

Diagnostiek van borderline patiënten

door F. C. Verhulst

Inleiding

De laatste jaren is er een groeiende interesse voor borderline patiënten, hetgeen blijkt uit het sterk toenemend aantal artikelen en boeken, die over dit onderwerp zijn verschenen en uit het feit dat met name in Amerika borderline-diagnoses een grote populariteit genieten (Perry e.a., 1978). Veel controversen met betrekking tot dit onderwerp worden veroorzaakt door het ontbreken van algemeen aanvaarde diagnostische criteria. Het doel van dit artikel is om de aandacht te richten op enkele recente studies die het vaststellen van deze criteria en het afgrenzen van het concept ten opzichte van andere diagnoses tot onderwerp hebben.

Tot voor kort richtte de literatuur, op enkele uitzonderingen na zoals Grinker (1968), zich met name op de psychodynamiek en psychotherapie. Dit ondanks het gebrek aan algemeen aanvaarde criteria, waardoor de waarde van deze studies, hoe goed zij ook in bepaalde opzichten zijn, soms sterk gereduceerd wordt. Er is in de literatuur een veelheid van termen waarin het woord 'borderline' voorkomt. Er zijn geen bewijzen dat de beschreven patiënten tot dezelfde klinische categorie behoren. Rich (1978) onderzocht patiëntengegevens op het voorkomen van de diagnose 'borderline' en vond dat in een steekproef van 20 patiënten, 9 verschillende borderline diagnoses gesteld waren. Guze (1975), één van de auteurs van de St. Louis groep, die zich bezighoudt met het vaststellen van operationele diagnostische criteria, vraagt zich af of er in de psychiatrie een syndroom bestaat waarover zoveel geschreven is, terwijl er zo weinig overeenstemming is wat betreft zijn fenomenologie. Het gevaar van een onduidelijk gedefinieerd begrip is dat de diagnose een soort afvalbakfunctie krijgt. Nog gevaarlijker echter is de situatie waarin deze 'afvalbak' een afzonderlijke diagnostische categorie wordt en verder noodzakelijk onderzoek naar inhoud en afgrenzing van het concept achterwege blijft.

In een artikel in dit Tijdschrift kwam Schaap (1978) tot de conclusie dat het begrip 'borderline' een klinisch hanteerbaar begrip is. Uit zijn betoog wordt echter niet duidelijk waaraan een begrip moet voldoen om 'klinisch hanteerbaar' genoemd te mogen worden. Voor een dergelijke hanteerbaarheid en voor wetenschappelijk onderzoek, zoals bijvoorbeeld naar het effect van therapie, is er een aantal eisen, die aan een diagnose gesteld moeten worden. Kendell (1975, p. 27) beschrijft dat een diagnose een goede betrouwbaarheid en validiteit moet bezitten. Met betrouwbaarheid wordt vooral bedoeld de mate van overeenstemming tussen onderzoekers en herhaalbaarheid met betrekking tot het stellen van een diagnose. Diagnoses zijn met name waardevol wanneer er bruikbare voorspellingen op kunnen worden gebaseerd. Wanneer zij zelf het onderwerp zijn van onenigheid, zal de nauwkeurigheid van deze voorspellingen verminderd worden. Onderzoeken naar de betrouwbaarheid van diagnoses zijn niet erg bemoedigend. Vooral de diagnostiek van de 'personality disorders' liet een geringe betrouwbaarheid zien (Perry e.a., 1978). De validiteit van een diagnose kan nooit groter zijn dan de betrouwbaarheid. Het belangrijkste validiteits-criterium is de voorspellende validiteit. Immers, ook al is het mogelijk een diagnose met grote betrouwbaarheid te stellen, indien dit echter niets voorspelt wat bijvoorbeeld de prognose, het effect van therapie of de recidiefkans is, dan is de waarde en bruikbaarheid van de diagnose gering.

Een vergroting van de betrouwbaarheid van een diagnose kan volgens Kendell (1975, p. 39) bereikt worden door gebruik te maken van:

1. adequate definities voor symptomen en diagnoses,
2. gestructureerde anamnese en onderzoekstechnieken,
3. gemeenschappelijke training van diagnostici.

Met name wat betreft de voorwaarden ad 1 en ad 2 zijn zeer recent belangrijke verbeteringen bereikt (v.i.).

De betrouwbaarheid en de ervan afhankelijke validiteit van de diagnose is behalve afhankelijk van de algemeen aanvaarde criteria, ook afhankelijk van de op grond van deze criteria mogelijke afgrensbaarheid van andere, reeds bestaande diagnoses. Ook in dit opzicht zijn recent enige positieve resultaten geboekt (v.i.).

