

Trauma en dissociatie bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen

door S. Vuchelen, J. Vanderlinden, W. Vandereycken en G. Pieters

Gepubliceerd in 1996, no. 2

Samenvatting

Het voorkomen van traumatische ervaringen en dissociatieve klachten bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (n =

32) werd onderzocht aan de hand van een gestructureerd interview en vragenlijsten. Zoals gerapporteerd in de literatuur vonden ook wij een hoge frequentie van emotionele verwaarlozing en andere misbruikervaringen. Dissociatieve en borderline-symptomen bleken significant meer aanwezig te zijn in de seksueel getraumatiseerde groep. Verklaringen en implicaties hiervan worden besproken.

In het onderzoek naar de etiologische factoren van de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) werd de rol van traumatische ervaringen in de voorgeschiedenis lange tijd over het hoofd gezien. Recente studies (Herman e.a. 1989; Ogata e.a. 1990; Ludolph e.a. 1990; Boon en Draijer 1991; McClelland e.a. 1991; Herman 1991; Gallagher e.a. 1992; Razeck 1992) vermelden evenwel een hoge prevalentie van seksueel en fysiek misbruik binnen de borderline-populatie. De percentages variëren van 85% in klinische populaties (Bryer e.a. 1987) tot 19,5% in een goed functionerende niet-klinische BPS-populatie (Salzman e.a. 1993).

De recente literatuur plaatst BPS in het trauma-gerelateerde spectrum (zie bijv. Kroll 1994). De grens tussen posttraumatische, dissociatieve stoornissen en BPS vormt een belangrijk discussiepunt. Vooral de gelijkenissen en verschillen tussen BPS en de dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) staan in de belangstelling.

Clary e.a. (1984) menen dat DIS een variant is van BPS. Borderline-structuren, zoals beschreven door Kernberg, zijn gekarakteriseerd door primitieve defensiemechanismen: splitting, projectieve identificatie, idealisatie, devaluatie en ontkenning. DIS functioneert in die zin anders, dat de betrokken defensiemechanismen bestaan uit splitting en verdringing. Kernberg daarentegen stelt dat DIS niet exclusief geassocieerd is met een bepaalde persoonlijkheidsorganisatie (Fink 1991). Fahy (1988) bespreekt DIS als een persoonlijkheidsstoornis vanuit een psychodynamisch kader. Borderline-patiënten zouden volgens deze theorieën povere object-relaties hebben, met een sterk gefragmenteerd ego, zonder centrale kern. DIS daarentegen zou een hoog gesofisticeerde persoonlijkheidsorganisatie hebben waarbij alter ego's een hogere en meer stabiele vorm van ego-organisaties vertonen.

Horevitz en Braun (1984) vonden dat 70% van de DIS-patiënten paste binnen de diagnose BPS. Ondanks de gelijkenis tussen BPS en DIS gaat het volgens deze auteurs om aparte diagnostische categorieën. Ook Boon en Draijer (1993a) vonden dat 59% van de DIS-patiënten voordien de diagnose BPS kreeg. Ze suggereren dat dit vaak overgediagnostiseerd wordt bij MPS. Switchen tussen alters wordt dan vaak verkeerd begrepen als een teken van borderline splitting (Fink 1991).

Andere auteurs (Herman e.a. 1989; Chu en Dill 1991) steunen de hypothese dat er een posttraumatisch continuüm zou zijn met DIS aan het extreme uiteinde en BPS in het midden. Herman e.a. (1989) besloten uit hun onderzoek dat de dissociatieve stoornissen sterker gecorreleerd zijn aan een vroegkinderlijk trauma dan aan BPS-pathologie. De ernst van de dissociatieve stoornissen is hierbij gecorreleerd aan de ernst van het trauma. De relatie tussen seksueel misbruik en dissociatie bij BPS werd eveneens bevestigd in het onderzoek van Ogata e.a. (1990). Derealisatie en dysforie beschrijven zij als beste predictoren voor BPS. Shearer e.a. (1994) pleiten dan ook voor het gebruik van dissociatie-vragenlijsten bij de diagnostiek van BPS.

