

# Borderline: een klinisch hanteerbaar begrip?

door G. E. Schaap

## Inleiding

Het grote belang van een juiste diagnostiek bij de borderline-state heeft vooral betrekking op de psychotherapie. Deze luistert immers naar heel andere regels dan die voor de gewone psychoneurotische patiënt. In de Groningse Psychiatrische Universiteitskliniek wordt bij differentiaal-diagnostische overwegingen het begrip borderline weleens geopperd, maar slechts zelden wordt het als zodanig in de ziektegeschiedenissen vermeld. De reden daarvan is het ontbreken van duidelijkheid en eenstemmigheid met betrekking tot het begrip borderline. Daarentegen is voor iedereen wel duidelijk, dat het begrip gehanteerd wordt in relatie tot een bepaalde categorie patiënten, namelijk 'in psychiatrisch opzicht ernstig gestoorde patiënten'. In dit artikel wordt een poging gedaan tot omschrijving van de inhoud en afgrenzing van het borderline syndroom.

Sinds ongeveer vijfenvestig jaar treft men in de literatuur het begrip borderline-state aan. Doch eerst het artikel van Robert Knight (1953) is de aanzet geweest tot een grotere belangstelling voor dit begrip. In psycho-analytische kringen vinden we de meeste literatuur over de borderline. Knight schrijft dat, wanneer het etiket borderline wordt gehanteerd als diagnose, dat meer zegt over de onzekerheid en besluiteloosheid van de psychiater, dan dat het iets zegt over de patiënt. De term borderline geeft volgens hem geen andere diagnostische verheldering dan dat de patiënt heel ziek is, maar niet duidelijk psychotisch.

Kernberg (1967) geeft o.a. een opsomming van de verschillende benamingen waarmee het begrip borderline wordt aangeduid, zoals: borderline state, preschizofrenic personality structure, psychotic character, borderline personality, borderline psychosis, borderline syndrome, etc., om vervolgens de door hem geïntroduceerde benaming borderline personality organisation warm aan te bevelen. Volgens Kernberg vallen deze patiënten in het grensgebied tussen neurose en psychose. 'Tot vrij recent', zegt hij, 'werd

veel verwarring in de literatuur veroorzaakt, doordat de term borderline gehanteerd werd zowel voor het aanduiden van voorbijgaande acute psychotische manifestaties van neurotische patiënten, die o.i.v. geringe stress snel regrediëren, alsook voor patiënten die chronisch op een stabiele wijze functioneren en wel op de grens tussen neurose-psychose'.

Masterson (1972) begint zijn zeer interessante boek met de zin: 'In this book are brought together two historical psychiatric scapegoats, the adolescent and the borderline syndrome'. Hierbij stelt hij dat de diagnose borderline syndrome 'has a long unmerited bad reputation'. Ook volgens hem zegt de term meer over de onzekerheid van de psychiater dan over de patiënt.

Maenchen (1968) voegt hieraan toe: 'The term borderline is used rather loosely. Where does the border run and what does it divide?' Typerend is ook wat Grinker, Werble en Brye (1968) zich afvragen in hun boek: 'Is the term borderline a waste basket into which all puzzling cases are dumped?' Doel van hun onderzoek was: 'to state what the borderline syndrome is'. Naar hun mening worden door klinici de volgende drie standpunten ingenomen:

- sommigen: borderline bestaat niet,
- anderen: borderline is een passagère toestand van neurose naar psychose,
- tenslotte: borderline is een betrekkelijk consistente klinische eenheid, met gelijktijdige aanwezigheid van psychotische, neurotische en gezonde ik-functies met een zeer breed scala aan symptomen van zowel neurotische als psychotische aard.

Volgens Grinker e.a. vinden we enigermate overeenstemming in de literatuur, namelijk dat sommige ik-functies bij deze patiënten ernstig gestoord zijn. Konkluderend stellen ze: 'Although attempts have been made by a number of individual therapists to allocate this diagnosis to a specific syndrome, in general it has been used as a depository for clinical uncertainty'.

Frijling-Schreuder (1964) probeert enkele differentiaal-diagnostische criteria te ontwikkelen, die ons kunnen helpen de diagnose borderline state te definiëren en het te onderscheiden van zowel psychose als neurose. Verderop in dit artikel komen we hierop nader terug. Ze voegt eraan toe dat het geen absolute criteria zijn en dat ze bovendien nog een sterke vereenvoudiging zijn van het werkelijke beeld. Verder zegt ze: 'The diagnosis borderline-case is frequently used loosely and may point to a confused doctor rather than to a confused patient'. De diagnose kan betekenen òf 'ik weet niet wat er met deze patiënt aan de hand is', òf 'ik heb hem niet kunnen helpen; hij moet dus wel aan een ernstiger ziekte lijden dan ik aanvankelijk dacht'. Zo kan het dienen als een excuus voor een mislukte therapie. Volgens Frijling-Schreuder zijn zowel kinderpsychose als borderline-state gevolgen van stilstand in de symbiotische fase van de ontwikkeling. Binnen deze fase zijn er echter grote verschillen in het tijdstip waarop de stoornis is ingetreden, die verantwoordelijk kunnen zijn voor het feit dat bij de één de stilstand aanleiding is tot een autistische psychose, bij een ander tot

een symbiotische psychose met autistische trekken en bij een derde tot een borderline state met een zekere mate van secundair proces denken, enige driftbeheersing d.m.v. innerlijke spraak enz. Ten slotte zegt zij: 'all psychiatric classification may well differ from one country to another, from one clinic to another'. De literatuur overziende ben ik zo vrij eraan toe te voegen: 'from one psychiatrist to another'.

Het Nederlands Handboek der Psychiatrie wijdt alleen in deel IV 'Psychosen', in het artikel van Van der Waals (1958), enige woorden aan het begrip borderline, en wel om het af te grenzen van de schizofrene syndromen, daarbij verwijzend naar de artikelen van Knight (1953) en Kernberg (1967).

Kuiper (1973) zegt in zijn nog vrij recente boek 'Hoofdsom der Psychiatrie' dat men tussen de apert psychotische patiënten en neurotici alle mogelijke overgangen ziet. Volgens hem kan men een groep als borderline-gevallen verenigen als men zich dan maar realiseert dat deze groep vloeiend overgaat in die der neurotici enerzijds en psychotici anderzijds. Kuiper doet er verder het zwijgen toe.

