om negatieve affecten of affectieve arousal weg te krijgen. Volgens het antidissociatiemodel karakteriseert men automutilatie als een respons op periodes van dissociatie of depersonalisatie. Het antisuïcidale model omschrijft automutilatie als een copingmechanisme om weerstand te bieden tegen suïcidale ideatie. Het interpersoonlijkebeïnvloedingsmodel stelt dat automutilatie gebruikt wordt om mensen in de omgeving van de automutilerende te beïnvloeden of te manipuleren. Het interpersoonlijkegrenzenmodel ziet

automutilatie als een manier om de grenzen van zichzelf opnieuw aan te geven. Binnen het zelfbestraffende model omschrijft men automutilatie als een uitdrukking van kwaadheid en walging van zichzelf. Bij het sensatiezoekende model beschouwt men automutilatie als een manier om opwinding en interesse op te wekken (Klonsky 2007).

Behandeling van BPS en automutilatie

Farmacotherapie Beschreven worden antidepressiva (voornamelijk selectieve serotonineheropnameremmers; SSRI's), stemmingsstabilisatoren, atypische neuroleptica en omega 3-vetzuren (Henry e.a. 2004; Soloff e.a. 1993; Zanarini & Frankenburg 2003).

Er is een sterkere *evidence* voor de effectiviteit van psychotherapie bij de behandeling van BPS dan voor die van farmacotherapie (Skegg 2005). De effectiviteit van de behandeling van BPS is via gerandomiseerde studies aangetoond bij twee behandelingsmethodes: dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan 1993) en *mentalization-based therapy* (MBT; Bateman & Fonagy 1999; 2001; Paris 2005).

Deze behandelingen richten zich specifiek op automutilatie. DGT is een eclectische mix van verschillende methodes, gericht op de stemmingscomponent en impulsiviteit bij BPS. Bij DGT staat het bestrijden van automutilatie en suïcidegevaar op de voorgrond. Naast een gedragsmatige aanpak van automutilatie, hanteert DGT ook een empathische benadering om de innerlijke spanning bij de patiënt te doen dalen (Linehan 1993). Het MBT-model, dat hieronder besproken zal worden, is een therapeutische techniek toegepast bij BPS. Studies tonen aan dat deze behandeling een even groot effect heeft op de vermindering van automutilatie als DGT. Zo is er een significante mediaanverschuiving van de automutilatiefrequentie van 9 naar 1, na 6 maanden behandeling, waarbij er ook op langere termijn een blijvende afname van automutilatie is (Bateman & Fonagy 1999; 2001).

Behalve naar MBT en DGT wordt er nog onderzoek verricht naar de effectiviteit van een derde psychodynamische methode: de *transference-focused psychotherapy* (TFP; Clarkin e.a. 2004; Kernberg e.a. 2008). TFP is een toepassing van de psychoanalyse met als doel de verstoringen van perceptie over zichzelf en anderen (bijvoorbeeld de therapeut) te corrigeren.

Naast deze behandelingen zijn er ook andere psychotherapieën die een positief effect hebben op automutilatie, ook al richten deze behandelingen zich niet rechtstreeks hierop. Hieronder vallen onder andere de cognitieve gedragstherapie (Beck e.a. 2003), de schematherapie ontwikkeld door Young (1999) en het nieuwe programma *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), dat psycho-educatie aanbiedt op groepsniveau (Blum e.a. 2002; Brown e.a. 2004; Tyrer e.a. 2003). Hiernaast is er ook nog groepstherapie die als primaire therapie of als aanvulling op een andere therapievorm toegepast kan worden. In dit kader ontwikkelden Gunderson e.a. (1989) bijvoorbeeld een programma voor psycho-educatie van familieleden.

Automutilatie volgens recente psychodynamische modellen

In de recente psychodynamische modellen aangaande automutilatie staat niet meer centraal de betekenis van dit gedrag, zoals zelfbestrafing, maar richt men de aandacht op affectregulatie. Deze kan gedefinieerd worden als de capaciteit om affecttoestanden te moduleren en is een voorwaarde om te kunnen mentaliseren. Zodra mentaliseren optreedt, is er sprake van een verder ontwikkelde regulering van affecten, vooral door de grote invloed die het mentaliseren heeft op het zelfgevoel (Fonagy e.a. 2002).