Historisch overzicht

We kunnen onderscheiden de geschiedenis van het woord 'borderline' en de geschiedenis van het concept 'borderline'. Aangezien het huidige concept volgens de meeste auteurs vrijwel niets meer met de letterlijke betekenis van het woord *borderline* als een grens- of overgangsgebied te maken heeft, zal hier de geschiedenis van het concept behandeld worden (Mack, 1975).

In 1949 introduceerden Hoch en Polatin (1949) hun begrip 'pseudoneurotische schizofrenie'. Oppervlakkig bestaan er bij deze patiënten diverse neurotische symptomen (pan-neurose, pan-anxiety en pan-sexuality), echter achter deze neurotische façade gaan schi-

zofreniforme afwijkingen zoals denk- en affectstoornissen schuilen. In een brief aan Grinker, gepubliceerd in de eerste systematische studie over het borderline syndroom (Grinker, 1968), schrijft Hoch zelf dat het begrip pseudoneurotische schizofrenie niet synoniem is met het borderline concept. Helaas geeft hij in deze brief geen duidelijke argumenten voor zijn visie. Hij ziet zijn begrip als een subgroep van de schizofrenieën, zoals de katatone of paranoïde schizofrenie. Al ver voor de publikatie van Hoch en Polatin (1949) kende de psychoanalyse een grote bloei in Amerika. Er ontstond belangstelling voor de groep patiënten die niet overt psychotisch waren maar wel ernstiger gestoord dan de psychoneurotici en die bovendien gekenmerkt waren door een primitieve infantiele afweerorganisatie. Deze groep werd gekenmerkt door relatieve gezondheid ten opzichte van psychotici, terwijl tijdens de therapie diepgaande regressie optrad. In 1942 introduceerde Helene Deutsch de 'as-if personality', waarmee bedoeld werd op de groep van (hoofdzakelijk vrouwelijke) patiënten met gestoorde relaties, die bovendien oppervlakkig en imitatief van aard zijn.

In 1953 legde Knight (1953) de nadruk op het belang van het bestuderen en inventariseren van de ego-functies van patiënten die hij borderline noemde. Hij was de eerste die een gemodificeerde analytische therapie voorstelde en hij onderstreepte de noodzaak voor een realiteit-georiënteerde en gestructureerde setting. In 1954 erkende de American Psychoanalytic Association het borderline probleem door het organiseren van panels over dit onderwerp. Er ontstond nu ook een onderscheid in borderline als een tijdelijke psychologische reactie en als een relatief permanente karakterpathologie (stabiel in de instabiliteit). De ontwikkeling na 1960 wordt gekenmerkt door een verschuiving van interesse voor de descriptieve kenmerken naar een onderzoek over de onderliggende karakterstructuur, infantiele fixaties, objectrelaties en therapie. Helaas kwam hierdoor een noodzakelijk verhelderen van de te observeren klinische verschijnselen en de differentiatie van patiënten in deze brede categorie, op de achtergrond.

Het is verwonderlijk dat in een gebied waar zoveel verwarring wat betreft de nosologie bestaat, zoveel overeenstemming gevonden kon worden wat betreft de therapeutische benadering. In deze jaren werd ook het begrip borderline in de kinderpsychiatrie ingevoerd. In 1968 publiceerden Grinker e.a. (1968) de eerste systematische studie over patiënten, gediagnostiseerd als borderline syndroom. Vanaf 1966 tot heden publiceerde Kernberg (1975) op de overdrachtsituatie gebaseerde, structurele (d.w.z. dynamisch gedefinieerd in tegenstelling tot descriptief) criteria voor wat hij noemt 'Borderline Conditions'. Auteurs die in deze periode belangrijke bijdragen leverden zijn onder andere: Mahler, Masterson en Rosenfeld (Mack, 1975).

In ons land hebben vooral De Blécourt (1967) en Frijling-Schreuder (1969) bijgedragen tot het ontwikkelen van het borderline concept en de therapie van borderline patiënten. Schaap (1978) concludeert dat de diagnose geïnterpreteerd moet worden als passend

op een aparte categorie patiënten. Zij moet gezien worden als omschrijving van een ziektebeeld op de grens van neurose en psychose. Aan de aspecten van het omschrijven en isoleren van deze aparte categorie patiënten zal dit artikel verder gewijd zijn.

De continuüm-theorie

Hoewel diverse auteurs, die het borderline begrip hanteren, niet duidelijk aangeven van welk theoretisch concept zij uitgaan, gaan sommigen van het axioma uit dat de verschillende symptoomcomplexen te zien zijn in het kader van een continuüm, dat gaat van gezond via de neurosen tot de psychosen. Hoewel er veel over dit theoretische uitgangspunt geschreven is, is het van belang de kritiek hierop die toegespitst is op het borderline begrip, te bespreken. De kritiek van Dickes (1974) op dit uitgangspunt is dat volgens dit concept de verschillende symptomencomplexen uitingvormen zouden moeten zijn van één zelfde ziekte (of etiologisch proces) en dat het verschil in uitingvorm bepaald wordt uitsluitend door de ernst van de ziekte.