Verschillende onderzoekers bleven stilstaan bij de vraag welke dissociatieve symptomen meest voorkwamen in de borderline-populatie. Jonas en Pope (1984), Links e.a. (1990) en Zanarini e.a. (1990) vonden dat depersonalisatie, derealisatie en een verzwakte reality testing frequent voorkwamen bij BPS. Door middel van een gestructureerd interview (SCID-D) konden Boon en Draijer (1991, 1993a, 1993b) de verschillende dissociatieve symptomen bij BPS en DIS onderscheiden. Amnesie, derealisatie, depersonalisatie en identiteitsverwarring komen in beide populaties voor. Toch zijn er belangrijke verschillen met betrekking tot het karakter van amnesie en identiteitsverwarring. Amnesie en identiteitsverwarring zijn bij BPS minder duidelijk aanwezig dan bij DIS. De borderline-patiënt is geen duidelijke blokken tijd kwijt zoals bij MPS. Indien amnesie voorkomt, is deze bij BPS duidelijk gekoppeld aan alcohol- of druggebruik. De identiteitsverwarring bij BPS is typisch gekenmerkt door de strijd tussen twee gepolariseerde delen. Bij DIS hebben de alters vaak goed gedefinieerde zelfconcepten. Boon en Draijer (1995) besluiten dan ook dat BPS en DIS wel degelijk van elkaar gedifferentieerd kunnen worden. Fink (1991) bestudeerde het voorkomen van typische BPS-symptomen (automutilatie, identiteitsverwarring, impulsiviteit, zich leeg voelen) bij DIS-patiënten en kwam tot gelijkaardige conclusies.

Onderzoeksvragen

In (klinische) borderline-populaties wordt een geschiedenis van seksueel, fysiek en emotioneel misbruik vaak gerapporteerd. In deze studie wensten we na te gaan welke vorm van traumatisering het meest gerapporteerd wordt door BPS-patiënten. Uit de literatuur blijkt dat de ernst van de dissociatieve klachten gerelateerd is aan de ernst van de traumatisering. Deze hypothese wensten we eveneens na te gaan in de borderline-populatie. De mate van dissociatie operationaliseerden we als de score op een dissociatie-vragenlijst. Uit de vermelde onderzoeken van Boon en Draijer blijkt dat depersonalisatie en identiteitsverwarring de meest voorkomende symptomen zijn bij BPS. Of dit ook in onze steekproef het geval is wilden we nagaan aan de hand van het gestructureerde interview voor DSM-III-R-stoornissen (SCID-D).

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in twee psychiatrische centra (Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen en Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg). De selectie van de borderline-patiënten gebeurde aan de hand van twee vragenlijsten: de Borderline Syndrome Index (BSI) en de borderline-subschaal van de Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-R-k). De cut-off score is respectievelijk 26 en 5. Patiënten moesten op beide vragenlijsten de kritische score voor BPS overschrijden om opgenomen te worden in het onderzoek. Aangezien recente studies de overgevoeligheid van de PDQ-R in het screenen van persoonlijkheidsstoornissen sterk beklemtonen (Cools e.a. 1994; Vertommen 1994), moesten alle opgenomen patiënten bovendien beantwoorden aan de DSM-III-R-criteria voor BPS. De zo geselecteerde patiënten werden gevraagd een aantal vragenlijsten in te vullen: Dissociation Questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Vragenlijst voor Ernstig Belastende Ervaringen en de vragenlijst naar Seksuele Ervaringen in het Verleden. Vervolgens werden ze uitgenodigd voor een gestructureerd interview met speciale aandacht voor

dissociatieve stoornissen (SCID-D). Het doel van het onderzoek werd als volgt voorgesteld aan de patiënten: 'Mensen maken wel eens belastende ervaringen mee, vaak op jonge leeftijd. In dit onderzoek willen we nagaan of en hoe vaak deze ervaringen voorkwamen en of ze een invloed hebben op de persoonlijkheid en het geheugen'.

Onderzoeksinstrumenten

De *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ; Hyler e.a. 1982) bevat 163 juist/onjuist-items en meet de 11 persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-III (bij de ontwikkeling van de DSM-III-R werd de PDQ herzien: PDQ-R). De itemselectie gebeurde echter enkel op basis van face- validiteit. De congruente validiteit met de MMPI blijkt voldoende te zijn. Toch is verder validiteitsonderzoek aangewezen. Vooral de criteriumvaliditeit dient verder te worden onderzocht. In ons onderzoek gebruikten we enkel de borderline-subschaal van de PDQ-R. Onderzoek toonde een hoge hertestingsbetrouwbaarheid aan voor deze subschaal. De cutt-off score om van BPS te mogen spreken bedraagt 5 (Van de Wygaert 1990).

