



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# De borderline persoonlijkheidsstoornis: emotie, cognities en preoccupaties

Wies van den Bosch\*

---

## Samenvatting

*De relatie tussen hulpverleners en cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis verloopt moeizaam. Wederzijdse frustraties en manipulaties leiden tot minimale therapietrouw en hoge drop-out. Hieraan dragen preoccupaties van cliënten bij, maar ook die van hulpverleners. Dit artikel beschrijft deze preoccupaties, waarbij onder andere uitgegaan wordt van het gedachtegoed van Linehan's dialectische gedragstherapie. Omdat de preoccupaties van cliënten en hun daaruit voortvloeiende neiging een zwaar emotioneel appèl te doen op hulpverleners juist onderdeel uitmaakt van de stoornis, moeten in eerste instantie de preoccupaties van de hulpverleners veranderen. Om dat te bereiken moeten hulpverleners zich bewust worden van hun attitudes, zich informeren over de stoornis, opnieuw leren kijken en onbevooroordeeld luisteren naar wat de cliënt laat zien. Hulpverleners moeten 'mindful' worden.*

## Inleiding

De relatie van cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis met de hulpverlening is vaak problematisch. De relatie wordt gekarakteriseerd door wederzijdse frustraties, manipulaties, minimale therapietrouw en hoge drop-out (en push-out) cijfers. Hierbij spelen (disfunctionele) cognities en preoccupaties van zowel de cliënt als de therapeut een grote rol. Deze bemoeilijken het aangaan en handhaven van een goede therapeutische relatie. Vandaar dat ze in deze bijdrage beide, zowel de cliënt als therapeut, aan bod komen.

## De borderline persoonlijkheidsstoornis

### Problematiek

In dit artikel wordt uitgegaan van de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) volgens de DSM-IV (APA, 1994). Voor een beschrijving van de ontwikkeling van het borderline concept verwijzen we naar Van den Bosch (2003a).

De borderline persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een duurzaam patroon van instabiliteit op het gebied van affectregulatie, impulscontrole, interpersoonlijke relaties en zelfbeeld. Klinische tekenen van de stoornis omvatten emotie-disregulatie,

---

\* DR. L.M.C. VAN DEN BOSCH is behandelinhoudelijk eindverantwoordelijke van het forensisch psychiatrisch instituut Oldenkotte te Rekken. Daarnaast is zij als DGT-psychotherapeut werkzaam bij de polikliniek van dezelfde instelling. Ze is ook hoofdtrainer en supervisor dialectische gedragstherapie. Correspondentie: Forensisch Psychiatrisch Ziekenhuis Oldenkotte, Kievenneweg 18, 7157 CC Rekken; tel: +31(0)620490230; E-mail: wiesvdbosch@planet.nl.

impulsieve agressiviteit, herhaaldelijke zelfverwonding en chronische suïcidale tendensen, die er samen voor zorgen dat de cliënten veelvuldig gebruik maken van de geestelijke gezondheidszorg (Van den Bosch, 2003a). Emotionele kwetsbaarheid en verlies van impulscontrole zijn zo prominent aanwezig dat de stoornis ook wel als 'hyperarousal discontrole-syndroom' bekendstaat (Bohus, Schmahl, & Lieb, 2004). De prevalentie van de borderline persoonlijkheidsstoornis binnen de Nederlandse bevolking wordt geschat op 1 tot 2%. Van alle personen met BPS sterft uiteindelijk 7 tot 9% als gevolg van suïcide. Er is veelal sprake van comorbiditeit (Zanarini et al., 1998), zoals middelenmisbruik (Ingenhoven, 1990; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000; Van den Bosch, Verheul, & Van den Brink, 2001), trauma (Salzman et al., 1993), en posttraumatische stressstoornis (Swartz, Blazer, George, & Winfield, 1990; Zanarini et al., 1998). Effectieve medicamenteuze behandeling is nog niet mogelijk.

