

De bruikbaarheid van de diagnose borderline

door J.W. Hummelen

Samenvatting

Dit artikel beschrijft hoe de betekenis van de diagnose borderline afhangt van het gehanteerde concept (DSM-III, Gunderson en Kernberg). Ingegaan wordt op hoe factoren als behandelmodel, samenstelling van de populatie en setting het stellen van de diagnose borderline beïnvloeden. Geconcludeerd wordt dat de bruikbaarheid van de diagnose borderline, vanwege het ontbreken aan relevant validiteitsonderzoek, niet is aangetoond. Een exploratief onderzoek naar de validiteit van het DSM-III-borderline-concept wordt gepresenteerd. Onderzocht werd of er verschillen bestaan tussen DSM-III-borderline- en neurotische patiënten ten aanzien van: a. de wijze van reageren op problemen; b. behandel-effecten bij opname in een psychotherapeutische gemeenschap. Bij het onderzoek werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden. Gepleit wordt voor het gebruik van het borderline-concept van Kernberg bij het onderzoek naar de validiteit van het borderline-concept.

Inleiding

De diagnose borderline raakt steeds meer ingeburgerd. Met name de introductie van de borderline-persoonlijkheidsstoornis in de DSM-III (1980), waarvan men verwachtte dat hiermee de diagnose borderline tot een klinisch goed bruikbaar concept werd (Verhulst 1981), heeft veel tot de populariteit van de diagnose bijgedragen.

Dit artikel bestaat uit twee delen: het eerste deel beschrijft hoe de betekenis van de diagnose borderline afhangt van een aantal factoren. Allereerst wordt deze betekenis bepaald door de keuze van het gehanteerde borderline-concept. In Nederland zijn drie concepten in gebruik: DSM-III, het concept van Gunderson en dat van Kernberg. Ingegaan wordt op de onderlinge verhoudingen van deze concepten en de invloed van de keuze voor een concept op de prevalentie van de diagnose borderline. Andere factoren die het stellen van de diagnose borderline beïnvloeden, zijn het (impliciete) behandelmodel dat men hanteert, de

samenstelling van de populatie en de setting waarin de patiënt verkeert tijdens het diagnostisch proces.

Het tweede deel van het artikel gaat in op de vraag in hoeverre de diagnose borderline bruikbaar is en hierbij komen aspecten als betrouwbaarheid en validiteit van de diagnose aan de orde. Geconcludeerd wordt dat voor de praktisch relevant validiteitsonderzoek ontbreekt. Er wordt verslag gedaan van een exploratief validiteitsonderzoek waarbij de vraagstelling was of er verschillen bestaan tussen DSM-III-borderline-patiënten en neurotische patiënten in de wijze waarop deze categorieën reageren op problemen, en in effecten van behandeling in een psychotherapeutische gemeenschap.

Alvorens in te gaan op de betekenis en de bruikbaarheid van de diagnose borderline wordt eerst een korte beschrijving gegeven van de DSM-III-, Gunderson- en Kernberg-concepten.

Descriptieve borderline-concepten: DSM-III en Gunderson

De groep die in de jaren zeventig betrokken was bij de ontwikkeling van de DSM-III onderzocht hoe de diagnose borderline door klinici werd gebruikt (Spitzer e.a. 1979). Zij concludeerden dat de diagnose borderline werd gehanteerd voor een constellatie van relatief permanente persoonlijkheidskenmerken. Door het formuleren van het borderline-concept als persoonlijkheidsstoornis werd de diagnose borderline afgegrensd van de psychotische stoornissen. De borderline persoonlijkheidsstoornis werd nader bepaald als een instabiel individu met problematische relaties, weinig zelfcontrole en identiteitsstoornissen. Zoals voor de gehele DSM-III werden de criteria voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis ontwikkeld vanuit een descriptief niveau: op grond van gedrags- en symptoomcriteria dient deze stoornis van andere te worden gedifferentieerd (zie tabel 1); in de nieuwe editie, DSM-III-Revised (APA 1987) zijn de criteria voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis niet wezenlijk veranderd.

De DSM-III heeft voor het ontwikkelen van de criteria voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis gebruik gemaakt van het werk van Gunderson (e.a. 1975). Deze auteurs inventariseerden de gehele betreffende literatuur en kwamen tot vijf gebieden die kenmerkend zouden zijn voor de borderline-patiënt. Deze gebieden zijn: sociale aanpassing, impulsief gedrag, optreden van intense affecten, kortdurende psychotische symptomatologie en instabiele persoonlijke relaties.

