

borderline-persoonlijkheidsstoornissen:

een netwerkbenadering

Verwarrend hechtingsgedrag bij

Verwarrend hechtingsgedrag bij

door H.P. America en W. Teer

Gepubliceerd in 1994, no. 6

Samenvatting

In een klinische les wordt het verwarrende hechtingsgedrag beschreven van mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). Het gedrag wordt verondersteld ten grondslag te liggen aan de dreigende escalatie van gevoelens van machteloosheid die de therapeutische relatie kan ondermijnen. De auteurs presenteren een netwerkbenadering van dit interactionele probleem, waarin psycho-educatieve, steunende en directieve interventies elkaar aanvullen. Centraal staat het reguleren van de psychologische afstand tussen de hulpverlener, de leden van het netwerk en de persoon met een BPS. In deze context krijgt behandeling zowel van de borderline-trekken en -gedragingen als van de relatief vaak voorkomende As I-stoornissen een plaats.

Inleiding

In de klinische praktijk komt men regelmatig mensen tegen die een verwarrend hechtingsgedrag vertonen. Zij gaan stormachtige relaties aan die niet lang duren. In het patroon van instabiele relaties kunnen idealiseren en verguizen gemakkelijk stuivertje wisselen. Dit gaat gepaard met heftige gevoelens van onmacht, zowel bij deze personen als bij hun naasten.

Volgens het DSM-III-R lijden deze personen aan één of meer van de Cluster B persoonlijkheidsstoornissen (DSM-III-R APA 1987). Vooral bij de BPS staat deze interpersoonlijke problematiek centraal. In dit artikel wordt een netwerkbenadering van deze problematiek gepresenteerd. Het belangrijkste doel van de aanpak is te komen tot een goede werkrelatie die nodig is bij de behandeling van de relatief vaak voorkomende As I-stoornissen bij personen met een BPS (Van den Brink 1989). Bovendien kan de betrokkene in een goede werkrelatie, in netwerkverband, geholpen worden met het nemen van de juiste afstand ten opzichte van de diverse naasten (onder wie de hulpverlener). Hiermee wordt aangesloten bij auteurs die zich hebben beziggehouden met de behandeling van de BPS.

In dit artikel wordt aan de hand van gegevens uit de klinische praktijk en aan de hand van een aantal theoretische overwegingen een beleid beschreven dat gericht is op het handhaven van voldoende distantie tussen de persoon met de BPS, de leden van het netwerk en de hulpverlener.

Enkele theoretische overwegingen

Hoewel er gewezen wordt op de onvoldoende empirische onderbouwing van de persoonlijkheidscategorieën en op de nadelen die kleven aan het descriptieve en a-theoretische karakter van de DSM-III-R, waaronder de beperkte klinische relevantie (De Jong e.a. 1991), breidt de behandelliteratuur over de BPS zich gestaag uit. Zo brak Teunisse in dit tijdschrift een lans voor onder meer de neuroleptische medicatie, een training in impulscontrole, en de belangrijke rol van suicidepreventie (Teunisse 1990).

Andere auteurs adviseren het voorschrijven van verschillende psychofarmaca bij te onderscheiden clusters van borderline-symptomen (Coccaro en Kavoussi 1991). In de cognitieve therapie worden zelfevaluatie technieken en gedragsexperimenten beschreven (Beck e.a. 1990). Linehan e.a. doen melding van een klinisch onderzoek waarbij de effectiviteit van een cognitief-gedragsmatig georiënteerde, intensieve therapie vergeleken wordt met wat genoemd wordt 'de gebruikelijke ambulante behandeling' van chronisch parasuïcidale borderline-patiënten (Linehan e.a. 1992, 1993). De gerapporteerde data ondersteunen de bewering dat deze experimentele behandelingsmethode een beter klinisch resultaat geeft.

