

Rouw bij een borderline-persoonlijkeidsstoornis

Iedere crisis is gerelateerd aan een bepaalde verlieservaring

MARSHA LINEHAN

Samenvatting

Er is de laatste vijftien jaar veel geschreven over rouw, maar voor rouw bij mensen die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis ontbreekt die aandacht. In dit artikel staan rouwprocessen centraal bij patiënten met de diagnose borderline-persoonlijkeidsstoornis. Mensen met een borderline-persoonlijkeidsstoornis hebben meer kans op het ontwikkelen van een gecompliceerd rouwproces dan mensen zonder die stoornis. In deze bijdrage wordt de literatuur betreffende de relatie borderline – rouw onderzocht en geïllustreerd met casuïstiek.

Inleiding

De laatste jaren is er zowel in de media als in de psychologische vakliteratuur steeds meer belangstelling voor de dood en de processen van afscheid nemen. De universiteit van Utrecht heeft zelfs een leerstoel verliesverwerking. Er is aandacht voor rouw bij kinderen, rouw bij mensen met een verstandelijke handicap, rouw bij allochtonen en migranten, rouw bij ouderen en rouw na suïcide. Over rouw bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis lijkt nog maar weinig bekend. Dat is opmerkelijk, omdat problemen met het verwerken van verlies frequent voorkomen in de geestelijke gezondheidszorg¹ en er geen reden is om te veronderstellen dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis minder met de dood te maken krijgen. De relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en rouwproblematiek is echter nog onduidelijk en empirisch onderzoek is zeldzaam.^{2,3} Wel bestaan er enkele theoretische beschouwingen en klinische impressies die in dit artikel besproken zullen worden.

Ingenhoven en Van den Brink vonden dat in de geestelijke gezondheidszorg 10 tot 25% van de patiënten de diagnose borderline-persoonlijkeidsstoornis (BPS) hebben.⁴ Het eerste criterium voor deze diagnose in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV TR) is 'krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden'.⁵ Mensen met een BPS hebben vaak moeite met het accepteren en toegeven dat een relatie beëindigd is en dit interfereert

direct met de eerste rouwtaak, namelijk het accepteren van het verlies.^{6,7} Sommige auteurs suggereren dat 'mensen met een borderline-persoonlijkeid zich vaak *persoonlijk* in de steek gelaten voelen en daarom extra veel woede ervaren'.² Er is dus veel te zeggen voor een sterke relatie tussen BPS en rouwproblematiek, maar die wordt nog zelden herkend.

Hypothese

In dit artikel onderzoeken we de hypothese dat BPS een extra risicofactor vormt voor het ontwikkelen van rouwproblematiek. Eerst staan we stil bij rouw en geven kenmerken van gecompliceerde rouw. Vervolgens wordt de aard van BPS in relatie tot rouw vanuit verschillende therapeutische stromingen onderzocht en tot slot worden twee casussen beschreven teneinde theorie en praktijk dichter bij elkaar te brengen.

Anne en Wil

Anne en Wil zijn twee vrouwen met de diagnose BPS. Voor Anne is het overlijden van haar beste vriendin het luxemoment waarop ze wordt opgenomen op een gesloten afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis vanwege suïcidegevaar. Wil rouwt al achttien jaar om haar overleden zoon en de periodes rond zijn verjaardag en overlijdensdag lokken bijna ieder jaar een hevige crisis uit met automutilatie en gedachten aan de dood.

Deze twee casussen worden later in dit artikel uitgewerkt.

Rouw en gecompliceerde rouw

In dit artikel refereert rouw aan de affectieve, cognitieve en gedragsmatige reactie op verlies van een beteke-

C. Völker en J. Derksen

Drs. C. Völker is GZ-psycholoog i.o en werkzaam bij GGZ Noord en Midden Limburg. Hij was tevens verbonden aan Hospice Rozenheuvel, Rozendaal.

Prof.dr. J.J.L. Derksen is klinisch psycholoog en psychoanalytisch psychotherapeut. Hij is universitair hoofddocent psychodiagnostiek aan de St Radboud Universiteit, Nijmegen, en hoogleraar psychodynamische psychotherapie aan de Vrij Universiteit, Brussel. Voorts werkt hij in een eerstelijns psychologenpraktijk.

