

De descriptieve en de structurele pathologie van de borderline-patiënt

door F. de Jonghe

Samenvatting

In dit artikel worden een aantal aspecten besproken van het concept 'borderline'. Met name wordt ingegaan op de vraag: 'What borders on what?' Een verband wordt gelegd tussen de descriptieve aspecten van de psychiatrie, met als voorbeeld het concept 'Borderline Personality Disorder' en de psychodynamische, met als voorbeeld het concept 'Borderline Personality Structure'. Gesteld wordt dat de verhouding tussen deze twee soorten psychopathologie kan worden weergegeven door een orthogonaal assenstelsel. Betoogd wordt dat de clinicus bij het stellen van een juiste therapie-indicatie op de hoogte moet zijn van zowel de descriptieve als de structurele psychopathologie van de patiënt. 'What borders on what?' moet zowel in 'horizontale' als in 'verticale' zin worden beantwoord.

Inleiding

Met de term en met het concept 'borderline' is iets eigenaardigs aan de hand: in de klinische praktijk zou vrijwel niemand ze willen missen terwijl toch vrijwel niemand tevreden met ze is. Het lijkt wel of de tweespalt, die zo vaak ontstaat in de omgeving van de borderline-patiënt, zich ook uitstrekt tot de discussie over de term en het concept zelf. In de wetenschappelijke literatuur is aan de borderline-patiënt veel aandacht besteed, ook in het Nederlandstalige gebied (De Blécourt 1961, 1967, 1980; Frijling-Schreuder 1969; Schaap 1978; Verhulst 1981; Van Vreckem en Verhaest 1984; Derksen e.a. 1988; etc.). Ook in de bellettrie is de borderline-patiënt niet aan de aandacht ontsnapt. Zo geeft Marcellus Emants (in 1916!) in 'Liefdeleven' een prachtige beschrijving van de persoonlijkheid van ene Mina Boswijk, die naar mijn mening op grond van de huidige psychiatrische inzichten niet anders dan een borderline-patiënt kan worden genoemd. In het laatste decennium heeft de invoering in de psychiatrie van een multi-axiaal diagnostisch systeem (APA 1980, 1987) de belangstelling voor de term en het concept borderline opnieuw aangewakkerd. Dat heeft echter geenszins de hierover bestaande controversen beslecht (zie onder anderen Akiskal e.a. 1985). De vraag die Schaap (1978) stelde: 'Bor-

derline, een klinisch hanteerbaar begrip?', geldt nog steeds want zij is zeker nog niet naar ieders tevredenheid beantwoord. Hierna volgend bespreek ik een aantal aspecten van het concept 'borderline'. Met name houd ik mij bezig met de vraag: 'What borders on what?' Daarbij probeer ik een verband te leggen tussen de descriptieve en de psychodynamische aspecten van de psychiatrie. De bespreking blijft beperkt tot de problematiek van volwassen patiënten.

De 'Border Line Group of Neuroses'

De term 'borderline' is een halve eeuw geleden door Stern (1938) voor het eerst toegepast op een bepaald type patiënt, dat naar zijn zeggen toen al algemeen bekend was: 'It is well known that a large group of patients fit frankly neither into the psychotic nor into the psychoneurotic group, and that this border line group of patients is extremely difficult to handle effectively by any psychotherapeutic method' (p. 467). De term 'borderline' bestond toen al in de psychiatrie, namelijk in de combinatie 'borderline psychosis', een aanduiding waarover onder anderen Glover (1932) zijn vergaande onvrede had uitgesproken. Stern echter sprak van een 'border line group of neuroses' (merkwaardigerwijs 'border line', in twee woorden). Het bijvoeglijk naamwoord 'borderline' betekent 'marginaal'.*

Het ging dus om mensen die naar de mening van Stern niet of nauwelijks neurotisch genoemd konden worden. Men zou allicht denken: 'Omdat zij daarvoor niet voldoende pathologie vertoonden'. Het tegendeel was het geval: hij bedoelde dat zij pathologie vertoonden, die enerzijds te ernstig was om gewoon neurotisch te heten maar anderzijds zeker niet ernstig genoeg was om psychotisch te worden genoemd. Het ging dus om een gebied tussen de neurose en de psychose.

De 'Borderline State'

Na zijn introductie in de psychiatrie wist de term 'borderline' zich te handhaven maar leefde aanvankelijk slechts een 'borderline' bestaan. Het mag verbazingwekkend heten dat hij ongewijzigd bleef en niet 'borderland' (Clark 1919; Chessick 1966) ging heten – hij verwees immers naar een 'gebied' in de psychopathologie – maar dat gebeurde nu eenmaal niet. Het betreffende gebied bleef in hoofdzaak negatief gedefinieerd: niet neurotisch en ook niet psychotisch, maar wel ernstig gestoord en niet of nauwelijks te behandelen. Vooral door een artikel van Knight (1953) heeft de aanduiding 'borderline state' algemeen ingang gevonden voor wat Knight noemde: 'the borderline band of the psychopathological spectrum' (p. 3), en: 'a borderline strip in psychopa-

* Zie Chambers Twentieth Century Dictionary: 'marginal, hardly or doubtful coming within the definition (esp. of insanity)'

thology where accurate diagnosis is difficult' (p. 6). Mogelijk bloeide deze term dank zij zijn gerieflijke vaagheid, veel termen gedijen nu eenmaal op grond van het feit dat niemand precies weet wat zij betekenen. Knight was zich van deze vaagheid wel bewust: 'the label "borderline state", when used as a diagnosis, conveys more information about the uncertainty and indecision of the psychiatrist than it does about the condition of the patient' (p. 1). Ook heden ten dage is 'borderline state' maar al te vaak een verlegenheidsdiagnose die, op de keper beschouwd, niet zozeer betrekking heeft op de toestand die de patiënt vertoont, als wel op de toestand waarin de psychiater zich bevindt. Kortom, de diagnose 'borderline' is vaak een 'borderline' diagnose. Dat dit alles nog veel meer het geval is wanneer de patiënt niet een volwassene maar een kind is, behoeft geen betoog.