De behandeling van personen met een BPS wordt echter vaak ondermijnd door wat de auteurs van dit artikel de machteloosheidsinteractie noemen. Het begrip machteloosheidsinteractie wordt gebruikt voor de interactionele problematiek bij personen met een BPS, waarbij ten gevolge van verwarrend hechtingsgedrag een escalatie van gevoelens van machteloosheid plaatsvindt. De machteloosheidsinteractie vindt men terug in de literatuur over borderline-patiënten. Het gaat hierbij om een patroon van instabiele relaties waarbij idealiseren en verguizen elkaar afwisselen. Dit kan begrepen worden op een intra-psychisch niveau. Dit verrassende hechtingsgedrag wordt verklaard met het optreden van primitieve afweermechanismen zoals splitting en daarmee samenhangende andere afweermechanismen, zoals loochening, primitieve idealisatie, devaluatie en projectieve identificatie (Kernberg 1984, 1989). Deze wijzen op een gestoorde ego-ontwikkeling. Zij zijn gericht op de bescherming van het ego door het gescheiden houden van goede en slechte eigenschappen van zichzelf en anderen. Zo wordt de angst vermeden die ontstaat als tegengestelde gevoelens ten aanzien van één en dezelfde persoon samenkomen. Een intens positieve beleving van zichzelf en naasten gaat op deze manier niet verloren. Deze beleving wordt echter achterhaald door de realiteit en is dan ook tijdelijk van aard. Een opeenvolging van verschillende zelfbeelden en het wisselend idealiseren en verguizen van naasten is het gevolg. Hierdoor ontstaat een wispelturig gedrag dat een therapeut onzeker kan maken.

Bij projectieve identificatie wordt een stapje verder gegaan. De borderline-patiënt probeert de geprojecteerde, negatief beleefde, en veelal agressief gekleurde impuls op te roepen bij een naaste. Dit kan heftige emotionele gevoelens oproepen, ook bij een therapeut, die bovendien beseft dat onder stress de realiteitstoetsing van de betrokkene in het gedrang kan komen. Gevoelens van machteloosheid, over en weer, liggen op de loer.

Het uitgangspunt van de werkwijze beschreven in dit artikel is het interpersoonlijk verklaringsmodel (Melges en Swartz 1989). De storm-achtige relaties voortvloeiend uit het verwarrend hechtingsgedrag worden verklaard met cybernetische principes. Centraal staat het probleem van de afstandsregulatie; als de relatie losser wordt ontstaat verlatingsangst, en als de relatie vaster wordt, ontstaat de angst gedomineerd te worden. Hoe de relatie ook verandert, in de richting van een hechtere danwel een lossere band, de borderline-patiënt wil de trend wijzigen. In cybernetische termen: de patiënt krijgt voortdurend negatieve feedback. Het verwarrende hechtingsgedrag kan leiden tot frustratie, zowel bij de patiënt als bij naasten. Daarbij voelt de patiënt zich vaak het slachtoffer van anderen die verondersteld worden de macht te hebben om te domineren of te verlaten.

Soms wordt een derde persoon in het spel betrokken. Melges en Swartz noemen dit triangulatie. De patiënt wordt de kans geboden de afstand ten opzichte van beide anderen te reguleren. Voordat de op gang gekomen (machteloosheids)interactie met de ene persoon escaleert, wendt de patiënt zich tot de andere persoon. Dit betekent dat in deze relatief stabiele driehoeksrelatie instabiele dyadische relaties blijven bestaan. Hier kan de machteloosheidsinteractie optreden. Om te komen tot stabielere dyadische relaties moet triangulaire afstandsregulatie vervangen worden door het oplossen van de problemen in de dyade, aldus Melges en Swartz.

Voor zover de driehoeksrelatie instabiel is, dreigt de machteloosheidsinteractie des te meer; immers, indien een van de twee partners in de triade afhaakt, blijft de persoon met de BPS achter in een instabiele dyadische relatie. Hij is niet gewend de problemen in de dyade op te lossen. De vluchtweg naar de andere partner is daarbij afgesloten. Het is van belang de dreigende machteloosheidsinteractie zo vroeg mogelijk te herkennen.

De voorbodes van een machteloosheidsinteractie

1. *Aanwijzingen in de fase van aanmelding* - Als de druk om snelle behandeling te bieden groot is, en er geen aanwijzingen zijn voor psychopathologie in engere zin, zoals beschreven op de As I van de DSM-III-R, moet men alert zijn op de machteloosheidsinteractie. Dat geldt ook voor de situatie waarin naasten en/of verwijzers erop aandringen een al veel langer bestaand symptoom onmiddellijk te laten verdwijnen. Soms gaat dit gepaard aan verwijten van naasten en/of verwijzers over de aanpak van vorige hulpverleners.