Correspondentieadres:
e-mail: cvolker@ggznl.nl /
jjlderksen@planet.nl

nisvolle ander door de dood. *Rouw omschrijven we als een normale en natuurlijke reactie op betekenisvol verlies.*⁸ Vaak kent rouw een begin van verdooving, shock en ontkenning. Vervolgens dringt het besef van het verlies door, samen met alle pijnlijke affecten, om als laatste te integreren met acceptatie en een nieuw besef van realiteit.^{3,7}

In de voetsporen van de recent overleden psychiater Elisabeth Kübler-Ross is veel onderzoek gedaan naar rouwverwerking. Over rouw als vastomlijnd proces, zoals oorspronkelijk in 1969 door Kübler-Ross voorgesteld, kan tegenwoordig niet meer worden gesproken. Rouw als reactie op verlies is een complex geheel en voor ieder individu verloopt het proces anders. Sommige nabestaanden zeggen nauwelijks last te hebben van het verlies, terwijl bij anderen een heel scala aan emoties de revue passeert.^{3,9-11} De verschillende rouwreacties zijn vaak het hevigst in de eerste maanden na overlijden, maar blijven ook enige jaren na dato nog voortbestaan.¹²

Sommige auteurs menen dat de verschillen tussen 'normale' rouw en gecompliceerde rouw liggen in intensiteit, uitingsvormen, dynamiek en duur van de rouwreacties.⁸ Wat normaal is en wat niet, blijkt echter sterk cultureel bepaald.¹⁰ Ondanks het feit dat er steeds meer gepubliceerd wordt over 'traumatische grief', in het Nederlands vertaald als *gecompliceerde rouw*, heeft de bijbel op het gebied van classificatie, de DSM, hiervoor geen aparte categorie ingeruimd.⁵ Bij 'niet-normale rouwreacties' krijgen mensen die na twee maanden of langer nog steeds intens rouwen, nu van de DSM diagnoses als 'depressieve stoornis', of wordt er gesproken over aanpassingsproblematiek. Een rouwstoornis is er in DSM-termen niet. Onderzoeksgroepen van onder meer Prigerson hebben een aantal criteria geformuleerd als opzet voor opname van de stoornis 'gecompliceerde rouw' in een nieuwe DSM (tabel 1).¹³ Factoranalytisch onderzoek onderscheidt twee dimensies bij gecompliceerde rouw. Enerzijds is er sprake van *scheidingsangst* ('*separation anxiety*', zie criterium A). Er is een verlangen of zoeken naar de overledene en er zijn gevoelens van eenzaamheid. Anderzijds vonden de onderzoekers de factor *traumatische stressreacties* ('*traumatic distress*', zie criterium B).¹² Hierbij zijn er symptomen zoals doelloosheid, verdooving, leegte en excessieve prikkelbaarheid.

Zowel scheidingsangst als symptomen van posttraumatische stress komen voor bij de BPS. Ook de beschrijvende DSM-criteria van de BPS vertoont de nodige overlap met criterium B van gecompliceerde rouw. Bij beide diagnoses zien we gevoelens van nutteloosheid en wantrouwen, prikkelbaar reageren en schadelijke gedragingen. Het is niet moeilijk voor te stellen dat een patiënt met een BPS snel aan de vereiste vier kenmerken van criterium B zal voldoen. Alleen al het hebben van de DSM-diagnose BPS leidt ertoe dat deze groep vaker de diagnose gecompliceerde rouw krijgt.

Wat het herkennen van gevoelens van rouw bij een patiënt met een BPS tevens lastig kan maken, is dat typische rouwgevoelens zoals depressiviteit, woede, wanhoop en verdriet, ook horen bij de kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Het onderscheid tussen de

Tabel 1. Gecompliceerde rouw (voorgestelde criteria Prigerson¹³).