Zoals dat in de psychiatrie wel meer het geval is, is het gebrek aan heldere conceptvorming ook in dit opzicht gepaard gegaan met de ontwikkeling van een plethora aan nieuwe termen om het tussengebied aan te duiden, zoals de rijkelijk vage termen 'borderline patient, -case, -condition, -disorder or -pathology' en 'borderline problematiek'. Iets specifieker zijn: 'borderline syndrome' (Grinker e.a. 1968), en 'borderline personality' (Spitzer e.a. 1979). Het tussengebied wordt eveneens aangeduid door termen als 'borderline psychosis', 'psychotic character' (Frosch 1964), 'preschizophrenic personality structure' (Rapaport e.a. 1959), 'ambulatory schizophrenia' (Zilboorg 1954), 'borderline schizophrenia' (Kety e.a. 1971; Rosenthal e.a. 1971), en de door Hoch en Polatin (1949) beschreven 'pseudoneurotic formas of schizophrenia', gekenmerkt door 'panneurosis', 'pananxiety' en 'micropsychotic attacks'. Verder verwijzen termen als 'abortive schizophrenia' (Mayer 1950), 'subclinical schizophrenia' (Peterson 1954) en 'occult schizophrenia' (Stern 1945) mogelijk maar niet zeker naar hetzelfde gebied tussen de neurose en de psychose.

Het zal niemand verbazen dat velen hun onvrede of zelfs hun banvloek over het concept en de term hebben uitgesproken ('a depository for clinical uncertainty', Grinker e.a. 1968, p. 172; Maenchen 1968; etc.). Dat heeft niet belet dat de term zich wist te handhaven, zij het als een vlag die moeiteloos vele ladingen dekte.

Descriptieve en structurele psychopathologie

Een stap die verheldering kan brengen met betrekking tot het begrip 'borderline-patiënt', betreft het stellen van de vraag: welk soort van psychopathologie wordt hier bedoeld? Immers, een onderscheid kan gemaakt worden tussen twee soorten psychopathologie en dus ook tussen twee soorten psychische gezondheid: psychopathologie/psychische gezondheid in (a) descriptieve en in (b) structurele zin (Kernberg 1967; De Jonghe e.a. 1988; etc.). Pathologie of gezondheid in de ene zin hoeft niet gelijk op te gaan met pathologie of gezondheid in de

andere. Men kan dus op grond van dit onderscheid tegelijkertijd 'ziek' en 'gezond' zijn, zoals hierna schematisch wordt aangegeven:

Twee soorten psychopathologie		
Combinatie	Descriptieve path.	Structurele path.
A	Ja	Ja
B	Ja	Neen
C	Neen	Ja
D	Neen	Neen

De *descriptieve psychopathologie* heeft betrekking op de klachten en symptomen van de patiënt, evenals op diens pathologische manoeuvres, relaties en karaktertrekken. Deze psychopathologie komt naar voren in de rechtstreeks waarneembaar klinische fenomenen (b.v. een depressie). Ook de pathologische karaktertrekken, al dan niet gebundeld in een pathologisch karakter, vallen hieronder (b.v. een depressief karakter, zoals Akiskals (1983) 'characterologic depression'). Dat laatste is dan de persoonlijkheidspathologie in de descriptieve zin van het woord, hierna genoemd: *persoonlijkheidstypologie*. Een categorisering van descriptieve pathologie is terug te vinden in DSM-III en DSM-III-R (APA 1980, 1987). As II ervan omvat een uitvoerige persoonlijkheidstypologie.

De grens tussen syndroom (as I) en persoonlijkheid (as II) is lang niet altijd eenvoudig aan te geven. In deze zin is de vraag: 'What borders on what?' zeker niet eenvoudig te beantwoorden. Immers, het onderscheid tussen het symptoom, dat 'Ich-Fremd' of 'Ego-Dystonic' is, en de pathologische karaktertrek, die 'Ich-Nah' of 'Ego-Syntonic' is, is arbitrair en berust op het dichotomiseren van een continuum, waarvan de twee polen worden aangeduid door 'volstrekt Ich-Fremd' en 'volkomen Ich-Nah'. Het onderscheid is, zeker in het geval van lichte maar chronische symptomatologie, bij voorbeeld depressiviteit, niet altijd gemakkelijk te maken. Toch wordt dit onderscheid algemeen beschouwd als zinvol en nuttig, zie bij voorbeeld het onderscheid tussen symptoomneurose en karakterneurose.

Dat het symptoom en de karaktertrek soms moeilijk te onderscheiden zijn is niet het enige probleem, ook de etiologische relatie die zij tot elkaar zouden kunnen hebben geeft aanleiding tot uiteenlopende meningen. Akiskal e.a. (1983) bespreken vijf hypothesen: persoonlijkheidspathologie (1) predisponeert tot het optreden van -, (2) modificeert de uitdrukkingswijze van -, (3) is een verwikkeling van -, (4) is een afgezwakte vorm van -, of (5) heeft niets te maken met het betreffende syndroom. De auteurs vragen zich af: wat is er eerst, de persoonlijkheidspathologie of het syndroom? Daar komen zij niet uit. Verbaazingwekkend is dat niet want zij maken geen onderscheid tussen de-

scriptieve en *structurele* persoonlijkheidspathologie.