Gunderson en zijn medewerkers (1981) ontwikkelden het Diagnostic Interview for Borderlines (DIB); dit is een semi-gestructureerd interview waarbij het functioneren wordt onderzocht betreffende de vijf bovengenoemde gebieden. Recent verscheen een Nederlandse vertaling van dit interview (Derksen 1988).

Tabel 1: Borderline-persoonlijkeitsstoornis volgens DSM-III

Diagnostische criteria:

De volgende kenmerken zijn karakteristiek voor het functioneren thans en op langere termijn van betrokkene en zijn niet beperkt tot perioden van ziekte. Ze veroorzaken ofwel duidelijke belemmeringen in het sociale of beroepsmatig functioneren, ofwel subjectief lijden.

Minstens vijf van de volgende kenmerken zijn vereist:

1. impulsiviteit of onvoorspelbaarheid op ten minste twee manieren die betrokkene zelf kunnen schaden, namelijk geld verkwisten, seks, gokken, middelengebruik, winkeldiefstallen, te veel eten, automutilatie;
2. een patroon van instabiele en intense relaties zoals door opvallende houdingsveranderingen, idealisering, kleinering, manipulatie (voortdurend anderen voor eigen doeleinden misbruiken);
3. onaangepaste intense woede of gebrek aan beheersing van de agressie, dat wil zeggen terugkerende driftbuien en constante woede;
4. identiteitsstoornissen, zich uitend in onzekerheid over verschillende zaken, samenhangend met de identiteit, zoals het zelfbeeld, geslachtsidentiteit, doelen op de lange termijn of beroepskeuze, soort vriendschapsrelaties, normen en waarden, en trouw, bij voorbeeld: 'wie ben ik?' of 'ik voel me alsof ik mijn zuster ben als ik goed ben';
5. affectlabiliteit: opvallende verschuivingen van een normale naar een depressieve stemming, prikkelbaarheid of angst, meestal gedurende enkele uren, slechts zelden langer durend dan enkele dagen alvorens de normale stemming weer terugkeert;
6. niet alleen kunnen zijn, bij voorbeeld krampachtig pogen te voorkomen alleen te zijn; depressief indien alleen;
7. handelingen die fysiek schadelijk zijn, bij voorbeeld suïcidale gedragingen, automutilatie, herhaalde ongevallen of lijfelijk vechten;
8. hardnekkige gevoelens van leegte of verveling.

Zowel bij de DSM-III als bij de DIB van Gunderson gaat het om een descriptief borderline-concept. Het onderscheid tussen deze twee concepten bestaat uit het verschil in de keuze van symptomen die men als kenmerkend voor de diagnose borderline ziet. De gemaakte keuze vloeit niet voort uit een theoretisch model omtrent de borderline-stoornis, doch berust op een inventarisatie van wat er in de klinische praktijk of in de literatuur onder de diagnose borderline wordt verstaan. Naast een gedeeltelijke overlapping zijn er de volgende verschillen tussen de twee concepten: de criteria psychotische symptomatologie en sociale aanpassing komen enkel voor in het concept van Gunderson, de criteria identiteitsstoornis en affectieve labiliteit vindt men alleen bij DSM-III.

Psychoanalytisch borderline-concept: Kernberg

Kernberg (1984) ontwikkelde een persoonlijkheidstheorie waarbinnen hij het borderline-concept uitwerkt. De essentie van het borderline-concept ligt hierbij in de structuur van de persoonlijkheidsorganisatie. Bij de beschrijving van deze structuur gaat het met name om drie criteria die differentiëren tussen een neurotische, borderline- en psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Deze criteria zijn:

- identiteitsintegratie versus identiteitsdiffusie;
- ontwikkelde versus primitieve afweermechanismen;
- aanwezigheid versus afwezigheid van realiteitstoetsing.

Patiënten met een neurotische persoonlijkheidsstructuur presenteren een geïntegreerde identiteit in tegenstelling tot patiënten met een borderline- of psychotische structuur. De neurotische patiënt beschikt over een afweerorganisatie gecentreerd rond verdringing en andere ontwikkelde afweermechanismen. Bij borderline- en psychotische patiënten overheersen primitieve afweermechanismen gecentreerd rond splijting. De realiteitstoetsing is intact bij neurotische en borderline-patiënten maar is aangetast bij de psychoticus. Kernberg heeft in relatie met zijn theorie het 'structurele interview' ontwikkeld dat erop gericht is patiënten met een borderline-persoonlijkheidsorganisatie te differentiëren van die met een psychotische of neurotische structuur. Het interview is gericht op een systematische evaluatie van bovengenoemde criteria; hierbij staat de wijze centraal waarop symptomen en conflicten worden geuit in de hier-én-nu interactie van patiënt en interviewer (zie voor een uitvoerige beschrijving van de structurele diagnostiek en het structurele interview: Derksen e. a. 1988a).