De borderline persoonlijkheidsstoornis behoort tot de meest stigmatiserende psychische stoornissen (Stone, 1993). Volgens Stone zien we pas wie onze borderline cliënten zijn als zij weigeren de spreekkamer te verlaten op het moment dat de tijd voorbij is, of als zij binnenkomen met hun pols in het verband – ten gevolge van automutilatie – of als zij ons om 2 uur in de ochtend bellen vanwege een crisissituatie, die in onze ogen gemakkelijk voorkomen had kunnen worden.

De borderline persoonlijkheidsstoornis is een ernstige en voor de cliënt (en zijn/haar omgeving) op alle levensgebieden ingrijpende stoornis. Met de term 'borderline' wordt vaak niet alleen borderline problematiek bedoeld, maar ook een mengeling van stoornissen binnen een context van chaos (Beck & Freeman, 1990).

### ***Het beloop van de stoornis***

De eerste symptomen dienen zich aan in de adolescentie, een turbulente periode tussen het 18<sup>de</sup> en 24<sup>ste</sup> levensjaar. Tussen de 30 en 40 neemt de ernst van de symptomen af, met name op het gebied van impulsief zelfbeschadigend gedrag, zodat vaak niet meer aan de criteria van de stoornis wordt voldaan (Paris, 1993). Na het 50<sup>ste</sup> levensjaar nemen symptomen als alcoholmisbruik en depressiviteit vaak weer toe en verslechtert het gehele functioneren (Sansone, Gaither, & Songer, 2002; Teunisse, 1990).

### ***Theorieën en behandeling***

Oorzakelijke factoren van de stoornis zijn slechts ten dele bekend, maar vaststaat dat genetische factoren en negatieve ervaringen gedurende de kindertijd, zoals fysiek en seksueel misbruik, bijdragen aan de ontwikkeling van de stoornis (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Soms is er ook een klinische basis voor het hulpeloze, wantrouwige en angstige gedrag van cliënten. Zo blijken ze slecht te worden behandeld door crisisafdelingen, zeker als ze automutileren, en raken ze opnieuw getraumatiseerd door deze ervaringen (Starr, 2004).

Over het ontstaan van de problematiek wordt verschillend gedacht. Hierover zijn onder andere de volgende ideeën naar voren gebracht:

- kenmerkende schemamodi (schema-focused therapy; Young, 1990);

- interactie tussen basisassumpties over het zelf en de wereld met dichotoom denken en een zwak identiteitsgevoel (cognitive therapy; Beck & Freeman, 1990);
- emotioneel disfunctioneren (dialectische gedragstherapie; Linehan, 2002);
- het onvermogen te reflecteren over de geestelijke staat van zichzelf en van anderen, los van gebeurtenissen die de oorzaak van deze conditie kunnen zijn geweest (mentalisation-based treatment; Bateman & Fonagy, 2004);
- psychodynamische oorzaken zoals verwoord in de transference-focused therapy, een behandeling die is gebaseerd op het object-relatiemodel en de theorieën van Kernberg (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2004).

Dialectische gedragstherapie (DGT) en mentalisatie zijn empirisch gevalideerde behandelvormen voor patiënten die geen controle hebben over hun gedrag (APA, 2001), al moet worden opgemerkt dat gefundeerde kritiek is geleverd op de empirische validatie van Bateman's programma (Paris, 2002).

## **Cognities en preoccupaties van de borderline cliënt**

De basiscognities van waaruit borderline cliënten opereren, zijn afhankelijkheid, hulpeloosheid, wantrouwen, angst voor afwijzing en verlating, angst voor het verliezen van emotionele controle en extreem aandacht zoekend gedrag (Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002).

Voor suïcidale borderline cliënten is het leven een hel. Dichotoom denken is een van de cognitieve vertekeningen die in de informatieverwerking kunnen optreden. Bij borderline individuen wordt dichotoom denken gezien als een van de meest problematiserende factoren. Dichotoom denken is de neiging om ervaringen in termen van wederzijds uitsluitende categorieën te waarderen, in plaats van op een continuüm. Het is de wereld in zwart-wit verdelen, in goed en slecht. Het resultaat van dit soort denken is dat gebeurtenissen altijd in extremen worden geïnterpreteerd. Er bestaat geen grijs gebied in het denken. Een fout betekent totale waardeloosheid ('Ik ben niets waard'), een succeservaring betekent 'Ik doe het perfect'.