### **Poging tot omschrijving van het begrip borderline**

Knight (1953) gebruikt de term voor die gevallen, waarbij zowel neurotische als psychotische verschijnselen een rol spelen. Hij stelt dat de diagnose slechts te stellen is na een aantal interviews vanwege de bij de borderline aanwezige 'movement' naar meer/minder ik-controle. Vaak worden borderline patiënten gediagnosticeerd als ernstig neurotisch. Volgens hem is 'borderline case' iemand bij wie normale ik-functies, als secundair proces denken, integratie, realistische planning, adaptatie, handhaven van objectrelaties en afweer, ernstig zijn verzwakt, terwijl daarnaast intacte ik-functies aanwezig zijn.

Ook volgens Kernberg (1967) is – omdat deze patiënten dezelfde symptomen kunnen hebben als neurotische patiënten – een zeer nauwkeurige diagnose noodzakelijk. De term borderline moet gereserveerd worden voor die patiënten die een persoonlijkheidsstructuur hebben die noch typisch neurotisch, noch typisch psychotisch is en gekenmerkt wordt door: (1) een typische combinatie van symptomen, (2) een typische constellatie van defensieve ik-operaties, (3) een typische pathologie van geïnternaliseerde object betrekkingen, (4) karakteristieke drift-derivaten.

Zijn conclusies luiden:

- de borderline toont een specifieke instabiele vorm van pathologische ik-structuur;
- passagère psychotische perioden komen voor als reactie op stress, alcohol en drugs, of in een therapie als overdrachtspsychose;
- er is een handhaving van de reality-testing en er zijn intacte formele denkprocessen;
- de borderline is gemakkelijker te onderscheiden van psycho-

tische toestanden dan van neurosen;

- het syndroom wordt niet gekarakteriseerd door specifieke symptomen, d.w.z. geen enkel symptoom is pathognomonisch.

Het voornaamste defect in de psychische ontwikkeling ziet Kernberg in het onvermogen positieve en negatieve introjecties en identificaties te synthetiseren, m.a.w. er is geen stabiele ik-identiteit. Ekstein en Wallerstein (1954) zeggen dat kinderen, wier aanpassing in stand gehouden wordt door gebruik van zowel neurotische als psychotische mechanismen, een klinische groep vormen, die beschreven wordt als borderline en waarvan een belangrijk kenmerk zou zijn de snelle afwisseling van psychotische en neurotische ik-organisaties.

Rosenfeld en Sprince (1965) vragen zich af: 'bedoelen we met borderline een ziekte-eenheid of een groep kinderen met stoornissen in de ontwikkeling van de ik-functies'. De symptomen van de door hen onderzochte kinderen was niet in te passen in de bestaande syndromen als b.v. kinderneurose c.q. -psychose. Ook was het niet de hoeveelheid aan symptomen die hen onderscheidde van andere patiënten, maar de kwaliteit van hun psycho-pathologie: allen hadden ernstige ik-functie stoornissen.

Grinker e.a. (1968) zeggen in hun boek dat de auteur Schideberg (1959) borderline omschrijft als een syndroom dat zich niet van andere ziektebeelden onderscheidt door specifieke symptomen, maar door ernstige stoornissen in de persoonlijkheidsstructuur. Volgens hem is de borderline te beschouwen als een klinische eenheid in die zin dat de borderline in de regel gedurende het leven dezelfde blijft d.w.z. stabiel is in zijn instabiliteit.

Grinker e.a. vragen zich af: 'is er überhaupt een borderline?' In een onderzoek hebben ze 100 psychiaters gevraagd wat ze verstaan onder de diagnose borderline. Slechts 10 % antwoordde en allen verschillend. Hun verzuchting dat borderline een label voor onzekerheid representeert en het zoeken naar een passend plaatsje waarin vele variëteiten van menselijk leed kunnen worden ondergebracht, is dan ook zeker invoelbaar. Samenvattend zeggen ze o.a.: 'de algemene concensus is dat borderline niet het resultaat is van een regressief proces, maar een ontwikkelingsdefect en wel een stoornis in de ik-functies'. Ze voegen eraan toe dat de etiologische factoren van deze ontwikkelingsstilstand niet bekend zijn, evenmin het tijdstip waarop of de fase waarin deze fixatie tot stand komt. Essentieel voor het begrip borderline zijn dus ernstige stoornissen in de ik-functies. Zij onderzochten dan ook zeer systematisch de ik-functies van de borderline, waarbij ze stellen dat ik-functies gemakkelijk kunnen worden uitgedrukt in gedragingen die te observeren en te beschrijven zijn.

Uit een analyse van hun gegevens over ik-functies destilleren zij vier belangrijke kenmerken van het borderline-syndroom:

- 1 - Woede of boosheid lijkt het voornaamste en enige affekt te zijn dat de borderline patiënt ervaart, zich meer of minder direkt richtend op verschillende 'doelen';
- 2 - Een defect in patiënt's affektieve relaties, die anaclitisch of af-

hankelijk, òf wel complementair, òf (– zelden –) reciprook zijn;  
3 – Afwezigheid van een consistente ik-identiteit, sterk samenhangend met het sub 2 genoemde;

4 – Duidelijk is vaak de depressie; niet de typische schuldbeladen, zelfbeschuldigende, verwijtende 'het zit me tot hier' soort van depressie, maar meer gekenmerkt door eenzaamheid en alleen zijn, waarbij de patiënt zich realiseert zich niet betrokken te kunnen voelen bij het omgevingsgebeuren.

Masterson (1972) memoreert in zijn boek dat er zich wat betreft de term *borderline* een zekere concensus heeft gevormd en wel dat het niet de klinische symptomen zijn die het beeld kenmerken, maar een specifieke vorm van pathologische ik-structuur. De sleutel tot de diagnose is niet de subjectieve symptomatologie van de patiënt, maar diens acting-out gedrag (pubers), dat voor ieder duidelijk is, maar waar tegenover de patiënt zelf onverschillig staat.

### **Kenmerkende pathologie en haar gevolgen voor de symptomatologie**

Volgens De Blécourt (1967) uit zich de kenmerkende pathologie van de ik-structuur bij de *borderline* patiënt in de volgende klinische symptomen: (1) panneurose, bestaande uit een bonte mengeling van o.a. hysterische symptomen, (2) depersonalisatie – de-realiserende syndromen, (3) micro-psychotische syndromen.

Verschillende auteurs (o.a. Rosenfeld en Sprince, 1963; De Blécourt, 1967; Kernberg, 1967; Frijling-Schreuder, 1969) geven een gedetailleerde en overzichtelijke beschrijving van de stoornissen in de ontwikkeling van de ik-functies bij de *borderline*-patiënt.

#### *1 Stoornissen in de ik-functies*

a – De meer onbewust verlopende ik-functies, de afweermechanismen.