<i>Criterion A</i>	
1	De persoon heeft het overlijden van een belangrijke andere meegemaakt.
2	De reacties omvatten drie van de volgende vier symptomen, die ten minste soms ervaren worden: plotseling opkomende gedachten over de overledene, verlangen naar de overledene, zoeken naar de overledene, eenzaamheid ten gevolge van het overlijden.
<i>Criterion B</i>	
Als reactie op het overlijden zijn ten minste vier van de volgende acht symptomen onmiskenbaar aanwezig:	
1	Doelloosheid, of gevoel van nutteloosheid over de toekomst.
2	Subjectief gevoel van verdooftheid, onthechting of emotioneel reageren.
3	Problemen met het onder ogen zien van het overlijden (ongeloof).
4	Het gevoel dat het leven leeg of zonder betekenis is.
5	Het gevoel dat een deel van zichzelf samen met de ander is gestorven.
6	Het beeld van de wereld is stukgeslagen (bijvoorbeeld geen gevoel van veiligheid, vertrouwen of controle).
7	Neemt symptomen of schadelijk gedrag over van de overledene of gedrag dat met hem/haar verband houdt.
8	Excessieve prikkelbaarheid, verbittering of boosheid in verband met het overlijden.
<i>Criterion C</i>	
De duur van de stoornis (de genoemde symptomen) is ten minste twee maanden.	
<i>Criterion D</i>	
De stoornis veroorzaakt een klinisch significante verslechtering in de sociale en beroepsmatige sfeer, of op andere belangrijke levensgebieden.	

BPS en gecompliceerde rouw blijkt geen eenvoudige zaak, mede omdat rouwreacties vaak ook worden gezien als niet-zo-verschillend van de algemene borderline-reacties.

Daarnaast zien we bij de BPS snelle wisselingen in de gemoedstoestand. Een crisis kan onverklaarbaar snel ontstaan en even vlug weer verdwijnen. Dit kan bij de omgeving de indruk wekken dat het met de rouwgevoelens wel meevalt en daardoor worden geplaatst binnen de 'typische borderline-problematiek'. Hierdoor kunnen rouwreacties over het hoofd worden gezien en kan adequate behandeling worden gemist.

Algemene risicofactoren voor het ontstaan van gecompliceerde rouw

Er worden vele factoren genoemd die een risico vormen voor het ontstaan van gecompliceerde rouw. Deze vallen onder: *de aard en omstandigheden van het overlijden, kenmerken van de rouwende, de aard van de relatie met de overledene en de beschikbaarheid van sociale steun voor de rouwende.*^{3,14} Enkele relevante aspecten hiervan zullen we belichten aan de hand van de literatuur en een casus.

Ambivalentie

Eén van de grootste risicofactoren voor het optreden van gecompliceerde rouw is het hebben van een ambivalente relatie met de overledene.^{2,15} Sigmund Freud beschreef dit al in 1917. Het éne moment ervaart de nabestaande zeer positieve gevoelens naar de overledene, terwijl hij even later uitsluitend negatieve herinneringen lijkt te hebben. Naast verdriet is er bijvoorbeeld veel boosheid bij de nabestaande. Een ambivalente relatie kenmerkt zich door veel conflicten en wisselingen in affectiviteit.² De instabiele intermenselijke relaties van de BPS vormen in dit opzicht een kwetsbaarheid. Dit komt tot uitdrukking in idealiseren en devalueren van de overledene, alsmede de snelle wisselingen hiertussen. Dit compliqueert de rouw. Een conflictueuze relatie zorgt dan voor conflictueuze rouw.^{16,17}

Afhankelijkheid

Behalve instabiliteit speelt ook afhankelijkheid als risicofactor een rol. Een ongezonde afhankelijkheidsrelatie maakt kwetsbaar voor hevige rouw. Parkes en Weiss noemen hier het 'dependent-grief syndrome' waarbij het vastklampen aan de overledene een gevolg is van sterke afhankelijkheid en gebrek aan zelfvertrouwen.¹⁷ Het ontbreken van een evenwicht tussen afhankelijkheid en autonomie komt veelvuldig voor bij de BPS en kan voor een crisis zorgen in het onthechten.^{18,19} Enerzijds is er behoefte aan verzorging en intimiteit en anderzijds is er de angst voor verlating en kwetsing.