Borderline patiënten zouden zich volgens deze visie bevinden op de grens tussen de neurosen en psychosen. Dickes (1974) bekritiseert deze visie aan de hand van vergelijkingen met somatische ziekten en van een interessante studie (Marazzi e.a., 1970, 1972) waarbij patiënten sub-klinische hoeveelheden LSD toegediend kregen waarna het effect op de perceptie kwantitatief bepaald werd. Het resultaat was dat schizofrenen méér dan normalen perceptiestoornissen vertoonden, terwijl neurotici juist hogere doses dan normalen konden verdragen. Dit zou een argument kunnen zijn tegen het gezond-neurotisch-psychotisch continuüm en pleiten voor de visie dat psychopathologische processen vanaf het begin verschillende etiologieën en beloopvormen kennen, hetgeen volgens Dickes (1974) ook voor het borderline-begrip zou gelden.

Van klinisch concept tot descriptieve en structurele definities

De ideale evolutie van een diagnostisch concept vertoont in de tijd een geleidelijke overgang van een vaag en nog nauwelijks omschreven begrip, via descriptieve of structurele criteria, naar operationele definities, waarbij niet alleen aangegeven dient te worden welke criteria tot de diagnose leiden, maar ook welk gewicht aan de diverse criteria gegeven dient te worden.

De herkenning van een groep patiënten met oppervlakkig gezien relatieve gezondheid vergeleken met de psychosen, die tijdens therapie diepgaande regressie en acting-out gedrag vertoonde, al of niet met micro-psychotische fasen, was de eerste stap in het ontstaan van het borderline concept.

We richten ons nu op de descriptieve definities, verkregen door symptoom- en gedragsobservaties, op de psychologische testbevindingen en op de structurele definities van Kernberg (1975).

1. De eerste systematische descriptieve studie op basis van obser-

vaties is van Grinker e.a. (1968). Van 51 patiënten met de diagnose borderline werden de algemene eigenschappen door middel van meting van de ego-functies en met behulp van statistische bewerkingen vastgelegd.

Zij vonden vier algemene kenmerken:

- a. boosheid is het voornaamste of enige affect;
- b. defect in affectieve relaties (vastklampend, eisend);
- c. afwezigheid van een bestendige identiteit;
- d. depressie kenmerkend in het leven (anhedonie*).

Zij beschreven vier sub-types:

- De psychotische grens: inadequaat gedrag; gestoorde identiteit en realiteitszin; acting-out van boosheid; eenzaamheid, depressie en anhedonie. Dit type is het enige waarbij korte psychotische episodes voorkwamen.
- Het 'pure' borderline syndroom: sterk wisselvallige relaties met anderen, met name wanneer relaties hecht worden; stemming wisselt sterk tussen boosheid en depressie; gebrek aan identiteit en elkaar tegensprekende gedragingen.
- De aangepaste, affectloze, afgeweerde, as-if personen: kameleon-achtig, vergelijkbaar met Helene Deutsch's as-if persons.
- De grens met de neurosen: relaties met anderen zijn infantiel afhankelijk op anaclitische wijze. Angst en depressie staan op de voorgrond; gebrek aan self-esteem, vertrouwen en identiteit.

Opvallend is dat de voor de pseudoschizofrenie kenmerkende symptomen, volgens Hoch en Polatin (1949), als angst en psychotische episodes, bij de borderline patiënten van Grinker een geringe rol spelen. Er zijn diverse kritieken op deze studie. Ten eerste gaat Grinker uit van de continuüm-theorie. Verder werden alle patiënten met psychotische symptomen uitgesloten. De daarna gegeven conclusie dat deze borderline patiënten sterk verschillen van de schizofrenen lijkt dan ook op het inpakken van een koffer en later verbaasd zijn bij het openen wat er in zit (Gunderson e.a., 1975). Groep 1 zou een variant van vroege schizofrenie kunnen zijn, terwijl groep 4 op de neurotische depressie lijkt. Verder is opvallend dat in drie van de vier groepen depressie als kenmerkend symptoom wordt genoemd. Voorstanders van categorisering op basis van psychofarmacologische eigenschappen vragen zich af, of een deel van deze patiënten niet beter tot de stemmingsstoornissen gerekend had kunnen worden (Klein, 1975).

Hoewel niet systematisch onderzocht, lijkt het erop dat deze criteria het borderline syndroom niet goed kunnen afgrenzen van andere diagnoses zodat ook de betrouwbaarheid en validiteit gering zijn.