Er is een overheersen van primitieve afweermechanismen, zoals loochening, verschuiving, regressie, projectie. Hoger ontwikkelde afweermechanismen functioneren zeer ontoereikend; de verdringing faalt. Kernberg (1967) gaat zeer uitvoerig in op het mechanisme van de splijting in het afweerpatroon van de *borderline* patiënt. Hij definieert splijting als het mechanisme waarbij geïnternaliseerde objecten gescheiden worden in 'goede' en 'slechte', wat aanvankelijk een gewoon gevolg is van een nog gebrekkig integratie-vermogen van het jonge ik. Later gebruikt het zich ontwikkelende ik het als een afweer tegen generalisering van angst en om de ik-kern, opgebouwd rond positieve introjecties, te beschermen. Wat het ontstaan van het begrip splijting betreft, kunnen we het volgende opmerken:

Het jonge ik komt zeer geleidelijk tot een differentiatie van eigen ik en de objecten. Excessieve gratificatie, maar vooral frustratie van orale behoeften zijn waarschijnlijk een belangrijke oorzaak van een gebrekkige differentiatie. Naast het differentiëren is een tweede taak van het jonge ik het integreren van alle geïdealiseerde

'goede' en alle 'slechte' objecten, alsook het 'goede' en 'slechte' ik. Bij de borderline patiënt nu zijn deze twee belangrijke ik-functies: – differentiatie en synthese – gebrekkig ontwikkeld, met als gevolg dat het mechanisme slijting wordt gehandhaafd ter verhindering van angstdiffusie en ter bescherming van positieve introjecties en identificaties. Waarschijnlijk de meest bekende manifestatie van slijting is de verdeling van externe objecten in al-goede en al-slechte en de plotselinge en komplette ommekeer in de gevoelens tegenover een bepaalde persoon, of tegenover zichzelf. Achter de gevoelens van onzekerheid, zelfkritiek en insufficiëntie vinden we bij de borderline patiënten nogal eens uitgesproken grootheid-fantasiën en almachtsgevoelens.

b – De meer bewust verlopende ik-functies.

Volgens De Blécourt (1967) zijn de realiteitstoetsing, regulatie en integratie slecht ontwikkeld, wat de andere ik-functies weer nadelig beïnvloedt. Mede door de sterke projectie is de waarneming soms ernstig gestoord. Zo wordt de omgeving als gevaarlijk beleefd. Bij het denken overweegt vaak het primair proces denken, o.a. door een falende verdringing. Hierdoor hebben de patiënten meer toegang tot onbewuste processen waardoor secundair proces denken gemakkelijker overgaat in primair proces denken, een primitief magisch almachtsdenken met als formele kenmerken verschuiving, condensering, symbolisering e.d.

Kernberg (1967) wijst – bij het stellen van de diagnose borderline personality organization – op het onmisbaar zijn van een psychologisch onderzoek met name projectietestonderzoek waarbij het primair proces denken tevoorschijn komt in de vorm van primitieve fantasiën. Kernberg acht de regressie naar primair proces denken één van de belangrijkste indicatoren voor borderline personality organization. Secundair proces denken wordt defensief gebruikt. Zo citeert Frijling-Schreuder (1969) een uitspraak van De Levita, waarin hij deze patiënten 'star and moon boys' noemt. Ze hebben nogal eens een speciale belangstelling voor één bepaald gebied. Ze kunnen bijvoorbeeld erg veel weten van ruimteschepen, daarentegen niets van de wereld waarin ze leven.

Stoornissen in het gevoelsleven komen vaak tot uiting in o.a. hypersensitiviteit, zeer geringe frustratietolerantie en onverklaarbare, moeilijk invoelbare emotionele uitbarstingen. Hierbij is van belang de ongedifferentieerde, door psychotrauma ontstane diffuse angst, met ervaring van vernietiging. Deze angst, ook wel panangst genoemd, laat geen enkel levensterrein vrij, doordringt alles en dreigt de patiënt soms te overspoelen.

## 2 *Stoornissen in het driftleven*

Wat betreft de libido-ontwikkeling is er een fixatie aan of regressie naar de orale ontwikkelingsfase. Het oedipuscomplex is niet of nauwelijks doorlopen. In termen van objectrelatie, er is een regressie naar of fixatie aan de symbiotische ontwikkeling. Er ontstaan geen hechte objectrelaties: het object dient voornamelijk ter bevrediging van de eigen behoeften, strevingen, driften (narcistische

objectrelatie). Enerzijds is er de behoefte door iemand begrepen te worden, te voelen of te zijn zoals het liefdesobject (primaire identificatie). Anderzijds is er een geringe belangstelling voor het leven van de ander, deze is er alleen in zoverre het betrekking heeft op de relatie tot de patiënt zelf. Weinig stabiele oppervlakkige pseudo-objectrelaties zijn regel. Elke ontwikkeling in de richting van een meer hechte relatie openbaart hun onvermogen werkelijk mee te voelen met de ander. Vele borderline patiënten neigen ertoe – wanneer hun pogingen te beheersen, te manipuleren, anderen te exploiteren tot directe gratificatie van hun behoefte falen – zich terug te trekken en zich over te geven aan wensvervullende fantasieën.

### *3 Stoornissen in de Superego-ontwikkeling*

De ontwikkeling van het Superego lijdt onder het voort blijven bestaan van de primaire identificatie met de objecten. Daardoor ontstaan geen hechte objectrelaties en identificaties met anderen, met als gevolg: er is een onvoldoende scheiding tussen zelf- en object-representant en een gebrekkig vermogen tot internalisatie en introjectie. Het Superego is streng, bestraffend, wreed, primitief en sterk afhankelijk van de autoriteit van anderen in plaats van zichzelf (de geïntrojecteerde autoriteit van de ouders). Verdere gevolgen van de gestoorde Superego-ontwikkeling zijn zeer sterk sadomasochistische gedragspatronen en een sterke, primitieve identificatie met de agressor, zoals heftige woede-aanvallen gericht tegen de omgeving bij vermeende bedreiging van buitenaf. Ook het ideaal-ik bij de borderline patiënt is primitief; er bestaan sterke grootheids- en onnipotentiefantasieën van primitief karakter. De ik-idealen zijn in principe onbereikbaar. Bij frustraties – ontstaande in het contact met de buitenwereld – is adaptatie aan de door de buitenwereld gestelde eisen vaak onmogelijk met als gevolg òf heftige woede-uitbarstingen (fight) òf zich versterkt terugtrekken in grootheidsfantasieën (flight).