De *structurele psychopathologie* heeft betrekking op onvolkomenheden in de structuur van de persoonlijkheid. Ook hier gaat het om persoonlijkheidspathologie, nu echter in de structurele (niet de descriptieve) zin van het woord. De 'structuurdiagnose' gaat eveneens uit van klinisch waarneembare fenomenen maar voegt hieraan een specifieke, door de theorie beïnvloede bewerking aan toe. Dat kan uiteraard vanuit verschillende referentiekaders gebeuren. Zo wordt binnen het psychoanalytisch referentiekader de persoonlijkheid beschreven vanuit het metapsychologische, structurele gezichtspunt. Zo kan structuurpathologie worden aangeduid als een geringe mate van differentiatie en integratie van de cognitieve, affectieve en gedragsmatige aspecten van de persoon, als een van binnen uit bedreigd worden door archaische gevaren en een primitieve wijze om daarmee om te gaan, als een kwetsbare regulering van het gevoel van eigenwaarde en als een irrealistische manier van omgaan met eigen agressie en seksualiteit. Het 'structural concept' van het karakter is overigens bepaald niet nieuw. Een halve eeuw geleden is het reeds door Reich (1933) uitvoerig beschreven als het '*complicated structure of the armor in which the repressed and repressing are by no means neatly separated but are interlaced in a complex and seemingly disorderly manner*' (p. 323).

Descriptieve en structurele pathologie sluiten elkaar geenszins uit. Zij sluiten echter evenmin eenvoudig op elkaar aan want het gaat om verschillende abstractieniveaus. Wellicht kunnen de opvattingen van Van Peursen (1980) over begripsniveaus hier als volgt worden toegepast: de descriptieve pathologie wordt beschreven door middel van direct op de observatie betrokken *observatietermen* (b.v. karaktertrekken) en door middel van observatietermen samenvattende *empirische termen* (b.v. karakertypes); de structurele pathologie wordt geschreven door middel van op zichzelf niet waarneembare maar uit waarnemingen afleidbare *geconstrueerde termen* (b.v. afweermechanismen) en door middel van verder van de waarneming staande *interveniërende termen* (b.v. het Ik).

Structurele pathologie, gekenmerkt door bij voorbeeld overmatige verlatingsangst, is voor het ongeoefende oog vaak veel minder zichtbaar dan de descriptieve waarin zij zich uit. Structurele pathologie zoals overmatige verlatingsangst kan zich in uiteenlopende, soms tegenstrijdige vormen van descriptieve pathologie uiten, zoals in de veel voorkomende neurotische ontrouw of in de nog vaker voorkomende neurotische trouw. Zij is, in tegenstelling tot de expliciete, descriptieve pathologie, impliciete pathologie en wordt dan ook vaak over het hoofd gezien. Dat leidt mijns inziens tot een betreurenswaardige verschraling van de psychiatrie. Structurele psychopathologie is met name zo belangrijk omdat zij vaak van invloed is zowel op het natuurlijk beloop als op het behandelingsbeloop van de descriptieve pathologie.

Zij speelt dan ook vaak een doorslaggevende rol bij de indicatiestelling van een therapie (De Jonghe 1989). Immers, het stellen van een psychotherapie-indicatie berust niet alleen, of zelfs niet in de eerste plaats op de vraag welke klachten en symptomen de betreffende persoon vertoont (de syndroomdiagnose), maar evenzeer, zo niet méér op de vraag welke persoon schuilgaat achter de betreffende klachten en symptomen (de structurele persoonlijkheidsdiagnose). Zo komen sommige patiënten met depressieve klachten in aanmerking voor een psychoanalyse en andere met gelijksoortige klachten voor een steunend contact. Dat verschil berust in de regel niet op verschillen in de symptomatologie maar op verschillen in de persoonlijkheidsstructuur. Tot op zekere hoogte geldt het hiervoor gestelde niet alleen voor psychotherapie maar ook voor bij voorbeeld farmacotherapie.

Het voorafgaande is niet zonder belang voor de discussie over het borderline-concept. Immers, verwijst de term naar descriptieve psychopathologie? Zo ja, betreft het een *syndroom* of een *persoonlijkheidstype*? Of verwijst de term naar structurele psychopathologie? Zo ja, hoe wordt een dergelijke *persoonlijkheidsstructuur* omschreven?

Het 'Borderline Syndrome'

Sommigen menen of hebben gemeend dat de term 'borderline' betrekking heeft op een syndroom, zoals de naam 'borderline syndrome' aangeeft. Grinker e.a. (1968) menen dat het syndroom, waaraan zij vier subtypen onderscheiden, gekenmerkt wordt door '*anger as the main or only affect, defect in affectional relationships, absence of indications of self-identity and depressive loneliness*' (p. 176). Gunderson en Singer (1975) menen dat het syndroom gekenmerkt wordt voor bepaalde stoornissen (a) in de sociale aanpassing, zoals blijkt uit een onevenwichtig werk- of opleidingsverleden, (b) in het impuls- en handelingspatroon, zoals blijkt uit automutilatie, (c) in de affecten, zoals blijkt uit heetgebakerdheid, (d) in de interpersoonlijke relaties, zoals blijkt uit relationele instabiliteit, en (e) in psychologische testresultaten, zoals blijkt uit met name projectieve tests.