Objectrelationeel model van Kernberg Kernberg legt bij BPS de nadruk op de gestoorde affectregulatie en primitieve verdedigingsmechanismen zoals splitsing. Sterke affecten worden niet geïntegreerd, maar als aparte zelf-anderre-

laties mentaal gerepresenteerd, in de vorm van dyades, die dan in de therapie herbeleefd worden. Het Ik en objecten worden als ‘geheel goed’ of ‘geheel slecht’ beleefd en er bestaat een onvermogen tot ambivalentie. Dit kan in de hand gewerkt worden door een constitutionele overmaat aan agressie. Deze splitsing leidt tot een gestoorde affectregulatie met hevige gevoelens, wat de primitieve defensies verder versterkt (Kernberg 1975). Kernberg brengt automutilatie in verband met het omgaan met de niet-geïntegreerde objectrelaties. Het is een poging om innerlijke slechte objecten te vernietigen of te controleren. Deze controle via automutilatie is vaak manipulatief en brengt soms een vals gevoel van autonomie met zich mee (Kernberg 1980; 1984; 1996; Kernberg & Clarkin 1995).

De niet-geïntegreerde objectrelationele patronen worden in relaties en dus ook in de overdracht tijdens therapie herhaald. Dit vormt de basis van transference-focused psychotherapy (Kernberg e.a. 2008).

Mentalisatiemodel van Bion Bion maakte een model over het automatisch psychisch verwerken van gevoelens (Bion 1962; 1957; 1965; 2006; Kinet & Vermote 2005; Vermote e.a. 2009; 2010; Vermote 2010). In wat Bion het psychotische deel van het psychisch functioneren noemt, gebeurt dit niet. Iedereen heeft volgens hem een psychotisch deel van zijn of haar persoonlijkheid. Hier blijven ervaringen als niet psychisch verwerkte elementen bestaan. Bion noemt deze de bèta-elementen; ze kunnen of alleen maar afgereageerd worden, of bij een ander opgewekt en gecontroleerd worden, of in psychosomatische stoornissen omgezet worden.

Automutilatie wordt in dit model gezien als het evacueren van bèta-elementen. In het niet-psychotische deel van de persoonlijkheid worden de bèta-elementen omgezet tot alfa-elementen; dit betekent dat ze psychisch verwerkt of met andere woorden ‘gesymboliseerd’ worden. Deze alfafunctie ontstaat interpersoonlijk en is een essentieel onderdeel van de vroege moeder-

kindrelatie, waarbij de moeder de niet-verwerkte gevoelens, die het jonge kind in haar plaatst, verwerkt en teruggeeft aan het kind. Op die manier worden ze voor het jonge kind psychisch verteerbaar en ontstaat er bij het kind een psychisch verwerkingsmechanisme dat de frustratietolerantie en affectregulatie vergroot; het kind ontwikkelt langzaam gedachten en wordt daardoor minder overgeleverd aan de sterke affecten. Volgens Bion is deze ontwikkeling bij BPS niet vlot verlopen door constitutionele factoren en/of omgevingsfactoren. Dit moeder-kindmodel is tevens een model voor de psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen waarbij de klemtoon meer ligt op het bevorderen van het psychisch functioneren dan op het interpreteren van de inhoud.

Mentalisatiemodel van Fonagy, Target en Bateman Fonagy en Target beschrijven mentalisatie eerder vanuit de *theory of mind* (Baron-Cohen 1995). Zij definiëren mentaliseren als het begrijpen en interpreteren van gedrag, gekoppeld aan intentionele mentale toestanden. In hun visie ontstaat mentalisatie door het spiegelen en contingent markeren van affecten bij de baby door de moeder binnen een veilige gehechtheidsrelatie. Indien dit niet gebeurt, treden gebrekkige mentale representatie en differentiatie van affecten op, met een gestoorde affectregulatie, zoals bij BPS. Daardoor blijven vroegkinderlijke ontwikkelingsvormen bestaan, zoals de teleologische modus (iets doen in plaats van er psychisch mee omgaan) en de psychische-equivalentiemodus (waar de psychische en de externe realiteit samenvallen).