De *Borderline Syndrome Index* (Vertommen en Van de Wygaert 1988) is een betrouwbaar en valide instrument voor detectie van BPS (cutt-off score = 26). De congruente validiteit met het Diagnostic Interview for Borderline (DIB-R) is vrij hoog (.75). De vragenlijst blijkt in staat BPS van andere persoonlijkheidsstoornissen te onderscheiden. Bovendien is de korte afnameduur een belangrijk voordeel (Van de Wygaert 1990).

De *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein en Putnam 1986) is het meest gebruikte instrument in klinische studies naar dissociatie. De vragenlijst bevat 28 items, die gekozen werden op basis van uitspraken van patiënten met een dissociatieve stoornis. Op een 100-millimeterschaal geeft de patiënt aan hoeveel procent van de tijd deze dissociatieve ervaring optreedt. Zowel betrouwbaarheid als validiteit van de DES is goed. Boon en Draijer (1993) berekenden dat een cut-off score van 25 de beste specificiteit en sensitiviteit heeft.

De *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q; Vanderlinden e.a. 1991, 1992) bevat 63 items en heeft naast een totaalscore ook vier subschalen: identiteitsverwarring en -fragmentering, controleverlies, amnesie en verhoogde concentratie. Items die naar depersonalisatie en derealisatie verwijzen, zitten in de eerste factor. Betrouwbaarheid en validiteit zijn goed en bij een cut-off van 2.5 voor de totaalscore (2.5 of meer is dan verdacht voor dissociatie-pathologie) is de balans tussen specificiteit en sensitiviteit optimaal.

Naast de vragenlijsten maakten we gebruik van een gestructureerd diagnostisch interview. Steinberg (1990) ontwikkelde het *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders* (SCID-D). Steinberg e.a. (1991) pasten dit aan voor gebruik in een Nederlandstalige populatie. De SCID-D wilde een aanvulling zijn voor de SCID, het gestructureerde klinische interview dat door Spitzer en Williams ontwikkeld werd om diagnoses te stellen volgens de criteria van DSM-III. De vragen uit de SCID-D hebben betrekking op het algemeen functioneren, de behandelgeschiedenis, de dissociatieve en aanverwante symptomen (zoals zelfdestructie, eetproblemen of terugkerende lichamelijke klachten). Tevens wordt gekeken naar non-verbale aanwijzingen van een dissociatieve stoornis. Amnesie, depersonalisatie, derealisatie, identiteitsverwarring en identiteitsfragmentering of -wijziging zijn de symptoomcategorieën die aan bod komen. Indien het symptoom aanwezig is, wordt er nagegaan of het enkel optreedt onder hevige stress en worden organische oorzaken uitgesloten. De vaststelling van een dissociatieve stoornis aan de hand van de SCID-D gebeurt in twee stappen. Eerst worden systematisch de aanwezigheid en de ernst van de vijf symptoomgroepen nagegaan; vervolgens wordt hun constellatie beoordeeld, en op grond hiervan wordt een eindoordeel gemaakt.

De detectie van een geschiedenis van traumatische gebeurtenissen werd gedaan met de *Vragenlijst naar Ernstig Belastende Ervaringen* (VEBE; een experimentele versie ontwikkeld door E. Nijenhuis, O. van der Hart en J. Vanderlinden) en de vragenlijst naar *Seksuele Ervaringen in het Verleden* (SEV) van Lange (1990). De eerste vragenlijst gaat na welke mogelijke belastende ervaringen de patiënt heeft meegemaakt: emotionele verwaarlozing (bijv. als kind veel alleen gelaten zijn); emotionele mishandeling (bijv. herhaaldelijk gekleineerd, gepest of uitgescholden); lichamelijke mishandeling; seksuele bedreiging, mishandeling of verkrachting; seksueel misbruik door een familielid; overlijden van een gezinslid; ernstige gezinsbelasting (bijv. ouder verslaafd aan alcohol). Patiënt kan met verschillende antwoordmogelijkheden aangeven hoe erg belastend deze ervaringen voor hem waren (1 = in enige mate, 2 = in behoorlijke mate, 3 = in ernstige mate, 4 = in zeer ernstige mate belastend, 0 = nooit voorgekomen). Hoe ingrijpend bepaalde seksuele ervaringen waren, wordt nagegaan in de SEV. Het gaat hierbij om seksuele ervaringen met een familielid voor de leeftijd van zestien jaar. De term 'familielid' wordt hier ruim geïnterpreteerd, zodat stiefouders en huisvrienden eveneens onder deze noemer vallen. Seksueel misbruik wordt in de SEV ruim gedefinieerd: het zich seksueel onveilig voelen, het moeten tonen of aanraken van geslachtsdelen of het hebben van coïtus op initiatief van de geweldpleger. De gedetailleerde vragen laten toe een beeld te vormen van wat er zich precies afspeelde, met welke personen, op welke leeftijd en hoe vaak deze ervaringen voorkwamen.