2. *Aanwijzingen in de voorgeschiedenis* - Het is van belang snel aanwijzingen te krijgen over eerdere interactiepatronen tussen patiënt, het systeem, en de behandelaar(s). Helaas melden de meeste ontslagbrieven zelden iets over dit aspect. De machteloosheidsinteractie kan blijken uit termen als 'hysteropsychopathie' of 'onbehandelbaar'. Soms blijkt een patiënt opgenomen te zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis, waar 'korte crisisopname' bij onvoldoende resultaat steeds intensievere individueel gerichte behandeling tot gevolg had.

3. *Aanwijzingen in het eerste gesprek* - In het eerste gesprek kan een hulpvrager zich opmerkelijk openhartig tonen. Er wordt gesproken over traumatische gebeurtenissen die onder de noemer van pedagogische en affectieve verwaarlozing te brengen zijn. Opmerkelijk, daar het vertrouwen in het verleden, volgens de hulpvrager, nogal eens geschaad werd door familieleden, kennissen of vorige behandelaars. Soms geeft de patiënt aan dat hulp tot dan toe niets heeft opgeleverd, maar dat hij in u eindelijk iemand gevonden heeft die hem begrijpt.

4. *Aanwijzingen in de reactie van de hulpverlener* - De hulpverlener moet alert zijn op emotionele reacties bij zichzelf die kunnen wijzen op verwarrend hechtingsgedrag. Voorbeelden zijn: na een gesprek denken de hulpvrager niet gegeven te hebben waar hij recht op heeft; moeite hebben het gesprek op de afgesproken tijd te beëindigen; een hulpvrager zielig vinden; het gevoel hebben dat voor de hulpzoeker het leven buiten het hulpverleningscontact zonder betekenis is; het gevoel hebben de eerste hulpverlener te zijn die de echte problematiek op tafel krijgt, of simpelweg een sterke irritatie voelen.

Uitgangspunten van de netwerkbenadering

Om het verwarrende hechtingsgedrag in goede banen te leiden, wordt uitgegaan van een netwerkbenadering waarbij psycho-educatieve, steunende en directieve interventies elkaar aanvullen. Centraal staat het reguleren van de psychologische afstand tussen de hulpverlener, netwerkleden en degene met de BPS.

1. *De leden van het netwerk betrekken bij de behandeling* - Het betrekken van leden van het netwerk bij de behandeling biedt de mogelijkheid te voorkomen dat de hulpverlener een van de partners wordt in een triade die, zoals eerder besproken, gekenmerkt wordt door instabiele dyadische relaties. Bij de intrede van de hulpverlener vinden verschuivingen plaats in de distantie tussen de persoon met BPS, en de leden van het netwerk. De hulpverlener kan in samenspraak met de betrokkene en de leden van het netwerk helpen met het handhaven van de juiste distantie. Het in de familie op een psycho-educatieve wijze bespreken van de afstands/nabijheid-problematiek kan een eerste stap zijn naar een evenwichtiger gedrag van de borderline-patiënt (Melges en Swartz 1989). Het cybernetisch verklaringsmodel is goed te begrijpen, en veroordeelt niet. Daarbij kan de hulpverlener de verschillende manifestaties van angst om overheerst danwel verlaten te worden, opmerken en bewerken. Zo wordt in netwerkverband geholpen om triangulaire afstandsregulatie te vervangen door het oplossen van de problemen in de dyade.

2. *Begeleiden of behandelen* - In de begeleidingsfase wordt onderzocht of er behandeld kan worden. Door het scheiden van deze modaliteiten met daarbij passende posities van de hulpverlener ontstaat de mogelijkheid de psychologische afstand ten opzichte van de persoon met de BPS en de leden van het netwerk te reguleren.

‘Begeleiding’ verwijst naar een aanbod dat aan de hulpvrager en de leden van het netwerk gedaan wordt om gedurende een omschreven periode een aantal gesprekken met beperkte doelen te laten plaatsvinden, onder voorwaarde dat een aantal afspraken over en weer nagekomen wordt. Op deze manier worden hooggestemde verwachtingen, een teken van een aanstaande sterke hechting, getemperd. Het begeleiden wordt zo losgekoppeld van een aanbod de betrokkene en de leden van het netwerk te gaan behandelen.

‘Behandeling’ verwijst naar een door de hulpverleners geïndiceerd geachte therapie waarvan een patiënt kan verwachten ‘beter’ te worden (zie onder: ‘Enkele theoretische overwegingen’).

