

Borderline

een wisselend beeld

[Martine F. Delfos]

Sinds enige tijd is er een diagnose in opkomst die steeds vaker gebruikt wordt: borderline. Diagnostische etiketten zijn onderhevig aan het groeien van kennis, maar ook aan modes. Zo ook de diagnose 'borderline'. Oorspronkelijk was het een van de diagnoses binnen het autisme-spectrum. Omdat autisme een problematiek is die samenhangt met een meer 'mannelijke' hersenstructuur, waren er meer jongens dan meisjes met deze problematiek. Inmiddels heeft de diagnose een fundamentele metamorfose ondergaan en zijn de oorspronkelijke kenmerken nauwelijks meer terug te vinden. Het is nu de naam voor een problematiek waarbij wisselende heftige stemmingen een belangrijke rol spelen en er zijn beduidend meer vrouwen dan mannen met deze problematiek.

De diagnose borderline is vooral in opkomst gekomen nadat de diagnose MPS (Multiple Persoonlijkheidsstoornis) die later DIS (Dissociatieve Identiteits Stoornis) genoemd werd een slechte naam kreeg. Deze diagnose bleek een groot aantal foutmeldingen op te roepen. De problematiek die aan de diagnose ten grondslag lag, was echter niet verdwenen en de noodzaak van een nieuwe diagnose deed zich voor.

VAN HYSTERIE TOT BORDERLINE

De naam borderline (wat betekent grens) was gekozen op grond van het feit dat er zowel neuroti-

sche (niet mét de werkelijkheid kunnen leven) als ook psychotische (niet in de werkelijkheid kunnen leven) kenmerken aanwezig zijn. Neurotisch betekent dat de dingen van het leven niet worden verdragen. Een neuroticus kan niet accepteren dat zijn of haar leven verloopt zoals het verloopt en voelt zich het slachtoffer van de omstandigheden. Een neuroticus kan slecht zijn of haar eigen rol in de levensloop accepteren, maar ook – en vooral – het toeval. Hierdoor loopt de neuroticus het risico niet uit de slachtofferrol te kunnen komen. Iemand die psychotisch is daarentegen, ervaart dingen die er niet zijn; hoort dingen die niet gezegd worden, ziet,



voelt of ruikt dingen die er niet zijn. Het lijkt een beetje op een overvolle winkelstraat waar mensen lopen die elkaar steeds aanstoten zonder dat dit de bedoeling is. In de hersenen van de psychoticus worden als het ware allerlei cellen geprikkeld op zodanige wijze dat het een echte gebeurtenis lijkt, die buiten de persoon plaatsvindt. Een gedachte lijkt daardoor plotseling een echt gehoorde uitspraak te zijn die door iemand gezegd wordt. Een gedachtenbeeld wordt ervaren als iets dat je echt ziet.

Bij de borderlineproblematiek spelen beide elementen een rol, vandaar de naam. In het huidige gebruik van de diagnose borderline spelen echter andere elementen een belangrijke rol, zoals waarschijnlijk een hormonaal heftige aanleg en een diepgewortelde behoefte aan aandacht.

De problematiek heeft altijd bestaan en heeft steeds een andere naam gekregen, omdat het iedere keer andere vormen aanneemt. Van wisselende persoonlijkheden naar wisselende stemmingen; van flauwvallen tot dissociatie. De problematiek waar we bij borderline mee te maken hebben, is er dus altijd geweest. In het begin van deze eeuw was de naam 'hysterie' gebruikelijk, later de theatrale persoonlijkheid en niet zo lang geleden de dissociatieve per-

soonlijkheid. De naam hysterie is een scheldwoord geworden die geen eer meer doet aan de serieuze problematiek die eraan ten grondslag ligt.

DE AANDACHTHUISHOUDING

Wat is de problematiek van veel van de mensen die onder de diagnose borderline worden geplaatst, nu in feite. Persoonlijk ben ik niet erg gelukkig met dit etiket en zou ik bij een belangrijk deel van de borderlinepatiënten liever spreken van een stoornis in de aandachtshouding. Als kenmerken worden genoemd: een grote angst in de steek gelaten te worden; plotseling en heftig wisselende stemmingen; een gevoel van innerlijke leegte; impulsiviteit; vaak zelfverwonding; en alcohol- of druggebruik.