Resultaten

Demografische gegevens - Er werd door 32 patiënten (24 vrouwen, 8 mannen) deelgenomen aan het onderzoek. De gemiddelde leeftijd was 28 jaar (spreiding van 17 tot 52); 26 (81%) waren ongehuwd. Wat opleiding betreft voltooiden 5 het lager secundair en 19 het hoger secundair onderwijs, terwijl 8 patiënten hoger onderwijs volgden. Van de 24 vrouwen hadden 16 een betaalde job voor opname en 5 studeerden nog of deden vrijwilligerswerk. De meest voorkomende As I-diagnoses (DSM-III-R) waren afhankelijkheid en misbruik van psychoactieve stoffen, eetstoornissen en stemmingsstoornissen. In deze diagnoses zijn evenwel enkele borderline-kenmerken te herkennen: impulsiviteit (waarbij men zichzelf schade toebrengt) en affectlabiliteit.

Trauma - Emotionele mishandeling wordt het vaakst gerapporteerd (91%), naast emotionele verwaarlozing (84%). Emotionele mishandeling werd door 35% van de patiënten als in enige tot behoorlijke mate belastend ervaren, door 56% als ernstig tot zeer ernstig. Fysieke mishandeling werd door 59% van de patiënten aangegeven. Seksueel misbruik door een familielid werd gesignaleerd door 38% en bleek voor 16% in enige mate belastend, voor 22% in ernstige tot zeer ernstige mate belastend. De leeftijd waarop het misbruik begon, was gemiddeld 10 jaar (met als jongste leeftijd 4 jaar en oudste 17 jaar). De duur van het misbruik kende een spreiding van enkele maanden tot dertien jaar. Bij de beschrijving van de daders vonden we dat zowel familieleden (vader, moeder, oom, neef en broer) als vrienden van de familie en vreemden verantwoordelijk waren voor het seksueel misbruik. Misbruik door verschillende personen kwam bij 63% van de seksueel misbruikte patiënten voor. Bij alle patiënten die het slachtoffer waren van verschillende geweldplegers, begon het misbruik voor de leeftijd van 10 jaar. Sommige patiënten vonden het blijkbaar zeer moeilijk deze vragen te beantwoorden en konden geen juiste leeftijden of duur aangeven.

Dissociatie - De gemiddelde totaalscores bedroegen voor de DIS-Q 2.78 (\pm .60; spreiding 1.87-4.21), voor de DES 30.65 (\pm 17.42; spreiding 4.3- 65.6) en voor de SCID-D 10.47 (\pm 3.47; spreiding 5-19). De gemiddelde scores op de DIS-Q-subschalen waren: 2.80 (\pm 0.79) voor identiteitsverwarring en -fragmentatie, 3.06 (\pm 0.62) voor controleverlies, 2.35 (\pm 0.74) voor amnesie, 2.80 (\pm 0.61) voor verhoogde concentratie. De gemiddelde DIS-Q-totaalscore is vergelijkbaar met de scores van patiënten met een posttraumatische stress-stoornis en met een dissociatieve stoornis niet anderszins omschreven (respectievelijk 2.7 en 2.9), maar duidelijk lager dan de scores van DIS-patiënten ($<$ 3.5). Op de DIS-Q scoorde 59% boven de cut-off van 2.5 en op de DES 56% boven 25. Uit verdere analyse blijkt dat 18%

van de BPS-patiënten een DIS-Q- totaal- score behaalt die vergelijkbaar is met deze van patiënten met een dissociatieve stoornis (3.5); op de DES is dit 16% (<48.8) en op de SCID-D 7% (18). Op grond van deze resultaten komen 2 à 6 BPS-patiënten in aanmerking voor een bijkomende diagnose van dissociatieve stoornis.