Omdat personen met een BPS nogal eens in een crisis verkeren, is een eerste begeleidingsdoel te bespreken hoe voldoende veiligheid en bescherming geboden kan worden. Ten tweede kan geïnventariseerd worden hoe sociale zaken, zoals huisvesting en financiën, en contacten met familieleden en vrienden, georganiseerd zijn. Knelpunten worden vastgesteld en plannen van aanpak kunnen worden gemaakt. Ten derde kan betrokkenen en naasten gevraagd worden welke wensen en verwachtingen zij hebben ten aanzien van een behandeling. Mogelijkheden en onmogelijkheden van verdere behandeling kunnen daarop besproken worden.

Het is aanbevelenswaardig de begeleiding geleidelijk te intensiveren, zodat de hulpvrager en de naasten kunnen wennen aan de grotere nabijheid van de hulpverlener. Bij de behandeling bepalen verschillen tussen de mogelijke behandelingsmethoden (zoals medicatie, training in de impulscontrole) verschillen in de beleefde psychologische nabijheid. Het begeleidingscontact kan zo een proeftuin voor de behandeling worden.

3. *Steunende technieken bij het motiveren van een beperkte doelstelling (empathie, accepteren, reflecteren)* - In een placebo gecontroleerde studie (Franck 1988) en in follow-up-studies (zie Wallerstein 1986; Stone 1987, 1989) is het nut van steunende technieken bij de behandeling van mensen met een BPS beschreven. Erkenning van ‘de wanhoop’ van de patiënt door het aanhouden van de klacht, door actuele sociale problemen en vaak aanwezige traumatische jeugdervaringen, dient evenwel gepaard te gaan aan een realistisch zorgaanbod.

4. *Directieve technieken: het positief etiketteren en de veelzijdige partijdigheid* - Mensen met een BPS in nood trekken zich vaak terug in hun schulp. Terwijl ze relaties, werk of zelfverzorging schromelijk verwaarlozen, wijzen ze hulp af. Een therapeut kan het wantrouwen positief etiketteren: 'Uw vertrouwen is al vaak geschonden, door te wantrouwen voorkomt u nieuwe teleurstellingen'.

Zo wordt benadrukt dat de patiënt kan kiezen voor het symptomatisch gedrag. De verwarring die dit oproept bij de naasten betekent voor de betrokkene dat op een minder stellige wijze verteld wordt dat hij iets anders moet doen dan hij doet. Het is een volgend aspect van de begeleidingsstrategie: het positief etiketteren van het symptomatische gedrag (Van der Velden e.a. 1980; Lange 1980). Soms kan een opdracht - 'Vertrouw anderen niet te snel' - de interventie versterken.

Het symptoom kan ook in een historische context worden geplaatst. Heeft de hulpvrager er al eerder last van gehad? Is het symptoom traditioneel in de familie? Het symptoom kan beschouwd worden als een uiting of gedrag om een moeilijke situatie te hanteren. Ook dient de hulpverlener begrip te tonen voor de bezorgdheid van de leden van het netwerk; door 'een veelzijdige partijdigheid' (Van den Eerenbeemt en Oele 1987) wordt triangulatie bewerkt.

Speciale problemen in het contact met mensen met een BPS

1. *De catharsisfantasie* - Wanneer de hulpvrager spreekt over het verwerken van verdrongen emoties en herinneringen aan traumatische ervaringen in intensieve gesprekscontacten, dient de hulpverlener terughoudend te zijn. De klinische ervaring is dat de juiste distantie verloren dreigt te gaan wanneer de hulpvrager de hulpverlener als redder heeft aangemerkt terwijl hij sociale bruggehoofden als familierelaties of werk verwaarloost: alle kaarten worden, bij wijze van spreken, op de therapie en de therapeut gezet.

De catharsisfantasie kan omschreven worden als een fantasie dat iemand middels een stuwung en lozing van opgekropte emoties in korte tijd een gelukkig mens zal worden. Deze fantasie komt vaak op verholde wijze naar voren. De fantasie kan geprikkeld worden wanneer iemand met een borderline-persoonlijkheidsstoornis kennis neemt van het hedendaags therapieaanbod, zoals rebirthing therapie, bepaalde incisieve gedragstherapeutische technieken en hypnose.

