

# **DE BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS IN DE PERINATALE PERIODE**

Botst de vroedvrouw op een ongekende grens?

Externe promotor: Mevr. Claeys Inge  
Interne promotor: Mevr. Vanderstraeten Nadia  
Academiejaar: 2018 – 2019

Bachelorproef voorgedragen door:  
Suzanne MEYERS  
tot het bekomen van de graad van  
Bachelor in de Vroedkunde





# **DE BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS IN DE PERINATALE PERIODE**

Botst de vroedvrouw op een ongekende grens?

Externe promotor: Mevr. Claeys Inge  
Interne promotor: Mevr. Vanderstraeten Nadia  
Academiejaar: 2018 – 2019

Bachelorproef voorgedragen door:  
Suzanne MEYERS  
tot het bekomen van de graad van  
Bachelor in de Vroedkunde



**De borderline persoonlijkheidsstoornis in de perinatale periode – Botst de vroedvrouw op een ongekeerde grens?**

Promotiejaar:	2019
Student:	Suzanne Meyers
Externe promotor:	Mevr. Inge Claeys
Interne promotor:	Mevr. Nadia Vanderstraeten
Trefwoorden:	borderline persoonlijkheidsstoornis, perinatale impact, moeder-kindrelatie

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een frequent voorkomende psychopathologie die vooral tot uiting komt op jongvolwassen leeftijd, wat voor vrouwen de vruchtbare periode omvat. Deze diagnose heeft meestal een negatieve connotatie. De typische kenmerken en symptomen van deze stoornis liggen hieraan ten grondslag: impulsiviteit, heftige emotionele crisissen, conflictueuze interpersoonlijke relaties, sterk zwart-witdenken en een zeer negatief zelfbeeld maken het opbouwen van een aangename interactie moeilijk.

In deze context rijzen een aantal vragen die zich binnen het werkveld van de vroedvrouw situeren. Wat is de impact van de BPS bij de vrouw op haar beleving van zwangerschap, bevalling en postpartum? Beïnvloedt haar psychopathologie de relatie met haar baby? Heeft de BPS van de moeder gevolgen op de ontwikkeling van het kind? En wat zijn de aandachtspunten hieromtrent voor de vroedvrouw bij de perinatale begeleiding van de moeder met BPS en haar kind? In deze bachelorproef wordt via een literatuurstudie getracht om hierop een antwoord te formuleren.

Uit onderzoek blijkt dat de perinatale periode voor moeder en kind bij vrouwen met BPS moeilijker verloopt dan bij vrouwen zonder BPS. Zo heeft de BPS een negatieve impact op de maternale beleving van zwangerschap, bevalling en postpartum. Daarnaast heeft het ook een nadelige invloed op de moeder-kindrelatie en op de ontwikkeling van het kind.

Om het moeder-kindkoppel een zo positief mogelijke start te bieden, is het belangrijk dat de vroedvrouw niet alleen voldoende kennis maar ook de nodige knowhow bezit om bij deze patiëntenpopulatie de perinatale periode, voor zover mogelijk, in goede banen te leiden. Het informeren en adviseren van vroedvrouwen is dan ook het hoofddoel van deze bachelorproef. Om dit te verwezenlijken, werd er een handige brochure ontwikkeld die de vroedvrouw kan helpen bij de begeleiding van het moeder-kindkoppel in de context van de borderline problematiek.



# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	7
Dankwoord.....	9
Inleiding.....	11
1 De borderline persoonlijkheidsstoornis.....	13
1.1 Geschiedenis.....	13
1.2 Prevalentie.....	13
1.3 Definitie vanuit de DSM-5.....	14
1.4 Klinisch beeld.....	16
1.4.1 Kernthema 1: beleving van het zelf.....	16
1.4.2 Kernthema 2: gedachten.....	18
1.4.3 Kernthema 3: gevoelens.....	19
1.4.4 Kernthema 4: gedrag.....	21
1.4.5 Kernthema 5: interpersoonlijke relaties.....	23
1.4.6 Kernthema 6: reacties op het ervaren van extreme stress.....	25
1.5 Etiologie.....	27
1.6 Comorbiditeit.....	29
1.7 Behandeling.....	30
2 De borderline persoonlijkheidsstoornis in de perinatale periode.....	33
2.1 Zwangerschap.....	33
2.2 Bevalling.....	35
2.3 Postpartum.....	36
2.4 Moeder-kindrelatie.....	38
2.4.1 Hechting in de moeder-kindrelatie.....	38
2.4.2 Moeder-kindrelatie bij vrouwen met de borderline persoonlijkheidsstoornis ..	41
2.4.2.1 De moeder.....	41
2.4.2.2 De baby.....	45
2.4.2.3 Gevolgen voor de moeder-kinddyade.....	46
2.5 Mogelijke gevolgen op de ontwikkeling van het kind.....	47
2.6 Behandeling in de perinatale periode.....	50
3 De begeleiding door de vroedvrouw in de perinatale periode.....	53
3.1 Aandachtspunten bij de perinatale zorgverlening aan deze patiëntenpopulatie .....	53
3.1.1 Organisatie van de zorg.....	53
3.1.2 Medisch-verloskundige aandachtspunten.....	55



3.1.3	Psychosociale aandachtspunten .....	56
3.2	Obstakels in het contact met de borderline moeder .....	57
3.3	Tips voor de omgang met deze patiëntenpopulatie .....	60
4	Praktijkdeel.....	65
4.1	Totstandkoming .....	65
4.2	Uitwerking.....	65
4.2.1	De ontwikkelingsfase.....	65
4.2.2	De testfase.....	66
4.2.3	De realisatiefase .....	67
4.3	Evaluatie.....	67
5	Besluit.....	69
	Bijlagenlijst .....	71
	Bijlage A.....	72
	Literatuurlijst.....	121

# Dankwoord

Bij de uitwerking van deze bachelorproef heb ik beroep gedaan op een aantal mensen die ik hiervoor graag zou willen bedanken.