De correlatie tussen de dissociatie-vragenlijsten onderling is zeer bevredigend. Hoge correlaties werden gevonden tussen DIS-Q en DES ($r = .78$, $p = .0001$), DIS-Q en SCID-D ($r = .77$, $p = .0001$) en DES en SCID-D ($r = .70$, $p = .0001$).

Tabel 1: Correlaties tussen DIS-Q, BSI en traumavariabelen

	Totaal	Iden	Contr	Amnes	Conc	BSI
Emot verw	.3862 $p < .032$	.3007 $p < .100$	.3163 $p < .083$	.4478 $p < .012$	-.0311 $p < .868$	.2039 $p < .271$
Emot mish	.3972 $p < .027$	.3251 $p < .074$	.4150 $p < .020$	.4773 $p < .007$	-.0967 $p < .605$	.3071 $p < .093$
Lich mish	.1767 $p < .359$	.1470 $p < .447$	.2700 $p < .157$	.2191 $p < .253$	-.2472 $p < .196$	.2483 $p < .194$
Seks bedr	.4595 $p < .011$	.4887 $p < .006$	.3797 $p < .038$	.3346 $p < .071$	.0867 $p < .649$	.4730 $p < .008$
Verk	.4743 $p < .009$	.5047 $p < .005$	.4107 $p < .027$	.2971 $p < .118$	.0307 $p < .874$	.4625 $p < .012$
Misb fami	.2859 $p < .096$	.3146 $p < .059$	.3548 $p < .243$	.2239 $p < .201$	.2448 $p < .851$	.3162 $p < .095$
Gezi bela	.2584 $p < .160$	.3057 $p < .094$	.1354 $p < .468$	.1501 $p < .420$	.1705 $p < .359$	.0436 $p < .816$

Totaal = DIS-Q-totaalscore; Iden = DIS-Q-identiteitsverwarring; Contr = DIS-Q-controleverlies; Amnes = DIS-Q-amnesie; Conc = DIS-Q-verhoogde concentratie; Emot verw = emotionele verwaarlozing; Emot mish = emotionele mishandeling; Lich mish = lichamelijke mishandeling; Seks bedr = seksuele bedreiging; Verk = verkrachting; Misb fami = seksueel misbruik door familielid; Gezi bela = gezinsbelasting.

Onderlinge verbanden - In tabel 1 zijn de correlaties weergegeven tussen DIS-Q- en BSI-scores enerzijds en traumascoringen anderzijds. Hoge en significante correlaties werden gevonden tussen ernstscores van seksuele bedreiging en verkrachting enerzijds en de DIS-Q-totaalscore en subschaal identiteitsverwarring anderzijds. Bevestiging voor deze gegevens vinden we ook in de correlaties tussen seksuele bedreiging/verkrachting en de SCID-D-totaalscore ($r = .53$; $p = .003$ en $r = .45$; $p = .014$). De DIS-Q-subschaal amnesie correleert significant met twee traumacategorieën: emotionele verwaarlozing ($r = .45$; $p = .01$) en emotionele mishandeling ($r = .48$; $p = .007$). Ook de correlatie tussen emotionele verwaarlozing en -mishandeling enerzijds en amnesie volgens de SCID-D anderzijds blijkt hoog (resp. $r = .41$, $p = .02$ en $r = .42$, $p = .017$). Seksueel misbruik door een familielid toont een hoge correlatie met de SCID-D- totaalsscore ($r = .43$; $p = .019$): de dissociatieve symptomen depersonalisatie en fragmentatie komen het meest voor. De SCID-D-subschaal identiteitsfragmentatie correleert hoog

significant met alle traumavariabelen: de hoogste correlaties met seksuele bedreiging ($r = .63$; $p < .0001$), seksueel misbruik door familielid ($r = .54$; $p < .002$) en lichamelijke mishandeling ($r = .48$; $p < .008$). De BSI correleert alleen significant met seksuele bedreiging en verkrachting. De correlatie tussen misbruik door familielid en BSI score is bijna significant ($r = .31$; $p < .09$).