Het spreekt voor zich dat denken in extremen ook tot extremen in emoties en gedrag leidt. Borderline individuen kunnen emotionele extremen niet hanteren. Dit leidt tot emotionele onregeling en problemen op cognitief, relationeel en emotioneel gebied en tot gedragsproblemen. Problematisch gedrag ontstaat doordat het individu de vaardigheden mist om effectief met deze onregeling om te gaan en het emotionele evenwicht te herstellen. Voorbeeld: een cliënt ervaart toenemende spanning in de relatie met haar partner rondom het uitvoeren van huishoudelijke taken. De cliënt denkt: 'Als ik hem erop aanspreek, zal hij bij me weggaan.' De preoccupatie is de angst om verlaten te worden. In plaats van de spanning te bespreken, automutilieert zij. De spanning wordt gereduceerd tot nul, de partner reageert geschokt en zorgt voor haar. Het evenwicht is hersteld, totdat een nieuwe spanningsbron zich aandient, bijvoorbeeld schaamte over de automutilatie.

Borderline cliënten zien oorzaak en gevolg als direct met elkaar verbonden en hebben onvoldoende cognitieve flexibiliteit om de eigen cognities onder de loep te nemen, om te reflecteren. Een exemplarisch voorbeeld dat vaak een ernstige belemmering van de therapie vormt, is het zwart-wit denken over de therapeut en de therapie: 'Deze

behandeling zal mij redden, deze therapeut is de enige die ertoe in staat is mij te redden. Als ik dit programma mag volgen, wordt alles direct beter.' De therapeut en de therapie worden geïdealiseerd, totdat het beeld in duigen valt. De therapeut belt bijvoorbeeld niet direct terug in een noodsituatie, of glimlacht tijdens het bespreken van een ernstige situatie. Dan volgt diepe ontgoocheling, schaamte, kleinering van de therapeut en actieve zelf-invalidatie. 'Deze therapeut kan mij niet helpen. Deze hele therapie is niets waard. Niets kan mij helpen, ik ben niets waard.' Door alles heen speelt de hoop dat de therapeut de negatieve kernopvattingen ('Ik ben niets, ik ben machteloos') zal ontkrachten.

---

### ***Mevrouw Willems***

*Na een zeer geslaagde therapieperiode met een intense werkrelatie en afname van problematiek neemt het (para)suïcidale gedrag van mevrouw Willems plotseling in ernst toe. Nadere analyse brengt aan het licht dat zij voordat de problemen erger werden, begon te vermoeden (al dan niet op aangeven van de therapeut) dat het eindpunt van de therapie nadert. De wijze waarop mevrouw Willems dit naderende eindpunt interpreteerde ('Ik ben kwetsbaar, ik red het niet alleen, als de therapie nu stopt ben ik verloren'), maakte dat ze werd overmand door emoties. Ze is zo gepreoccupeerd met verlaten dat ze haar angst niet ter sprake brengt, en geen aandacht meer besteedt aan het controleren van haar emoties en aan het toepassen van vaardigheden. Gevolg is het toenemen van parasuïcidaal gedrag.*