Allereerst wil ik mijn externe promotor, Mevr. Inge Claeys, coördinator van het ambulant DGT-programma Gaandeweg van Karus, van harte bedanken. Op de meest stressvolle momenten heeft zij door haar ondersteuning en haar gedecideerde doch zachtaardige manier van aanpakken mij telkens dat ene duwtje in de rug gegeven dat ik nodig had. Haar adviezen hebben mijn denkproces in de juiste richting gestuurd.

Vervolgens zou ik mijn interne promotor, Mevr. Nadia Vanderstraeten, willen bedanken voor haar hulp en begeleiding gedurende dit hele proces. Haar kritische blik en terechte opmerkingen hebben mij geholpen om mijn bachelorproef vorm te geven.

Daarnaast wil ik ook graag mijn gezin en in het bijzonder mijn moeder bedanken. Gedurende de realisatie van mijn bachelorproef stond zij altijd voor mij klaar om mijn tekst te controleren op spelfouten en verkeerde zinsconstructies. Samen met mijn vriendinnen was zij de continue steunende en motiverende aanwezigheid waardoor ik deze bachelorproef tot een goed einde heb kunnen brengen.

Ook de drie medestudenten die het praktijkdeel van mijn bachelorproef hebben geëvalueerd, ben ik ten zeerste dankbaar.

Tenslotte wil ik deze bachelorproef opdragen aan twee vrienden. Aan E., die in de toekomst misschien een borderline moeder zal worden, en aan D., die voor altijd het kind van een borderline moeder is.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Gent, augustus 2019

Suzanne Meyers



## Inleiding

Psychische problemen komen steeds vaker voor in onze huidige maatschappij. In België krijgt één op vier mensen in de loop van zijn of haar leven te maken met mentale gezondheidsproblemen. Tot deze categorie behoren uiteraard ook de vrouwen op reproductieve leeftijd met een kinderwens (Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016a; Gezondbelgie.be, 2019; Vlaams Instituut Gezond Leven, 2019; Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, z.j.).

De perinatale periode is een weliswaar korte maar belangrijke en kwetsbare periode. Deze levensfase gaat gepaard met veel lichamelijke en psychische veranderingen die een impact hebben op het hele gezin en hun omgeving. Het is een sensitieve periode voor vrouwen in het algemeen en in het bijzonder voor vrouwen met een psychische kwetsbaarheid. In deze ingrijpende periode kunnen namelijk psychische stoornissen ontstaan, opnieuw de kop opsteken of in ernst toenemen (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016).

De voorbije jaren vond er een enorme groei aan belangstelling en wetenschappelijk onderzoek plaats op het vlak van psychische stoornissen in de perinatale periode. De impact en gevolgen van maternale mentale stoornissen op de zwangerschap, het postpartum en de ontwikkeling van de foetus en het kind zijn aanzienlijk en worden steeds duidelijker. De perinatale psychiatrie is een jonge interdisciplinaire tak van de geneeskunde die zich toespitst op deze specifieke problematiek. Het is een belangrijke discipline aangezien het de mogelijkheid biedt om preventieve gezondheidszorg toe te passen op een kritiek moment in het leven van moeder en baby (Apter & Huisman, 2005; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016).

Ondanks de toegenomen aandacht voor de maternale mentale gezondheid in de perinatale periode, blijkt er op dit moment sprake te zijn van een gebrek aan kennis en ervaring omtrent psychopathologie bij de verloskundige zorgverleners, waaronder ook de vroedvrouwen. Dit is niet abnormaal aangezien de vroedvrouw (bij wijze van spreken) 'slechts' bevoegd is voor fysiologie. Toch behoort de pathologie ook gedeeltelijk tot haar werkdomein. In het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw (Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b, p.16) staat er omtrent de taak van de vroedvrouw inzake pathologie namelijk: "Verleent adequate zorg en begeleiding in verhoogde risicosituaties of bij complicaties in samenwerking met de arts en onder diens verantwoordelijkheid." (Ejustice, z.j.; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Door de huidige prevalentie van psychopathologie in de maatschappij, zal de vroedvrouw gedurende haar carrière ongetwijfeld in contact komen met vrouwen die een actieve psychische stoornis hebben in de perinatale periode. Hierdoor is het belangrijk dat de vroedvrouw een basiskennis heeft over de ruime psychopathologie om de begeleiding voor alle betrokken partijen zo doeltreffend en aangenaam mogelijk te maken (Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016a; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Het is bekend dat de persoonlijkheidsstoornissen behoren tot de groep van de meest voorkomende psychopathologieën. Binnen de persoonlijkheidsstoornissen is de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)<sup>1</sup> de bekendste, meest onderzochte maar ook de meest 'beruchte'. De diagnose heeft doorgaans namelijk een negatieve connotatie. De borderline patiënten worden ervaren als moeilijke mensen met emotionele crisissen, gedragsproblemen en zeer conflictueuze relaties (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Spaans & Van Meekeren, 2006; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

In deze context rijzen een aantal vragen die zich binnen het werkveld van de vroedvrouw situeren. De focus van deze bachelorproef ligt op de vraag of de perinatale periode voor moeder en kind bij vrouwen met BPS anders verloopt dan voor vrouwen zonder BPS. Wat is de impact van de BPS bij de vrouw op haar beleving van zwangerschap, bevalling en postpartum? Beïnvloedt haar psychopathologie de relatie met haar baby? Heeft de BPS van de moeder gevolgen op de ontwikkeling van het kind? En wat zijn de aandachtspunten hieromtrent voor de vroedvrouw bij de perinatale begeleiding van de moeder met BPS en haar kind? Deze bachelorproef poogt via een literatuurstudie hierop een antwoord te formuleren.