De seksueel getraumatiseerden verschillen significant van de niet-getraumatiseerden wat betreft totaalscore op BSI, SCID-D, DES en vooral DIS-Q (tabel 2). Met uitzondering van de subschaal verhoogde concentratie tonen alle DIS-Q-schalen significant verhoogde (= meer pathologische) scores voor de seksueel getraumatiseerden. Ook op de SCID-D rapporteren seksueel getraumatiseerden significant meer amnesie, depersonalisatie en vooral identiteitsfragmentering. De verschillen voor borderline-persoonlijkheidsproblemen zoals gemeten op de BSI zijn, buiten de totaalscore en de subschaal 'bemoeilijkte interpersoonlijke relaties', niet significant. Een bijkomend opvallend resultaat is dat emotionele verwaarlozing en mishandeling significant vaker gerapporteerd worden door de seksueel getraumatiseerde groep ($p < .01$ en $p < .007$). Dit geldt niet voor fysieke mishandeling.

Tabel 2: Vergelijking tussen wel en niet seksueel getraumatiseerden

	trauma (n = 14)	geen (n = 18)	p
BSI totaal	36.9	32.0	.004
negatief zelfbeeld en depressie	11.1	10.5	.473
bemoeilijkte interpersoonlijke relaties	8.5	6.5	.006
falende sociale vaardigheden angst en persoonlijkheids- problemen	7.5	6.5	.136
	9.5	8.6	.248
DES totaal	40.7	22.8	.002
DIS-Q totaal	3.2	2.4	.0001
identiteitsverwarring en -fragmentatie	3.2	2.3	.0001
controleverlies	3.5	2.7	.0001
amnesie	2.7	2.0	.0007
verhoogde concentratie	2.9	2.7	.414
SCID-D totaal	12.5	8.8	.002
amnesie	2.0	1.3	.045
depersonalisatie	2.9	2.2	.027
derealisatie	2.1	1.4	.096
identiteitsverwarring	3.3	2.8	.137
fragmentatie	2.1	1.1	.001

Tweezijdige t-toetsen

Bespreking

In deze studie komt naar voor dat psychotrauma's in ernstige mate gerapporteerd worden door patiënten met BPS: 91% spreekt van emotionele mishandeling, 59% vermeldt fysieke mishandeling en 38% geeft aan een vorm van incest te hebben meegemaakt. Draijer (1991) stelde in haar onderzoek naar de gevolgen van seksueel misbruik vast dat de seksuele traumatisering nooit op zich stond. Voor

deze stelling vonden we ook hier steun. Emotionele verwaarlozing en mishandeling werden in significant ernstigere mate als belastend ervaren door de borderline-patiënten die ook seksueel misbruik rapporteerden. Seksuele mishandeling blijkt bijna steeds gekaderd te zijn in een sfeer van emotionele mishandeling en/of verwaarlozing. Mogelijk is deze combinatie van bijzondere betekenis voor BPS-patiënten. Seksuele traumatisering werd uitgebreid geanalyseerd daar dit meestal de meest ingrijpende vorm van geweldpleging is. Het is bekend dat dissociatieve symptomen frequenter voorkomen bij seksueel getraumatiseerde personen. Deze studie bevestigt dat depersonalisatie, derealisatie, identiteitsfragmentatie en controleverlies significant vaker voorkomen bij de seksueel getraumatiseerde borderline-patiënten.

Hoge correlaties werden gevonden tussen dissociatiescores en verkrachting, meer nog dan bij seksueel misbruik door een familielid. Deze beide misbruikervaringen overlappen elkaar gedeeltelijk: patiënten konden ook verkrachting door een familielid meegemaakt hebben. Opvallend is tevens dat een grote groep seksueel getraumatiseerde patiënten verschillende daders van seksueel misbruik vermelden (63%). Bovendien begon bij deze patiënten, die herhaaldelijk misbruikt waren, het seksueel misbruik voor de leeftijd van 10 jaar. Waar, zoals verwacht, dissociatieve symptomen blijken samen te hangen met een brede waaier aan traumatische ervaringen, zijn borderline-symptomen in onze studie slechts significant gecorreleerd met seksuele bedreiging en verkrachting. Dat zo'n verband niet gevonden werd met fysieke mishandeling kunnen we niet verklaren.