Er zijn beduidend vaker vrouwen dan mannen die deze problematiek hebben. De borderline wordt over het algemeen duidelijk vanaf de puberteit, die dan erg heftig kan worden. Veel van de vrouwen die de diagnose borderline krijgen, zijn vrouwen die in hun jeugd seksueel misbruikt zijn, mishandeld of een weinig veilig opvoedingsklimaat hebben meegemaakt.

We gaan er bij deze problematiek vanuit dat er een kwestie is van aanleg (bijvoorbeeld heeft impulsiviteit een belangrijke aanlegcomponent en is van jongs af aan aanwezig) en factoren in de levensgeschiedenis.

Ik zou liever spreken over een problematiek van een verstoorde aandachtshouding. Opvallend aan hysterie, MPS, DIS, de theatrale persoonlijkheid en

nu borderline is dat ze op een afwijkende manier aandacht vragen en het uitgangspunt lijken te hanteren dat er óf geen aandacht gegeven zal worden óf dat de aandacht niet 'verdiend' is. Dat laatste is niet zo vreemd als men bedenkt dat het vragen om aandacht en het onderwerp waarover aandacht gevraagd wordt niet goed op elkaar zijn afgestemd. Het rechtstreeks aandacht vragen voor datgene wat er daadwerkelijk aan de hand is, gebeurt weinig of voldoet niet. Hiervoor zijn verschillende oorzaken. Bij seksueel misbruikte vrouwen is het bijvoorbeeld erg moeilijk om met hun echte verhaal naar buiten te komen. Soms vertellen ze het verhaal met een andere dader of komen ze met een totaal andere problematiek. Veel meisjes kunnen een zware puberteit doormaken omdat ze moeite hebben om gehoor te krijgen voor hun ware verhaal van seksueel misbruik. Een andere reden voor de afwijkende vorm van aandacht vragen is dat het onderwerp bij henzelf bijvoorbeeld heftige emoties oproept en krachtige schuldgevoelens, maar bij anderen niet als zodanig herkend wordt. Een jonge vrouw die abortus liet plegen toen ze achttien was, kon nergens met haar buitensporig sterke schuldgevoelens hierover terecht en vertelde het verhaal dat ze een kind had gekregen dat ze vermoord had toen het anderhalf jaar was. Dit laatste was voor haar gevoel meer in overeenstemming met haar heftige schuldgevoelens dan de abortus die een werkelijkheid was die voor haar onverdraaglijk was.

De aandacht die ze krijgen als ze een onterecht onderwerp naar voren brengen, werkt dus niet troostend en verhoogt hoogstens de zelfhaat die ze ervaren. Ze voelen zich slecht en oneerlijk en door een laag zelfvertrouwen wordt het nog moeilijker om aandacht te vragen. Veel van de mensen met borderline zijn misschien minder gebaat bij dit etiket omdat hiermee schijnproblemen tot echte gemaakt worden. De aandacht wordt daarmee afgeleid van de onderliggende soms, veel onschuldiger problematiek als een te sterke behoefte aan aandacht.

ZELFHAAT

In het vragen om aandacht op 'onterechte' onderwerpen groeit de zelfhaat. Het wordt steeds moeilijker om zichzelf te zijn, omdat het aantal mensen en situaties die op een verkeerd been gezet zijn toeneemt. De borderliner dreigt dan ook steeds harder vast te lopen. De zelfhaat die groeit, maakt het contact met de omgeving steeds moeizamer, terwijl hij of zij diezelfde omgeving juist zo hard nodig heeft. In een dergelijke situatie kan zelfbeschadiging of een zelfdodingspoging een uitweg lijken te bieden. De zelfbeschadiging – vaak snijden in armen – kan een opgelucht gevoel opleveren. Ten eerste omdat het een vorm van boetedoening is, een straf voor het problematische gedrag waar de 'borderliner' zelf ook last van heeft en de soms onterechte verhalen die hij of zij vertelt. Ten tweede is de zelfbeschadiging een mogelijkheid pijn te voelen die in plaats van de schijnpijn komt.