### **Mogelijke factoren die bij ontstaan van de borderline-state een rol spelen.**

Verreweg de meeste auteurs opperen de hypothese dat de borderline-state uiting is van een ontwikkelingsstoornis c.q. -defekt. Grinker e.a. (1968) stelt de belangrijke vraag: 'Welke deficiënties of traumata zijn bij deze ontwikkelingsstoornis betrokken en welke is de kritische periode waarin deze hypothetische pathogene krachten werken?'. Volgens hem moet de belangrijkste historische determinant van de borderline pathologie gezocht worden in de gestoorde moeder-kind relatie. Deze relatie kan om vele redenen traumatisch zijn, b.v. door een beperkte of geheel afwezige affektie van de kant van de ambivalente of afwijzende moeder. Ook de zich steeds opdringende, overprotectie biedende moeder verhindert ker e.a. (1968) stellen de belangrijke vraag: 'Welke deficiënties of separatie en individuatie.

Ter verduidelijking van de hypothesen van de verschillende auteurs geven we nu een korte beschrijving van de ontwikkelingsfasen bij het normale kind, volgens Mahler (1961 en 1962). Van 0-3 maanden spreken we van de autistische fase, het objectloos stadium. Vervolgens is er tot  $\pm$  12 maanden de symbiotische fase en daarna tot 3 jaar (36 maanden) de separatie-individuatie fase. Frijling-Schreuder (1969) laat deze fase al na enkele maanden beginnen. Gedurende deze fasen leert het kind toenemend onderscheid te maken tussen zichzelf en de in de omgeving aanwezige objecten. De vroegste kenmerken van een beginnende demarkatie, separatie in de ik-moeder-relatie zijn de eerste 'glimlach': het prille begin van de sociale relatie van de mens, en de '8-maand-angst' die een uiting is van het tot stand komen van een psychologische band met het liefdes-object. Spoedig daarop volgt het eerste 'nee' in woord en gebaar. In de symbiotische fase zijn moeder en kind echter nog één onnipotent geheel binnen een gemeenschappelijk 'membraan'. Angst in deze fase is vooral angst voor structuurverlies. De locomotie maakt een toenemende scheiding tussen Ik en moeder mogelijk. Nu ontstaat de separatie-angst met in deze fase vaak een gedrag dat Mahler 'shadowing the mother' noemt, de weigering moeder uit het gezicht te verliezen. De motorische ontwikkeling stelt het kind dus in staat zich fysiek van de moeder weg te bewegen en om naar haar terug te keren voor (meer) emotionele steun als een soort 'refueling' om weer verder de wereld te kunnen ontdekken en te streven naar verdere individuatie. Taak van de normale moeder is vooral beschermen, loslaten en merkbaar plezier hebben in de individuatie van het kind. In de separatie-individuatie fase spelen de verbale contactmodi een belangrijke rol. Normaliter is het  $\pm$  3 jarige kind in staat het spel met plezier voort te zetten, ook als moeder weg is: dit is het stadium van de objectkonstantheid, met andere woorden de grenzen tussen Ik en moeder zijn duidelijk.

Er is een innerlijk beeld van het object (objectrepresentant), nl. van de moeder, ontstaan, een voorstelling van het object, die blijft en onafhankelijk is van behoeftebevrediging c.q. al of niet aanwezig zijn van moeder. Een normale separatie individuatie is dus nodig en is de voornaamste basis voor ontwikkeling en handhaving van het gevoel van Ik-identiteit. Het is tevens duidelijk dat de peuter alleen dan aan de eisen van de separatie-individuatie-fase kan voldoen, als de voorgaande symbiotische fase redelijk is doorlopen.

Frijling-Schreuder (1969) is nu van mening dat zowel de kinder-(= symbiotische) psychose als de borderline-state gezien kunnen worden als stilstanden in de ontwikkeling en wel in de symbiotische fase. Ook M. Mahler (1963) ziet hierin een belangrijke ontstaansvoorwaarde voor de borderline-state. Masterson (1972) stelt dat de separatie-individuatie niet goed tot stand komt, doordat de moeder het kind niet steunt en aanmoedigt in zijn ontwikkeling naar individuatie en autonomie (1,5-3 jaar). Het kind mist de voor de groei zo noodzakelijke emotionele ondersteuning van de moe-



der. Hierin ligt volgens Masterson de basis voor de eerste gevoelens van 'verlating, alleen c.q. in de steek gelaten worden'. Om zich hiertegen te weren, klampt het kind zich aan de moeder vast (clinging) waardoor een op adequate wijze doorlopen van de separatie-individuatie fase naar autonomie wordt verhinderd. (Het kind lijdt dus aan een ontwikkelingsstilstand en wel in de narcistische orale periode, zodat we in het klinische beeld ook vaak orale kenmerken kunnen terugvinden.) Een adequaat doorlopen van de separatie-individuatie fase is volgens Masterson een *conditio sine qua non* voor met name goede objectrelaties. Hij spreekt van gespleten objectrelaties bij het borderline syndroom, dan wil zeggen dat een object wordt gezien als totaal-goed of totaal-slecht. Een integratie van beide aspecten in één persoon komt niet tot stand. Masterson verduidelijkt een en ander door een zeer boeiende analyse van twee sprookjes, nl. 'Sneeuwvitje en de zeven dwergen' en 'Assepoester'. Kort samengevat: De goede moeder sterft kort na de geboorte; de 'bad mother' is de stiefmoeder, de personificatie van het 'kwade'. Dit is weer in schrille tegenstelling met de onschuld en het vertrouwen van Sneeuwvitje, aan wie geen agressieve gevoelens worden toegeschreven. Nee, die worden weer op perfecte wijze geprojecteerd in de stiefmoeder. Sneeuwvitje wordt van complete verlating gered door de kleine, vriendelijke, vrolijke, liefhebbende dwergen en (later) de prins, die representanten zijn van fantasieën 'geliefd en gered te worden'. Deze fantasieën treffen we nogal eens aan bij de borderline patiënt. In beide sprookjes is er dus sprake van een sterk dominerende, volhardende, niet aflatende en afwijzende (stief-)moeder een afhankelijkke, passieve, als 'afwezig' beleefde vaderfiguur. Ook vinden we in deze sprookjes prachtig weergegeven de afweermechanismen, die we ook vaak bij de borderline patiënt vinden, nl. splijting, ontkenning, projectie en reddingsfantasieën.

Een gevolg van de negatieve moeder-kind relatie is ook de negatieve introjectie, nl. het door het kind onbewust introjiceren van moeders negatieve attitude ten aanzien van hem en het associëren daarvan met zijn eigen gebrekkige zelfbeeld. Elke individuatiepoging geeft derhalve zulke intense schuldgevoelens, dat de mogelijkheid tot verdere individuatie verloren gaat.

De (pre)puberteit kan gezien worden als een tweede separatie-individuatie fase, waarin verdere rijping en losmaking van de moeder (c.q. ouders).