Onderlinge verhouding van de borderline-concepten

Veel onduidelijkheid omtrent het borderline-concept is ontstaan doordat diagnostici, werkend vanuit verschillende referentiekaders (descriptief en psychoanalytisch), de diagnose borderline gebruiken zonder dat duidelijk is of het om dezelfde groep patiënten gaat (Aronson 1985). De diagnose borderline heeft weinig betekenis als niet wordt vermeld van welk concept men uitgaat. Elk van de hierboven beschreven borderline-concepten selecteert een eigen populatie waarbij de drie populaties elkaar gedeeltelijk overlappen. Sommige auteurs zien in de groep patiënten die tegelijk aan de criteria van al deze drie concepten voldoet de 'echte' borderline-patiënt en spreken van een prototypische borderline (Nelson e. a. 1985). Het lijkt dat hierbij uit het oog wordt verloren dat elk borderline-concept een diagnostisch construct is en er alleen borderline-patiënten bestaan in het hoofd van de diagnosticus.

Er zijn enkele studies gedaan naar de onderlinge verhouding tussen de concepten van DSM-III, Gunderson en Kernberg (Koeningsberg

e.a. 1983; Nelson e.a. 1985; Tarnopolsky e.a. 1987). De uitkomsten van deze studies variëren naargelang de aard van de onderzochte populatie, bij voorbeeld klinisch of ambulante. Zo selecteert de DIB van Gunderson meer borderline-patiënten in een klinische dan in een ambulante populatie. De verklaring hiervoor is dat in het Gunderson-concept onder meer psychotische symptomatologie is opgenomen en dit vaker in een klinische populatie valt aan te treffen. Alhoewel enkele onderzoeken in hun uitkomsten tegenstrijdig zijn, kan in het algemeen gesteld worden dat het concept van Kernberg de meeste diagnoses borderline geeft, gevolgd door de DIB van Gunderson, en dat het DSM-III-concept het minst uitgebreid is. Door het hanteren van een ruim borderline-concept kan het aantal borderline-patiënten in een populatie sterk toenemen.

De invloed van een consequente keuze voor één borderline-concept ten aanzien van de prevalentie van de diagnose borderline in een populatie blijkt uit een onderzoek binnen de kliniek voor psychotherapie van volwassenen van het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong (Hummelen 1988). Nagegaan werd hoe vaak de ontslagdiagnose 'borderline' werd gesteld in de periode 1981 tot 1985. Deze uitkomst werd vergeleken met de prevalentie die werd verkregen door aan de hand van de ontslagbrieven te onderzoeken hoeveel patiënten in deze periode voldeden aan de DSM-III-criteria voor borderline-persoonlijkheidsstoornis. Binnen de onderzochte periode vielen 326 patiënten waarbij in 32 gevallen de ontslagdiagnose 'borderline' was gesteld; dit betekent een prevalentie van 1 op 10,2. Van deze 32 patiënten voldeden, op grond van gegevens uit de ontslagbrief, 9 patiënten aan de DSM-III-criteria voor borderline-persoonlijkheidsstoornis. Van de groep patiënten waarbij géén ontslagdiagnose borderline was gesteld, voldeden 7 patiënten aan de DSM-III-criteria. Zo bedraagt de prevalentie borderline-patiënten volgens het DSM-III-concept 1 op 20,4.

Bij het bestuderen van de ontslagbrieven valt op dat er vrijwel nergens wordt aangegeven welk borderline-concept men hanteert. Een enkele maal wordt gerefereerd aan DSM-III-criteria of aan het concept van Kernberg, doch nergens wordt de diagnose borderline binnen één concept verantwoord. Zo noemt men bij voorbeeld wél de aanwezigheid van het afweermecanisme splijting, maar de evaluatie betreffende identiteitsdiffusie en realiteitstoetsing, criteria behorende tot het concept van Kernberg, ontbreekt. Als er geen consequente keuze voor één concept wordt gemaakt, ontstaat de situatie dat als een patiënt niet aan de criteria, passend bij een bepaald borderline-concept, voldoet en men het idee heeft dat er toch sprake is van 'een borderline-patiënt', men zijn idee bevestigd ziet door het hanteren van een ander concept. Indien men dan tevens niet alle criteria binnen één concept evalueert, neemt het aantal borderline-patiënten snel toe.

Factoren die het stellen van de diagnose borderline beïnvloeden

Het stellen van een diagnose voltrekt zich niet in een vacuüm, maar in een bepaalde context. Aspecten van deze context zoals behandelmodel, populatie en setting zijn van invloed op het diagnostische proces.