Het is heel moeilijk te onderkennen en te begrijpen dat de roep om aandacht terecht is. Ook voor degenen met een stoornis in de aandachtshouding, lees borderline, is het onbegrijpelijk dat hij of zij een dergelijk problematisch en vaak oneerlijk gedrag vertoont. Het is vaak voor de persoon zelf vreemd dat een onderwerp dat bij een ander zo weinig emoties oproept bij hem of haar zoveel oproept, maar een ander lichaam roept nu eenmaal ook een andere manier van omgaan met emoties en met gebeurtenissen op.

DE HORMONEN VAN EEN FEL LICHAAM

Wat is er aan de hand? Om te beginnen waarschijnlijk een fel reagerende hormonale structuur, waardoor grote wisselingen in gemoedstoestanden ontstaan. Ieder gevoel wordt als het ware via een vergrootglas ervaren. Dit wordt versterkt in de puberteit en komt vooral bij meisjes voor omdat de menstruele cyclus zelf al voor schommelingen in de hormonen zorgt. In de cyclus is er een periode van een wat vrolijker gemoedstoestand, de tijd rond de ovulatie, en een periode met meer depressieve en agressieve gevoelens, de tijd rond de menstruatie. Een zeer felle menstruele cyclus kan betekenen dat iemand borderlineproblematiek gaat vertonen. Sterk wisselende stemmingen komen echter ook voor bij iemand met een bipolair stoornis (manisch-depressief). Bij de laatste is echter alleen tijdens de manie of de depressie sprake van een verstoorde gemoedstoestand, tussen die perioden is het gevoelsleven van de persoon normaal.

Het is ook mogelijk dat een wat moeilijke puberteit onterecht aangezien wordt voor een borderlineproblematiek. Dit is een probleem omdat daarmee gedragspatronen tussen mensen kunnen ontstaan die na de puberteit niet meer zo gemakkelijk veranderen. Een relativerende houding, niet te snel ongerust en in paniek raken, is daarom belangrijk. Het is nodig om serieus naar het probleemgedrag te kijken. Het is bijvoorbeeld de vraag of het probleemgedrag er altijd is geweest en slechts versterkt is, of dat het op een bepaald moment is ontstaan. Dit laatste kan een aanwijzing zijn voor een reactie op een situatie of gebeurtenis in plaats van een borderlineproblematiek. Het is dan zaak om te kijken of de oorzaak van het probleem opgespoord kan worden.

De diagnose 'borderline' heeft zich inmiddels ontwikkeld als een soort 'vuilnisbak van de psychiatrie'. Verschillende problemen worden onder dit etiket ondergebracht, waaronder ernstige psychotische stoornissen alsook gehechtheidsproblemen, maar vooral stoornissen in de aandachtshouding.

DE SCHREEUW OM AANDACHT

De meeste mensen met de diagnose borderline zijn in feite met een grote schreeuw om aandacht bezig en proberen deze aandacht op een niet altijd even goede manier te veroveren. Grote leugenachtige verhalen kunnen de omgeving tot wanhoop en uiteindelijk tot een afstandelijke houding brengen, waardoor de borderliner zich alleen maar ongelukkiger voelt. Het is noodzakelijk om te

laten voelen dat men de persoon niet wil laten vallen, ook als men het gedrag niet altijd kan tolereren. Verschil maken tussen gedrag en persoon is zeker voor de borderliner van het grootste belang.

Met name moeders binnen de jeugdhulpverlening hebben vaak te maken met deze problematiek. Naast hun 'felle' lichaam, heeft hun geschiedenis van een onveilige opvoeding met een onveilige gehechtheid, ervoor gezorgd dat ze niet goed weten hoe ze aandacht moeten vragen op een positieve manier. Hun hormonale conditie gekoppeld aan hun geschiedenis geeft ze een gevoel van leegte die door bevestiging van de omgeving gevuld zou moeten worden met positieve aandacht. Dit is voor de omgeving niet haalbaar en zo lopen ze vast, ook in het vormen van duurzame relaties. Hun nood wordt niet gelenigd, zoals ze vaak hopen, door het kind dat geboren wordt. Het kind loopt daardoor het risico uit huis geplaatst te worden en in het gunstigste geval in een pleeggezin terecht te komen. De vicieuze cirkel herhaalt zich wanneer dit pleegkind met een dergelijke geschiedenis ook de hormonale aanleg van de moeder heeft geërfd.