Zwart-wit denken wordt werkelijk problematisch door de sterke emotionele lading die de cliënt geeft aan gebeurtenissen en aan gedrag van zichzelf en van anderen. De cognities worden emotioneel beladen thema's, die het leven van de borderline cliënt sturen. Het lijkt er bij deze individuen op alsof (gebrek aan) controle en (gebrek aan) zelfvalidatie dé centrale preoccupaties zijn. Validatie betekent hier 'acceptatie van de persoon, zoals zij is op dit moment'. Enerzijds lijkt het individu volledig gericht op controle over (verandering van) emoties en gedrag, omdat de emoties en het eigen gedrag vrijwel altijd als negatief en inadequaat worden gezien; anderzijds wil de cliënt gevalideerd worden, erkenning krijgen voor de emotionele pijn die ze voelt. In het dagelijks leven en in contact met de behandelaar komen deze dilemma's als preoccupaties naar voren. Centrale thema's zijn daarbij wantrouwen 'Ben ik wel gemotiveerd genoeg?', angst voor afwijzing 'Ben ik wel de moeite waard?' en angst voor het verliezen van emotionele controle: 'Kan ik deze therapie wel aan?'. Met name de vraag 'Ben ik het waard om te leven?', kleurt alle interacties van de cliënt.

### ***Het ontstaan van borderline preoccupaties: dialectische gedragstherapie***

Dialectische gedragstherapie (Linehan, 1996; 2002) is een vorm van cognitieve gedragstherapie die werd ontwikkeld voor de behandeling van chronische, suïcidale borderline cliënten. Dialectische gedragstherapeuten definiëren de borderline persoonlijkheidsstoornis als het gevolg van de transactie tussen disfunctioneren van het emotie-reguleringsstelsel (de biologische component) en een invaliderende omgeving (de sociale component). De in aanleg gegeven emotionele kwetsbaarheid wordt gekarakteriseerd door een sterke gevoeligheid voor en sterke reactie op emotionele stimuli, en door trage terugkeer naar het basisniveau. Een invaliderende omgeving beschadigt de basale ervaringen en gevoelens van het individu door ze te

zien als ongepast en als niet van toepassing zijnde. De invaliderende omgeving straft bovendien, op extreme en vasthoudende wijze, de gedragingen die het individu op basis van de ervaringen en gevoelens genereert. Communicatie over door het individu zelf beleefde ervaringen (bijvoorbeeld 'Ik voel me verdrietig') wordt gezien als ongepast of onaangepast ('Je bent niet verdrietig! Waarom zou je verdrietig zijn?'). Gevolg van dit alles is dat het individu niet meer durft te vertrouwen op wat ze ervaart en voelt als innerlijke representatie van de werkelijkheid.

De transactie tussen borderline cliënten en hun omgeving kan als volgt in kaart worden gebracht:

- De cliënt ervaart een stimulus (kritiek tijdens een bespreking).
- Neurochemische en lichamelijke processen (spierspanning) komen op gang.
- Deze leiden tot een bepaalde lichaamshouding, gezichtsuitdrukking en actie (terugtrekken).
- De cliënt benoemt het gehele proces vervolgens als een emotie (angst).
- Tot zover is er niets aan de hand. Probleem bij borderline cliënten is dat de reactie op de gebeurtenis, de fysiologische spanning, verbonden raakt met een disfunctionele interpretatie, in de traditionele cognitieve therapie een situationele cognitie genoemd ('Ik ben niet gemotiveerd genoeg'). Deze komt voort uit een tussenliggende opvatting ('Als je maar volledige wilskracht toont, dan ben je de moeite waard', 'Als ik maar doe of ik het kan, dan zullen anderen me niet afwijzen'), die op haar beurt weer gebaseerd is op kernopvattingen die de cliënt heeft ten opzichte van zichzelf ('Ik ben kwetsbaar, ik ben hulpeloos, ik ben intrinsiek onacceptabel, ik ben slecht'), van anderen ('Anderen zijn sterk, anderen zijn beter, anderen zijn gevaarlijk') en van de wereld ('De wereld laat mij in de steek').
- Het totaal wordt nog problematischer door de invloed van de omgeving, die onderstreept dat alle problemen gemakkelijk zijn op te lossen ('Je hoeft het alleen maar echt te willen'), en wilskracht tot de oplossingsstrategie maakt ('Als je maar wilt, kun je het'). In de praktijk zien we de resultaten van deze interacties terug. Voorbeeld: een cliënt wordt naar huis gestuurd, omdat zij het anti-automutilatiecontract heeft overtreden. De preoccupatie van de cliënt ('Ben ik wel gemotiveerd genoeg?') wordt beantwoord met 'nee', gebaseerd op de preoccupatie van de behandelaars ('Borderline cliënten zijn onbehandelbaar. Is deze automutilatie niet eigenlijk bedoeld om de behandeling [mij] te laten mislukken?').