Behandelmodel – De descriptieve borderline-concepten vereisen dat men gedragskenmerken kan classificeren in een tweedeling: pathologisch of niet-pathologisch. Interpretatie van gedrag hangt echter mede af van het gehanteerde behandelmodel. In de praktijk blijven soms de aan een behandelmodel ten grondslag liggende hypothesen impliciet, met als gevolg dat gedrag op verborgen wijze wordt beoordeeld aan de hand van de onderliggende hypothesevorming. Zo zal binnen een psychotherapeutische kliniek met een overwegend neurotische populatie het neurosemodel dominant zijn.

Veel neurotische patiënten worden gekenmerkt door agressiereming en het uiten van agressie is binnen dit model een teken van het doorwerken van de weerstand. Het tonen van agressie kan echter ook, met name bij vroeggestoorde patiënten, gebruikt worden als afweermechanisme, onder andere ter vermijding van nabijheid. Als agressie in een setting vooral wordt gezien als teken van het aanslaan van de behandeling zal het niet snel als een diagnostisch kenmerk van een patiënt worden onderkend. Meer algemeen gesteld ziet men dat borderlinepatiënten binnen een neurose-setting in de aanvang van de behandeling vaak te hoog worden ingeschat. Het bij de borderline-patiënt aan de oppervlakte liggende primair proces resulteert in de confrontatie van de behandelaar/diagnosticus met heftige affecten die bij neurotische patiënten pas veel later in de behandeling, na moeizame bewerking van de weerstand, zichtbaar worden. Hierdoor kan de behandelaar misleid worden tot het doen van voortijdige interpretaties bij de borderline-patiënt. Deze interpretaties leiden soms wel tot een initiële integratie doch deze is niet blijvend. De behandelaar richt zich, op geleide van de affecten, steeds op bewerking van conflicten (conform de neurosebehandeling) terwijl deze affecten niet zo zeer uiting zijn van een conflict als wel een gevolg van een defecte ego-structuur.

Populatie – Naast het gehanteerde referentiekader is de populatie waarmee men werkt van invloed op de betekenis die aan gedrag wordt toegekend. In hoeverre gedrag als pathologisch wordt bestempeld, hangt onder meer samen met het afwijken van de norm binnen een populatie. Deze norm wordt mede bepaald door de samenstelling van de populatie: als een kliniek impulsief gedrag als contra-indicatie ziet voor opname, dan wordt de patiënt die tijdens opname enig acting-out vertoont al snel uitzonderlijk met bijpassende diagnose.

Ook behandelmoehheid van een therapeut of team kan leiden tot een tendens naar monocultuur qua psychopathologie van de patiënten-groep die men behandelt. Teleurstellend verlopen behandelingen kunnen een vermijdingsreactie geven bij 'moeilijke patiënten' waarbij er een aanscherping plaatsvindt van de selectiecriteria voor behandeling. Hoe meer de eigen populatie middels deze selectie opschuift naar een monocultuur des te sneller zullen nieuwe patiënten afwijken van de gecreëerde norm. In een dergelijke situatie kunnen patiënten die vroeger als neurotisch zouden worden gediagnostiseerd, nu veel meer als borderline worden bestempeld. Hierbij is het mogelijk dat de diagnose 'borderline' als legitimatie fungeert voor de afwijzing van een patiënt.

Setting – Bij het gebruik van de criteria van de descriptieve borderline-concepten wordt er impliciet van uitgegaan dat (pathologische) gedragskenmerken voortkomen uit en verbonden zijn met de persoonlijkheidsstructuur. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit dat gedrag niet direct gekoppeld is aan de persoonlijkheid, maar tot stand komt in de interactie tussen individu en omgeving. Gedrag kan door de omgeving worden opgeroepen of juist verdwijnen. Zo kan automutilatie tijdens een ambulante behandeling in een klinische setting verdwijnen; factoren zoals vermindering van de draaglast, of het zich moeten voegen naar de norm voor geaccepteerd gedrag binnen een groep, kunnen hierbij een rol spelen. Op deze wijze kan men zich voorstellen dat een patiënt in de ene setting niet aan de DSM-III-criteria voor borderline voldoet, maar in een andere setting wel.