Andere auteurs zijn minder duidelijk over de vraag of 'borderline' betrekking heeft op een syndroom. Rhode-Dachser (1979) geeft aan haar boek de titel 'Das Borderline-Syndrom' mee maar besteedt de helft ervan aan de structurele persoonlijkheidsdiagnostiek van de borderline-patiënt. Schaap (1978) beëindigt zijn studie over de klinische hanteerbaarheid van het begrip 'borderline' als volgt: 'De discussie volgend op het oorspronkelijk referaat, dat de basis vormde voor onderhavig artikel, tenderde sterk in de richting van de door vele discussianten onderstreepte mening dat de diagnose borderline geïnterpreteerd moet worden als passend op een aparte categorie patiënten. Zij moet niet – zoals de op zich reeds verwarring wekkende term borderli-

ne helaas suggereert – gezien worden als omschrijving van een ziektebeeld op de grens van neurose en psychose' (p. 515). Geheel duidelijk is deze uitspraak niet maar zij lijkt weer te geven dat de meeste discussianten 'borderline' niet van toepassing achtten op een syndroom ('ziektebeeld'), dat het midden zou houden tussen neurotische en psychotische *symptomatologie*. Of zij 'borderline' evenmin zagen als een persoonlijkheidstype ('een aparte categorie patiënten'), dat het midden houdt tussen de neurotische en de psychotische persoonlijkheid, wordt niet duidelijk. Uitgesloten is dat zeker niet, sommigen gaan er nu eenmaal van uit 'that neurosis is neurosis, psychosis is psychosis, and never the twain shall meet' (Knight 1953, p. 3).

Inmiddels lijkt men het in de psychiatrie tamelijk eens te zijn geworden over de mening dat de term 'borderline' niet verwijst naar een bepaald symptoom of syndroom maar naar persoonlijkheidspathologie. De vraag 'What borders on what?' is op syndroomniveau dus niet relevant. Bepaalde symptomen en syndromen, zoals depersonalisatie (De Blécourt 1967), kunnen meer dan andere bij de clinicus de vraag doen rijzen of hij te maken heeft met een borderline-patiënt, maar zekerheid hierover moet uit de persoonlijkheidsdiagnostiek komen. De vraag, die nu rijst, is dan ook: op welke soort persoonlijkheidspathologie heeft de term 'borderline' betrekking: op een bepaald *persoonlijkheidstype* of op een bepaalde *persoonlijkheidsstructuur*? Dat is lang niet altijd duidelijk.

De 'Borderline Personality Disorder'

Voor sommigen heeft de term 'borderline' betrekking op de in de psychiatrie en psychologie gebruikelijke persoonlijkheidsdiagnostiek die, in observatietermen en empirische termen gegoten, descriptief van aard zijn. 'Borderline' verwijst dan naar een persoonlijkheidstype. Een belangrijke bijdrage op dit gebied is geleverd door onder anderen Gunderson (Gunderson en Singer 1975; Gunderson e.a. 1975; Gunderson en Kolb 1978), door Spitzer e.a. (1979) en door de American Psychiatric Association (APA 1980 en 1987). Het DSM-III-R-systeem van de APA mag gelden als het op dit moment meest algemeen aanvaarde, descriptieve diagnostisch systeem, waarin 'borderline' een specifieke categorie aanduidt: de 'Borderline Personality Disorder' (BPD).

In een overzicht van de eerste, betrekkelijk recente onderzoeksresultaten op dit gebied stellen Frances en Widiger (1987) dat de DSM-III-persoonlijkheidsdiagnose BPD op een betrouwbare wijze kan worden gesteld en betrekkelijk stabiel blijft in de loop der tijd. De resultaten leren echter ook dat een BPD-diagnose vaak samengaat met een of meer andere persoonlijkheidsdiagnosen (én met uiteenlopende als I-diagnosen maar dat zal niemand verbazen). De auteurs concluderen: 'Not yet clear is the degree to which the BPD item set describes a reasonably homogeneous group of patients who suffer from a "distinct" mental disorder' (p. 129).

Het DSM-III-R-systeem onderscheidt 11 specifieke persoonlijkheidsstoornissen, die geen onderlinge rangordening vertonen wat betreft de ernst van de pathologie. Zo staat de 'borderline personality disorder' *naast*, niet *boven* en niet *onder* de 'narcissistic', de 'histrionic' en de 'schizotypal personality disorder'. De verdeling van de persoonlijkheidsstoornissen op as II is, met andere woorden, *nominaal* en niet *ordinaal*: zij zijn 'horizontaal' naast elkaar geschikt en staan niet 'verticaal' onder elkaar in een rangordening naar ernst van de stoornis. Op grond hiervan zou men kunnen menen dat Verhulst (1981) gelijk heeft wanneer hij stelt dat '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' (p. 22). De vraag: 'What borders on what?' geldt voor BPD niet méér, niet minder en niet anders dan voor alle DSM-III-R-persoonlijkheidstypen. In 'horizontale' zin leidt deze vraag tot een impressionistisch aandoend antwoord op grond van het polythetische karakter van DSM-III-R. In 'verticale' zin wordt deze vraag in dat systeem niet of althans niet expliciet gesteld. Deze omissie is naar mijn mening de achilleshiel van as II.