Bovenstaande impliceert dat bij het opnemen van de hetero-anamnese van de ouders bijzondere aandacht moet worden geschonken aan de mogelijkheid van (psycho-)traumatische ervaringen in de symbiotische en separatie-individuatie fase, zoals bijvoorbeeld:

- de geboorte van een broertje of zusje, dat ook nog ziek wordt en daarmee zeer veel aandacht van de moeder eist;
- het overlijden van moeders moeder, wat aanleiding kan zijn tot een depressie bij moeder;
- langdurige afhankelijkheid en passiviteit door operaties e.d.;
- een zich vastklampen aan de moeder na het leren lopen enz.

Rosenfeld e.a. (1963) vonden het zeer opvallend dat ouders van borderline kinderen erg veel moeite hadden met het geven van een beschrijving van de vroege ontwikkelingsfasen van het kind, wat vaak de indruk gaf van het zich niet kunnen herinneren.

Volgens Masterson (1972) is de luxerende stresssituatie bij de puber borderline patiënt de ervaring van separatie (= abandonment, verlating, in de steek gelaten worden). Van belang hierbij is te weten dat noch patiënt, noch zijn ouders zich bewust zijn van de diepe betekenis van de separatie-ervaring. Oorzaak van de stresssituatie: – soms: scheiding van de ouders, overlijden van één van de ouders; – soms: kleine min of meer onopvallende gebeurtenissen als het naar school gaan van de oudere sibling, het ziek worden van een grootouder, leraar, dienstmeisje enz.; – soms: alleen een verandering in het gedrag van de symbiotische partner.

Evenals Masterson stelt ook Frijling-Schreuder (1969) dat de borderline cases, die eerst in de puberteit gezien worden, in feite reeds borderline kinderen waren, maar wier pathologische ontwikkeling niet werd opgemerkt. Deze kinderen blijven door hun angstige konformiteit/onderwerping soms 'undiagnosed' en dus onbehandeld tot begin puberteit.

Dat constitutionele factoren bij het ontstaan van borderline syndroom een rol spelen, wordt – overigens zonder bewijs – geopperd door Kernberg (1967) (ook Mahler, 1961). Hij stelt dat de borderline een constitutioneel gebrek heeft aan adequate primaire autonomie, een lage angsttolerantie, alsook een buitensporige ontwikkeling van agressieve driften.

Konkluderend kunnen we stellen dat bovenvermelde factoren hypothesen zijn. De theorie, als zou de borderline state een ontwikkelingsstoornis zijn, wortelend in de symbiotische fase met als gevolg een niet tot stand komen van de separatie-individuatie, heeft verreweg de meeste aanhangers (bijvoorbeeld: Mahler, 1963; Rosenfeld en Sprince, 1963; Frijling-Schreuder, 1969; Masterson, 1972).

### **Enkele opmerkingen over ouders van en gezinnen met borderline patiënten**

Gezinnen van borderline patiënten zouden nogal eens onvolledige gezinnen zijn, in de zin van afwezigheid van de vader. Eén van de door Frijling-Schreuder (1969) beschreven patiënten is daarvan een goed voorbeeld. De communicatie in de gezinnen vindt vooral non-verbaal plaats middels daden, handelingen en veel minder door gebruik van woorden. De gezinnen worden verder als matriarchaal beschreven: de moeders geven hun kinderen nauwelijks enige vrijheid, leggen beslag op hun vrije tijd en vragen verslag van elk gebeuren. Volgens Masterson (1972) lijden de ouders zelf, met name de moeders aan een borderline syndroom. Zo waren de moeders zelf niet in staat zich los te maken van hun eigen moeder; ze hechten zich sterk aan hun kinderen om zich te weren tegen gevoelens van 'in de steek gelaten worden'. Hierdoor voorkomen ze se-

paratie en ontmoedigen elke poging van het kind in de richting van individuatie, in plaats van die te ondersteunen. Ze worden bedreigd door en kunnen zich niet verenigen met de ontkiemende individuatie van het kind, met als gevolg kontinuëring van de symbiotische relatie. Masterson stelt dat deze moeders bij het opnemen van de anamnese vaak een norske, depressieve, schuldig teruggedrokken houding hebben zolang het gaat 'over de vorderingen' van hun kind. Gaat het daarentegen over de eerste levensjaren dan vertelt de moeder met de zogenaamde 'symbiotic smile' de genoegens en pleziertjes van het symbiotische stadium.

### **Iets over de diagnostiek**

Het is bijzonder moeilijk uit de geraadpleegde literatuur een samenvattende en overzichtelijke diagnostiek te destilleren. Toch willen we proberen – zeer globaal – te beschrijven wat we kunnen noemen het klinisch beeld. In de meeste artikelen vinden we wel een beschrijving – overigens een weinig systematische – van een aantal de borderline patiënt kenmerkende symptomen. Kernberg (1967) geeft een lijst van – volgens hem slechts waarschijnlijke – diagnostische elementen van de borderline personality organization. De definitieve diagnose hangt zijns inziens af van de karakteristieke ik-pathologie en niet van de klinische symptomen. Hij zegt dat geen enkel symptoom pathognomonisch is, maar aanwezigheid van twee en zeker drie van de volgende symptomen zou wijzen op een onderliggende, borderline personality organization:

- 1 diffuse, soms chronische angst;
- 2 polysymptomatische neurose, waarbij van belang is dat de patiënt meer dan twee van de volgende 'alarm' symptomen moet hebben: – multipele fobieën, met name de sociaal inperkende; – kwellende dwangverschijnselen; – conversie-verschijnselen, vaak van bizarre, grove vorm; – hypochondere en paranoïde trekken, volgens Kernberg een typerende combinatie, duidend op waarschijnlijkheidsdiagnose borderline personality organization;
- 3 polymorf-perverse seksuele aberraties: ook dit is volgens Kernberg een 'waarschijnlijkheids' symptoom;
- 4 bepaalde vormen van acting-out gedrag: alcoholisme, drugverslaving, kleptomanie etc.;
- 5 de infantiele persoonlijkheidsstructuur van de borderline patiënt zich kenmerkend door een gegeneraliseerde labiliteit, kinderlijk vragende, afhankelijke overbetrokkenheid, sterk verminderd vermogen tot stabiele objectrelaties en door eerder oppositionele dan competitieve strevingen.