Het diagnostisch proces wordt vertroebeld als men zich niet realiseert dat symptomatologie deels afhankelijk is van de situatie waarin de patiënt zich bevindt. Het gaat hierbij niet alleen over het verschil tussen diagnostiek in een klinische of een ambulante setting, maar ook tussen een dyadische of triadische (behandel)situatie. Zo zal, als men uitgaat van het concept van Kernberg, bij patiënten in een groepspsychotherapie-setting waarschijnlijk vaker de diagnose borderline worden gesteld dan dat men dezelfde populatie zou diagnostiseren middels een individuele relatie. Naar mijn ervaring zijn er patiënten die in een individuele behandelrelatie geen splijting als afweermechanisme vertonen, terwijl dit mechanisme wel optreedt tijdens groepspsychotherapie. Mogelijk wordt dit verschil bepaald door de mate van structuur of het regressieniveau van een behandelsituatie. Een gelijksoortig fenomeen kan men zien bij massademonstraties waarbij door de 'massale' regressie individuen worden meegezogen in een splijting waarin de wereld wordt opgedeeld in 'good' en 'bad boys'. Algemeen gesteld: afweermechanismen die passen bij een vroege stoornis hoeven in sommige situaties veel minder specifiek op een dergelijke stoornis te wijzen.

De bruikbaarheid van de diagnose borderline

In hoeverre een diagnose bruikbaar is, hangt onder andere af van de betrouwbaarheid (komen verschillende diagnostici bij een patiënt tot dezelfde diagnose), en validiteit (heeft een diagnose een correlatie met het beloop van de aandoening en de reactie op een behandeling). Het Diagnostic Interview for Borderlines van Gunderson is betrouwbaar gebleken (Frances e.a. 1984), het structurele interview van Kernberg is redelijk betrouwbaar (Derksen e.a. 1988b). De DSM-III-diagnose borderline is wel betrouwbaar, maar veel patiënten met een borderline-persoonlijkhedenstoornis voldoen ook aan de criteria voor theatrale of antisociale persoonlijkheidsstoornissen (Pope e.a. 1983).

Validiteitsonderzoek naar de diverse borderline-concepten is wel gedaan, doch beperkt zich vooral tot het correleren van de diagnose van het ene borderline-concept met die van het andere concept (zie voor een overzicht Tarnopolsky e.a. 1987). Enkele studies, met name betreffende het Gunderson- en DSM-III-concept, tonen aan dat borderline-patiënten af te grenzen zijn van schizofrene patiënten (Kroll e.a. 1981; Pope e.a. 1983). Deze uitkomst is niet zo verrassend aangezien de ontwikkeling van het borderline-concept er juist op gericht was deze af te grenzen van psychotische stoornissen. Men kan concluderen dat deze afgrenzing gelukt is, maar voor de klinische praktijk is dit onderscheid te weinig gedifferentieerd. Met het formuleren van het borderline-concept als specifieke persoonlijkheidsstoornis dient deze specificiteit bevestigd te worden door vergelijkend onderzoek met andere persoonlijkheidsstoornissen. Een dergelijk onderzoek ontbreekt voor alle drie de borderline-concepten.

Een exploratief validiteitsonderzoek naar het DSM-III-borderline-concept

In de klinische praktijk wordt vaak het onderscheid borderline- versus neurotische stoornis gemaakt. Aansluitend bij deze praktijk werd de vraagstelling geformuleerd of er verschillen bestaan tussen DSM-III-borderline- en neurotische patiënten ten aanzien van:

- a. de wijze van reageren op problemen;
- b. behandelresultaten bij opname in een psychotherapeutische gemeenschap.

Het gaat hierbij dus om de vraag of het gebruik van de DSM-III-diagnose borderline is gebaseerd op een valide concept.

Het onderzoek werd uitgevoerd in de kliniek voor psychotherapie voor volwassenen van het Psychotherapeutisch Centrum De Vier-sprong. Op grond van de gegevens in de ontslagbrieven werden 16 patiënten geselecteerd die voldeden aan de criteria voor DSM-III-borderline-persoonlijkhedenstoornis. Alhoewel hierop niet geselecteerd, ver-

melden de ontslagdiagnoses van al deze patiënten een pre-oedipale ontwikkelingsstoornis, met name in de separatie-individuatiefase. Over dezelfde periode werden 16 patiënten geselecteerd bij wie de ontslagdiagnose neurotische problematiek van oedipale origine was. Beide groepen bestonden uit 8 mannen en 8 vrouwen; gemiddelde leeftijd borderline-groep 27 jaar en van de neurose-groep 30 jaar; de gemiddelde opnameduur van beide groepen was gelijk en bedroeg 45 weken.