Verlieservaringen

Verlieservaringen op jonge leeftijd zijn volgens vele auteurs psychologische risicofactoren voor het ontstaan van de BPS.^{4,20} Door nieuwe verlieservaringen van een patiënt met een BPS kunnen vervolgens oude trauma's weer opleven.^{19,21} Dit fenomeen zien we ook bij normale rouw, maar men mag verwachten dat dit reacteren van oude verliezen en trauma's bij de BPS veel frequenter en intenser zal voorkomen. Hier voltrekt zich een interessant mechanisme: het hebben van trauma's in de verlieswerking speelt een rol bij het ontstaan van de BPS. Het hebben van de BPS maakt vervolgens weer kwetsbaar voor het ontstaan van gecompliceerde rouw en nieuwe verliezen.

Sociale steun

Sociale steun, en vooral 'ervaren tevredenheid over de sociale steun', heeft vaak een positief effect op de rouwverwerking en het welbevinden van nabestaanden.^{2,11} Contact met anderen lijkt van wezenlijk belang. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen en met de BPS in het bijzonder manifesteren hun stoornis vaak in contact met anderen. De patiëntenverenigingen noemen zichzelf ook 'moeilijke mensen'. En moeilijke mensen verliezen door hun gedrag vaak veel steun. Het impulsieve en vaak emotionele gedrag van patiënten met een BPS zorgt ervoor dat vriendschappen niet lang stand houden en familiecontacten onder spanning komen te staan. In tijden van rouw is er dan weinig sociale steun beschikbaar.

Casus Anne

Anne is een 41-jarige vrouw met de diagnose borderline-persoonlijkheidsstoornis. Na het overlijden van haar geliefde vriendin/huisgenoot bracht ze een week lang in een toestand van verdoving door. Nadat het besef van het verlies doordrong, ontstond er een acute crisissituatie, waarop ze op een maximaal veilige, gesloten afdeling werd opgenomen. Na zes relatief stabiele jaren in een sociowoning van een psychiatrisch ziekenhuis heeft ze ineens een actuele doodswens. Ze 'ziet' haar geliefde huisgenoot nog dagelijks. Freud zou dit waarschijnlijk hebben geduid als een hallucinatorische wenspsychose, voortkomend uit het verzet tegen de realiteit. 'En als ik haar zie, gaat mijn hand zo door haar heen.' Ze wil zich bij haar voegen en ervaart haar leven zonder de vriendin als leeg en zinloos.

Ambivalentie. Wat de relatie tussen Anne en de vriendin bemoeilijkte, was het feit dat Anne sterke liefdesgevoelens had die de vriendin niet kon beantwoorden. Anne zocht ook naar tekenen die deze afwijzing deden verbleken en idealiseerde hun relatie. Tijdens de begeleidende gesprekken kwam deze ambivalentie met moeite op tafel. Negatieve gevoelens naar de vriendin kon Anne nauwelijks verdragen.

Afhankelijkheid. Anne gaf tijdens de behandeling aan dat ze alleen met haar vriendin over haar gevoelens kon praten. Deze afhankelijkheid was herkenbaar vanuit haar jeugd. Toen was ze afhankelijk van haar oma en op het moment dat zij stierf, stortte haar wankele zelfbeeld volledig in. Ook in het geval van oma speelde ambivalentie een rol in het vastlopen van het toenmalige rouwproces. Want hoewel Anne oma idealiseerde was zij ook de vrouw die toestond dat Anne veelvuldig seksueel werd misbruikt door de broer van oma. Hier wordt ook duidelijk dat afhankelijkheid en ambivalentie op elkaar inspelen.

Verlieservaringen. Tijdens de begeleidende gesprekken kwam het verlies van haar oma ook in volle hevigheid terug, ondanks het feit dat ze hiervoor meer dan tien jaar geleden een succesvolle rouwtherapie had gehad. Tijdens deze fase vertelde Anne dat haar vorige psychologe vrij plotseling was overleden. Zowel het verlies van oma als van de psychologe versterkte haar doodswens en radeloosheid.

Sociale steun. Haar overleden vriendin was de belangrijkste steunpilaar; echte vrienden had ze niet. De sociale steun kwam nu voort uit de hulpverlening.

Psychoanalytische verklaringen

In de psychoanalytische literatuur wordt een overzichtelijke verklaring geboden voor rouw bij borderlinepatiënten. De onderwerpen hechting, separatie-individualiteit en splijting komen hierbij veelvuldig aan bod.