In het eerste hoofdstuk wordt de BPS als psychiatrische aandoening onder de loep genomen. Het tweede en derde hoofdstuk zijn een weergave van de literatuurstudie betreffende de combinatie van BPS en de perinatale periode, en van de bijhorende aandachtspunten voor de begeleiding door de vroedvrouw. Het is in deze hoofdstukken dat er getracht wordt om een antwoord te formuleren op de hierboven genoemde onderzoeksvragen. In het vierde hoofdstuk wordt de totstandkoming van het praktijkdeel toegelicht. Dit deel van de bachelorproef omvat het uitwerken van een brochure om vroedvrouwen te informeren over deze psychische stoornis en om hen mogelijke handvatten te bieden om de perinatale begeleiding van deze patiëntenpopulatie zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Er dient opgemerkt te worden dat in het kader van deze bachelorproef de term 'perinatale periode' verwijst naar de periode van (vlak) voor de conceptie tot en met één jaar na de bevalling.

---

<sup>1</sup> Vanaf nu wordt de afkorting BPS gebruikt in plaats van 'borderline persoonlijkheidsstoornis'.

# 1 De borderline persoonlijkheidsstoornis

## 1.1 *Geschiedenis*

De begripsomschrijving van de BPS kent een lange geschiedenis. In de eerste helft van de 20<sup>ste</sup> eeuw werden er slechts twee categorieën van psychische stoornissen gehanteerd, namelijk de ‘neurosen’ en de ‘psychosen’. Patiënten met een psychische stoornis die niet kon worden ondergebracht in één van deze twee categorieën omwille van een combinatie van kenmerken uit de beide groepen, werden in een ‘restcategorie’ geclassificeerd onder de term ‘borderline’. Het woord ‘borderline’ betekent letterlijk ‘grens’ wat verwees naar het grensgebied tussen enerzijds de ‘neurosen’ en anderzijds de ‘psychosen’. In 1980 werd de BPS in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)<sup>2</sup> opgenomen waardoor de BPS vanaf dan werd erkend als een op zichzelf staande psychische stoornis (Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

## 1.2 *Prevalentie*

In de literatuur worden voor BPS voornamelijk prevalentiecijfers teruggevonden van Nederland en van de Verenigde Staten van Amerika (VS)<sup>3</sup>. Deze cijfers worden weergegeven in drie groepen. Het betreft de prevalentiecijfers in de algemene bevolking, in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz)<sup>4</sup> en in de psychiatrische klinieken.

In de algemene bevolking komt BPS in Nederland voor bij 1% à 2% en in de VS bij 1,6% à 6%. In de ambulante ggz lopen de gerapporteerde prevalentiecijfers in Nederland op tot 10% à 20% en in de VS van 9,3% tot 10%. Daarnaast wordt er gerapporteerd dat in beide landen ongeveer 20% van de patiënten in psychiatrische klinieken de diagnose BPS heeft (American Psychiatric Association [APA]<sup>5</sup>, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006).

BPS wordt vaker gediagnosticeerd bij vrouwen dan bij mannen. In de algemene bevolking maken de vrouwen 50% à 60% uit van de groep mensen met een borderline problematiek (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019), terwijl in de

---

<sup>2</sup> Vanaf nu wordt de afkorting DSM gebruikt in plaats van ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’.

<sup>3</sup> Vanaf nu wordt de afkorting VS gebruikt in plaats van ‘Verenigde Staten van Amerika’.

<sup>4</sup> Vanaf nu wordt de afkorting ggz gebruikt in plaats van ‘geestelijke gezondheidszorg’.

<sup>5</sup> Vanaf nu wordt de afkorting APA gebruikt in plaats van ‘American Psychiatric Association’.

klinische praktijken het percentage vrouwen oploopt tot 60% à 80% van de patiënten met BPS (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010). Spaans en Van Meekeren (2006) en Van Meekeren en De Jong (2010) halen hierbij aan dat vrouwen waarschijnlijk meer met misbruik worden geconfronteerd in hun voorgeschiedenis, wat als een oorzakelijke factor beschouwd wordt in het ontstaan van BPS. Daarnaast veronderstellen meerdere auteurs (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010) dat deze uiteenlopende cijfers voor mannen en vrouwen onder andere kunnen verklaard worden door het feit dat vrouwen meestal sneller hulp gaan zoeken dan mannen. In tegenstelling tot de vrouwen die meestal in de hulpverlening worden aangetroffen, vindt men mannen met de borderline problematiek vaker terug in de verslavingszorg, in gevangenissen of binnen een forensisch behandelkader (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Verder merken Spaans en Van Meekeren (2006) en Van Meekeren en De Jong (2010) op dat de BPS vooral lijkt voor te komen in Westerse culturen. Tevens vermeldt de DSM-5 (APA, 2014) dat op oudere leeftijd de prevalentie van BPS mogelijk afneemt.