Masterson (1972) stelt dat de diagnose een combinatie is van beeldbeschrijving (present illness) en onderliggende persoonlijkheidsstructuur analoog dus min of meer aan de in de Groningse Kliniek gehanteerde individuele structuurdiagnose, samengesteld uit beeldbeschrijving van de premorbide persoonlijkheidsstructuur en de ideologische momenten. Wat betreft de etiologische momen-

ten stelt Masterson (1972) dat de rol van de separatie-individuatie de sleutel is voor begrijpen van het borderline syndroom. Hij noemt twee belangrijke diagnostica: (1) verlatingsdepressie en (2) de narcistische, oraal gefixeerde ik-structuur. Bij zes pubers zag Masterson als klinisch beeld het vaakst een of andere vorm van acting-out gedrag, zoals gezegd voor iedereen duidelijk maar waar tegenover de patiënt onverschillig lijkt te staan. Het zou vaak beginnen met verveling, rusteloosheid, concentratiestoornissen op school, een gevoel van hulpeloosheid en leegte. Het acting-out gedrag zou hierbij dienen 'to fill the void', door anti-sociaal gedrag, stelen, drinken, drugmisbruik, promiscuïteit, weglopen van huis, verkeersongevallen e.d. Dit alles als afweer van de 'verlatings'-depressie. Tevens soms kortdurende zeer afhankelijke seksuele relaties met oudere mannen c.q. vrouwen.

Masterson (1972) interpreteert het gedrag van de borderline patiënten als een schreeuw om hulp, een hulpvraag die ze overigens zelf moeilijk kunnen verbaliseren. Dat doen ze door een 'act', bijv. een inbraak tegenover een politiebureau op klaarlichte dag. Meestal wordt deze act voorafgegaan door een serie geleidelijk escaleerende handelingen, waarvan de lange geschiedenis een dramatische getuigenis zou zijn van een verzetsattitude van de ouders de situatie te onderkennen en hulp in te roepen. Het zijn immers meestal niet de ouders, maar buitenstaanders als politie, onderwijzend personeel, vrienden e.a., die hulp inroepen. Ouders en ook hulpverleners zijn vaak (te) zeer tolerant tegenover het gedrag van de borderline patiënt omdat ze de signaalfunctie van dat gedrag niet vatten.

### **Differentiaal diagnostische overwegingen**

Wat de differentiaal diagnose ten opzichte van de psychosen betreft, merkt De Blécourt (1967) op, dat de schizofrene psychosen vaak minder vaag omlinjende beelden geven dan borderline beelden. Bij de psychogene psychose vinden we vaak een hechtere structurering van de hele persoonlijkheid, o.a. beter ontwikkelde ik-functies. Minder gemakkelijk is de borderline state te differentiëren van de degeneratie-psychose. Hierbij zien we veel overeenkomst met de borderline-state, o.a. een min of meer zelfde ik-structuur en een sterke voorkeur voor het symbiotische relatie-patroon met personen uit de omgeving. Typerend voor de volledig ontwikkelde degeneratiepsychose zijn de ekstatische geluksgevoelens en de grote gevoelsuitslagen als 'Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt'. De ekstatische geluksgevoelens ontbreken bij de borderline-state.

Frijling-Schreuder (1969) geeft een zeer schematisch en duidelijk overzicht van wat zij noemt 'enige voorlopige differentiaal diagnostische criteria' betreffende kinder-psychose, -neurose en -borderline-state. Het belangrijkste verschil met de psychose ziet zij in de bij de borderline patiënt aanwezige mogelijkheid van spraak, om secundair proces denken te communiceren, en dus als middel

tot contact en het vermogen angstgevoelens te tolereren. Type-rend vindt zij ook de snelle positieve reactie van de borderline patiënt op adequate behandeling in tegenstelling tot het psychotische kind, bij wie een zeer sterke weerstand tot verandering bestaat. Bij de psychotische toestand bestaat dezelfde angst als bij de borderline-state, nl. desintegratie-separatie angst, maar bij de psychose is deze zo overweldigend dat de realiteitszin volledig wordt aangetaast.

Vanwege het bij oudere patiënten veel voorkomende acting-out gedrag (Masterson, 1972) kan het differentiëren ten opzichte van psychopathieën en verslavingssyndromen eveneens veel moeilijkheden geven. Met name de verschillen met de ik-structuur van de borderline-state zijn moeilijk aan te geven.

Bij de neurose is vooral sprake van signaalangst (in psycho-analytische zin kastratie-angst door de negatieve oedipale wensen), naast vaak hogere angsttolerantie. Bij de neurose is een redelijk goed ontwikkelde ik-structuur, met name realiteitszin, integratie en regulatie, die bij symptoomvorming uiteraard wel gestoord zijn. De spraak wordt gebruikt als middel tot contact. Er zijn redelijk goede object-relaties en er is vooral een goede differentiatie tussen object- en zelfrepresentant, dus duidelijke ik-grenzen. Bij de neurose is een redelijk stabiele afweerorganisatie aanwezig in tegenstelling tot de borderline-state waarbij snel wisselende afweerpatronen zich presenteren, afhankelijk van de momentane toestand van het ik.

### **Enkele opmerkingen over psychotherapie van borderline patiënten**

De inhoud van veel artikelen over borderline-state bestaan uit uitvoerige therapieverslagen of uit het beschrijven van technische implicaties bij de behandeling van borderline patiënten (Rosenfeld e.a., 1965; Masterson, 1972; Tooley, 1973; Leibovich, 1975). De meeste auteurs zijn het er wel over eens dat het moeilijke, intensieve en jaren durende therapieën zijn, die veel ervaring, geduld en takt vereisen.

Rosenfeld e.a. (1965) stellen dat er even zovele therapie-technieken zijn als borderline kinderen.

Een psycho-analytische behandeling wordt door een aantal belangrijke auteurs (Knight, 1963; Rosenfeld e.a., 1965) afgewezen, vanwege de ik-zwakke en geringe frustratie-tolerantie. Knight heeft voorkeur voor ik-versterkende therapieën in een face-to-face situatie. Rosenfeld e.a. benadrukken een in eerste instantie actieve rol van de therapeut en het versterken van de afweer, eerder dan het onbewuste bewust maken. De therapeut heeft dus in het begin een hulp-ego functie. Het is dus aangewezen duidingen zolang te vermijden tot er een betere afweer is. Door de falende afweer, met name de verdringing, brengen borderline patiënten gemakkelijk fantasiemateriaal. Bovendien bevordert het vrij associëren door sterke regressie het terugtrekken in autisme. Het zwakke ik is niet

stevig genoeg om deze regressie tijdelijk, bijvoorbeeld alleen tijdens het therapie-uur, en gecontroleerd te laten zijn.

Het is met name Knight (1953) die erop wijst dat de symptomen van de borderline patiënt, die vaak een defensieve functie hebben, niet zomaar door interpretaties mogen worden ondermijnd. Het gevolg kan zijn een te veel ondergraven van de afweermechanismen van het toch al zwakke ik. De nadruk wordt dan ook gelegd op een juiste 'timing' van eventuele interpretaties, dit vanwege de soms acute angsttoestand waarin de borderline patiënt kan verkeren.