### ***Het veranderen van preoccupaties: creëren van bewustzijn***

Basaal ligt de oplossing van borderline problematiek in de ontkoppeling van de emotie-disregulatie en het probleemgedrag. Het sterkste middel daartoe is de cliënt te laten ervaren dat haar cognities niet kloppen (met name dat de realiteit niet zwart-wit is) en dat ze preoccupaties kan toetsen. Dit kan met een gestructureerd en geprotocolleerd behandelprogramma, zoals dialectische gedragstherapie (zie voor een beschrijving van het programma en de uitgangspunten Van den Bosch, 2003a; Van den Bosch & Meijer, 2002). Verandering in ernst van problematiek kan dan ook gemeten worden, onder meer aan de hand van veranderingen in de redenen om geen suïcide te plegen (Arntz, Dreessen, Schouten, & Weertman, 2004; Rietdijk, Van den Bosch, Verheul, Koeter, & Van den Brink, 2001). Die richting loopt van de 'hulpeloze' cognities ('Mijn leven zal een hel blijven, wat ik ook doe', 'Anderen zijn beter af zonder mij') naar zelfredzame overtuigingen ('Problemen zijn oplosbaar').

In alle behandelvormen die inmiddels enigszins effectief gebleken zijn (dialectische gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, mentalization), lijkt de toepassing van 'mindfulness' (bewustzijn) en mindfulness skills (bewustzijnsvaardigheden) een belangrijke rol te spelen. Mindfulness helpt in het terugdringen van stress en het verhogen van copingvaardigheden. Het vermindert negatieve emoties, ook bij behandelaars (Beddoe & Murphy, 2004). Toepassing van dialectische gedragstherapie verandert disfunctionele cognities (Linehan, Armstrong, & Suarez, 1991; Rietdijk et al., 2001).

Mensen nemen binnen of buiten zichzelf een gebeurtenis (de werkelijkheid) waar en koppelen er een interpretatie aan. De reactie die op de gebeurtenis volgt, is vooral een gevolg van de interpretatie van die gebeurtenis. Bij individuen met borderline problematiek is deze interpretatie disfunctioneel en daardoor gaan zij actief zelf-invalideren. Bewustzijnsvaardigheden moeten ertoe leiden dat de cliënt zich bewust wordt van al datgene wat buiten en binnen haarzelf plaatsvindt en dat ze dit accepteert. De cliënte leert om stil te staan bij haar zintuiglijke waarnemingen, zonder hier direct een oordeel aan te koppelen. Ze leert de werkelijkheid te zien in al haar nuances, die dus niet zwart-wit zijn.

Bewust ervaren of onbevooroordeeld waarnemen maakt het mogelijk een reactie uit te stellen. Wanneer de cliënt zich bewust is van de manier waarop ze interpreteert en vervolgens op een realistische wijze naar gebeurtenissen leert kijken, ontstaat ruimte om over een efficiënte, op een accuraat oordeel gebaseerde actie na te denken en deze uit te voeren. In de ademhalings- en concentratieoefeningen die de kern vormen van de bewustzijnsoefeningen van dialectische gedragstherapie, heeft het 'bewust-zijn' letterlijk het karakter van een adempauze. Wellicht is de belangrijkste toevoeging van mindfulness op cognitieve modificatie dat het niet direct gericht is op het wijzigen van de disfunctionele opvattingen, maar op het wijzigen van het proces (het zich de-identificeren, losmaken van de cognities).