In de benadering zoals besproken onder 'Uitgangspunten van de netwerkbenadering' wordt de triangulatie met als kenmerk de idealisatie van de hulpverlener, bewerkt. Door waardering uit te spreken voor zowel de wens tot verandering die spreekt uit de catharsisfantasie als de grote moed om die verandering op deze wijze door te voeren, wordt de catharsisfantasie positief geëtiketteerd. Daar moet tegenover gesteld worden dat diepgaande, emotionele, soms uren durende gesprekken met familieleden en vrienden en soms met vroegere behandelaren mensen met een BPS danig uit het lood kunnen slaan. Sommigen kunnen het een periode niet meer opbrengen hun verplichtingen in sociale zin of op het werk na te komen. Anderen verbreken hun relatie. Weer anderen maken ernstige depressieve episoden of soms zelfs psychotische perioden door. Door het exploreren van deze fantasie en de bespreking van eerdere (behandel)ervaringen kan duidelijk worden dat de fantasie dat de patiënt middels catharsis van emoties in korte tijd een gelukkig mens zal worden, een misplaatste fantasie is. Soms is op zo'n moment uitleg over de mogelijkheden en vooral de beperkingen van de psychiatrie geïndiceerd. Van Tilburg daarover: 'Psychiatrie is een klein vak'.

2. *De verlatingscrisis bij het afsluiten van de hulpverlening* - In de fase waarin het contact met iemand met een BPS onderbroken of afgesloten wordt, dreigt de verguizing van de hulpverlener middels triangulatie. De vorm van de triangulatie is een oude vete die oplaait: de vete tussen de behandelaar enerzijds en de zich miskend voelende hulpvrager, gesteund door naasten, anderzijds. Om deze vorm van triangulatie te voorkomen is het van belang in een vroege fase met de hulpvrager en de naasten de levensgeschiedenis op dit punt te onderzoeken. De samenhang tussen het vermogen om intense relaties

aan te gaan (positieve etikettering) en de moeite met het afscheid nemen komt dan aan bod. Vervolgens wordt expliciet met de hulpvrager en diens naasten besproken dat ook de voorgestelde begeleiding een begin en een eind heeft, met alle problemen van hechting en loslating.

De opstelling van de hulpverlener vormt een ander aspect. Hij wordt in de verleiding gebracht te geloven dat hij een betere behandelaar is dan alle voorgaanden. Hieraan voorbijgaan kan bijdragen aan de hoop van de hulpvrager dat het afscheid na deze behandeling zonder pijn zal zijn. De hulpvrager zal dan bedrogen uitkomen.

Soms verbindt de hulpvrager het gevoel 'alweer in de steek te worden gelaten' met de gedachte 'dat je er uiteindelijk toch alleen voor staat'. Het laatste ontkennen heeft geen zin. Van belang is begrip te tonen voor de wanhoop die de gedachte er alleen voor te staan oproept; vaak kan eenvoudig vanuit de levensgeschiedenis van de hulpvrager de moeite om het alleen te redden, aangetoond worden. Over het 'alweer in de steek gelaten worden' kan met de hulpvrager (en de naasten) besproken worden dat vele momenten van afscheid door de hulpvrager beleefd zijn als 'in de steek gelaten worden'. De hulpvrager heeft eigenlijk nooit geleerd om 'goed' afscheid te nemen. Wat niet geleerd is, kan geleerd worden. Een hulpverlener kan zich afvragen of de hulpvrager 'in dezelfde val trapt', of dat afscheid nemen ook anders kan. Dat laat uiteraard onverlet dat afscheid nemen pijn doet. In deze context is het soms mogelijk, zonder gevaar voor zelfdestructief gedrag, het verdriet over het naderende afscheid een plaats te geven.

3. Geruzie in de familie - Onenigheid tussen familieleden en vrienden onderling over hoe iemand met een BPS het beste geholpen kan worden, kan gelijk op gaan met zorgwekkend gedrag van de betrokkene. Nieuwe onenigheid leidt dan tot meer zorgwekkend gedrag. Triangulatie in het netwerk is uitgelopen op een conflict tussen de beide partijen die de persoon met een BPS steunen. Op een hulpverlener die met een dergelijke strijd te maken krijgt, kan een dringend beroep gedaan worden hulp te bieden. Zo kan de hulpverlener verleid worden om partij te kiezen. Hij kan dan opgenomen worden in het kibbelcircuit, waarmee de strijd en het zorgwekkende gedrag niet verminderen.