Hechting

Bij veel patiënten met een BPS bestaan er in de vroege ontwikkeling problemen in de hechting tussen het kind en de ouder. Een hoog percentage komt uit instabiele gezinssituaties, zijn seksueel misbruikt of hebben op jonge leeftijd ingrijpende verlieservaringen gehad. Velen

hebben geen veilige ervaringen met intieme relaties en zijn als volwassenen bang opnieuw verlaten te worden. Ook de angst dat de autonomie wordt geschonden speelt hierin mee.²² Patiënten durven vaak niet te hechten of verliezen zichzelf juist volledig in relatie met de ander. De keuze is tussen agressieve autonomie (veilig maar alleen) of angstige afhankelijkheid (samen maar kwetsbaar). In beide gevallen kan de hechtingsstijl het rouwproces ook danig bemoeilijken omdat er geen afscheid van het hechtingsobject kan worden genomen.^{15,18} De capaciteit om te kunnen rouwen is verbonden aan het vermogen om te kunnen hechten en onthechten. Bowlby noemt bij verstoringen van dit vermogen ook de risico's voor chronische rouw of uitgestelde rouw.¹⁵ Te sterke hechting vergroot afhankelijkheid, en deze angstige hechtingsstijl compliqueert de rouw.

Separatie-individuatie

Hechting en separatie-individuatieprocessen liggen in elkaars verlengde. In de separatie-individuatiefase, beschreven door Margaret Mahler, maakt het kind zich los van de symbiotische wens met de ouder doordat het zich realiseert dat het gescheiden is. Zo ontstaat er meer autonomie en eigenheid. Sommige auteurs menen dat het separatie-individuatieproces bij de BPS verstoord is geraakt. Robbertz en Derksen schrijven: 'deze fase ... gesitueerd tussen de vijfde maand en het einde van het derde levensjaar, lijkt bij uitstek verbonden aan BPS'.²² Volgens deze auteurs blijft de egostructuur steken in deze fase, waarbij de subjectieve verlatingservaringen van het kind centraal staan. De separatieangst bij de BPS is vooral verbonden met de angst voor fragmentatie van het wankel zelf. Het accepteren van het pijnlijke gevoel van verlies van het geliefde en gehate object zou dan gelijk staan aan het zich overleveren aan de diepe gevoelens van wanhoop en absolute leegte.¹⁶ Bij de BPS is er een constante dreiging van verlies van de eigen identiteit en de fragiel opgebouwde relaties.¹⁹ Deze separatieangst zien we ook terug bij het eerste criterium van de diagnose 'gecompliceerde rouw' (zie tabel 1).

Splijting

Splijting is het centrale primitieve afweermecanisme waarin tegengestelde ervaringen over zichzelf of anderen uiteen gehouden worden.²³ Goed en slecht is gescheiden. Positieve en negatieve eigenschappen kunnen niet worden geïntegreerd in één object en splijting is nodig om een fusie te voorkomen.¹⁶ De angst is dat de agressie het goede zal gaan overheersen als ze samenkomen. Otto Kernberg meent dat splijting ook één van de belangrijkste kenmerken is van de borderline-patiënt.²² Deze processen van idealisatie en devaluatie spelen volgens Garza-Guerrero ook een rol bij het vastlopen van rouwprocessen en kunnen bij BPS ernstig verstoord zijn.²⁴ De overledene blijft dan een heilige of een duivel, en van beiden is het moeilijk afstand doen.

Cognitieve en gedragstherapeutische verklaringen

Onderzoekers in de cognitieve gedragstherapie hebben bij verliesverwerking voornamelijk onderzoek gedaan naar de instandhoudende factoren bij rouw. Zo vermeldt de groep van Boelen dat negatieve cognities een rol spelen bij gecompliceerde rouw.²⁵ Negatieve cognities over de eigen rouwreacties, het leven, de wereld en zichzelf correleren met zowel rouw als depressie. De vraag is dan of een patiënt met een BPS veel van deze negatieve cognities zou hebben. De samenhang die Boelen en collega's vonden, biedt handvatten voor behandeling van gecompliceerde rouw, maar doet geen uitspraak over oorzakelijkheid.