### **1.3 Definitie vanuit de DSM-5**

DSM is de afkorting van 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'. De DSM is een omvangrijk classificatiesysteem van psychische stoornissen waarbij per psychische stoornis een opsomming wordt gegeven van waarneembare symptomen die ertoe leidt dat een psychische stoornis in een bepaalde klasse kan worden ondergebracht. De DSM wordt wereldwijd gebruikt als een standaard naslagwerk voor professionals in de ggz (APA, 2014; Cuyvers, 2013).

De DSM is een Amerikaans naslagwerk dat uitgaat van de APA. Sinds de eerste editie in 1952 (DSM-I) zijn er verscheidene herzieningen uitgegeven, namelijk in 1968 (DSM-II), in 1980 (DSM-III) en in 1994 (DSM-IV). De huidige en meest recente versie, de DSM-5, verscheen in 2013 (APA, 2014; Cuyvers, 2013).

In de DSM-5 is de BPS opgenomen in de overkoepelende klasse van de persoonlijkheidsstoornissen. Er worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden die op basis van gemeenschappelijke kenmerken gegroepeerd zijn in drie clusters (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Sprey, 2015):

- Cluster A bestaande uit persoonlijkheidsstoornissen met voornamelijk vreemde, eigenaardige en excentrieke kenmerken.

- Cluster B bestaande uit persoonlijkheidsstoornissen met voornamelijk dramatische, wispelturige en emotionele kenmerken.
- Cluster C bestaande uit persoonlijkheidsstoornissen met voornamelijk zorgelijke, vreesachtige en angstige kenmerken.

De BPS behoort tot cluster B.

Hieronder worden de classificatiecriteria voor BPS weergegeven zoals deze beschreven staan in de DSM-5.

#### **Classificatiecriteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis in de DSM-5**

Een pervasief patroon van instabiliteit van de interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en van affecten, en duidelijke impulsiviteit, beginnend op jongvolwassen leeftijd en aanwezig in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

1. Verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen. (NB Reken hierbij niet de in criterium 5 beschreven suïcidale gedragingen of automutilatie.)
2. Een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren.
3. Een identiteitsstoornis: een duidelijk en persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
4. Impulsiviteit op minstens twee gebieden, die de betrokkene in potentie zelf kunnen schaden (geld verkwisten, seks, middelenmisbruik, roekeloos autorijden, eetbuien). (NB Reken hierbij niet de in criterium 5 beschreven suïcidale gedragingen of automutilatie.)
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
6. Affectieve instabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld episoden van intense dysforie, prikkelbaarheid of angst, gedurende meestal enkele uren en zelden langer dan een paar dagen).
7. Chronisch gevoel van leegte.
8. Inadequate, intense woede, of moeite hebben boosheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, constante boosheid, recidiverende vechtpartijen).
9. Voorbijgaande, stressgerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen.

(APA, 2014, p.872)



## 1.4 *Klinisch beeld*

De BPS kan zich presenteren in zeer diverse en uiteenlopende symptomen. Ondanks de veelheid aan symptomen is geen van de symptomen afzonderlijk specifiek voor BPS. Toch kan er gesproken worden van twee kenmerkende eigenschappen, namelijk instabiliteit en impulsiviteit. Typerend voor de patiënt met BPS is een patroon van instabiliteit en impulsiviteit op vlak van het zelfbeeld, de gedachten, de gevoelens, het gedrag en de interpersoonlijke relaties (Cuyvers, 2013; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Hieronder wordt verder ingegaan op de meest typerende symptomen en kenmerken die zich bij BPS voordoen. De symptomen en kenmerken zijn gegroepeerd in zes kernthema's: beleving van het zelf, gedachten, gevoelens, gedrag, interpersoonlijke relaties en reacties op het ervaren van extreme stress.

Vanaf nu zal er gebruik gemaakt worden van de vrouwelijke term 'patiënte' omdat deze bachelorproef handelt over BPS bij de vrouw in de perinatale periode.

### 1.4.1 Kernthema 1: beleving van het zelf

- **Instabiel en negatief zelfbeeld**

De patiënte met BPS heeft meestal een zeer negatief zelfbeeld. Ze is ervan overtuigd dat ze slecht is en niet deugt, en ze geeft zichzelf voortdurend de schuld voor verscheidene zaken. Het zelfbeeld is ook sterk instabiel. Zo kan de patiënte zichzelf bij momenten wel waarderen maar dit kan dan plots en zonder duidelijke aanleiding omslaan naar een intense zelfevaluatie. De patiënte probeert soms haar hardnekkige negatieve zelfbeeld te verbloemen door zeer perfectionistisch te zijn (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Vage identiteit**

Er is bij de patiënte met BPS sprake van gebrek aan een consistente innerlijke kern. De patiënte weet niet goed wie ze echt is, wat ze wil en waar ze naartoe wil in het leven. Ze kan zichzelf niet goed typeren, of bepalen wat bij haar past. Vaak kent ze haar eigen wensen en motieven niet. Daarnaast is het 'zelf' ook onvoldoende afgegrensd wat ervoor zorgt dat de patiënte zeer ontvankelijk is voor externe invloeden. Hierdoor voelt en gedraagt ze zich anders in verschillende situaties en bij verschillende personen. Door dit kameleonachtige gedrag spreekt men bij de BPS soms ook wel van de 'alsof-persoonlijkheid' (Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven,

van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Frequente verandering in opvattingen en standpunten**