2. In een overzicht van alle literatuur tot 1974, stelden Gunderson e.a. (1975) de volgende criteria op voor het stellen van de diagnose 'borderline patiënt':

- De aanwezigheid van hevige affecten: meestal vijandig of de-

* Gevoelens van eenzaamheid en het onvermogen om gevoelens van plezier en bevredigd zijn te ervaren, met name in relatie tot de medemens.

pressief; afwezigheid van vlak affect en gevoelens van welbehagen; aanwezigheid van depersonalisatie.

– Anamnetisch impulsief gedrag: episodisch zoals automutilatie en drugsoverdosis of chronisch zoals verslaving en promiscuïteit; alhoewel het resultaat van het gedrag zelfdestructief is, blijkt dit niet het doel te zijn.

– Sociale aangepastheid: goede school- of werkresultaten; adequaat uiterlijk en manieren; desondanks gaat hieronder de gestoorde identiteit schuil, door snelle en oppervlakkige identificaties.

– Psychologische testresultaten: bizarre, irreële, onlogische of primitieve antwoorden op ongestructureerde tests, terwijl dit niet zo was op gestructureerde tests.

– Interpersoonlijke relaties: wisselend tussen voorbijgaande, oppervlakkige relaties en intense, afhankelijke relaties, gekenmerkt door devaluatie, manipulatie en eisend gedrag.

Opvallend is dat psychotische verschijnselen niet genoemd worden. Deze criteria vormden de basis voor de verdere research van Gunderson e.a. (1975).

3. Structurele criteria. Tot nu toe werden descriptieve kenmerken besproken. Kernberg (1975) benadert het borderline concept voornamelijk met behulp van de door hem beschreven structurele criteria, d.w.z. dynamisch gedetermineerde criteria.

(a) Non-specifieke symptomen van Ik-zwakte. Gebrek aan angsttolerantie: het basisniveau van de angst hoeft niet hoog te zijn. Toevoeging van angst betekent echter verdere symptoomvorming. Gebrek aan impulscontrole: diverse impulsdoorbraken die als ego-syntoon worden beleefd. Gebrek aan sublimatiemogelijkheden: vergelijkbaar met anhedonie uit andere studies.

(b) Verschuiving naar Primair Proces denken. Geen formele denkstoringen, maar wel bizarre verwoordingen en primitieve fantasieën bij ongestructureerde psychologische tests. Dit alles bij behoud van reality testing.

(c) Specifieke afweermechanismen. Deze bestaan centraal in Kernberg's theorieën, die afgeleid zijn van de Kleiniaanse theorieën. Voor enig begrip van Kernberg's denkbeelden moeten we kort zijn hypothesen omtrent objectrelaties en vroege ego-ontwikkeling volgen. Hij gaat uit van een constitutioneel gedetermineerde intensiteit van agressieve driften en/of ernstige vroege frustraties. Door een normaal in de ontwikkeling bestaand gebrek aan integrerend vermogen van het ego, worden de introjecten en identificaties, die zijn opgebouwd onder invloed van libidineuze driften, in de persoon opgenomen afzonderlijk van die welke onder invloed van de agressieve driften zijn gevestigd. De zogenaamde object-representanten worden, evenals de zelf-representanten, als tegengestelden ('good' en 'bad') geïnternaliseerd. Bij borderline personality organization is er sprake van toename en fixatie van 'splitting'. Later in de ontwikkeling wordt het uit elkaar houden van tegengestelde kwaliteiten van egogebieden een actief afweermechanisme. Voor de borderline personality organization typische afweermechanismen zijn:

– 'Splitting': door 'splitting' waarbij het als goed of slecht beleven van dezelfde zelf- en object-representanten snel kan afwisselen, ontstaat er een vervormde opvatting van de realiteit. Verdere ego-ontwikkeling wordt hierdoor gestoord. De afweer dient om ontoelaatbare excessieve agressieve impulsen af te weren. Voor alle duidelijkheid moet worden benadrukt dat er drie betekenissen aan het begrip 'splitting' kunnen worden verleend, namelijk

1. 'splitting' als normaal mechanisme in de ontwikkeling,
2. 'splitting' als actief afweermechanisme en
3. 'splitting' als klinisch fenomeen, zoals bijvoorbeeld het onderverdelen van de ziekenhuisstaf in 'all-good' en 'all-bad' of het op deze manier onderscheiden van vader en moeder.

– Primitieve idealisering: sommige personen in de buitenwereld worden als volledig ideaal ervaren, teneinde agressieve impulsen af te weren. Verder leidt onnipotente identificatie met het ideale object tot bevrediging van narcistische behoeften.