Op basis van de ontwikkelingsgerichte theorie werd de MBT-techniek ontwikkeld voor BPS (Allen & Fonagy 2006; Allen e.a. 2008; Bateman & Fonagy 2004; 2007; Fonagy e.a. 2002). De focus bij deze therapie ligt niet op het verwerken van het verleden, maar op het omgaan met mentale gebeurtenissen in het heden in de relatie tussen patiënt en anderen/therapeut. Affecten worden gedifferentieerd, gespiegeld en gereflecteerd binnen de therapeutische relatie. Een groot deel van

de behandeling bestaat dan ook uit het zoveel mogelijk correct afleiden en benoemen van de gevoelens van de patiënt, om op die manier de affectrepresentatie te bevorderen.

In tegenstelling tot Kernberg en Bion zien Fonagy en Bateman de functie van gedrag en automutilatie altijd als zelfbeschermend of zelfstabiliserend. Het zijn pogingen om weer controle te krijgen over het gebeuren op zich, over de overspoelende gevoelens opgewekt in interactie met anderen, om zo het fragiele zelfgevoel te beschermen. Wanneer een patiënt met BPS hierin faalt, leidt dit tot automutilatief gedrag (dit is de teleologische modus).

Integratie in model voor klinische psychotherapie

Algemeen Het model voor klinische psychotherapie (zoals uitgebreid beschreven in Vermote & Van Sina 1998; Pieters & Vermote 2002; Kinet & Vermote 2005; Vermote 2005; 2007; Vermote e.a. 2009; 2010) integreert de drie vorige psychodynamische modellen. Automutilatie wordt daarbij benaderd vanuit de vier voornaamste hierboven beschreven modellen: affectregulatie, antidissociatie, antisuïcidale en interpersoonlijke grenzen.

Het therapeutisch aanbod op het KLIPP bevat de volgende onderdelen: de non-verbale therapieën (creatieve therapie, muziektherapie en psychomotorische therapie) en verbale therapieën (psychoanalytische groepstherapie en individuele therapie op indicatie). Tijdens opname begeleidt het verpleegkundig team het algemene groepsleven en past MBT-technieken toe wanneer mentalisatie dreigt kortgesloten te worden. Het eigen sociale netwerk van een patiënt en contact met de externe realiteit worden gevolgd door de maatschappelijke assistent. Op indicatie vinden gesprekken met betrokken familieleden plaats met de systeemtherapeut. Wat automutilatie betreft, worden er bij opname samen met de patiënt grenzen afgesproken, die tijdens de behandeling verder worden gevolgd door gerichte gesprekken bij de hoofdverpleegkundige.

Terwijl in een klassiek psychoanalytisch proces de klemtoon ligt op herhalen, interpreteren en doorwerken van gevoelens en innerlijke conflicten, gaat het bij persoonlijkheidsstoornissen eerder om de volgende elementen: (a) het versterken van een innerlijk veiligheidsgevoel, (b) het integreren van splitsing en objectrepresentaties (Kernberg), (c) het psychisch innerlijk verwerken van affecten (Bion) en (d) het op een mentale manier begrijpen van gedrag en gevoelens zowel bij zichzelf als bij anderen (Fonagy & Bateman). We kunnen dit opvatten als een basaal spoor van het psychoanalytisch proces (Vermote 2005), dat bij persoonlijkheidsstoornissen een belangrijker deel vormt van het veranderingsproces dan het spoor van het klassieke psychoanalytische proces (Vaughan & Roose 1995). Dat laatste is eveneens aanwezig, zij het in mindere mate.

In de klinische psychotherapie zoals op KLIPP toegepast, wordt de behandeling op dit basaal psychoanalytisch proces gecentreerd. Dit veranderingsproces werd geoperationaliseerd voor empirische meting in een naturalistische *process-outcomestudie*. Resultaten tonen een significante daling in symptomen en ondersteunen de effectiviteit (effectgrootte: Cohens $d = 1,08$) van deze behandeling (Vermote e.a. 2009). Ook tonen de resultaten een significante samenhang tussen proces en uitkomstmaten (Vermote 2005; Vermote e.a. 2010).