Er vinden bij de borderline patiënte regelmatige veranderingen in haar opvattingen en standpunten plaats. Dit kan gaan om wijzigingen in haar normen, waarden, doelstellingen, opleidingskeuze, werksituatie, carrièreplanning, relaties, keuze van het type vrienden en ook genderidentiteit. De patiënte weet niet goed wat bij haar past en beslist dan eerder impulsief om 'zomaar' aan iets te beginnen of iets te beëindigen. Deze omslag leidt tot herhaaldelijk opzeggen van een baan, afbreken van een opleiding, wijzigingen van toekomstplannen en vaak wisselende relaties. Voor de omgeving vinden deze wijzigingen onverwacht en onaangekondigd plaats terwijl de patiënte dit zelf niet op deze manier ervaart (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Hooggespannen verwachtingen**

De patiënte met BPS heeft vaak heel hoge tot onrealistische verwachtingen, zowel van zichzelf als van andere personen. Doordat de verwachtingen zo hoog liggen, volgt er vaak mislukking en teleurstelling waar ze vervolgens moeilijk mee overweg kan. Door regelmatige negatieve ervaringen daalt haar zelfvertrouwen en neemt haar kwetsbaarheid toe (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Primitieve psychologische afweermechanismen**

De borderline patiënte maakt gebruik van zogenaamde 'primitieve afweermechanismen'. De term 'primitief' verwijst naar het onrijpe ontwikkelingsniveau van de afweermechanismen (Hulpgids, z.j.; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).

Bij de patiënte met BPS staan hieromtrent drie concepten centraal:

- *Externalisatie*

Er is bij de patiënte met BPS sprake van een sterke mate van externalisatie. Dit is een afweermechanisme waarbij de patiënte de oorzaak of schuld voor iets buiten zichzelf legt en hieromtrent geen eigen aandeel of verantwoordelijkheid erkent. Het duidt op het onvermogen van de borderline patiënte om de eigen verantwoordelijkheid te dragen waardoor ze deze aan iets of iemand anders toeschrijft (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018).

- *Splitsing*

Splitsing of splitten is een afweermechanisme waarbij de patiënte zichzelf en andere personen op een zeer rigide manier gaat classificeren als 'volledig goed' of 'volledig slecht', en waarbij zij op een actieve manier positief en negatief geladen

ervaringen gescheiden houdt. Bij de patiënte met BPS is dit een centraal en regelmatig gebruikt afweermechanisme. De borderline patiënte denkt op alle vlakken in uitersten: zwart of wit, alles of niets. Ze deelt andere mensen dan ook op in categorieën zoals goed of slecht, voor haar of tegen haar. Hierbij worden de positieve en negatieve eigenschappen van een persoon onvoldoende geïntegreerd, wat ertoe leidt dat de patiënte zich moeilijk een genuanceerd beeld kan vormen over andere mensen. Extreem eenzijdige representaties over het zelf en de ander zijn hiervan het gevolg (Hulpgids, z.j.; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

○ *Primitieve projectie*

De patiënte met BPS maakt naast externalisatie en splitsing ook gebruik van een primitieve vorm van projectie als afweermechanisme. Er wordt hierbij soms gesproken over ‘projectieve identificatie’ of ‘projectieve communicatie’. Zoals hierboven reeds beschreven, heeft de borderline patiënte een zeer negatief zelfbeeld. De onacceptabele en negatief gekleurde gevoelens die ze over zichzelf heeft, zijn soms zo pijnlijk en ondraaglijk dat ze deze projecteert op een andere persoon om ze te kunnen tolereren. Dit heeft tot gevolg dat de patiënte de negatieve emoties niet meer hoeft te ervaren aangezien ze deze buiten zichzelf heeft geplaatst (Hulpgids, z.j.; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).

## 1.4.2 Kernthema 2: gedachten

- **Instabile en snel wisselende gedachten**

De gedachten van de patiënte met BPS zijn instabiel en kunnen zeer snel wisselen, soms zelfs binnen het tijdsbestek van een aantal minuten. Het ene moment denkt ze dit en het volgende moment denkt ze dat. Haar denken is meer gebaseerd op haar instabiele en snel wisselende emoties van dat moment dan op waarneembare feiten. Niet enkel de gedachten over zichzelf maar ook de gedachten over andere zaken of personen zijn sterk wisselend. Het plotse enthousiasme voor iets of iemand komt snel op maar kan even snel weer verdwijnen. Deze instabiliteit van haar gedachten heeft tot gevolg dat andere mensen de patiënte als heel wispelturig ervaren (APA, 2014; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Gebrek aan mentaliserend vermogen**

‘Mentaliseren’ betekent “het vermogen om het gedrag van anderen en zichzelf te zien als voortkomend uit intenties, wensen, gevoelens en gedachten.” (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012, p. 18). Dit houdt in dat men zich een beeld kan vormen

van de belevingswereld van zichzelf en van de ander, dat men de mentale toestand van zichzelf en van de ander kan aanvoelen en begrijpen en dat men het gedrag dat voortkomt vanuit deze mentale toestand, correct kan interpreteren. Dit wordt ook wel 'sociale intelligentie' genoemd. De borderline patiënte heeft vaak een gebrekkig mentaliserend vermogen. Dit heeft tot gevolg dat ze onverwacht heftig kan reageren op situaties die zij niet correct heeft aanvoeld. Deze heftige reactie bestaat meestal uit een woede-uitbarsting of weglopen. Daarnaast interpreteert ze het gedrag en de woorden van de ander bijna automatisch als negatief bedoeld voor haar, wat haar bevestigt in haar negatief zelfbeeld. Wanneer de patiënte met BPS onder stress staat, is ze nog minder in staat tot mentalisatie (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Spaans & Van Meekeren, 2006).