Vanuit de aanname dat er bij DSM-III-borderline-patiënten sprake is van een vroege ontwikkelingsstoornis – de DSM-III spreekt zich overigens niet uit over de etiologie – werden enkele hypotheses geformuleerd over de wijze van reageren bij moeilijkheden. Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van de Nieuwkoopse Vragenlijst (Tremonti e.a. 1976) waarin een sectie is opgenomen betreffende copingstrategieën en die standaard, zowel bij opname als ontslag, aan elke patiënt binnen de kliniek wordt voorgelegd. In deze sectie wordt een aantal manieren van reageren gegeven op problemen; de mate waarin een reactiewijze wordt gebruikt, wordt gescoord op een vijf-puntsschaal.

De volgende clusters werden samengesteld met daarbij vermeld de hypothese. Bij moeilijkheden reageer ik door:

A. – De mening van een ander te vragen.

- Hulp in te roepen van een ander om samen tot een oplossing te komen.
- Erop te rekenen dat anderen mij wel zullen helpen.

Verwachting: neurotische patiënten zullen op deze cluster hoger scoren dan de borderline-groep, aangezien ze meer gebruik kunnen maken van sociale interacties.

B. – Te proberen alleen tot een oplossing te komen.

- Mijzelf te isoleren van anderen.

Verwachting: borderline-patiënten scoren hoger dan neurotici door hun relatief onvermogen te profiteren van sociale processen.

C. – In de war te raken.

- Te fantaseren of te dagdromen.
- Het gevoel te krijgen dat de dingen vreemd voor mij worden.

Verwachting: borderlines vertonen meer tekenen van desintegratie bij problemen dan neurotici.

D. – Ruzie te maken.

- Boosheid.

Verwachting: borderline-patiënten gebruiken vaker agressie als afweer dan neurotische patiënten.

De verschillen in scoring tussen de twee groepen werden op significan-

tie onderzocht met behulp van de Kolmogorov-Smirnov-test (Siegel 1956). Om een mogelijke invloed op te sporen van de behandeling ten aanzien van de manieren van reageren op problemen, werd naast de afname bij opname ook die bij ontslag onderzocht vanuit dezelfde hypothesen.

Zowel bij opname als bij ontslag werd op geen enkel van de vier clusters een significant verschil tussen beide groepen gevonden.

Tevens werd, met behulp van onder andere t-toetsen, onderzocht of beide groepen verschilden in behandelingsreactie, bepaald met behulp van de Amsterdamse Biografische Vragenlijst met de schalen neurotische (N) en neurosomatische labiliteit (Ns), extraversie (E) en de mate van defensiviteit (T: testattitude) (De Zeeuw 1976). Verder werden van de Nieuwkoopse Vragenlijst de volgende schalen gebruikt: algemeen en lichamelijk welbevinden en nuchtere zelfhandhaving (Van Kalsbeek e.a. 1978). Tevens werden Rating-patiënt en Rating-therapeut in het vergelijkend onderzoek betrokken; hierbij wordt door rechtstreekse vragen aan patiënt en therapeut een oordeel gevraagd over het effect van de behandeling (Bolten 1975).

Op al deze variabelen, zowel bij opname als ontslag, waren er geen significante verschillen tussen de groepen met uitzondering van het lichamelijk welbevinden dat in de borderline-groep bij opname licht minder was dan in de groep van neurotici (zie voor uitvoerig verslag van dit onderzoek Hummelen, Hesselink en Vreeswijk 1989).

Discussie

Bij dit onderzoek zijn geen verschillen aangetoond tussen een groep DSM-III-borderline- en neurotische patiënten in de wijze waarop zij reageren op stressvolle situaties en in effect van behandeling binnen een psychotherapeutische gemeenschap. Bij deze conclusie kan een aantal kritische opmerkingen worden geplaatst. Een beperking in de opzet van dit onderzoek bestaat uit de onderzochte variabelen: het betreffen enkel self-report-gegevens, meer objectificeerbare variabelen als gedragsobservaties bleven buiten beschouwing. Verder is de indeling van de groepen tot stand gekomen aan de hand van louter schriftelijk materiaal door slechts één beoordelaar. Op grond hiervan zou men kunnen concluderen dat niet is aangetoond dat toewijzing aan de borderline-groep op een correcte wijze heeft plaatsgevonden. Vanwege deze methodologische beperkingen kan men vraagtekens zetten bij de conclusie dat er geen verschillen tussen DSM-III-borderline- en neurotische patiënten zijn aangetoond. Blijft echter dat er, parallel aan de indeling van de groepen in borderline- en neurotische patiënten, het onderscheid pre-oedipale en oedipale ontwikkelingsstoornis is gemaakt. Het is opvallend dat een onderscheid in vroege en latere stoornissen op de onderzochte variabelen geen enkel verschil oplevert. Dat alle DSM-

III-borderline-patiënten door de behandelaars als pre-oedipale ontwikkelingsstoornis waren gediagnostiseerd was niet in de opzet van het onderzoek meegenomen doch bleek een bevinding nadat de indeling op symptomatologie had plaatsgevonden.