Gedragstherapeuten lijken vastgelopen rouw eerder te zien in het licht van 'vermijding'. Linehan meent dan ook dat er bij veel mensen met BPS sprake is van een rouwfoobie.²⁰ De BPS vermijdt de confrontatie met het verlies, zoals iemand met posttraumatische stress alle situaties en onderwerpen uit de weg gaat die aan het trauma doen herinneren. Rouwen is een pijnlijk proces en de emotionele regulatieproblemen van de BPS maakt het begrijpelijk dat veel patiënten het liever zouden overslaan. Linehan meent bij haar theoretische verklaringsmodel van de borderline-problematiek dat de BPS heen en weer slingert tussen de polen van *onverminderde crisis en geremde rouw*. Rouwgevoelens worden door de BPS niet geaccepteerd, onder meer vanwege het overweldigende karakter van de emotie. Het vermogen om verlieservaringen te vermijden is echter intrinsiek beperkt. Door deze beperktheid ontstaat er dan suïcidaal en parasuïcidaal gedrag. Als de crisis gecoupeerd is, valt men weer terug in de geremde en uitgestelde rouwfase die niet wordt doorlopen.

De casus van Wil (zie hieronder) illustreert de opvattingen van Linehan en komt ook sterk overeen met het gedachtegoed van Bowlby over 'uitgestelde rouw'. En bij het niet werkelijk aangaan van gevoelens van rouw en verlies kan de rouwperiode ongekend lang zijn.⁸

Casus Wil

Wil is een 37-jarige suïcidale vrouw die met de diagnose BPS op een gesloten afdeling is opgenomen. Haar zoon is op éénjarige leeftijd overleden. Tijdens de begrafenis gebruikte ze zoveel diazepam dat alles in een roes aan haar voorbij ging. In die periode was ze een alleenstaande moeder met twee jonge kinderen. Ze wilde niet stilstaan bij het verdriet om haar overleden zoon want het overleiden houden van haar gezinsleven was toen het belangrijkste voor haar. Dit jaar zou haar zoon 18 jaar zijn geworden en Wil heeft het hier enorm moeilijk mee. Hoe dichtbij de verjaardag komt, hoe depressiever ze zich gaat voelen.

Wil liet in de eerste zes maanden begeleiding weinig rouwreacties zien. Ze wilde pertinent geen afstand doen van haar verloren zoon en zei er nog niet aan toe te zijn om hem kwijt te raken. Dit wilde niet zeggen dat er geen crisis was. Periodes van chronische depressie werden afgewisseld met automutilatie en suïcidepogingen. En beide bespoedigden het rouwproces niet.

Observaties van rouwreacties bij een BPS vanuit de kliniek

Intensiteit

De intensiteit waarmee menig patiënt met de diagnose BPS emoties beleeft, waaronder gevoelens van rouw, kan zeer sterk zijn. Verhoogde emotionaliteit is ook een kernpunt in het model van Linehan. Boosheid wordt al snel een woedeaanval, verdriet zet zich vlug om in wanhoop en een niet-pluis gevoel resulteert in achterdocht en paranoia.

Anne was al vier weken zo furieus en wanhopig dat ze iedere avond God vervloekte totdat ze schor en uitgeput in slaap viel. De kwaadheid kon snel omslaan in diep verdriet, waarbij ze vele wegen zocht om haar eigen leven te nemen. Ze ervoer een diepe teleurstelling in het leven en had geen kinderen of partner die datzelfde leven zin konden geven. Ook de eerdere rouwreacties bij de dood van haar oma waren zeer intens: 'Ik weet nog hoe ik me op de kist heb gegooid en mee het graf in wilde.'

Rouwgedrag en suïcidaliteit

Hoewel we in de als normaal beschouwende rouw ook gedachten aantreffen dat de rouwende zich met de overledene wil verenigen, zien we dat mensen met een BPS veel vaker actief de daad bij het woord willen voegen. Tevens zien we dat er bij de BPS groot gevaar is voor regressie en zelfdestructief gedrag na verlieservaringen.²

Bij het in alle hevigheid ontbranden van het rouwproces zijn zowel Anne als Wil opgenomen op een gesloten afdeling. Beiden zeiden niet meer voor zichzelf te kunnen instaan en beiden wilden zich van het leven beroven om zich bij de overledene te voegen. Bij de eerste ontmoeting met Anne liet ze de behandelaar haar razende en intens verdrietige gedichten lezen waarbij ze vijf manieren had getekend waarop ze zichzelf zou willen doden. Deze suïcidale gedachten had ze al meer dan tien jaar niet gehad.