Houding tegenover automutilatie De eerste pijler in de behandeling is het vergroten van het gevoel van innerlijke veiligheid. Dit basale gevoel is bij mensen met BPS broos, wat reeds door verschillende psychoanalytici beschreven werd, o.a. door Winnicott, Klein en Kohut. In de praktijk wordt dit mogelijk gemaakt door de houding van het behandelteam onder meer door het voorspelbaar maken van de behandeling. Betreffende automutilatie stellen we een mondeling contract op, waarin duidelijke grenzen in gedrag worden aangegeven. Zoals we hierboven reeds beschreven, volgt een individuele begeleiding rond dit symptoom. We leggen uit dat een escalatie van

automutilatie een zogenaamd ‘infectieus’ effect heeft: wanneer de tolerantiedrempel naar beneden gaat door het toelaten van automutilatie bij één patiënt, kan dit drempelverlagend werken voor andere patiënten die ook automutileren. Ook wordt uitgelegd dat dit het psychotherapeutisch proces remt en verslavend kan werken als middel tegen psychische pijn. Tevens bieden we een aantal alternatieven naast het vaste programma om de automutilatiedrang onder controle te houden zoals tijdelijke medicatie, ondersteunende individuele gesprekken, relaxatietraining en aanleren van mindfulness.

De tweede pijler is het vergroten van mentaliserend vermogen. Dit gebeurt zowel via het versterken van het spontaan automatisch psychisch verwerkingsproces of ‘waking dream thought’ (Bion) als via MBT-technieken (Fonagy). Het eerste vindt vooral plaats in de groepspsychotherapie en individuele psychotherapie, waar gevoelens gedifferentieerd worden, een vorm krijgen en onder woorden gebracht worden. De non-verbale therapieën zijn hierbij belangrijk, zeker voor het initiëren van deze vorm van mentalisatie, omdat daar de patiënt vaak voor het eerst mentaal in contact komt met wat er in hem of haar leeft, maar nog geen vorm heeft. Toepassen van MBT-technieken gebeurt vooral door verpleegkundigen die tijdens crisismomenten, waarbij automutilatiedrang toegenomen is, proberen de patiënt weer aan het denken te krijgen. Door een reflectieve houding aan te nemen, trachten ze samen met de patiënt zicht te krijgen op wat er direct voorafging aan de automutilatie. Dit noemt men de *stop-and-rewind* methode; vergelijk dit met het terugspoelen van een videoband om zo in detail de aanwezige affecten te benoemen en te plaatsen.

De derde pijler betreft de omgang en de integratie van objectrelaties (Kernberg) die zich op verschillende vlakken in de behandeling herhalen, namelijk tijdens het afdelingsleven en in de verschillende therapieën. Dit wordt met de patiënt in de analytische behandeling besproken. Op deze manier worden de innerlijke objecten getransformeerd via het duiden en doorwerken van over-

dracht-tegenoverdracht, tot een meer geïntegreerd-gedifferentieerd geheel. Tevens biedt een klinische psychotherapie de mogelijkheid om nieuwe ervaringen op te doen, die een effect hebben op de innerlijke relationele patronen.

Om deze beschrijving te concretiseren, schetsen we de casussen van twee patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis en automutilatie, bij wie de beschreven aanpak succes had.

CASUS A

Patiënte A, een 29-jarige vrouw met borderlinepersoonlijkheidsstoornis, had een kinderpsychiatrische voorgeschiedenis bestaande uit gedragsproblemen en automutilerend gedrag met snijden, alcoholmisbruik, promiscu gedrag, boulimische aanvallen en laxantiamisbruik. Automutilatie diende bij haar als spanningsreductie en als een manier om niet psychisch met pijn en spanning te moeten omgaan (Bion). Automutilatie sloot zo het therapeutische proces kort. Daarom werd bij haar een mondeling contract opgemaakt waarbij duidelijke limieten aan de automutilatie werden gesteld. In dit kader had zij wekelijks gesprekken met de hoofdverpleegkundige. Deze gesprekken focusten op signalen die aan automutilatie voorafgaan en op alternatieve vormen van spanningsreductie.

Verder paste patiëntes automutilatie ook in een immens schuldgevoel aangaande haar verleden en belangrijke anderen. Dit uitte zich o.a. in het splitsen van haar objectrelaties (Kernberg). Deze splitsing kwam voor het eerst duidelijk in beeld tijdens creatieve therapie waar ze lieflijke, verfijnde en gedeseksualiseerde figuurtjes tekende, wat in schril contrast stond met haar agressieve automutilatie.