Voor het pleeggezin is vervolgens het probleem dat ze de geschiedenis van het kind onvoldoende kennen en zo het vreemde gedrag niet altijd kunnen plaatsen en het, soms ten onrechte, wijten aan de levensloop van het kind in plaats van aan de aanleg. Het begrijpen van het kind wordt moeilijker naarmate de pleegouders minder de jonge jaren

van het kind hebben meegemaakt. Zeker tijdens de puberteit komen pleegouders dan voor een vreselijk moeilijke en angstige taak te staan. Vanuit haar of zijn nood zal het kind zich soms zeer manipulatief opstellen om de gewenste aandacht te verkrijgen en tegelijk niet echte relaties met de pleegouders en leden van het gezin aan kunnen gaan. Een kind dat echter voor of na de puberteit deze verschijnselen niet vertoont, laat zien dat niet de borderlineproblematiek speelt, maar andere onderwerpen.

COGNITIEVE THERAPIE

De hulp aan kinderen en volwassenen met een stoornis in de aandachtshuishouding, vaak borderline genoemd, is in eerste instantie het met engelen geduld opbouwen en vasthouden van de relatie. Het is zaak om het kind te laten weten dat het gedrag afgewezen kan worden, maar de persoon niet. De grens naar het gedrag stellen is noodzakelijk en ook helpend. Het kind moet ervaren dat het aandacht en liefde krijgt voor wie het echt is. Iedere gelegenheid die zich op dat gebied voordoet, moet als het ware benut worden. Daarnaast moet men zich realiseren dat dit kind kampt met felle emoties en meer steun en aandacht nodig heeft dan het gemiddelde kind. De vraag om bevestiging lijkt onuitputtelijk en moet toch steeds beantwoord worden. Het is belangrijk dat het kind ook zelf leert herkennen dat de emoties vanuit het lichaam buiten proporties worden gestuurd.

Een kind met een stoornis in de aandachtshuishouding heeft verstoorde ideeën over zichzelf en

de relatie tot de omgeving. Dit kind heeft vaak een sterke neiging tot zwart-wit denken, generaliseren en absoluteren. Het hebben van verstoorde denkbeelden (cognities) betekent dat ze veel baat kunnen hebben bij cognitieve gedragstherapieën (de moderne vorm van gedragstherapie, waarbij gedachtenkronkels aangevallen worden) wanneer deze uitgevoerd worden op basis van een vertrouwensrelatie en op basis van warmte. ■

Dr. Martine F. Delfos is klinisch psycholoog.

Literatuur

- Delfos, M.F. (2000). *Kinderen en gedragsproblemen. Angst, agressie, depressie en ADHD. Een biopsychologisch model met richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lineham, M. (1996). *Borderline Persoonlijkheidsstoornis*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Meekeren, E. van., Jong, J. de. & Schutte, T. (1995). *De Borderline Stoornis. Informatie voor patiënten, familieleden en betrokkenen*. Intervisiegroep Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest. Amsterdam: Lundbeck.
- Nicolaï, N. (1995). Borderline: een nieuwe vrouwenziekte? In: *Opzij*, 9, 32-35.
- Tilburg, W. van. Brink, W. & Arntz, A. (1998). *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

TIPS

- bedenk of de problematiek ooit een aanvang heeft genomen
- blijf werken aan de vertrouwensrelatie
- blijf zien dat er oprecht behoefte is aan aandacht
- probeer constructieve aandacht te geven
- probeer duidelijk te maken dat je de persoon waardeert, maar het gedrag afwijst
- val de verkeerde denkbeelden aan
- zoek hulp als de druk op het gezin te groot wordt
- zoek hulp als je het gevoel hebt dat de aangeboden hulp steeds afketst