Afsluitende opmerkingen over de casussen Anne en Wil

Na drie maanden keerde Anne terug naar huis. Twee weken eerder had ze een visioen gehad waar ze de overledene had gezien in een vredige omgeving, omringd door bloemen. Ze ervoer de overledene nog steeds regelmatig bij zich, maar kon hier nu op een adequate manier om rouwen. Ook lukte het voorzichtig om de ambivalente gevoelens naar de overledene te erkennen, waardoor er meer ruimte ontstond voor integratie.

We sloten het therapeutische contact af met een afscheidsritueel waarbij Anne op een symbolische plek alle pijnlijke en suïcidale brieven en gedichten verbrandde, waarna ze een nieuw gedicht voorlas dat de toon van hoop en afscheid in zich droeg.

Een jaar na het eerste behandelcontact lukte het Wil een begin te maken met het verwerken van haar verdriet. Ze durfde voor het eerst bij de behandelaar te

huilen en voor het eerst in twee jaar kon ze in gezelschap van een verpleegkundige weer het graf bezoeken. Suïcidaliteit speelde nog wisselend een rol.

Conclusies

In deze bijdrage hebben we de relatie tussen rouw en de BPS onderzocht door middel van literatuuronderzoek en ervaringen uit de praktijk. We kunnen nu de volgende conclusies trekken. Ten eerste suggereert de aard van de BPS een groter risico op rouwproblematiek. De belangrijkste therapeutische stromingen zijn het hier over eens. Zowel de psychoanalytische als cognitieve gedragsscholen als de onderzoekers van het fenomeen rouw en rouwproblematiek suggereren dat de BPS een risicofactor is voor het ontstaan en voortduren van gecompliceerde rouw en geremde rouw. Ten tweede voldoet de BPS aan verscheidene determinanten voor het ontstaan van rouwproblematiek, waardoor de kans op gecompliceerde rouw groter is. Literatuur over risicofactoren voor rouwproblematiek bevestigt dit, maar onderzoek is schaars. Ten derde bestaat er een overlap tussen de BPS en de diagnose gecompliceerde rouw, waardoor ze differentieel-diagnostisch moeilijk te onderscheiden kunnen zijn. Depressies, woedeaanvallen, intens verdriet, angst, aanpassingsproblemen en posttraumatische stress komen zowel bij de BPS als bij rouw voor. Rouw bij de BPS kan dan ook eenvoudig over het hoofd worden gezien, waardoor een gepaste behandeling wordt gemist.

Een rouwfase van twee jaar wordt nu als normaal gezien, maar bij zo'n 10% van de nabestaanden is het rouwproces dermate ernstig verstoord dat we kunnen spreken van een psychische stoornis.² Het gaat dan om 50.000 Nederlanders per jaar. Het zal ons niet verwonderen als 50% van deze 50.000 mensen een persoonlijkheidsstoornis heeft. Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis (zowel cluster A, B als C) wordt immers gezien als een risicofactor bij rouwverwerking.³

In dit artikel wilden wij duidelijk maken dat patiënten met een BPS in het bijzonder een kwetsbare groep is voor het ontstaan van rouwproblematiek. Uitgebreid onderzoek hierna ontbreekt vooralsnog. De relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en rouwproblematiek blijkt vooral gefundeerd op klinische indrukken en intuïtie.² Gunzerath onderzocht als één van de weinigen BPS als risicofactor voor het ontstaan van chronische rouw.²⁶ Ondanks dat er verschillende voorspelbaarheidsmaten werden gevonden die persoonlijkheidstypen in verband brachten met rouwproblematiek, bleek chronische rouw alleen samen te hangen met bepaalde klinische subtypen van BPS. Het onderzoek van Gunzerath roept weer nieuwe vragen op, mede omdat de DSM-diagnose BPS nog weinig lijkt te zeggen over de specifieke persoonlijkheidskenmerken van de persoon met deze diagnose. Een patiënt met een BPS met een antisociale en paranoïde kleur zal immers anders rouwen dan een patiënt met meer narcistische of vermijdende kenmerken. Onderzoek is dus noodzakelijk. Dit onderzoek zal zeker gestimuleerd worden indien de diagnose 'gecompliceerde rouw'¹² wordt opgenomen in een nieuwe versie van de DSM.