Toch moet met betrekking tot DSM-III-R iets opvallen: niet zonder reden wordt vermeld dat het om 'persoonlijkheidsstoornissen' en niet om 'karakterneurosen' gaat. Het onderscheid tussen karakterneurose en persoonlijkheidsstoornis wordt niet altijd duidelijk of consequent gehanteerd. Het gaat in beide gevallen om karakter- of persoonlijkheidspathologie. Het onderscheid komt hierop neer dat de *lichtere* (minder ernstige) vormen van karakter- of persoonlijkheidspathologie *karakterneurosen* worden genoemd terwijl de *zwaardere* (ernstiger) vormen *persoonlijkheidsstoornissen* worden genoemd. Welnu, alle categorieën van as II van DSM-III-R betreffen de 'zwaardere' persoonlijkheidspathologie. Voor een aantal categorieën (Paranoid, Schizoid, Schizotypal, Antisocial) spreekt dat vanzelf. Voor de andere categorieën blijkt het uit de door de APA (1987) gegeven toelichtingen, waaronder de volgende voorbeelden. Personen met een Avoidant Personality Disorder '... are easily hurt by criticism and are devastated by the slightest hint of disapproval' (p. 351). Personen met een Dependent Personality Disorder '... are unable to make everyday decisions without an excessive amount of advice and reassurance from others' (p. 353). Over personen met een Histrionic Personality Disorder wordt gesteld: 'People with this disorder tend to be very self-centered, with little or no tolerance for the frustration of delayed gratification. Their actions are directed to obtain immediate satisfaction' (p. 348). Dat zijn geen karakterneurosen, dat zijn persoonlijkheidsstoornissen. Personen met een Borderline Personality Disorder passen zonder meer in een dergelijke rij van 'zwaardere', 'meer ernstige' persoonlijkheidspathologie (de karakterneurosen komen in dat DSM-systeem in het geheel niet voor en waarom dat zo is, is een verhaal apart). Het voorafgaande laat vermoeden dat de 'borderline' samen met de andere categorieën

'zwaarder' zijn dan iets en mogelijk ook 'lichter' dan iets anders. In deze 'verticale' zin zouden zij gezamenlijk wel degelijk een grens- of overgangsgebied kunnen aanduiden tussen de neurose en de psychose (met uitzondering van de manifest psychotische 'schizotypal personality disorder'). Een en ander komt hierna, in verband met de structurele diagnostiek, weer aan de orde.

Intussen moet worden vastgesteld dat de DSM-III-R-persoonlijkheidscategorieën ondanks een aanvaardbare betrouwbaarheid vaak in validiteit te kort schieten wanneer het om het indiceren van een (psycho)therapie gaat. Mij lijkt dat de belangrijkste reden hiervoor is dat zij niet of slechts impliciet de ernst van de persoonlijkheidspathologie weergeven, terwijl juist dat aspect van doorslaggevende betekenis is wanneer het om het stellen van een behandelindicatie gaat. Mogelijk geldt eenzelfde verklaring voor het feit dat binnen de psychologie op het gebied van de (descriptieve) persoonlijkheidsdiagnostiek sprake is van zoveel scepsis, pessimistische toekomstverwachtingen en spleen-de, hevige controversen (Van den Brink 1987). Hoe het ook zij, gesteld moet worden dat een descriptieve diagnose 'borderline' alleen onvoldoende zegt.

De 'Borderline Personality Organization'

Wanneer 'borderline' betrekking heeft op structurele persoonlijkheidsdiagnostiek, verwijst de term naar ernstige stoornissen in de ik-functies: De Blécourt (1961) noemt de borderline state 'een speciale vorm van Ik-zwakte' (p. 1) en Knight (1953) stelt: 'the ego of the borderline patient is laboring badly' (p. 6). Knight meent dan ook: 'Far more important, however, than arriving at a diagnostic label is the achievement of a comprehensive psychodynamic and psycho-economic appraisal of the balance in each patient between the ego's defensive and adaptive measures on the one hand, and the pathogenic instinctual and ego-disintegrating forces on the other' (p. 12). De instabiliteit van het niveau waarop de ik-functies werken wordt algemeen gezien als een stabiel kenmerk van de 'borderline-persoonlijkheid': instabiliteit als stabiel kenmerk ('stable instability').

Een mijlpaal in de geschiedenis van het borderline-concept vormt een artikel van Kernberg (1967), waarin hij de term 'Borderline Personality Organization' introduceert. Naar zijn mening verwijst 'borderline' naar een bepaalde persoonlijkheidsstructuur, die wat de ernst van de pathologie betreft een middenpositie inneemt tussen deze van de neurose en deze van de psychose. De 'borderline-persoonlijkheidsstructuur' vertoont vele kenmerken maar naar zijn mening is slechts één hiervan fundamenteel: het gebruik maken van een specifiek afweermechanisme, 'splitting', 'the active process of keeping apart introjections and identifications of opposite quality' (Kernberg 1967, p. 667). Het komt neer op de 'dissociation or active maintaining apart of

introjections and identifications of strongly conflictual nature, namely, those libidinally determined from those aggressively determined' (p. 664). Het gevolg is dat het beleven van angst wordt voorkomen maar een ander gevolg is 'identity diffusion' (Erikson 1956). Op grond van deze opvatting kan Kernberg (1967) stellen: men dient erop verdacht te zijn dat veel personen die in descriptieve zin een 'paranoid personality' of een 'schizoid personality' (p. 649) vertonen, of die in descriptieve zin een 'infantile personality', 'narcissistic personality' of 'antisocial personality' (p. 651) vertonen, in structurele zin een 'borderline personality organization' vertonen. Met andere woorden: al deze persoonlijkheidsstoornissen, die in 1980 in het DSM-III-systeem 'horizontaal', als naast elkaar bestaande categorieën verschijnen (de 'infantile personality' als 'histrionic') worden door Kernberg in 1967 'borderline' genoemd (b.v. 'All clear-cut *antisocial personality structures* that I have examined have presented a typical borderline personality organization', p. 651). Kernberg plaatst ze echter in 'verticale' zin met z'n alle tussen het gebied van de karakterneurose en dat van de psychose. Het zal dan ook niemand verbazen dat ook alle voorheen in de psychoanalytische literatuur beschreven 'ernstige' persoonlijkheidspathologie, zoals de 'as if personality' (Deutsch 1942) en de 'so-called good hysteric' (Zetzel 1968), door Kernberg tot de 'borderline'-pathologie worden gerekend. Evenmin zal het verbazen dat naar zijn mening 'splitting' het centrale afweermecanisme is van de meeste (blijkbaar toch niet alle) 'narcissistic' persoonlijkheidsstoornissen (Kernberg 1975).