De behandelaars stelden bij de DSM-III-borderline-groep de volgende persoonlijkheidsdiagnoses: negen maal borderline-persoonlijkheid, vier maal hysterio-psychopathic, orale hysteric, asthene persoonlijkheid en bij één patiënt ontbrak de persoonlijkheidsdiagnose. De diagnoses bij de neurotische patiënten waren: acht maal hysterische neurose, vier maal neurastenie, drie maal psychastenie en één maal dwangneurose.

Bij het ontbreken van verschillen tussen de pre-oedipale en oedipale groep patiënten op de onderzochte variabelen kan de vraag gesteld worden of er wel werkelijk sprake is van vroege stoornissen bij de door de behandelaars als zodanig gediagnostiseerde groep. Mogelijk is er te weinig onderscheid gemaakt tussen de persoonlijkheidsdiagnose die op de symptomatologie wordt gesteld en de bepaling van de ontwikkelingsstoornis. Bepaalde symptomen, zoals automutilatie en verslaving, worden dan direct in verband gebracht met een vroege ontwikkelingsstoornis, en andere symptomen, zoals dwangfenomenen, worden in genetisch opzicht later geplaatst. Ook de aanname dat er bij de DSM-III-borderline-patiënt sprake is van een vroege stoornis berust op het verbinden van symptomatologie aan een genetisch model. Het onvoldoende scheiden van het descriptieve en psychoanalytische model wordt waarschijnlijk mede ingegeven door de historische ontwikkeling van het borderline-concept. De term borderline-stoornis werd in eerste instantie gebruikt in verband met de afgrenzing van schizofrenie die door de toenmalige analytici als een zeer vroege stoornis werd opgevat. Hierdoor heeft de term borderline de connotatie vroeggestoord gekregen terwijl in de DSM-III- en het Gunderson-concept de diagnose borderline slechts een verzameling symptomen en gedragscriteria inhoudt.

Kernberg (1984) heeft erop gewezen dat er op symptoomniveau geen onderscheid te maken is tussen de borderline-patiënt, opgevat als vroege stoornis van het Ik, en de neurotische patiënt. Door regressie of fixatie kan een neurotische patiënt symptomatologie, passend bij een vroege ontwikkelingsfase, vertonen, bij voorbeeld verslaving, terwijl de persoonlijkheidsorganisatie als geheel het oedipale stadium heeft bereikt. De criteria voor een vroege stoornis worden niet geformuleerd op symptoomniveau, doch bestaan uit binnen de psychoanalytische theorie geformuleerde begrippen zoals de aard van de gehanteerde afweermechanismen, de objectrelaties en de realiteitstoetsing.

Ten slotte

Het is opmerkelijk dat de diagnose borderline zich zo een prominente plaats heeft kunnen veroveren, terwijl de bruikbaarheid voor de praktijk voor geen enkel borderline-concept overtuigend is aangetoond. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat met de DSM-III de borderline-stoornis van een schimmig begrip tot een eenvoudig op symptomatologie en gedragscriteria te stellen diagnose werd. Tevens sluit het formuleren van het borderline-concept als persoonlijkheidsstoornis aan bij de hernieuwde belangstelling binnen de psychiatrie voor persoonlijkheidsdiagnostiek (Van de Brink 1987). Een ander aspect is wellicht de verschuiving van aandacht binnen de psychoanalytische theorie van oedipale naar pre-oedipale stoornissen. Met de toenemende kennis en theorievorming over de vroege ontwikkelingsstadia (onder andere door het werk van M. Mahler 1968) begint men bij steeds meer patiënten pre-oedipale stoornissen te onderkennen.

Het valt te voorzien dat de diagnose borderline op de lange termijn alleen bestaansrecht heeft als de bruikbaarheid van dit concept kan worden aangetoond middels relevant validiteitsonderzoek. Het gaat hierbij om de vraag of de diagnose borderline specifiek kan worden gerelateerd aan de effecten van een behandeling. Voor dergelijk validiteitsonderzoek komt het borderline-concept van Kernberg het meest in aanmerking. Bij dit concept is de onderliggende theorie expliciet in het diagnostisch proces aanwezig. Doordat de diagnostiek is geconceptualiseerd vanuit een samenhangend (psychoanalytisch) referentiekader kunnen op grond van die diagnostiek uitspraken worden gedaan die binnen die theorie geldend zijn. Hierdoor zijn er uitspraken over beloop en therapie mogelijk. De descriptieve borderline-concepten hebben als nadeel dat zij een theoretisch kader missen waardoor een consistente relatie ontbreekt met een behandelmodel.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, Washington DC, APA.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*, Washington DC, APA.
- Aronson, T. A. (1985), Historical perspectives on the borderline concept: A review and critique, *Psychiatry* 48, 209-22.
- Bolten, M. P. (1975), *Meten is weten*, rapport 1, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen.
- Brink, W. van den (1987), Persoonlijkheid, karakter of rolgedrag. Validiteitsaspecten van de DSM-III-classificatie van persoonlijkheidsstoornissen, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 296-312.
- Derksen, J.L.L. (1988) *Het Diagnostisch Interview voor Borderline-patiënten, vertaling en bewerking*, Swets Test Service, Lisse.