Literatuur

- 1 Boelen PA, Bout J van den, Keijser J de. De cognitief-gedrags-therapeutische behandeling van gecompliceerde rouw. In: Bout J van den, Enklaar J, Klaassen M, Teunissen S, Veen E van der, redacteurs. Handboek Sterven, uitvaart en rouw. Maarssen: Elsevier; 1999.
- 2 Keijser J de, Bout J van den, Boelen PA. Gecompliceerde rouw: klinisch beeld, classificatie en diagnostiek. In: Bout J van den, Keijser J de, Boelen PA. Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
- 3 Stoebe MS, Stroebe W, Hansson RO. Handbook of bereavement. New York: Cambridge University Press; 1993.
- 4 Derksen JJJ, Groen H. Handboek voor de behandeling van borderline patiënten. Utrecht: De Tijdstroom; 1994.
- 5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. TR. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- 6 Verheul R. Classificatie en differentiële diagnostiek. In: Tilburg W van, Brink W van den, Arntz A, redacteurs. Behandelstrategieën bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
- 7 Worden JW. Verdriet en rouw; gids voor hulpverleners en therapeuten. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1992.
- 8 Buijssen H. Psychologische hulpverlening bij ouderen. Baarn: Intro; 1999.
- 9 Bout J van den. Rouwsluiers [inaugurale rede]. Utrecht: De Tijdstroom; 1996.
- 10 Nederlands Instituut voor trainingen Stervensbegeleiding. Lesmateriaal. Diever: NIS; 2004.
- 11 Völker C, Broekhuizen R. Een functionaris naastenzorg in het hospice. TvZ 2004;114(2):49-51.
- 12 Jacobs S. Traumatic grief. Diagnosis, treatment and prevention. Philadelphia: Taylor & Francis; 1999.
- 13 Prigerson HG, Jacobs SC, Rosenheck RA, Maciejewski PK. Criteria for traumatic grief and PTSS. Br J Psychiatry 1999;174:560-1.
- 14 Bout J van den, Boelen PA, Keijser J de. Behandelingsstrategieën bij gecompliceerde rouw en verliesverwerking. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1998.
- 15 Bowlby J. Loss: sadness and depression. Middlesex: Penguin; 1981.
- 16 Groen JA. Gemis en verlies bij borderline-condities en narcistische persoonlijkheden. In: Cluckers G, redacteur. Gemis en verlies, vanuit psychoanalytisch perspectief. Leuven/Apeldoorn: Garant; 1994.
- 17 Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books; 1983.
- 18 Meekeren E van. De borderlinestoornis: crisis in het hechten en onthechten. Amsterdam: Syn-Thesis; 2001.
- 19 Searles HF. Separation and loss in psychoanalytic therapy with borderline patient: further remarks. Am J Psychoanal 1985;45(1):9-34.
- 20 Linehan MM. Dialectische gedragstherapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Theorie en behandeling. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2002.
- 21 Derksen JJJ. Over verlies en verlangen. 2e dr. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1990.
- 22 Robbertz KP, Derksen JJJ. De gezinsachtergrond bij borderline patiënten. In: Derksen JJJ, Groen H, redacteurs. Handboek voor de behandeling van borderline patiënten. Utrecht: De Tijdstroom; 1994.
- 23 Derksen JJJ. Descriptieve en structurele psychodiagnostiek. 2e dr. Nijmegen: PEN Test Publisher; 2002.
- 24 Garza-Guerrero C. Idealization and mourning in love relationship: normal and pathological spectra. Psychoanal Q 2000;69(1):121-50.
- 25 Boelen PA, Bout J van den, Hout MA van den. De rol van negatieve cognities bij gecompliceerde rouw: een correlatieve studie. Gedragstherapie 2003;36:179-95.
- 26 Gunzerath L. Personality and bereavement: borderline personality tendencies as a predictor of chronic grief and distress. Dissertation Abstracts International 59(7-B:3692);1999.