– Projectieve identificatie en projectie: hoofddoel van projectie is om de eigen vijandige impulsen in de buitenwereld te projecteren (paranoïdie). Wanneer er sprake is van dit afweermechanisme is er in dit specifieke egogebied een geringere differentiatie tussen de eigen persoon en de ander. (Het verschil tussen projectie en projectieve identificatie is, dat bij het laatste de projecterende persoon zich één voelt met degene in wie geprojecteerd werd, terwijl bij projectie degene die projecteert zich juist beangstigend en bevreesd voelt door de ander (Ogden, 1979).)

Deze fenomenen zijn te vergelijken met de paranoïde micro-psychose in andere studies.

– Loochening: dit dient om de splitsing in stand te houden.

– Onnipotentie en devaluatie: heen en weer slingeren tussen een eisende, vastklampende relatie met een geïdealiseerd magisch all-good object en het afwijzen en devalueren van de ander vanuit de eigen onnipotentie. Duidelijk is dat devaluatie van anderen de super-ego-ontwikkeling belemmert.

(d) Pathologische objectrelaties. De hiervoor beschreven gestoorde ego- en super-ego-ontwikkeling, gekenmerkt door het overheersen van 'splitting', maakt dat deze patiënten nauwelijks in staat zijn om anderen op een realistische manier te ervaren en voor anderen werkelijke gevoelens en empathie te hebben. De relaties zijn oppervlakkig. Er is onvermogen schuld jegens en bezorgdheid voor de ander te voelen. Relaties zijn afstandelijk, aangezien nauwe relaties primitieve afweermechanismen oproepen door de angst voor de overweldigende agressie. Idealisering en onnipotentie kunnen elkaar afwisselen. In de relaties met anderen zijn ze vaak over-adaptief en er is sprake van identiteitsdiffusie.

Hoewel er veel waardering is voor het werk van Kernberg, is er ook veel kritiek. De kritiek op de continuüm-theorie is ook hier van toepassing (Dickes, 1974). Verder vinden velen de Kleiniaanse en de daarvan afgeleide theorieën onhoudbaar. Kernberg gaat uit van vanaf de geboorte bestaande gescheiden driften, terwijl anderen uitgaan van een ongedifferentieerde psychische structuur waar-

in libido en agressie nog niet te onderscheiden zijn.

Robbins (1976) schreef een verhelderende kritiek op de theorieën van Kernberg, waarin hij niet 'splitting' als een normaal proces in de ontwikkeling ziet, maar juist het bestaan van synthetische processen van differentiatie en integratie. Een classificatie, gebaseerd op afweermechanismen, brengt als gevaar met zich mee, dat, zeker indien toegepast door diagnostici die minder vertrouwd zijn met deze begrippen, de betrouwbaarheid ervan gering zal zijn (Kendell, 1975). Aangezien dit zelfs al geldt voor de meer bekende afweermechanismen, zal dit zeker het geval zijn bij 'splitting'. De betrouwbaarheid van de criteria voor de 'borderline personality organization', waarin het afweermechanisme 'splitting' centraal staat, zal dus zeer waarschijnlijk bijzonder gering zijn.

4. Een methode om een indruk te krijgen over de betrouwbaarheid van een diagnose is het systematisch vergelijken van definities die door de verschillende auteurs gegeven worden. Dit is verricht door Perry e.a. (1978), die de beschrijving van borderline patiënten van vier auteurs vergeleken, namelijk van Knight, Kernberg, Grinker en Gunderson e.a.

Van de 104 verschillende criteria, die zij uit deze studies konden destilleren, bleken er 55 te zijn die in slechts één studie voorkwamen, terwijl slechts één criterium in alle vier de studies voorkwam, namelijk dat het gedrag van de patiënt tijdens het gesprek meestal aangepast en adequaat is. De indruk werd verkregen dat een groot gebied van de psychopathologie gerepresenteerd wordt in deze studies.

In deze resultaten vinden Perry e.a. (1978) aanleiding voor hun conclusie dat de betrouwbaarheid en de ervan afhankelijke validiteit, voor verbetering vatbaar is.

Wanneer de items waaronder relatief de meeste overeenstemming bestond gecombineerd werden, kwam men tot de volgende omschrijving:

- Uit vergelijking van de items van het psychiatrisch onderzoek volgde: De borderline patiënt gedraagt zich aangepast, maar handelt op een boze en negativistische manier.

- Wat betreft de anamnese werd geconcludeerd: De patiënt heeft een voorgeschiedenis met regressie of korte psychotische episodes, meestal geprecipiteerd door stress of door overdracht in de therapie. Het gedrag is meestal grillig en onvoorspelbaar en wordt gekenmerkt door automutilatie en alcohol- en drugabusus. De patiënt heeft vaak seksuele deviaties en er is een tekort aan creatief succes.