BPS en DIS hebben veel gemeenschappelijke kenmerken. Ze verschillen echter vooral met betrekking tot de ernst van de dissociatieve klachten (DIS-Q). In vergelijking met DIS-patiënten zijn identiteitsverwarring en -fragmentatie alsook amnesie in mindere mate aanwezig bij BPS-patiënten. Ernstige fragmentering van de identiteit (vaak het gevolg van ernstige traumatisering) houdt in dat er ook amnesie zal optreden. Amnesie bij de borderline-patiënt komt meestal slechts in milde vormen of helemaal niet voor. Bovendien kan amnesie in deze groep worden toegeschreven aan het vaak voorkomende misbruik van alcohol, drugs of psychotrope medicatie. Toch scoort meer dan de helft van de onderzochte BPS-patiënten 'pathologisch' op de dissociatie-vragenlijsten (DIS-Q en DES). Identiteitsverwarring, depersonalisatie en controleverlies zijn de meest voorkomende dissociatieve symptomen.

Op DIS-Q en DES behaalt ongeveer een vijfde van de onderzochte BPS-patiënten een score vergelijkbaar met deze van DIS-patiënten. Horen zij dan diagnostisch toch thuis bij de groep van dissociatieve stoornissen? Zonder in dergelijke gevallen voor een van beide diagnoses te kunnen kiezen, tonen onze resultaten aan dat er vaak overlapping voorkomt of sprake is van comorbiditeit. Een dergelijke combinatie zou ook klinisch erg relevant kunnen zijn: zo moet men ons inziens bij dergelijke patiënten erg voorzichtig zijn met trauma-exploratie, omdat dit het grote gevaar inhoudt de borderline-symptomen te verergeren. Dit neemt niet weg dat de problematiek van seksueel misbruik vaak onvoldoende wordt (h)erkend bij het diagnosticeren van BPS. In aansluiting hierbij dienen we aandacht te hebben voor dissociatieve klachten bij BPS. Net als Shearer e.a. (1994) pleiten we ervoor systematisch en uitvoerig het voorkomen (in heden en verleden) van traumatische ervaringen en dissociatieve verschijnselen te exploreren bij patiënten met een (vermoedelijke) BPS- diagnose. Maar het omgekeerde geldt ook: zijn er duidelijke tekenen van een dissociatieve stoornis, denk dan ook aan BPS!

Literatuur

Bernstein, E.M., en F.W. Putnam (1986), Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*

, 174, 727-735.

Boon, S., en N. Draijer (1991), Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: a pilot study with the structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.

Boon, S., en N. Draijer (1993), Multiple personality disorder in the Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.

Boon, S., en N. Draijer (1995), *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Braun, B.G. (1984), Toward a theory of multiple personality and other dissociative phenomena. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 171-189.

Braun, B.G. (1989), Psychotherapy of the survivor of incest with a dissociative disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 307-323.

Bryer, J.B., B.A. Nelson, J.B. Miller e.a. (1987), Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426- 1430.

Buckley, P. (red.) (1986), *Essential papers on object relations*. New York University Press, New York.

Chu, J.A. (1991), On the misdiagnosis of multiple personality. *Dissociation*, 4, 500- 504.

Chu, J.A., en D.A. Dill (1991), Dissociation, borderline personality disorder and childhood trauma (letter). *American Journal of Psychiatry*, 148, 812.

Clary, W.F., K.J. Burstin en J.S. Carpenter (1984), Multiple personality and borderline. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 89-99.

Cools, B., T. Van Waterschoot en J. Roggen (1994), Prevalentie, diagnostiek en dynamiek van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 24, 75- 99.

Draijer, N. (1990), *Seksuele traumatisering in de jeugd: lange-termijn gevolgen van seksueel misbruik van meisjes door verwanten*. SVA, Amsterdam.

Fahy, T.A. (1988), The diagnosis of multiple personality disorder: a critical review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 597-606.

Fink, D. (1991), The comorbidity of multiple personality disorder and DSM-III-R axis II disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 547-565.

Fish-Murray, C.C., E.V. Koby en B.A. van der Kolk (1987), Evolving ideas: the effect of abuse on children's thought. In: B.A. van der Kolk (red.), *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Washington DC.