Bewust ervaren is een eerste stap bij het oplossen van de problematiek. Voorwaarde is acceptatie van datgene wat waargenomen wordt. Zonder acceptatie is geen onbevooroordeeld waarnemen mogelijk. De therapeut kan door validatie de pijn verminderen die voortkomt uit de disfunctionele cognities als 'Ik ben slecht'. Dit kan de therapeut bijvoorbeeld door te zeggen: 'Je gedrag is volkomen logisch, gezien de situatie waarin je je bevond.' Maar de pijn die voortkomt uit werkelijk verlies of uit traumatische ervaringen kan alleen worden opgelost door absolute acceptatie van de emoties door de cliënt.

Vanzelfsprekend is het, ten slotte, belangrijk om inzicht te geven in de stoornis en de behandelmethoden, om commitment te krijgen van de cliënt over doelen van de therapie, en om de cliënt waar nodig te coachen als het gaat om het veranderen van de cognities en preoccupaties.

## **Cognities en preoccupaties van de therapeut**

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis gedragen zich onaangepast en impulsief. Hulpverleners voelen zich vaak door borderline patiënten gemanipuleerd en hebben dan ook minder sympathie voor deze patiënten, hoewel dat schijnt te variëren

met de sekse van de hulpverlener. Zo vonden Morey en Ochoa (1989) dat bij de borderline persoonlijkheidsstoornis vrouwelijke hulpverleners overrapporteren en mannen juist onderrapporteren, omdat die gecharmeerd zijn van die 'leuke meisjes'. Hulpverleners voelen zich ook minder optimistisch ten aanzien van mogelijke behandeling dan bij behandeling van patiënten met andere problematiek (Markham & Trower, 2003). Omgaan met BPS-cliënten wordt door 80% van de hulpverleners als zwaar tot zeer zwaar beoordeeld en als moeilijker dan met andere patiënten (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002). Borderline cliënten worden gezien als niet gemotiveerd (ze lopen uit sessies weg), als cliënten die niet echt behandeld willen worden (ze breken vaak de behandeling af) en als cliënten die zorgen voor het afbranden van therapeuten en het splitsen van teams. Vaak beperken hulpverleners het aantal borderline cliënten in hun case-load, of verwijzen ze hen als 'therapie-resistent'.

De borderline persoonlijkheidsstoornis heeft dus een negatieve klank. Dit heeft tot gevolg dat de meeste therapeuten liever geen hulpverleningsrelatie met deze cliënten aangaan. Gebeurt dat wel, dan is de kans klein dat dit geschiedt op basis van een onbevooroordeelde houding. De bevooroordeelde houding kan zich op twee manieren uiten: een houding die te positief of te negatief is. De te positieve houding wordt ingenomen door de therapeut die ervan overtuigd is deze cliënt te moeten helpen: de 'redder'. De te negatieve positie wordt ingenomen door de therapeut die ervan overtuigd is dat deze cliënt manipuleert en niet behandeld wil worden.

De oorzaak van een te positieve houding (het hulpverlenerssyndroom) ligt nadrukkelijk bij de hulpverlener zelf. De behandeling wordt gestart, omdat hij of zij zogenaamd 'meer begrip heeft voor deze cliënten', 'er speciaal toe in staat is een goede band op te bouwen met de cliënt', of 'duidelijk meer empathie heeft dan anderen'. Het spreekt voor zich dat de preoccupaties van deze hulpverleners, alhoewel ook vanuit emotie gestuurd, anders zijn dan bij degenen die de cliënt te negatief beoordelen. 'Ik moet haar helpen', 'Ik mag niet opgeven' en 'Ik moet er onvoorwaardelijk voor haar zijn' vormen de basis van de interactie. Tegelijkertijd zullen deze preoccupaties er voor zorgen dat de therapeut niet ziet dat hij te veel de kar trekt en daardoor de hulpeloosheid van de cliënt bekrachtigt. Kortom: de preoccupatie van de cliënt ('Ik kan het niet') wordt versterkt door die van de therapeut ('Ik moet het doen'), waardoor de cliënt uiteindelijk niet opknaapt. Preoccupaties als 'Die geweldige therapeut die alles kan, maakt mij niet beter' leiden tot negatieve oordelen over de therapeut ('waardeloze vent') en over zichzelf ('Ik ben waardeloos'). Het eindresultaat is dan ook een gedesillusioneerde en teleurgestelde therapeut.