### 1.4.3 Kernthema 3: gevoelens

- **Typerende gevoelens bij de borderline persoonlijkheidsstoornis**

- *Dysforie en depressieve gevoelens*

Dysforie is de "voortdurende aanwezige sombere stemming of prikkelbaarheid" (Jochems & Joosten, 2012, p.262). Dysforie vormt de basisstemming van de patiënte met BPS. Ze voelt zich niet goed in haar vel en heeft last van depressieve gevoelens. De meeste van haar gevoelens hebben een negatieve kleur die voornamelijk afkomstig is van deze sombere grondstemming (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- *Gevoelens van leegte en verveling*

De patiënte met BPS ervaart een chronisch gevoel van leegte. Doordat de identiteit van de patiënte vaag is en de innerlijke beleving omtrent haar eigen wensen en motieven veeleer afwezig is, heeft ze soms zelfs het gevoel niet echt te bestaan. Daarnaast ervaart de borderline patiënte regelmatig gevoelens van verveling. Men benoemt dit alles als 'innerlijke leegte' (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- *Woede*

De patiënte met BPS heeft moeite om haar boosheid en woede te beheersen en adequaat te uiten. Ze heeft een lage frustratietolerantie en problemen met zelfbeheersing. Ze wordt zeer snel boos en heeft last van ingehouden agressie wat

plots geuit kan worden in ongepaste en ongecontroleerde woede-uitbarstingen. Haar woede kan zich naast de uitbarstingen ook uiten in extreem sarcasme en hardnekkige bitterheid (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- *Schaamte en schuldgevoelens*

Een woede-uitbarsting wordt vaak gevolgd door gevoelens van schaamte, schuld en waardeloosheid. Deze emotionele reactie op haar eigen ongecontroleerde gedrag bevestigt haar in haar overtuiging dat zij slecht is (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019).

- *Gevoel van verwaarlozing*

De borderline patiënte heeft dikwijls het gevoel dat men haar tekort doet, dat ze verwaarloosd wordt en dat ze niet serieus genomen wordt. Vaak voelt ze zich onrechtvaardig behandeld. Daarnaast is ze ervan overtuigd dat niemand haar kan of wil helpen en dat men niet op een correcte manier met haar omgaat. Ze voelt zich dikwijls eenzaam, en alleen met haar problemen (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Instabiele en snel wisselende gevoelens**

Stemmingswisselingen komen zeer frequent voor bij de patiënte met BPS. De emotionele toestand kan fluctueren van moment tot moment. Voor de omgeving is er vaak geen directe aanleiding op te merken voor deze snel optredende stemmingswisselingen. Er is ook sprake van een continue afwisseling tussen periodes van eerder negatief gekleurde emoties (zoals gevoelens van boosheid, depressie en waardeloosheid) en periodes van welbevinden en tevredenheid. Jammer genoeg voelt de patiënte zich zelden gedurende een langere tijd goed gestemd. Door de vaak optredende stemmingswisselingen wordt de borderline patiënte door haar omgeving beleefd als overgevoelig, waardoor men het gevoel krijgt van continu op eieren te moeten lopen (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Heftige emoties en emotionele reactiviteit**

De borderline patiënte beleeft haar emoties zeer intensief. Net zoals haar gedachten verlopen de emoties in uitersten: alles of niets, heel vrolijk of heel somber. Daarnaast zijn de emoties van de patiënte met BPS ook zeer reactief. Dit wil zeggen dat ze onmiddellijk en met zeer heftige emoties reageert op gebeurtenissen. Deze reactie doet zich sneller en sterker voor dan bij mensen zonder BPS. De omgeving ervaart het alsof de patiënte

overdreven reageert op een ogenschijnlijk klein voorval, maar voor de patiënte is dit niet zo. Het komt regelmatig voor dat de patiënte door een bepaalde situatie herinnerd wordt aan een gebeurtenis uit een recent of ver verleden die een ingrijpend of emotioneel karakter had. Hierdoor lukt het niet om de huidige gebeurtenis in de realiteit te plaatsen met als gevolg dat de patiënte zeer snel en intens kan reageren (APA, 2014; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Stoornis van de emotieregulatie**

De patiënte met BPS is niet goed in staat om haar emoties te reguleren. Haar biologisch emotioneel regulatiesysteem functioneert niet zo goed als bij personen zonder BPS. Hierboven wordt reeds beschreven dat de borderline patiënte sneller en heftiger reageert op gebeurtenissen dan anderen. Er is ook sprake van een onvermogen om het emotionele spanningsniveau adequaat te doen dalen. Wanneer een stresserende gebeurtenis zich voordoet, duurt het bij een patiënte met BPS langer dan bij andere personen tot het oorspronkelijke rustniveau opnieuw bereikt wordt en de emoties onder controle zijn. Deze beperking noemt men de emotieregulatiestoornis. Bij opeenvolgende stressvolle ervaringen kan de spanning zelfs dermate hoog oplopen dat de patiënte zelfdestructief gedrag stelt (zoals overmatig alcoholgebruik of automutilatie) om zo de spanning te kunnen reduceren (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Van Meekeren & De Jong, 2010).