- Frischholz, E.J., G.B. Braun, R.G. Sachs e.a. (1991), Construct validity of the Dissociative Experiences Scale (DES): the relationship between the DES and other self-report measures of dissociation. *Dissociation*, 4, 185-188.
- Gallagher, R.E., B.L. Flye, S.W. Hurt e.a. (1992), Retrospective assessment of traumatic experiences (RATE). *Journal of Personality Disorders*, 6, 99-108.
- Herman, J.L., J.C. Perry en B.A. van der Kolk (1989), Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Horevitz, R.P., en B.G. Braun (1984), Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 69-87.
- Jonas, J.M., en H.G. Pope (1984), Psychosis in borderline personality disorder. *Psychiatric Developments*, 4, 295-308.
- Kroll, J. (1994), *PTSD/Borderlines in therapy*. W.W. Norton, Londen.
- Lange, A. (1990), *Vragenlijst Sexuele Ervaringen uit het Verleden*. Vakgroep Klinische Psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Links, P.S., M. Steiner en J. Mitton (1989), Characteristics of psychosis in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 22, 188-193.
- Links, P.S., M. Steiner, I. Boiago e.a. (1990), Lithiumtherapy for borderline patients: preliminary finding. *Journal of Personality Disorders*, 4, 173-181.
- Ludolph, P.S., D. Westen, B. Mislis e.a. (1990), The borderline diagnoses in adolescents: symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- McClelland, L., T.F. Mynors-Wallis en T. Treasure (1991), Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 158, 63-68.
- Razek, S.W. (1992), Childhood abuse and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 109-116.
- Salzman, J.P., C. Salzman, A.N. Wolfson e.a. (1993), Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 254-257.
- Shearer, S.L., C.P. Peters, M.S. Quaymans e.a. (1990), Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 214-216.
- Shearer, S.L. (1994), Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328.
- Steinberg, M., B. Rounsaville en D.V. Cicchetti (1990), The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76-82.
- Steinberg, M., S. Boon en N. Draijer (1991), *Handleiding SCID-D: Afname, Scoring en Interpretatie*. Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Vanderlinden, J., R. Van Dyck, H. Vertommen e.a. (1991), Dissociative experiences in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation*, 4, 180-184.

Vanderlinden, J., R. Van Dyck, H. Vertommen e.a. (1992), De Dissociation Questionnaire: Ontwikkeling en karakteristieken van een dissociatievragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 47, 134-147.

Vanderlinden, J. (1993), *Dissociative experiences, trauma and hypnosis: Research findings and clinical applications in eating disorders*. Eburon, Delft.

Vertommen, H., en R. Van de Wygaert (1988), *A Dutch adaption of the borderline syndrome index*. Paper presented at the 2nd International Conference on Personality Disorders, Oslo.

Vertommen, H. (1994), Nieuwe perspectieven in de vragenlijstdiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 24, 101-119.

Wygaert, R. Van de (1990). *Borderline pathologie: inventarisatie van diagnostische instrumenten en onderzoek rond de Nederlandstalige Borderline Syndrome Index*. Licentiaatsverhandeling, Faculteit Psychologie, Katholieke Universiteit Leuven.

Zanarini, M.C., J.G. Gunderson en F.R. Frankenburg (1990), Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 57-63.

Summary: Trauma and dissociation in borderline personality disorder

Traumatic experiences in the past and current dissociative symptoms appear to be often associated with a borderline personality disorder. In our study (structured interview and questionnaires) of 32 borderline patients we have found a high frequency of emotional neglect and different kinds of abuse in the past. Symptoms of dissociative disorders and borderline pathology were more prevalent in the group of sexually traumatized borderline patients. Some explanations and implications of the findings are discussed.

Drs. S. Vuchelen is als psycholoog werkzaam in de Kliniek OL Vrouw van Lourdes in Waregem. De overige auteurs zijn werkzaam in het Universitair Centrum in Kortenberg: dr. J. Vanderlinden als klinisch psycholoog, dr. G. Pieters als hoofd van de afdeling gedragstherapie en prof. dr. W. Vandereycken als consulent. Correspondentieadres: dr. J. Vanderlinden, Universitair Centrum St.-Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 15-6-1995.