In het geval van een te negatieve houding wordt de cliënt negatiever bejegend dan andere patiënten. De oorzaak van deze negatieve houding wordt bij de cliënten gelegd. Hen wordt verweten dat zij hun negatieve gedrag en de oorzaken ervan ten gevolge van een gebrek aan wilskracht niet onder controle houden. De preoccupaties van de therapeut zijn hiermee in overstemming: 'Ik moet mijn grenzen bewaken', 'Ik moet afstand houden, anders word ik gebruikt' en 'Ik moet ervoor zorgen niet onderuit gehaald te worden.' Ook hier zal de preoccupatie van de cliënt ('Ik kan het niet') versterkt worden door die van de therapeut ('Ik zie er de zin niet van in'), waardoor de problematiek van de cliënt niet zal afnemen. Het oordeel over de therapeut ('weer zo'n hulpverlener') zal vooral een oordeel over zichzelf zijn ('Niemand kan mij helpen. Ik ben niet te behandelen'). Eindresultaat is een zichzelf invaliderende cliënt en een in zijn opvatting over borderline cliënten bevestigde therapeut.



### ***Behandeling van de behandelaar: verandering van attitude***

Uit onderzoek is gebleken dat veel van de negatieve attitude van behandelaars ten opzichte van borderline cliënten verklaard kan worden door een gebrek aan kennis over de stoornis en haar ontstaan (Van den Bosch, 2003a). Deze negatieve attitude is een rechtstreeks gevolg van disfunctionele opvattingen over patiënten met borderline problematiek ('Deze patiënten zijn er op uit te manipuleren', 'Deze patiënten kunnen niet beter worden'). Daarnaast hebben therapeuten, zoals aangegeven, disfunctionele opvattingen over hun eigen rol in de behandeling van deze problematiek. In programma's waarin de behandelstaf systematisch psycho-educatie ontvangt, verbetert de attitude ten opzichte van patiënten en ten opzichte van elkaar en het uit te voeren werk opzienbarend (McCann, Ball, & Ivanoff, 2000; Trupin, Stewart, Beach, & Boesky, 2002; Van den Bosch, 2003b).

Het is voor het creëren van een goede werkrelatie (en werving van behandelaars) dan ook van groot belang dat het ontstaan en de kenmerken van de problematiek door de hulpverlener begrepen en onderkend worden. De negatieve karakterisering van de kwetsende en manipulerende borderline cliënt moet tot een niet-oordelend en fenomenologisch beschrijvend beeld worden teruggebracht. Zowel Linehan (2002) als Bateman en Fonagy (2004) geven aan dat daarnaast gefocust moet worden op problemen in afstand en nabijheid, en op de niet-realistische verwachtingen ten aanzien van therapeut en therapie, wil het risico op een *burn-out* voor de therapeut verminderd worden. In ieder behandelprogramma voor borderline problematiek moet structureel aandacht worden besteed aan de verstoorte cognities, aan emotie-disregulatie en aan onverwerkte overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens van de therapeut, wil deze gemotiveerd blijven tot het geven van (adequate) behandeling. Van belang is hier om te benadrukken dat met structurele aandacht bedoeld wordt dat aandacht voor behandelaars onderdeel van het behandelprogramma moet zijn en dat de behandelaars de bereidheid moeten hebben om 'behandeld' te worden.

Tot slot: ook bij hulpverleners werkt 'mindful' worden. Uit studies in Amerikaanse gevangenissen blijkt dat wanneer in bewust-zijn geoefend wordt, de neiging daalt om repressief op te treden en het begrip voor de cliënten toeneemt (Berzins & Trestman, 2004).