- Wat betreft de afweermechanismen en algemeen persoonlijk functioneren werd geconcludeerd: De belangrijkste afweermechanismen zijn externalisatie, acting-out, projectie en zich terugtrekken uit het contact. De patiënt is emotioneel oppervlakkig. Hoewel de patiënt niet overt psychotisch is, is er een gebrekkige identiteit (identity diffusie).

Van descriptie tot operationele definities

De betrouwbaarheid van een diagnose wordt vergroot door adequaat gedefinieerde criteria. Onder operationeel verstaat Kendell (1975, p. 26) dat '... diagnosis S should be applied to all those, and only those, manifesting the characteristic or satisfying the criterion O, subject only to the proviso that O should be objective and inter-subjectively certifiable and not simply something experienced intuitively or empathically by the examiner'.

Spitzer e.a. (1979) ontwikkelden operationele criteria voor de 'Schizotypal Personality Disorder' en de 'Borderline Personality Disorder'. Beide groepen criteria zullen voorkomen in de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (Spitzer e.a., 1980).

De criteria voor de 'Borderline Personality Disorder' werden afgeleid van de beschrijvingen van Gunderson e.a. (1975) en Kernberg (1967), terwijl de criteria voor de 'Schizotypal Personality Disorder' werden afgeleid van wat Kety e.a. (1971) en Rosenthal e.a. (1971) onder 'Borderline Schizophrenia' verstaan, namelijk bepaalde psychopathologische kenmerken verband houdend met een spectrum van afwijkingen, waaronder schizofrenie.

Er werd een enquête gehouden, waarop 808 Amerikaanse psychiaters reageerden en waarin gevraagd werd de door Spitzer e.a. (1979) opgestelde items te scoren op twee patiënten, namelijk één patiënt bij wie één van de diagnoses borderline personality, borderline personality organization of borderline schizophrenia gesteld was, en één controle-patiënt, die nooit psychotische verschijnselen of een borderline-diagnose gekregen had. Er werd een goede gevoeligheid (percentage van het totaal aantal borderlines dat juist geïdentificeerd werd) en specificiteit (percentage van niet-borderlines, dat als niet-borderline geïdentificeerd werd) voor de itemsets gevonden. Er werd bewezen geacht dat het borderline concept niet éénvoudig is, maar bestaat uit twee relatief onafhankelijke dimensies binnen de borderline groep.

Samengevat zijn de 8 criteria voor de Borderline Personality Disorder die uiteindelijk geselecteerd werden: gestoorde identiteit; wisselvallige en intense interpersoonlijke relaties; impulsiviteit en onvoorspelbaarheid in tenminste twee aangegeven gebieden die potentieel schadelijk voor de eigen persoon zijn; inadequate grote woede of geringe controle op woede; handelingen die letsel toebrengen aan het eigen lichaam; affectieve instabiliteit; chronische gevoelens van leegte of verveling; moeilijkheden met alleen-zijn en sterke pogingen om alleen-zijn te voorkomen.

De 8 criteria voor Schizotypal Personality Disorder zijn, samengevat: vreemde communicatie; waanachtige betrekkingsideeën; achterdocht of waanachtige paranoïde ideeën; telkens terugkerende illusies of depersonalisatie en derealisatie zonder paniekaanvallen; magisch denken (helderziend, zesde zintuig, telepathie, achterdocht); inadequaat contact; sociale angst of overgevoeligheid voor kritiek; sociale isolatie.

Goede gevoeligheid en specificiteit werden gevonden indien voor de Borderline Personality Disorder tenminste 5 en voor de Schizotypal Personality Disorder tenminste 4 items positief gescored werden.

Spitzer (1980) vermeldt dat Gunderson en Kernberg redelijk tevreden zouden zijn met de definiëring van de Borderline Personality Disorder.

De criteria geven weer wat volgens de geënkquêteerden borderline patiënten zijn en geven een redelijke mate van onderlinge overeenstemming aan.

De werkelijke betrouwbaarheid van de criteria zal echter afhangen van de mate waarin de diagnose volgens deze criteria afgegrensd wordt van andere diagnoses. Het gaat hier om een onderzoek onder Amerikaanse psychiaters. Uit het bestuderen van de Amerikaanse literatuur werd de indruk verkregen dat een aantal patiënten met de diagnose borderline volgens Europese criteria de diagnose psychopathie zouden hebben gekregen. Verder wordt in deze studie de mate van afgrensbaarheid geflatteerd door het feit dat de controlepatiënten niet psychotisch mochten zijn of geweest mochten zijn. De betrouwbaarheid zal eveneens afhangen van de anamnese- of onderzoekstechniek leidend tot een uitspraak over de criteria. Recent zijn door Kolb e.a. (1980) en Perry e.a. (1980) betrouwbare, zogenaamde 'semistructured interviews' beschreven, respectievelijk de 'diagnostic interview for Borderline' en de 'borderline personality scale'. Beide onderzoeksmethodes vertoonden een goede betrouwbaarheid ('interrater reliability'). Dat wil dus alleen wat zeggen over de onderzoeksmethode en niet over het borderline begrip. Kolb en Gunderson (1980) tonen aan dat hun 'diagnostic interview for Borderline' (DIB) een operationele methode is, die overeenkomt met hun op klinische wijze gestelde diagnoses. De DIB onderscheidt borderline patiënten van schizofrenen, neurotici en in mindere mate van een heterogene groep bestaande uit adolescenten, bipolaire stemmingsstoornissen, karakterstoornissen of drugverslaving. Er bestaan duidelijke overeenkomsten tussen de beschrijving van de Borderline Personality Disorder van Gunderson e.a. (1978) en die van Spitzer (1979).