De eerste maanden sprak patiënte nauwelijks in de groep. Voor haar stond dit gelijk aan kwaadspreken over haar thuissituatie, haar moeder (equivalentiemodus van Fonagy en Bateman). Door dit ‘niet spreken’ bouwde de innerlijke spanning zich op met automutilatie tot gevolg (teleologische modus). Tijdens het afdelingsleven werd

het duidelijk dat wanneer verpleging niet emotioneel beschikbaar was of bij confrontatie van gevoelens van innerlijke leegte, de automutilatiedrang toenam. De verpleging benaderde deze momenten nadien via MBT-technieken (*stop-and-rewind* methode). Momenten van emotioneel overspoeld zijn bleven echter aanhouden.

Uiteindelijk overschreed haar automutilatief gedrag toch de limiet en diende behandeling tijdelijk onderbroken te worden. Er werd contact gehouden om te vermijden dat het behandelteam mee zou gaan in splitsing. Behouden van limieten was voor haar een belangrijk houvast, iets wat ze thuis niet kende. Tevens ervoer ze dat ondanks de strikte houding zij niet werd losgelaten. Het team nam een niet-repressieve houding aan tegenover haar.

Na een periode van afwezigheid was er een nieuwe intake met bepaling van grenzen. Dit was voor haar een correctieve ervaring: de therapeutische band was ondanks het ontslag niet kapot. De behandeling was in een stroomversnelling gekomen, het was nu haar therapie geworden. Vanaf dat moment kon zij op een meer gedifferentieerde manier weergeven hoe zij de thuissituatie ervoer. Innerlijke conflictsituaties werden bespreekbaar, o.a. de overstap van haar huidige positie als puber binnen de groep naar een meer geïndividualiseerde positie als jonge vrouw, hoe haar positie binnen de therapiegroep een weerspiegeling was van de thuissituatie, de walging omtrent het vrouw worden en haar seksualiteit. Automutilatie bleef praktisch uit doordat er een psychische ruimte was ontstaan waarbinnen zij haar affecten kon benoemen en plaatsen.

CASUS B

Patiënte B, een 34-jarige vrouw, had een histrionische borderlinepersoonlijkheidsstoornis met zelfverwondend gedrag dat zich uitte in krasen ter hoogte van onderbuik en genitaliën, *fugues* met suïcidale intenties en in haar seksualiteitsbeleving. Zij werd naar KLIPP verwezen vanuit haar ambulante therapie, waar zij in de overdrachtsre-

latie haar ondraaglijke machteloosheid geprojecteerd had op de therapeut, waardoor beiden verzeild waren geraakt in een wanhopige toestand. Thema's van ontredde en hulpeloosheid stonden centraal in de hechtingsrelaties van patiënte. Dit had tot gevolg dat zij niet meer tot spreken kwam uit angst haar therapeut te destabiliseren. Deze angst was een herhaling van wat ze in haar puberteit tegenover moeder ervoer wegens een onbespreekbaar incesttrauma. Hierdoor ontstonden destructieve gevoelens tegenover haar moeder, die bleven bestaan naast het verlangen naar symbiose. Ze kreeg hierop schuldgevoelens en suïcidale gedachten. Deze gesplitste objectrelaties herhaalden zich tijdens de behandeling in relaties zowel binnen als buiten de behandelingscontext: soms zocht zij een steunende figuur, soms had zij de neiging om iemand te kiezen die misbruik van haar maakte. Deze rol van misbruiker kon zij bij anderen opwekken (projectieve identificatie).

Haar automutilatie had enerzijds een affect-regulerende functie, namelijk een poging tot reductie van haar negatieve affecten, en anderzijds een objectrelationele functie, namelijk een poging het slechte object dat ze in de misbruikende relatie opwekte in zichzelf te controleren of te vernietigen. Via automutilatie trachtte zij de gesplitste voorstelling van een significant object zoals moeder, therapeut of partner te behouden door het aan te vallen in zichzelf (Kernberg).

Dit kwam meer specifiek tot uiting in de seksualiteitsbeleving met haar partner. In deze relatie lokte zij situaties uit waarin hij haar gebruikte of misbruikte om hem zo te kunnen beleven als negatief object en zijn acties te controleren. Dit gaf haar een gevoel van controle, waar ze zich achteraf slecht bij voelde, met andere woorden: dan voelde zij zich ook het slechte object. Seksualiteit was zo een vorm van automutilatie.