Uiteraard dringt zich de vraag op hoe betrouwbaar en valide een 'Borderline Personality Organization' kan worden vastgesteld. Kernberg (1981, 1984) ontwikkelde hiertoe een methode, het 'Structural Interview', dat door Derksen (1986) in het Nederlands vertaald is (zie ook Derksen e.a. 1989). De betrouwbaarheid die met het vertaalde instrument bereikt wordt lijkt in Nederland alleszins aanvaardbaar (Derksen 1989). Over de validiteit valt nog weinig te zeggen. In de klinische praktijk herkennen psychodynamisch geschoolde therapeuten deze problematiek aan de soort relatie die de patiënt, vaak reeds in de eerste gesprekken, legt (zij gebruiken daarvoor doorgaans de ongelukkige term 'Borderline Transference' of 'Narcissistic Transference' en bedoelen de kwaliteit van de 'Narcissistic Tie', zie De Jonghe e.a. 1987).

De opvattingen van Kernberg, hoezeer ook in brede kring hogelijk gewaardeerd, zijn niet méér dan een voorbeeld van structurele persoonlijkheidsdiagnostiek. Overigens zal duidelijk zijn dat 'borderline' in de structurele zin van het woord weinig of niets zegt over de door de patiënt vertoonde descriptieve persoonlijkheidspathologie. Weinig psychiaters zullen deze laatste informatie irrelevant vinden. Een structurele diagnose 'borderline' alleen zegt dus onvoldoende. Verder komt wederom de vraag naar voren: 'What borders on what?', maar nu in de 'verticale' zin van het woord.

Een psychoanalytisch beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren

'Neurosen en psychosen zijn niet gescheiden door een harde en vaste lijn, evenmin als gezondheid en neurose' (Freud 1924). Freud (1911, 1914, 1917) deelde het mensdom in in personen met een overdrachtsneurose en individuen met een narcissistische neurose. De eerste categorie omvatte ook de normaliteit, de tweede categorie omvatte onder andere de psychose. Deze tweedeling berustte bij Freud blijkbaar op de dichotomisering van een continuum, dat de ernst van de persoonlijkheidspathologie aangeeft. Hoezeer ook Kohut in opvattingen met Freud verschilt, ook hij lijkt van een vergelijkbare tweedeling uit te gaan: personen die wél en personen die niet 'primary disturbances of the self' vertonen (Kohut en Wolf 1978). Deze 'primary disturbances of the self' worden als volgt verder onderverdeeld: de 'narcissistic personality disorders', de 'narcissistic behaviour disorders', de 'borderline states' en de 'psychoses'. Ook hier wordt een continuum geïmpliceerd, dat de ernst van de persoonlijkheidspathologie aangeeft. Kernberg (1970) maakt, wederom op grond van een continuümgedachte, een driedeling in persoonlijkheidsstructuren: 'Higher level of organisation', 'Middle level' en 'Lower level'. Met dat laatste stemt overeen wat hij de 'Borderline Personality Organisation' noemt.

Zetzel (1968) schrijft dat patiënten die qua descriptieve psychopathologie allen 'hysterisch' genoemd kunnen worden, qua structurele pathologie spreiden over een continuum dat zich uitstrekt van de 'true good hysteric' tot de 'so called good hysteric'.

Een spectrum van persoonlijkheidsstructuren

Patiënt-continuum	S. Freud (1917)	Zetzel (1968)	Kohut (1978)	Kernberg (1970)	Adler (1981)
Neurose sterk Ik	Overdrachtsneurose	Type I	Geen Self pathologie	Hoger niveau	
Neurose zwak Ik		Type II		Midden	
Narcist. pathol.	Narcistische neurose	Type III	Pers. Dis.	niveau	Narcist. pathol.
Borderl. pathol.		Type IV	Behav. Dis. Bord. State	Lager niveau	Borderl. pathol.

De Jonghe e.a. (1988) hebben getracht de opvattingen van deze en andere auteurs met elkaar in verband te brengen door een psychoanalytisch beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren te schetsen. Een deel van dat schema (met weglating van de normaliteit en van de psychose) wordt hierna gegeven voor zover het de opvattingen betreft van Freud (1917), Zetzel (1968), Kohut en Wolf (1978), Kernberg (1970) en Adler (1981). Het zal duidelijk zijn dat het om een 'verticale' rangordening naar ernst van de structurele psychopathologie gaat.