Perry e.a. (1980) tonen aan dat hun 'borderline personality scale' patiënten met een door hen gediagnostiseerde borderline personality kan onderscheiden van patiënten met de volgende diagnoses: schizofrenie, neurose, personality disorder en adjustment reaction. Hun beschrijving komt grotendeels overeen met die van Gunderson e.a. (1978).

Bovendien wordt aangetoond dat de criteria van Spitzer e.a. (1979) voor borderline personality disorder ook in de studie van Perry e.a. (1980) houdbaar blijken. Al eerder vergeleken Gunderson e.a. (1978) borderline patiënten met schizofrene en neurotische depressieve patiënten, door middel van de DIB. Er werden significante verschillen gevonden, waarbij het discriminerend vermogen tussen borderline en schizofrene patiënten groter was dan tussen borderline en neurotisch depressieve patiënten.

Zowel Perry e.a. (1980) als Gunderson e.a. (1978) zien de borderline pathologie als een personality disorder met als veel voorkomende (maar niet obligate) eigenschap dat deze patiënten meestal onder stress of in de therapeutische situatie, kortdurende reversibele psychotische toestanden kunnen doormaken.

In de DSM III criteria van Spitzer e.a. (1979) geldt dit alleen voor de schizotypal personality disorder. De recente artikelen van Gunderson e.a. (1978), Kolb e.a. (1980) en Spitzer e.a. (1979) geven nauwkeuriger definities voor de borderline patiënt dan tot voor kort bestond. De betrouwbaarheid van de criteria van Kolb e.a. (1980) en Spitzer e.a. (1979) is aangetoond, terwijl bovendien deze criteria de borderline patiënt kunnen afgrenzen van enkele andere diagnoses.

Hoewel dit een basis is zal in de toekomst de validiteit van het borderline begrip nog aangetoond moeten worden. Ook dient de afgrensbaarheid van het begrip ten opzichte van de personality disorders en de stemmingsstoornissen aangetoond te worden.

Samenvatting en conclusie

Aan de eisen die zowel uit praktisch-klinisch als uit theoretisch-wetenschappelijk oogpunt aan een diagnose gesteld moeten worden, zoals betrouwbaarheid en validiteit, was wat betreft het borderline concept tot voor kort niet voldaan.

In 1978 schrijft Schaap nog in dit Tijdschrift dat het klinisch beeld een grote verscheidenheid aan symptomen toont, waaronder mogelijk wel enkele 'waarschijnlijkheids'-symptomen. Deze situatie is nu gewijzigd. Dit jaar nog zullen in de Diagnostic and Statistical Manual III criteria voor twee vormen van het borderline begrip, namelijk de schizotypal personality disorder en de borderline personality disorder, worden opgenomen (Spitzer e.a., 1979). Leidinggevende auteurs als Gunderson en Kernberg tonen zich tevreden met deze criteria (Spitzer e.a., 1980). Goedomschreven criteria zijn een voorwaarde om tot een redelijke betrouwbaarheid van een diagnose te komen. Een tweede voorwaarde is het ontwikkelen van adequate onderzoek- en anamnesetechnieken, die het klinisch overeengekomen concept omschrijven en isoleren. Ook aan deze voorwaarde is voldaan voor de borderline personality disorder (Kolb e.a., 1980; Perry e.a., 1980).

De afgrensbaarheid van de borderline personality disorder is door enkele auteurs wel aangetoond (Gunderson e.a., 1975, 1978; Kolb e.a., 1980; Perry e.a., 1980; Spitzer e.a., 1979), maar is nog onvolledig onderzocht. Met name de afgrensbaarheid ten opzichte van andere personality disorders en de stemmingsstoornissen moet nog aangetoond worden. Ook al zal het idealiter mogelijk zijn in de toekomst de borderline patiënt als afzonderlijke entiteit met voldoende innerlijke samenhang te definiëren, dan nog zal de validiteit van het begrip bepaald worden door zinnige correlaties met prognose, etiologie, effect van therapie en recidiefkans.