#### 1.4.4 Kernthema 4: gedrag

- **Impulsief gedrag**

De borderline patiënte vertoont wispelturig en impulsief gedrag. Ze heeft een gebrekkige impulscontrole waardoor ze direct tot actie overgaat zonder vooraf na te denken over de consequenties. Typerend voor de patiënte met BPS is dat ze kortetermijnbevrediging nastreeft en slecht in staat is om langetermijnkeuzes te maken. Het impulsieve gedrag heeft tot gevolg dat er zich vaak wisselingen voordoen op sociaal, beroepsmatig en relationeel vlak (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Zelfdestructief en zelfondermijnend gedrag**

Zelfschadelijk gedrag is kenmerkend voor de patiënte met BPS. Dit doet zich voor onder de vorm van overmatig gebruik van of verslaving aan alcohol, drugs en/of medicatie, onverantwoord geld uitgeven, gokken, wisselende seksuele contacten, onveilige seks, roekeloos autorijden en verstoord eetgedrag. Bij de eetproblematiek kan het zowel gaan om extreem willen afvallen (anorexia nervosa) als om impulsieve vreetbuien (boulimia

nervosa). Het zelfdestructieve gedrag wordt meestal uitgevoerd om innerlijke spanning te verlichten. Het helpt de patiënte namelijk bij het reguleren van haar emotionele spanning. Ondanks het feit dat de patiënte achteraf soms spijt heeft of het gevaar van haar acties inziet, is het voor haar zeer moeilijk tot zelfs onmogelijk om weerstand te bieden aan de drang om dit schadelijke gedrag te herhalen.

Naast het zelfdestructief gedrag stelt de patiënte ook vaak zelfondermijnd gedrag. Zo komt het geregeld voor dat de borderline patiënte haar eigen succes saboteert op een moment dat een persoonlijk doel bijna bereikt is. Ze kan plots een job opzeggen, of een relatie afbreken die de potentie had om te blijven bestaan (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Automutilatie**

Automutilatie is het stellen van zelfverwondend gedrag dat niet bedoeld is als suicide. Opzettelijke zelfverwonding komt veelvuldig voor bij de patiënte met BPS. Het kan verschillende vormen aannemen zoals zichzelf krassen, snijden of zich branden (bijvoorbeeld met een sigaret). De patiënte is vaak niet in staat om om te gaan met oplopende innerlijke spanningen waarbij automutilatie zeer snel ontlading geeft (weliswaar slechts tijdelijk) van deze ondraaglijke spanning. De patiënte gaat hierbij letterlijk de spanning afreageren op haar eigen lichaam. Het verlichten van de spanning door zelfverwonding voorkomt vaak dat de negatieve gevoelens en gedachten uitmonden in suïcidale gedachten, gedragingen of suicide (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Suïcidaliteit**

Suïcidale gedachten, dreigingen, gedrag en herhaalde suïcidepogingen komen regelmatig voor bij de borderline patiënte. Men spreekt van chronische suïcidaliteit vanwege de aanhoudende aanwezigheid ervan. Uit onderzoek blijkt dat 8% à 10% van de patiënten met BPS overlijdt door suicide en dat het risico op suicide bij de patiënten met BPS 37 keer hoger ligt dan bij personen zonder psychische stoornis. De suïcidaliteit kan zeer plots de kop opsteken en de patiënte kan hierbij impulsief handelen. Bij heftige emoties voelt de patiënte zich machteloos en ziet ze geen andere uitweg dan een einde te maken aan haar leven om van haar lijden verlost te worden (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

## 1.4.5 Kernthema 5: interpersoonlijke relaties

- **Hechtingsproblematiek**

Hechtingsproblemen zijn kenmerkend voor de borderline patiënte. Vaak is er sprake van een onveilige gehechtheidsrelatie in de vroege jeugd, wat negatieve gevolgen heeft op de relatievorming in het verdere leven. De patiënte met BPS heeft veel moeite om zich te verhouden tot een ander en om op een gezonde manier om te gaan met elke vorm van intimiteit (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Moeite met afstand en nabijheid**

De patiënte met BPS heeft moeite met het regelen van afstand en nabijheid in haar interpersoonlijke relaties. Het contact wordt snel als te weinig of te veel, als te afstandelijk of te dicht ervaren. Enerzijds heeft ze moeite met alleen zijn, voelt ze zich zonder de andere eenzaam en verlangt ze voortdurend naar aandacht, acceptatie, steun en aanwezigheid van de andere. Deze continue nood aan nabijheid wordt veroorzaakt door het gebrek aan een consistente innerlijke kern waardoor structuur en waardering van buitenaf moeten komen. Anderzijds kan ze vaak moeilijk de nabijheid van de andere verdragen, ontstaan er veel ruzies en conflicten, en heeft ze het gevoel dat de ander zich te veel met haar bemoeit of haar niet serieus neemt. Een toepasselijke uitspraak omtrent de interpersoonlijke relaties van de borderline patiënte luidt: "hou me vast maar raak me niet aan!" (Spaans & Van Meekeren, 2006, p.55). Doordat de patiënte met BPS zoveel moeite heeft met het regelen van afstand en nabijheid in haar relaties, voelt ze zich vaak veiliger en comfortabeler bij zogenaamde transitionele objecten zoals een huisdier of een knuffeldier (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Aantrekken en afstoten**

De interpersoonlijke relaties van de borderline patiënte worden gekenmerkt door een sterk wisselend patroon van aantrekken en afstoten. Er kunnen zich plotselinge en zeer uitgesproken veranderingen voordoen in de mening van de patiënte over de ander. Zo gaat de patiënte de ander tijdens de eerste of tweede ontmoeting aanvankelijk (over)idealiseren. Ze gaat erop aandringen om veel tijd samen door te brengen en ze vertelt vanaf het begin reeds zeer intieme details over zichzelf. Vanuit haar nood aan de nabijheid van een persoon die haar accepteert, steunt en 'alles' voor kan betekenen, (over)idealiseert de borderline patiënte de andere. Deze (over)idealisatie kan echter plots omslaan naar een extreme devaluatie. De patiënte gaat de andere abrupt afkeuren, denigreren en afstoten wanneer ze enige kritiek krijgt of wanneer ze het gevoel krijgt dat de andere niet kan voldoen aan haar (vaak hooggespannen) verwachtingen, dat die persoon er onvoldoende voor haar wil zijn of dat deze niet echt om haar geeft. Dit sterk wisselende patroon van aantrekken en afstoten brengt de mensen in haar omgeving



enorm in verwarring wat hen soms aanzet om het contact met de borderline patiënte uit de weg te gaan (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Kortdurende, intensieve en conflictueuze relaties**