Een andere valkuil is de vroegtijdige presentatie door de hulpverlener van een plan van aanpak van deze situatie. Dit kan leiden tot meer geruzie over de voors en tegens van dit, inmiddels derde plan, over hoe de persoon met de BPS behandeld moet worden.

Verder kan een hulpverlener een stevige band met de persoon met een borderline-persoonlijkheidsstoornis aangaan, terwijl het natuurlijk netwerk terzijde geschoven wordt. Het gevaar van eendrachtige strijd van de voorheen verdeelde partijen die gericht is tegen de hulpverlener is niet ondenkbeeldig. Een andere mogelijkheid is dat moegestreden naasten zich afwenden van de persoon met de BPS. Dit kan betekenen dat de hulpverlener achterblijft in een instabiele dyadische relatie met de persoon met een BPS.

De laatste valkuil is het vroegtijdig afhaken van de therapeut. Gefrus-treerd door machteloos makende manoeuvres, laat de hulpverlener een persoon met een BPS en de betrokken naasten hun problemen verder zelf oplossen.

Een gezamenlijk kenmerk van bovengenoemde valkuilen is dat in al deze situaties voorbij wordt gegaan aan de betekenis van het geruzie. Daar ligt een startpunt in de door ons gepresenteerde netwerkbenadering. In netwerkverband wordt in eerste instantie de bezorgdheid van de naasten gedeeld, terwijl er gewezen wordt op de diepewortelde verschillen van mening over de manier waarop de problemen opgelost moeten worden. De hulpverlener benadrukt dat de situatie complex is, en dat het tijd kost om te onderzoeken of de situatie kan veranderen. Hij geeft aan dat er een klein lichtpunt is, namelijk dat duidelijk is dat alle leden van het netwerk de bestaande situatie willen veranderen. Een ieder toont zich bezorgd. Zo wordt de ruzie van een positieve interpunctie voorzien

(Van Dijk en Hoogduin 1977). De hulpverlener stelt zich beschikbaar voor de begeleiding en vraagt een investering in tijd en energie van de belangrijke naasten en de hulpvrager; afspraken voor volgende gesprekken worden gemaakt. De hulpverlener adviseert de naasten en de hulpvrager, niet te snel hun idee over de oorzaak van de klachten en mogelijke behandelingen te wijzigen, en adviseert de hulpvrager niet te doen alsof hij minder last heeft van zijn klachten in deze onderzoeksfase. Het enige wat gevraagd wordt is het nakomen van de afspraken.

Bescheiden doelstellingen schrikken minder af; niemand heeft het gevoel zijn mening te moeten veranderen en hulpvragers hoeven hun ziekterol niet plotseling op te geven. Tegelijkertijd worden hooggespannen verwachtingen getemperd. De hulpverlener komt hierbij in de positie van de vooralsnog onmachtige, maar geïnteresseerde onderzoeker die zich bereid toont tijd en energie te steken in een 'begeleiding'. Op deze manier worden de onder druk staande dyadische en triangulaire relaties gestabiliseerd. De druk vanuit het netwerk op de betrokkene om terstond ander gedrag te vertonen, vermindert. Angsten om overheerst danwel verlaten te worden, nemen af. Tijdens de verdere begeleiding in netwerkverband, volgens de 'Uitgangspunten van de netwerkbenadering', wordt het geruzie tussen de diverse partijen uitgelegd als een teken van instabiele dyadische relaties in het kader van triangulatie.

4. Zelfdestructief gedrag - Vooral bij personen met een BPS moet de hulpvrager overwegen het suïcidale of automutilatieve gedrag te beschouwen vanuit een interactioneel perspectief. Een hulpverlener staat onder druk, te meer daar aan de psychiatrie de taak gedelegeerd wordt te bepalen of de persoon in kwestie in staat geacht wordt zijn situatie te overzien en te beoordelen: 'Is het suïcidaal gedrag op te vatten als een teken van krankzinnigheid?' (Van der Post 1988). Een hulpverlener kan gerechtigd (verplicht?) zijn een hulpvrager, al dan niet uit vrije wil, in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen. Deze speciale verantwoordelijkheid van de hulpverlener in de zorgwekkende situatie, te zamen met de druk van de zich machteloos voelende leden van het netwerk, kan ertoe leiden dat de hulpverlener betrokken raakt in een instabiele dyadische relatie met de zelfdestructieve persoon.