De op psycho-analytische inzichten gebaseerde psychotherapie van de borderline patiënt berust op twee belangrijke grondregels (De Blécourt, 1967):

1 – Het tot stand brengen van een zo goed mogelijk contact en handhaving daarvan onder alle omstandigheden. Het goede contact met de borderline patiënt is nodig, omdat er vaak een persistente symbiotische relatie met objecten in de buitenwereld bestaat. Voor het realiseren en handhaven van een goed contact zijn o.a. de volgende therapeutische maatregelen nodig:

– de patiënt moet bij moeilijkheden de gelegenheid hebben de therapeut te kunnen bellen, dus ook buiten de therapie-uren;

– het psychotherapeutische contact moet vanwege het persistenten van de symbiotische relatie jaren worden voortgezet; het spreekt vanzelf dat wisseling van therapeut zoveel mogelijk moet worden voorkomen;

– de patiënt moet de therapeut kunnen zien; een face-to-face situatie heeft dus de voorkeur;

– één à twee psychotherapeutische contacten per week volgens de meeste auteurs;

– de moeilijke taak van het hanteren van de agressie, de regressie en het ageren; een te tolerante houding van de therapeut kan een en ander bevorderen; er moet dus een duidelijke limitsetting zijn, die vooral gericht moet zijn tegen de symbiotische eisen (Knight, 1953; Kernberg, 1967; Masterson, 1972; Leibovich, 1975):

2 – Het steunen van het zwakke ik en dus – zeker aanvankelijk – de nadruk leggen op ik-versterking, wat gerealiseerd wordt door:  
– de borderline patiënt niet te stimuleren tot het vertellen van zijn fantasieën (Singer, 1960);

– de symptomen van de patiënt niet door interpretaties te ondermijnen; hierdoor kan namelijk een desintegratietoestand uitbreken (Knight, 1953);

– overdrachtsverschijnselen wel te signaleren, maar niet te bespreken. Het zou kunnen leiden tot desintegratie c.q. vergaande regressie (Leibovich, 1975). In dit verband wijst Frijling-Schreuder (1969) op de problematiek rond de bisexualiteit bij de borderline patiënt. Ook pogingen deze conflicten in de overdracht te bespreken kunnen psychotische toestanden tot gevolg hebben;

– soms de patiënt actief hulp te bieden (Kernberg, 1967) of advies te geven, waarbij voorzichtigheid en terughoudendheid geboden zijn.

Masterson (1972) wijdt het tweede deel van zijn boek aan uitvoerige en zeer interessante beschrijvingen van de psychotherapie 'on analytic lines' bij borderline pubers. Het zijn zeer intensieve, jaren durende, gefaseerde, aanvankelijk klinische, later ambulante therapieën. In de eerste fase van de therapie ligt de nadruk op de limitsetting. Deze limitsetting is erg noodzakelijk, vooral ook met het oog op het vaak aanwezige acting-out gedrag. Het bespreken van dat gedrag in de individuele gesprekken dient gericht te zijn op het bewust maken van de relatie tussen gevoelens en gedrag. In de tweede fase, waarin drie individuele gesprekken per week plaatsvinden, is er minder nadruk op limitsetting. In deze fase lopen parallel aan de therapie van de patiënt individuele therapieën van – zo mogelijk – beide ouders. Na enige tijd wordt overgegaan op gezinsbehandeling, waaraan deelnemen ouders en patiënt. De overige kinderen, zo die er zijn, nemen er niet aan deel. De eerste twee fasen vinden klinisch plaats. Masterson omschrijft deze klinische fase als 'het eind van het begin'. Hierop volgt de derde fase, die vaak nog jaren duurt. Er zijn hooguit drie psychotherapeutische contacten per week, die alle poliklinisch plaatsvinden. Zo mogelijk is deze poliklinische behandeling van de patiënt gekombineerd met begeleiding van de ouders om hun tegenwerking te miniseren. Het laatste impliceert dat uithuisplaatsing van de patiënt verre de voorkeur heeft.

Tooley (1973) heeft een interessant artikel geschreven over een speltherapie van een borderline kind. Zij introduceert een technische modificatie, wat ze 'playing it right' noemt. Daarmee bedoelt ze het introduceren van realiteitsregels bij het fantasiespel van het kind. Het zou een verduidelijkende, richtinggevende en plezierverhogende functie hebben. Voorbeeld: het kind dat 'brandweerautootje' speelt geef je ook een brandweerautootje. Een na-deel vindt Ka- Tooley de zeer actieve en directe rol van de therapeut.

Rosenfeld e.a. (1965) stellen nog dat borderline patiënten voor een onervaren therapeut grote problemen kunnen opwerpen. Het impulsieve, soms chaotische gedrag kan de therapeut angstig en onzeker maken. De borderline patiënten voelen dat door hun hypersensitiviteit uitstekend aan, wat weer een negatieve invloed heeft op hun gedrag. In zo'n situatie kan de therapeut, om zijn eigen 'hulpeloosheid' te verdoezelen, zijn heil gaan zoeken in neurologische en andere specialistische onderzoeken.

Zo stelt Maenchen (1968), die grote verdiensten heeft o.a. op het terrein van het onderzoek naar de borderline-state, in haar artikel, dat: 'volledige verbetering niet mogelijk was, omdat – hoewel hiervoor bij uitgebreid neurologisch en neuro-psychologisch onderzoek geen aanwijzingen waren – het laatste psychologisch onderzoek gelijkenissen toonde met die van cerebraal beschadigde kinderen'. Ze staft dit verder met de slotzin: 'A recent seizure warrants this consideration . . .'.

## Prognostische overwegingen

De meeste auteurs laten zich over de prognose niet uit. Masterson (1972) is van mening dat de puber met een borderline syndroom een dermate ernstige emotionele stoornis heeft, dat de kans op satisfactie in leven, gezin e.d. nauwelijks aanwezig is. Alleen een grondige, intensieve en jaren durende therapeutische interventie kan hierin enige verbetering brengen.

Geleerd (1958) stelt dat clinici die de oorzaak van de borderline-state hoofdzakelijk konstitutioneel bepaald zien, de prognose slecht vinden in tegenstelling tot de clinici die meer de nadruk leggen op omgevingsfactoren. Duidelijk is dat de eersten minder geneigd zijn tot een individuele en/of gezins-therapeutische interventie. Frijling-Schreuder (1969) concludeert uit een overzicht van de kinderpsychiatrische literatuur dat er borderline kinderen zijn die zich tot normale volwassenen ontwikkelen. Zelf kent zij slechts één dergelijke casus, waarbij de borderline-state eerst tijdens de puberteit aan het licht kwam. Bij gevallen van kinderborderline-state heeft ze nooit volledig herstel gezien. Het blijven borderline patiënten, die, blootgesteld aan stress, gemakkelijk psychotisch kunnen reageren. Het laatste wordt nogal eens uitgelokt door de eerste pogingen tot sexueel contact.