Uit het hiervoor gaande schema blijkt dat 'borderline' ook in de structurele zin van het woord meer dan één betekenis heeft. Door sommigen wordt het gehele gebied, dat in de structurele zin van het woord gelegen is tussen de persoonlijkheidspathologie van de neurose en dat van de psychose, 'borderline-pathologie' genoemd. Door anderen wordt datzelfde gehele gebied 'narcistische pathologie' genoemd. De controverse was voorspelbaar op grond van de 50 jaar oude tekst van Stern (1938): 'This border line group shows the presence of narcissism to a degree not present in the usual run of neurotic patients. It is on the basis of narcissism that the entire clinical picture is built' (p. 469). Weer anderen rekenen een groter of kleiner deel van dat gebied tot de 'borderline-pathologie', zoals men uit het hiervoor gaande schema kan opmaken: de term heeft een bredere betekenis bij Kernberg (1970) dan bij Adler (1981), bij Kohut en Wolf (1978) heeft hij de meest beperkte betekenis. De vraag: 'What borders on what?' wordt in 'verticale' zin door de verschillende auteurs verschillend beantwoord, allen echter blijven binnen de grenzen van het reeds door Stern (1938) aangeduide gebied tussen de neurotische persoonlijkheidsstructuur en de psychotische.

Samenvatting en conclusie

In verband met het 'Borderline' concept is de vraag: 'What borders on what?' niet eenvoudig te beantwoorden. Vrij algemeen geldt de opvatting dat de term *niet* betrekking heeft op een syndroom maar *wel* op persoonlijkheidspathologie. 'Borderline' kan verwijzen naar descriptieve persoonlijkheidspathologie, zoals in het geval van 'Borderline Personality Disorder' van DSM-III-R. 'Borderline' kan ook verwijzen naar structurele persoonlijkheidspathologie, zoals in het geval van 'Borderline Personality Structure' van Kernberg. Een dergelijke diagnose 'Borderline' zegt te weinig wanneer het gaat om het indiceren van een therapie. Immers, dan moet de clinicus op de hoogte zijn van zowel de descriptieve als de structurele psychopathologie van de patiënt. De verhouding tussen deze twee soorten psychopathologie kan worden weergegeven door een orthogonaal assenstelsel. Een 'horizontale' diagnose 'Borderline' volgens DSM-III-R dient te worden aangevuld door een 'verticale' structuurdiagnose, die de ernst van de persoonlijkheidspathologie aangeeft op een ordinale schaal (een continu-

um tussen normaliteit en psychose). Dat geldt overigens voor alle as II-diagnosen. Een 'verticale' diagnose 'Borderline' volgens Kernberg dient evenzeer aangevuld te worden, in dit geval door een 'horizontale' descriptieve diagnose, die de fenomenologie van de persoonlijkheids-pathologie aangeeft op een nominale schaal (een nevenschikking van persoonlijkheidstypen). Men dient dus het ene te doen en het andere niet te laten wil men, zoals een juiste indicatiestelling vereist, de vraag: 'What borders on what?' zowel in 'horizontale' als in 'verticale' zin kunnen beantwoorden.

Literatuur

- Adler, G. (1981), The borderline-narcissistic personality disorder continuum. *Am. J. Psychiat.*, 138: 46-50.
- Akiskal, H.S. (1983), Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes, *Am. J. Psychiat.*, 140: 11-20.
- Akiskal, H.S., R.M.A. Hirschfeld, B.I. Yerevanian (1983), The relationship of Personality to Affective Disorders. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40: 801-810.
- Akiskal, H.S., B.I. Yerevanian, G.C. Davis, D. King, H. Lemmi (1985), The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study. *Am. J. Psychiat.*, 142: 192-198.
- APA (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition*. Washington, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- APA (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, revised*. Washington, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Blécourt, A. de (1961), Diagnostiek en behandeling van de borderline state (Schizophreniforme Pseudoneurose). *Voordracht voor de Ned. Ver. Psycho-An.* (stencil).
- Blécourt, A. de (1967), Diagnostiek en psychotherapie van de 'borderline state'. *Voordracht voor de Ned. Ver. Psycho-An.* (stencil).
- Blécourt, A. de (1980), Psychoanalytische psychotherapie van de borderline patiënt. In: Frijling-Schreuder e.a. (red.), *Psychoanalytica aan het woord*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 237-247.
- Brink, W. van den (1987), Persoonlijkheid, karakter of rolgedrag. *Tijdschr. Psychiat.* 29: 296-312.
- Chessick, R. (1966), The psychotherapy of borderland patients. *Am. J. Psychother.* 20: 600-614.
- Clark, L.P. (1919), Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoan. Rev.*, 6: 306-308.
- Derksen, J.J.L. (1986), *Strukturele diagnostiek van psychische stoornissen: neurose, borderline, psychose*. Nelissen, Baarn.
- Derksen, J.J.L. (1989), De Borderline persoonlijkheidsstoornis: een overzicht van drie concepten. *Lezing Winterconferentie NIP* d.d. 17-3-89, Berg en Dal.
- Derksen, J.J.L., J.W. Hummelen, J.M.P. Bouwens (1988), Structurele diagnostiek en het structurele interview. *Tijdschr. Psychiat.* 30: 445-459.
- Deutsch, H. (1942), Some forms of emotional disturbances and their relationships to schizophrenia. *Psychoan. Quart.* 11: 301-321.