Fine en Samsone benadrukken dat de traditionele benadering van het suïcidale gedrag gericht is op het acute suïcidale gedrag in het kader van een As I-stoornis (Fine en Samsone 1990). Daarbij worden suïcidale gedragingen en gedachten onmiddellijk en grondig geëxploreerd, waarbij de klinische toestand beoordeeld wordt. Daarna bepaalt de behandelaar een gepaste behandelvorm en setting (eventueel een onvrijwillige opname). De auteurs stellen dat bij chronisch suïcidaal gedrag zonder het acute risico van een bijkomende ernstige psychiatrische stoornis (zoals een As I-stoornis) de traditionele interventiemethodes contraproductief zijn. Een actieve en directieve rol van de therapeut, waarbij verantwoordelijkheden worden overgenomen, gaat voorbij aan het destructieve interpersoonlijke karakter van dit gedrag. Zo kan het gebrek aan autonomie en verantwoordelijkheid van de betrokkene versterkt worden, waarbij een toename van het suïcidale gedrag dreigt. Behalve de last van de 'speciale verantwoordelijkheid' en de 'druk van de leden van het netwerk' brengt de traditionele benadering van suïcidaal gedrag het gevaar met zich mee dat de hulpverlener verzeild raakt in een instabiele dyadische relatie met de persoon met een BPS. Beiden zijn dan een speelbal van wisselende angsten om overheerst danwel verlaten te worden, terwijl de zich onmachtig voelende naasten aan de zijlijn staan.

In de beschreven netwerkbenadering is het van groot belang dat de hulpverlener de vraag beantwoord krijgt of het suïcidale gedrag opgevat kan worden als een teken van krankzinnigheid (Van der Post 1988). Indien dit niet het geval is, kan Portier aangehaald worden: 'Wij zien de zelfdodingspogingen als één van de gedragsalternatieven om een moeilijke situatie op te lossen, die niet bij voorbaat veroordeeld hoeft te worden, en die bekeken kan worden naast andere alternatieven' (Portier 1979). Daarmee wordt het zelfdestructieve gedrag van een nieuw etiket voorzien. Het voorstel tot begeleiding houdt in dat de betrokkene en de leden van het netwerk zich in samenspraak bezinnen op de suïcide als

oplossing van deze moeilijke situatie. In deze periode van onderzoek bepleit de hulpverlener het uitstellen van een besluit over een van de twee keuzes: doodgaan of verder leven. Het voorlopig blijven twijfelen lijkt de derde en misschien de meest gepaste keuze (positieve etikettering).

Inherent aan het voorstel is dat deze samenspraak niet gefrustreerd mag worden door een onbevredigende sociale situatie zoals slechte huisvesting of financiële problemen, een slechte lichamelijke conditie en aanhoudend suïcidaal gedrag. Er kan met de leden van het netwerk stil worden gestaan bij deze problemen. Zo vermindert het sociaal isolement van de betrokkene. Bovendien komt zonder het expliciet te benoemen, de interactionele betekenis van suïcide aan bod: wie wordt door wie verantwoordelijk gesteld voor de suïcide, wie worden getroffen? Deze laatste vragen komen expliciet aan bod indien de hulpverlener de voorgenomen suïcide rustig, maar concreet wat betreft de uitvoering en wat de gevolgen voor alle leden van het netwerk, bespreekt. Ook indien de suïcidedreiging 'tussen de regels' door opgemerkt wordt, dient dit gesprek gevoerd te worden. Zo kan de machteloosheidsinteractie ondergraven worden. Er ontstaat veelal voldoende rust om ten overstaan van de leden van het netwerk en de persoon met een BPS te benadrukken dat de betrokkene uiteindelijk zelf de verantwoordelijkheid draagt voor de eigen veiligheid. Indien blijkt dat de betrokkene met dit gedrag de woede op een ander uitleeft, kan gesteld worden dat de betrokkene eigenlijk boos is op een ander, en dus een vergissing begaat als hij de hand aan zichzelf slaat. Indien de ambivalentie ten aanzien van het suïcidale gedrag duidelijk wordt, bij voorbeeld door twijfel, schuld- of schaamtegevoelens, kan gesteld worden dat het suïcidale gedrag prematuur is. Het is van belang bij dit soort uitspraken te blijven benadrukken dat hulpverleners noch naasten uiteindelijk kunnen voorkomen dat vergissingen begaan worden, of premature besluiten genomen worden. Mensen met een BPS kunnen denken dat de hulpverlener zich verantwoordelijk voelt voor een verkeerde beslissing. Dat idee moet ontkracht worden.