Alhoewel op dit moment de bestaande diagnostische criteria en

onderzoek- en anamnese methodes zeker nog niet ideaal zijn, bestaan er thans enkele hoopvolle ontwikkelingen, waarvan de criteria van de DSM III de belangrijkste zijn, aangezien zij gesteund worden door de meest gezaghebbende onderzoekers op dit moment.

Hopelijk zal in de toekomst verder onderzoek de validiteit van de diagnose kunnen aantonen. Interessant zou zijn om te onderzoeken of de DSM III criteria in Europa net zo waardevol zijn als in de Verenigde Staten, met name wat betreft de afgrensbaarheid ten opzichte van wat in Europa onder psychopathie wordt verstaan.

De laatste jaren zijn belangrijke vorderingen gemaakt naar betrouwbaarder diagnostische definities en methodes. De mate van acceptatie van het belang hiervan zal mede bepalend zijn voor de waarde van de verdere ontwikkeling van het uiterst controversiële borderline begrip.

Literatuur

- Blécourt, A. de (1967). *Diagnostiek en Psychotherapie van de Borderline State*, Voordracht voor de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.
- Dickes, R. (1974). The Concept of Borderline States: An Alternative Proposal, *Int. J. Psychoanal. Psychoter.* 3, 1-27.
- Frijling-Schreuder, E. C. M. (1969). Borderline States in Children, *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 307-327.
- Grinker, R. R., Werble, B., Brye, R. C. (1968). *The Borderline Syndrome*, Basic Books Inc. New York.
- Gunderson, J. G., Singer, M. T. (1975). Defining Borderline Patients: An overview. *Am. J. Psychiatry* 132, 1-10.
- Gunderson, J. G., Carpenter, W. T., Strauss, J. S. (1975). Borderline and Schizophrenic Patients: A Comparative Study, *Am. J. Psychiatry* 132, 1257-1264.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E. (1978). Discriminating Features of Borderline Patients, *Am. J. Psychiatry* 135, 792-796.
- Guze, S. B. (1975). Differential Diagnosis of the Borderline Personality Syndrome, in: Mack, J. E., *Borderline States in Psychiatry*, Grune and Stratton, New York.
- Hoch, P. H., Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia, *Psychiatr. Q.* 23, 248-276.
- Kendell, R. E. (1975). *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *J. Am. Psychoanalytic Ass.* 15, 641-685.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson, New York.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F. (1971). Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics, *Am. J. Psychiatry* 128, 302-306.
- Klein, D. F. (1975). Psychopharmacology and the Borderline Patient, in: Mack, J. E., *Borderline States in Psychiatry*, Grune and Stratton, New York.
- Knight, R. P. (1953). Borderline States, *Bull. Menninger Clin.* 17, 1-12.
- Kolb, J. E., Gunderson, J. G. (1980). Diagnosing Borderline Patients with a semistructured Interview. *Arch. Gen. Psychiat.* 37, 37-41.

- Mack, J. E. (1975). *Borderline States in Psychiatry*, Grune and Stratton, New York.
- Marazzi, A. S. (1970). A neuropharmacologically based concept of hallucination and its clinical application. In: *Origin and Mechanisms of Hallucinations*, Keup, 211-225, Plenum Press, New York.
- Marazzi, A. S., Woodruff, S., Kennedy, D. (1972). Perceptual challenge to measure illness and therapy. *Am. J. Psychiatry* 128, 886-890.
- Ogden, T. (1979). On Projective Identification. *Int. J. Psycho-Anal.* 60, 357.
- Perry, J. C., Klermann, G. L. (1978). The Borderline Patient, a comparative analysis of four sets of diagnostic criteria, *Arch. Gen. Psychiatry* 35, 141-150.
- Perry, J. C., Klermann, G. L. (1980). Clinical features of the Borderline Personality Disorder, *Am. J. Psychiatry* 137, 165-173.
- Rich, C. L. (1978). Borderline Diagnoses. *Am. J. Psychiatry* 135, 1399-1401.
- Robbins, M. D. (1976). Borderline Personality, the need for a new theory. *J. Am. Psycho-Anal. Ass.* 24, 831-853.
- Rosenthal, D., Wender, P. H., Kety, S. S., Welner, J., Schulsinger, F. (1971). The adopted away offspring of Schizophrenics. *Am. J. Psychiatry*, 128, 307-311.
- Schaap, G. E. (1978). Borderline: een klinisch hanteerbaar begrip? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, 499-516.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Gibbon, M. (1979). Crossing the Border into Borderline Personality and Borderline Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 17-24.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Skodol, A. E. (1980). DSM III: The Major Achievements and an Overview, *Am. J. Psychiatry*, 147, 151-164.