Vanuit mentalisatie kon haar automutilatief gedrag beschouwd worden als falend reflectief functioneren: spreken over haar innerlijke wereld stond gelijk aan 'iets kapot maken in de realiteit' (teleologische modus). Dit spreken kon destructief zijn voor zichzelf of anderen. In de therapeutische

relatie trachtte men haar overspoelende gevoelens enerzijds te containen (Bion) en anderzijds de equivalentiemodus te doorbreken door haar in het hier-en-nu expliciet te helpen haar affecten onder woorden te brengen en uitgebreid aandacht te besteden aan het verschil tussen haar innerlijke gevoelswereld en de actuele realiteit.

Ook na suïcidale fugues werd er via MBT-techniek (stop-and-rewindmethode) getracht betekenis te geven aan haar zelfverwondend gedrag. Zo kwam zij ertoe te verwoorden dat het destructieve deel van haar zowel zichzelf als haar moeder wilde doden, terwijl het symbiotische deel beiden wilde laten leven. In therapie werd getracht patiënte te laten ervaren dat haar moeder in de realiteit niet beantwoordde aan de moeder in haar beleving en dat het belangrijk was om met deze ambivalentie te leren omgaan.

Het alsnog standhouden van de ander in deze overdrachtsrelatie was van cruciaal belang om tot een correctieve ervaring te komen. Patiënte had tijdens de opname kunnen ervaren dat ze haar destructieve gevoelens mocht uiten en dat dit niet automatisch tot gevolg had dat de ander eraan ten onderging.

CONCLUSIE

In deze bijdrage hebben we geïllustreerd hoe met automutilatie wordt omgegaan in de klinische behandeling van personen met een persoonlijkheidsstoornis. Hoewel de beschreven klinische psychotherapie een algemene geïntegreerde persoonlijkheidsverandering beoogt waarvan het stoppen van automutilatie maar een onderdeel is, durven we te stellen dat deze aanpak een globaal goed effect op automutilerend gedrag heeft. Wij menen dat dit enerzijds te verklaren is door het gebruik van een coherent therapeutisch model dat houvast biedt voor patiënten, en anderzijds door een mentaliserende houding van het behandelteam waardoor de emoties die aan de grondslag liggen van automutilatie een mentale plaats krijgen en niet meer geëvacueerd moeten worden.

Bij de bespreking van de casussen toonden we aan hoe de verschillende facetten van de behandeling een antwoord boden tegenover primitieve mechanismen zoals splitsen en ageren. We vragen ons hierbij af of in een behandeling die zich voornamelijk richt op automutilatie hetzelfde effect bereikt zou zijn, aangezien er dan het gevaar zou bestaan dat door deze focus de dynamiek van splitsen en ageren zou blijven bestaan en er zo geen geïntegreerd geheel tot stand zou kunnen komen.

Gezien onze positieve ervaring vinden we het belangrijk deze aanpak verder te evalueren en de effectiviteit ervan bij het verminderen of beëindigen van automutilatie te onderzoeken.

LITERATUUR

- Allen, J.G. & Fonagy, P. (Red.) (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: Wiley.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press/Bradford Books.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization. 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: praktische gids voor hulpverleners GGZ*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (2003). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Bion, W. R. (1965). *Transformations*. London: Karnac.
- Bion, W.R. (1962). A theory of thinking. In W.R. Bion, *Second thoughts* (pp. 110-119). New York: Jason Aronson (1984).
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. In W.R. Bion, *Second thoughts* (pp. 43-64). New York: Jason Aronson (1984).
- Bion, W.R. (2006). *Second thoughts*. London/New York: Karnac.