Frijling-Schreuder acht het dan ook een taak van de psychiater de ouders van de borderline patiënt te begeleiden. Hiermee kan o.a. voorkomen worden dat de ouders hun kind stimuleren in de richting van 'een afspraakje maken'. Voor de borderline patiënt kan dat een reële en ernstige bedreiging zijn van zijn labiele en kwetsbare ik-organisatie.

## Samenvatting en conclusie

Samenvattend menen wij te kunnen stellen, dat onder de diagnose borderline een categorie patiënten verstaan moet worden met de volgende kenmerken:

a – Het klinisch beeld is niet onder te brengen in één afzonderlijk syndroom, maar toont een grote verscheidenheid aan symptomen, waaronder mogelijk wel enkele 'waarschijnlijkheids'-symptomen (Kernberg, 1967). Essentieel daarbij is, en vele symptomen zijn een uiting van:

b – Een kenmerkende en ernstige pathologie van de ik-structuur, ook wel ik-zwakte. Een klinisch-diagnostisch belangrijk kenmerk is de in tijd snelle afwisseling van neurotische (o.a. pan-neurotische en depersonalisatie-derealisatie-syndromen) en (micro-)psychotische syndromen.

c – De mate waarin organische, genetische, dynamische en omgevingsfactoren het ziekteproces hebben beïnvloed, is niet erg duidelijk. Overwegend is echter de hypothese dat borderline-state een ontwikkelingsstoornis is, wortelend in de symbiotische fase, waardoor separatie en individualisatie slechts in geringe mate tot stand komen.



d – De diagnose is, vanwege de bij de patiënt aanwezige 'movement' naar meer of juist minder ik-controle, slechts te stellen na een zeer nauwkeurige en uitvoerige anamnese (Knight, 1953). Deze dient aangevuld te worden met uitgebreid psychologisch en neurologisch onderzoek. Het afgrenzen van de neurose geeft differentiaal diagnostisch de meeste moeilijkheden (Frijling-Schreuder, 1969).

e – De psychotherapie van deze patiënten vereist vanwege de jarenlange duur, de grote intensiviteit en de vaak complexe technische implicaties c.q. modificaties grote ervaring. De individuele behandeling wordt vaak gecombineerd met een parallel lopende ouder(s)-c.q. gezinstherapie.

Konkluderend zou ik op de bij de aanvang van dit artikel gestelde vraag: 'borderline: een klinisch hanteerbaar begrip?' bevestigend willen reageren. We gaan er daarbij van uit dat men bij het stellen van de diagnose borderline-state rekening houdt met de in de samenvatting genoemde punten. Het zal uit het voorgaande wel duidelijk zijn geworden, dat de uitdrukking sec 'dit is een borderline patiënt' niets verduidelijkt omtrent het momentane toestandbeeld van de patiënt. De discussie volgend op het oorspronkelijke referaat, dat de basis vormde voor onderhavig artikel, tenderde sterk in de richting van de door vele discussianten onderstreepte mening dat de diagnose borderline geïnterpreteerd moet worden als passend op een aparte categorie patiënten. Zij moet niet – zoals de op zich reeds verwarring wekkende term borderline helaas suggereert – gezien worden als omschrijving van een ziektebeeld op de grens van neurose en psychose.

## Literatuur

- Blécourt, A. de (1967), *Diagnostiek en Psychotherapie van de Borderline State*, voordracht voor de Nederlandse Vereniging voor Psycho-analyse.
- Ekstein, R., Wallerstein, J. (1954), Observations on the Psychology of Borderline and Psychotic Children. *Psycho-analytic Studie of the Child*, 9, 344–369.
- Frijling-Schreuder, E. C. M. (1969), Borderline States in Children. *Psycho-analytic Studie of the Child*, 24, 307.
- Geleerd, E. R. (1958), Borderline States in Childhood and Adolescence. *Psycho-analytic Studie of the Child*, 13, 279–295.
- Grinker, R. R., Werble, B., Brye, R. C. (1968), *The Borderline Syndrome*. Basic Books inc. New York.
- Kernberg, O. (1967), Borderline Personality Organization. *J. Am. Psycho-analytic Ass.* 15, 641–685.
- Knight, R. P. (1953), Borderline States. *Bull. Menniger Clin.* 17, 1–12.
- Kuiper, P. C. (1973), *Hoofdsom der Psychiatrie*, p. 225. Uitg. Bijleveld, Utrecht.
- Leibovich, M. (1975), An Aspect of the Psychotherapy of Borderline Personalities. *Psychother. Psychosommat.*, 25, 53–57.
- Maenchen, A. (1968), Object Cathexis in a Borderline Twin. *Psycho-analytic Studie of the Child*, 23, 438–456.
- Mahler, M. S. (1961), On Sadness and Grief in Infancy and Childhood: loss

- and restoration of the symbiotic love-object. *Psycho-analytic Study of the Child*, 16, 332-351.
- Mahler, M. S. (1963), Thought about Development and Individuation. *Psycho-analytic Study of the Child*, 18, 307-324.
- Masterson, G. F. (1972), *Treatment of the Borderline Adolescent, a developmental approach*. Wiley-Interscience, Inc. New York.
- Newbolt, R. (1972), The Object Relations of a Borderline Psychotic Child and their Connections with his Inability to Learn. *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 3, 2, 40-52.
- Rosenfeld, S. K., Sprince, M. P. (1963), An Attempt to Formulate the Meaning of the Concept Borderline. *Psycho-analytic Study of the Child*, 18, 603-635.
- Rosenfeld, S. K., Sprince, M. P. (1965), Some Thought on Technical Handling of Borderline Children. *Psycho-analytic Study of the Child*, 20, 495-518.
- Singer, M. B. (1960), Fantasies of a Borderline Patient. *Psycho-analytic Study of the Child*, 15, 310-356.
- Tooley, Kay (1973), Playing it Right: A technique for the treatment of borderline children. *Journal of the Am. Ass. of Child Psychiatry*, vol. 12, 4, 615-631.
- Waals, H. G. van der (1958), Schizophrene aandoeningen van volwassenen, deel IV Pychosen, 74-75. Uit *Nederlands Handboek der Psychiatrie*. (Ed.: prof. dr. J. J. G. Prick e.v.a.) Van Loghum Slaterus ,Arnhem.