Samenvattend: De naasten blijven betrokken terwijl ze ontzet worden uit de machteloosheidsinteractie. Zo voorkomt de hulpverlener dat hij in een instabiele dyadische relatie met de zelfdestructieve persoon terecht komt. Geleidelijk kan de betrokkene een meer autonome positie innemen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders third edition revised*

. APA, Washington DC.

Beck, A.T., e.a. (1990), *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press, New York.

Brink, W. van den (1989), *Meting van DSM-III-persoonlijkheidspathologie*. Dissertatie, Van Denderen, Groningen.

Coccaro, E.F., en R.J. Kavoussi (1991), Biological pharmacological aspects of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 42, 1029.

Diekstra, R.F.W. (1981), *Over Suïcide*. Samsom, Alphen aan den Rijn.

Dijk, R. van, en K. Hoogduin (1977), Ruzie makende paren. *Directieve Therapie I*, hoofdstuk 29, Van Loghum Slaterus.

- Eerenbeemt, E.M. van de, en B. Oele (1987), De contextuele therapie: verdiende vrijheid. *Handboek Gezinstherapie* 7, B1, 2.
- Fine, M.A., en R.A. Samsone (1990), Dilemma's in the management of suicidal behaviour in individuals with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy* 44, 160.
- Frank, J.D. (1988), Specific and nonspecific factors in psychotherapy. *Current opinions in psychiatry* 1, 289.
- De Jong, E.A.J., W. van den Brink en J.A.W. Jansen (1991), Interpersoonlijk gedrag en opgenomen alcoholverslaafden. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 17, 101.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders*. Yale University Press, New Haven en Londen.
- Kernberg, O.F. (1989), *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Books, USA.
- Lange, A. (1980), Positief etiketteren; een aanvulling. *Directieve Therapie II*. Hoofdstuk 4, Van Loghum Slaterus.
- Linehan, M.M., e.a. (1991), Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48, 1060.
- Linehan, M.M., e.a. (1993), Reactie op 'letter to editor'. *Archives of General Psychiatry* 50, 157.
- Melges, F.T., en M.S. Swartz (1989), Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146, 1115.
- Portier, L.G. (1979), 'Een afschattingmethode rond zelfdoding: het niet zelfdodingscontract'. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 21, 549.
- Post, L. van der (1988), *Omgaan met suïcidaal gedrag*. Lezing RINO.
- Post, L. van der (1989), *Strijd rond onbegrepen lichamelijke klachten*. Lezing RINO.
- Stone (1987), 'Psychotherapy of borderline patients in light of longterm follow-up'. *Bulletin of the Meninger Clinic* 51, 231-247.
- Stone (1989), 'Longterm follow-up of narcissistic borderline patients'. *Psychiatric Clinics of North America* 12, 621.
- Teunisse, R.J. (1990), Het verloop op lange termijn van de borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 473.
- Velden, K. v.d., e.a. (1980), Positief etiketteren, uit: *Directieve Therapie II*, hoofdstuk 3. Van Loghum Slaterus.
- Wallerstein, R.S. (1986), *Forty-two lives in treatment*. Guilford Press, New York.
- Summary: Confusing oscillations of attachment of borderline personality disorder: a system approach**

The confusing oscillations of attachment of borderline personality disorder are described. This behaviour is proposed to render impotence that may undermine the therapeutic relationship. The authors present a system approach of this interactional problem in which psycho-educational, supportive and directive techniques are supplementary. The main issue in this approach is the regulation of the psychological distance between the parties involved: the family, the person with the borderline personality disorder and the therapist. In this context the treatment of both borderline traits and behaviours as well as Axis-I disorders of frequent occurrence are established.

De auteurs zijn als psychiater verbonden aan de psychiatrische afdeling van het Medisch Centrum Alkmaar, Wilhelminalaan 12, 1815 JD Alkmaar.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 19-3-1994.