- Emants, M. (1916), *Liefdeleven*. Utrecht/Antwerpen: L.J. Veen, 1986.
- Erikson, E.H. (1956), The problem of ego identity. *J. Am. Psycho-an. Ass.*, 4: 56-121.
- Frances, A.J., T.A. Widiger (1987), Personality Disorders. In: A.E. Skodol, R.L. Spitzer (red.), *An annotated bibliography of DSM III*. Am. Psychiat. Press Inc., Washington, p. 125-133.
- Freud, S. (1911), *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia*. Ges. Werke, VIII. Fischer, Frankfurt.
- Freud, S. (1914), *Zur Einführung des Narzissmus*. Ges. Werke, X. Fischer, Frankfurt.
- Freud, S. (1917), *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Ges. Werke, XI. Fischer, Frankfurt.
- Freud, S. (1924), *Kurzer Abriss der Psychoanalyse*. Ges. Werke, XIII. Fischer, Frankfurt.
- Frijling-Schreuder, E.C.M. (1968), Borderline States in Children. *Psycho-an. Stud. Child*, 24: 307-327.
- Frosch, J. (1964), The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiat. Quart.*, 38: 81-96.
- Gediman, H.K. (1983), Annihilation anxiety: the experience of deficit in neurotic compromise formation. *Int. J. Psychoan.*, 64: 59-70.
- Gedo, J.E., A. Goldberg (1973), *Models of the mind*. Univ. Chicago Press, Chicago/Londen.
- Grinker, R.R., B. Werble, R.C. Brye (1968), *The Borderline Syndrome*. Basic Books Inc., New York.
- Gunderson, J.G., M.T. Singer (1975), Defining borderline patients: an overview. *Am. J. Psychiat.*, 132: 1-10.
- Gunderson, J.G., W.T. Carpenter, J.S. Strauss (1975), Borderline and Schizophrenic Patients: a comparative study. *Am. J. Psychiat.*, 132: 1257-1264.
- Gunderson, J.G., J.E. Kolb (1978), Discriminating Features of Borderline Patients. *Am. J. Psychiat.*, 135: 792-796.
- Hoch, P.H., P. Polatin (1949), Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 23: 248-276.
- Jonghe, F. de (1989), Recht op gezondheidszorg en psychotherapie: het nodige, het mogelijke en het betaalbare. *Lezing d.d. 15 maart 1989, NVAGG-symposium te Utrecht*.
- Jonghe, F. de, P. Rijnierse, R. Janssen (1987), Uitzicht op inzicht I: een psychoanalytisch beschreven spectrum van behandelingsmethoden. *Tijdschr. Psychotherapie*, 13: 180-190.
- Jonghe, F. de, R. Janssen, P. Rijnierse (1988), Uitzicht op inzicht II: een psychoanalytisch beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren. *Tijdschr. Psychotherapie*, 14: 2-15.
- Kernberg, O. (1967), Borderline Personality Organization. *J. Am. Psycho-an. Ass.*, 15: 641-685.
- Kernberg, O. (1970), A psychoanalytic classification of character pathology. *J. Am. Psycho-an. Ass.*, 18: 800-822.
- Kernberg, O. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson, New York.
- Kernberg, O. (1981), Structural Interviewing. *Psychiat. Clinics of North America*, 4: 169-195.

- Kernberg, O. (1984), *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale Univ. Press, New Haven.
- Kety, S.S., D. Rosenthal, P.H. Wender, F. Schulsinger (1971), Mental illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics. *Am. J. Psychiat.*, 128: 302-306.
- Knight, R.P. (1953), Borderline States. *Bull. Menninger Clin.*, 17: 1-12.
- Kohut, H. (1968), The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoan. Stud. Child.*, 23: 86-113.
- Kohut, H., E.S. Wolf (1978), The disorders of the self and their treatment: an outline. *Int. J. Psycho-An.*, 59: 413-425.
- Maenchen, A. (1968), Object cathexis in a Borderline Twin. *Psycho-anal. Stud. Child*, 23: 438-456.
- Mayer, W. (1950), Remarks on abortive cases of schizophrenia, *J. Nerv. Ment. Dis.* 112: 539-542.
- Peterson, D.R. (1954), The diagnosis of subclinical schizophrenia. *J. Consult. Psychol.*, 18: 198-200.
- Peursen, C.A. van (1980), *De opbouw van de wetenschap*. Boom, Meppel/Amsterdam.
- Rapaport, D., M.M. Gill, R. Schafer (1945, 1946), Diagnostic Psychological Testing, 2 Vols. Chicago: *Year Book Publishers*, 1: 16-28, 2: 24-31, 329-366.
- Reich, W. (1933), *Charakteranalyse*. Vert. Character analysis. Plymouth: Clarke, Doble and Brenden, 1950.
- Rohde-Dachser, C. (1979), *Das Borderline-Syndrom*. Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wenen.
- Rosenthal, D., P.H. Wender, S.S. Kety, J. Welner, F. Schulsinger (1971), The adopted away offspring of Schizophrenics. *Am. J. Psychiat.*, 128: 307-311.
- Schaap, G.E. (1978), Borderline: een klinisch hanteerbaar begrip? *Tijdschr. Psychiat.*, 20: 499-516.
- Spitzer, R.L., J. Endicott, M. Gibbon (1979), Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36: 17-24.
- Stern, A. (1938), Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7: 467-489.
- Stern, A. (1945), Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *Psychoan. Quart.*, 14: 190-198.
- Verhulst, F.C. (1981), Diagnostiek van borderline patiënten. *Tijdschr. Psychiat.*, 23: 21-33.
- Vreckem, E. van, S. Verhaest (1984), Het specifieke van de psycho-analytische psychotherapie bij borderline patiënten. *Tijdschr. Psychother.*, 10: 359-370.
- Zetzel, E.R. (1968), The so called good hysteric. *Int. J. Psycho-an.* 49: 256-260.
- Zilboorg, G. (1941), Ambulatory schizophrenias. *Psychiatry*, 4: 149-155.

Schrijver is als hoogleraar psychiatrie verbonden aan de psychiatrische afdeling van het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam. Medewerker van het Psychoanalytisch Instituut te Amsterdam. Correspondentieadres: Psychiatrisch Centrum, AMC, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam-Zuidoost, 020-5662137.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 16-6-'89.