- Brown, G.K., Newman, C.F., Charlesworth, S.E., e.a. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 257-271.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D.S., e.a. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based Group treatment for outpatients with borderline personality disorder- a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301-310.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., e.a. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18, 52-72.
- Courtet, P., Jollant, F., Castelnaud, D., e.a. (2005). Suicidal behaviour : relationship between phenotype and serotonergic genotype. *American Journal of Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133, 25-33.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., e.a. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Gratz, K.L., & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Ronningstam, E.F., e.a. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 177, 38-44.
- Heeringen, C. Van, & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 282-284.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A.S., e.a. (2004). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar 2 disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 140-145.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O.F. (1980). Some implications of object relations theory for psychoanalytic technique. In H.P. Blum (Red.), *Psychoanalytic explorations of technique* (pp. 207-239). New York: International University Press.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (Red.), *Major theories of personality disorders* (pp. 106-137). New York: Guilford.
- Kernberg, O.F., & Clarkin, J.F. (1995). *The inventory of personality organization*. (Niet-gepubliceerd manuscript). White Plains: New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Kernberg, O.F., Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., e.a. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-620.
- Kinet, M., & Vermote, R. (2005). *Mentalisatie*. Leuven: Garant.
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Linehan, M.M. (1993). *Dialectical behavioural therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., e.a. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32, 162-173.
- Marty, P. (1991). *Mentalization et Psychosomatique*. Parijs: Laboratoire Delagrangé.
- Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder; Review article. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 435-441.
- Pieters, G., & Vermote, R. (2002). In-patient treatment of borderline personality disorder: convergences and divergences between a psychoanalytical and a cognitive-behavioral approach. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 81-85.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366, 1471-1483.
- Soloff, P.H., Cornelius, J., George, A., e.a. (1993). Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 377-385.
- Traskman-Bendz, L., & Mann, J. (2000). Biological aspects of suicidal behaviour. In K. Hawton & K. Van Heeringen (Red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.
- Tyrer, P., & Bateman, A.W. (2004). Drug treatment for personality disorders. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 389-398.
- Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., e.a. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm, the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33, 969-976.
- Vaughan, S.C., & Roose, S.P. (1995). The analytic process: clinical and research definitions. *International Journal of Psycho-analysis*, 76, 343-356.
- Vermote, R., & Van Sina, M.J. (1998). A psychoanalytic hospital unit for people with severe personality disorders. In J. Pestalozzi, S. Frisch & R.D. Hinshelwood e.a. (Red.) *Psychoanalytic psychotherapy in institutional settings* (pp. 75-93). London: Karnac.
- Vermote, R. (2005). *Touching inner change: psychoanalytically informed hospitalization-based treatment of personality disorders: a process-outcome study*. (proefschrift). <https://repository.libis.kuleuven.be/dspace/handle/1979/169>

- Vermote, R. (2007). Process-outcome studie van klinische psychodynamische behandeling bij persoonlijkheidsstoornis. Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008 (pp. 163-177). Nederland: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vermote, R. (2010). *Reading Bion*. London: Routledge. (Ter perse).
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., e.a. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 23, 293-306.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., e.a. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalisation-based treatment for patients with a personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 110-115.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press.
- Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. (2003). Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 167-169.

AUTEURS

R. GHIJSENS is psychiater in opleiding Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) KU Leuven, Kortenberg.

B. LOWYCK is dr. in de psychologie en is als onderzoeker en psychotherapeut verbonden aan de psychoanalytische dienst van UPC KUL, Kortenberg.

R. VERMOTE is psychiater-psychoanalyticus, diensthoofd van de psychoanalytische dienst van het UPC KUL, Campus Kortenberg en docent aan de faculteit Geneeskunde en Psychologie, KUL.

Correspondentieadres: prof. dr. R. Vermote, KLIPP, UPC-KUL, Leuvensesteenweg 512, 3070 Kortenberg, België.

E-mail: Rudi.vermote@uc-kortenberg.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-10-2009.

SUMMARY

A psychodynamic approach to self-harm in patients with a borderline personality disorder - R. Ghijssens, B. Lowyck, R. Vermote

BACKGROUND Self-harm means deliberate tissue damage inflicted without suicidal intent. It occurs very frequently in patients with personality disorders, particularly in patients with a borderline personality disorder (BPD). Earlier psychodynamic theories were concerned with the symbolic meaning of this type of behaviour, e.g. self-inflicted punishment. More recent theories, however, focus on the role of self-harm in basic psychic functioning, such as affect regulation.

AIM To demonstrate a more recent psychodynamic approach to the concept of self-harm and to outline the clinical implementation of this approach.

METHOD The literature on self-harm was reviewed systematically, particular attention being paid to more recent psychodynamic models.

RESULTS Three dimensions of the psychic change are implemented in hospital-based treatment. Instead of the focus being on the symptoms, it is now on a broader psychotherapeutic process which aims at achieving a structural change in personality. The relation between the basic layer of this process and the therapeutic effect on self-harm in BPD is discussed.

CONCLUSION The described approach to self-harm plays an important role in the psychodynamic treatment of patients with BPD. Current psychodynamic models of the treatment of BPD provide a theoretical background which can be implemented in the actual clinical treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)5, 321-330]

KEY WORDS borderline personality disorder, mentalisation, psychodynamic, self-harm