- Derksen, J.L.L., J.W. Hummelen en J.M.P. Bouwens (1988a), Over structurele diagnostiek en het structurele interview, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 445-59.
- Derksen, J.L.L., J.W. Hummelen en J.M.P. Bouwens (1988b), Tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het structurele interview, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, in druk.
- Frances, A., J.F. Clarkin, M. Gilmore e.a. (1984), Reliability of Criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline patients, *American Journal of Psychiatry* 141, 1080-84.
- Gunderson, J.G., en M.T. Singer (1975), Defining borderline patients: an overview, *American Journal of Psychiatry* 132, 1-10.
- Gunderson, J.G., J.E. Kolb en V. Austin (1981), The Diagnostic Interview for Borderline patients, *American Journal of Psychiatry* 138, 896-903.
- Hummelen, J.W. (1988), Borderline patiënten in de Kliniek voor Volwassenen, *De Voorsprong*, intern periodiek van het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong'.
- Hummelen, J.W., A.J. Hesselink en L. Vreeswijk (1989), Effect van behandeling van borderlines en neurotici, *De Voorsprong*, intern periodiek van het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong'.
- Kalsbeek, A. v., R. v. Koning, C. Roosen en J. Wagenborg (1978), *De schalen van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, rapport 6, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*, Yale University Press.
- Koenigsberg, H.W., O.F. Kernberg en J. Schomer (1983), Diagnosing borderline conditions in an outpatient setting, *Archives of General Psychiatry* 40, 49-53.
- Kroll, J., L.L. Sines, K. Martin e.a. (1981), Borderline personality disorder: construct validity of the concept, *Archives of General Psychiatry* 38, 1021-26.
- Mahler, M.S. (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*, International University Press, New York.
- Nelson, H.F., H. Tennen, A. Tasman e.a. (1985), Comparison of three systems for diagnosing Borderline Personality Disorder, *American Journal of Psychiatry* 142, 855-58.
- Pope, H.G., J.M. Jonas, J.I. Hudson e.a. (1983), The validity of DSM-III Borderline Personality Disorder, *Archives of General Psychiatry* 40, 23-30.
- Siegel, S. (1956), *Non-parametric Statistics*, McGraw-Hill.
- Spitzer, R.L., J. Endicott en M. Gibbon (1979), Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia, *Archives of General Psychiatry* 36, 17-24.
- Tarnopolsky, A., en M. Berelowitz (1987), Borderline Personality, A review of recent research, *British Journal of Psychiatry* 151, 724-34.
- Tremonti, G.W., en J.E.A. Wagenborg (1975), *Ontstaan, beschrijving en verantwoording van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, rapport 2, Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen.
- Verhulst, F.C. (1981), Diagnostiek van borderline-patiënten, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 23, 21-33.
- Zeeuw, J. de (1976), *Algemene Psychodiagnostiek*, Swetz & Zeitlinger, Amsterdam.

Met dank aan drs. A.J. Hesselink en mevr. drs. L. Vreeswijk voor hun steun bij het tot stand komen van dit artikel.

Summary: The usefulness of the diagnosis borderline

The meaning of the diagnosis borderline depends on which borderline-concept is used (DSM-III, Gunderson and Kernberg). This article discusses how factors, such as model of treatment, kind of population and setting, influence the diagnostic process. From the absence of relevant validity-research one can conclude that the usefulness of the diagnosis borderline can not yet be proved. A study on validity of the DSM-III borderline-concept is presented. This study deals with the question whether there are differences between DSM-III borderline and neurotic patients with respect to: a. coping-strategies; b. results of treatment in a psychotherapeutic community. No differences between the two groups were found. For research on the validity of the borderline-concept, the use of Kernberg's concept is suggested.

J. W. Hummelen is als psychiater verbonden aan de VENNE, afdeling voor klinische psychotherapie van het psychiatrische centrum De Wellen (voorheen St. Josephstichting) te Apeldoorn.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 28-9-'89.