### **Conclusie**

Borderline problematiek is een ernstige problematiek. Behandeling van borderline cliënten doet een emotioneel appèl op hulpverleners, waardoor een onbevooroordeelde houding van de hulpverlener moeilijk te verwerven en te handhaven is. Borderline cliënten dit appèl verwijten staat gelijk met hen straffen voor hun problematiek. Het zijn dan ook de cognities en preoccupaties van de therapeut die in eerste instantie veranderd moeten worden, zodat de therapeutische relatie effectief kan zijn. Om dat te bereiken moet de behandelaar zich bewust worden van zijn attitude, zich informeren over de stoornis, opnieuw leren kijken en onbevooroordeeld luisteren naar wat de cliënt laat zien. Hij moet 'mindful' worden.

## Abstract

*The relationship between therapists and clients with borderline personality disorder is by definition a difficult one. Mutual frustrations and manipulations result in minimal treatment adherence and a high drop out rate. In part, this is due to clients' preoccupations, but those of the therapists contribute as well. This article describes these preoccupations in light of the basic assumptions of Linehan's dialectical behaviour therapy. Because clients' preoccupations and, consequently, their strong emotional appeal on therapists is part of the disorder, therapists' preoccupations should change first. To achieve this, therapists must become more aware of their attitudes, become better informed about the disorder and learn again to watch and listen without prejudice. They ought to become 'mindful'.*

## Referenties

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1-52 (supplement).
- Arntz, A., Dreesen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1215-1225.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bosch, W. van den, & Meijer, S. (2002). *Zoeken naar balans: Dialectische gedragstherapie van A tot Z*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den (2003a). *Borderline Personality Disorder, Substance Abuse and Dialectical Behavior Therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den (2003b). Pretherapie aan tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis via het Linehan-model: Dialectische gedragstherapie binnen een forensisch psychiatrisch kader. In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (Red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie* (pp. 441-458). Deventer: Gouda Quint.
- Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., & Brink, W. van den (2001). Substance Abuse in Borderline Personality Disorder: Clinical and Etiological Correlates. *Journal of Personality Disorders*; 15(5), 416-424.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive Therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beddoe, A.E., & Murphy, S.O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *Nursing Education*, 43(7), 305-312.
- Berzins, L.G., & Trestman, R.L. (2004). The development and implementation of Dialectical Behavior Therapy in Forensic Settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 93-103.
- Bohus, M., Schmahl, C., & Lieb, K. (2004). New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 43-50.
- Butler, A.C., Brown, G.K., Beck, A.T., & Grisham, J.R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1231-1240.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 52-72.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 186-191.
- Ingenhoven, T. (1990) *De lotgevallen van het borderline-syndroom als DSM-III diagnose: 1980-1990: Tien jaar empirisch onderzoek naar de validiteit van een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., & Suarez, A. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handboek voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Linehan, M.M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: theorie en behandeling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Markham, D., & Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label 'borderline personality disorder' on nursing staff's perceptions and causal attributions for challenging behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 243-256.
- McCann, R.A., Ball, E.M., & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 447-456.
- Morey, L.C., & Ochoa, E.S. (1989). An investigation of adherence to diagnostic criteria: clinical diagnosis of the DSM-III personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 180-192.
- Paris, J. (1993). *Borderline Personality Disorder, Etiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Paris, J. (2002). Commentary on the American Psychiatric Association Guidelines for the treatment of borderline personality disorder: evidence-based psychiatry and the quality of evidence. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 130-134.
- Rietdijk, E.A., Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Koeter, M.J.W., & Brink, W. van den. (2001). Predicting self-damaging and suicidal behaviors in female borderline patients: reasons for living, coping, and depressive personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 512-520.
- Salzman, J.P., Salzman, C., Wolfson, A.N., Albanese, M., Looper, J., Ostacher, M., Schwartz, J., Chinman, G., Land, W., & Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 254-257.
- Sansone, R.A., Gaither, G.A., & Songer, D.A. (2002). Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 215-218.
- Starr, D.L. (2004). Understanding those who self-mutilate. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(6), 32-40.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of Personality*. New York: WW Norton & Company.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Teunisse, R.J. (1990). Het verloop op lange termijn van de borderline-persoonlijkheidsstoornis: een literatuurstudie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, :473-485.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 235-253.
- Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 121-127.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.