Een typisch aspect van het relationeel en sociaal functioneren van de patiënte met BPS is instabiliteit. Het impulsief handelen, de vaak hooggespannen verwachtingen en het denken in uitersten maken de interpersoonlijke relaties zeer moeilijk. Het kenmerkende aantrekken en afstoten heeft tot gevolg dat er zich vele intensieve en stormachtige contacten voordoen die vaak van korte duur zijn. Zowat alle interpersoonlijke relaties van de borderline patiënte verlopen conflictueus en moeizaam. De frequente conflicten en ruzies leiden vaak tot grote teleurstellingen bij de beide partijen. Het komt ook regelmatig voor dat patiënten met BPS liegen en bedriegen, wat conflicten enkel in de hand werkt (Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Verlating en afwijzing**

- *Verlatingsangst: een vicieuze cirkel*

De patiënte met BPS heeft een zeer intense angst om verlaten te worden. Die angst kan oplopen tot extreme paniek op momenten dat ze alleen is of zich eenzaam voelt. Ze leeft in de veronderstelling dat de mensen met wie ze een sterke band heeft, haar sowieso op een dag zullen verlaten. De borderline patiënte gaat zich in haar relaties vaak vastklampen aan de andere persoon. Het gevolg hiervan is dat de andere dit als erg verstikkend en claimend kan ervaren waardoor deze hierop reageert door zich wat terug te trekken. Deze terugtrekreactie van de ander zorgt er dan bij de patiënte voor dat ze zich door de ander tekortgedaan en verlaten voelt, wat haar verlatingsangst enkel voedt (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- *Gevoel van verlating en afwijzing*

De borderline patiënte is zeer gevoelig voor veranderingen in de relatie en voor feitelijke of vermeende verlating. Neutrale gebeurtenissen, gedragingen, woorden of gezichtsuitdrukkingen worden dikwijls negatief opgevat. Ze interpreteert de zaken vaak als een teken dat de ander de relatie wil beëindigen. Zo kan een onschuldig bedoelde opmerking of wegsturende blik haar het gevoel geven dat de ander haar wil verlaten. Vele dagelijkse voorvallen kunnen als zeer negatief aanvoeld worden. Een onvoorziene aanpassing van een planning of afspraak, iemand die te laat komt op een afspraak, het beëindigen van een persoonlijk

gesprek, gewoon afscheid nemen, ..., kunnen aanleiding geven tot een sterk gevoel van afwijzing. Daarbovenop is de patiënte ervan overtuigd dat dit alles gebeurt omdat zij slecht is of niet goed bevonden wordt (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006).

- *Reactie op feitelijke of vermeende verlating en afwijzing*

Wanneer de borderline patiënte het gevoel heeft dat de ander haar afwijst of verlaat, kan ze hier heftig en impulsief op reageren. Soms kiest ze ervoor om zelf weg te gaan vóór de andere haar kan verlaten. Op andere momenten brengt het een heftige emotionele reactie teweeg van ongepaste woede, depressieve gevoelens, wanhoop, angst of een intens gevoel van eenzaamheid. De patiënte kan ook reageren met dreiging of uitvoering van zelfverwondend of suïcidaal gedrag. Zo tracht ze op krampachtige wijze om verlating te voorkomen (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

#### 1.4.6 Kernthema 6: reacties op het ervaren van extreme stress

Bij oplopende spanningen of in tijden van extreme stress kan de patiënte met BPS een aantal specifieke symptomen vertonen. Deze reacties kunnen zich voordoen wanneer er te veel emoties op de patiënte afkomen, bij feitelijke of vermeende verlating, wanneer iets voor de patiënte overmatig beangstigend of ondraaglijk is, of wanneer de patiënte een gebeurtenis meemaakt die haar herinnert aan een gebeurtenis uit een recent of ver verleden die een ingrijpend of emotioneel karakter had.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee soorten reacties. Het gaat om realiteitsvervormingen, ook wel 'micropsychotische episodes' genoemd, en ernstigere dissociatieve ervaringen. Deze reacties worden in de DSM-5 als het negende BPS-criterium benoemd als "Voorbijgaande, stressgerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen." (APA, 2014, p.872). Deze reacties zijn kortdurend en van voorbijgaande aard. Ze duren meestal slechts enkele minuten tot uren of hoogstens een aantal dagen. Ze kunnen qua intensiteit fluctueren doorheen de dag(en) (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Hieronder wordt verder ingegaan op deze reacties.

- **Realiteitsvervormingen of micropsychotische episodes**

In de micropsychotische episodes<sup>6</sup> treden er voornamelijk paranoïde gedachten op. Ook kunnen er zich wanen<sup>7</sup> en visuele en auditieve hallucinaties<sup>8</sup> voordoen.

- **Ernstigere dissociatieve ervaringen**

Dissociatie houdt een verandering van het bewustzijn in, waardoor er zich een toestand van vernauwd bewustzijn voordoet of waardoor het bewustzijn een ander karakter krijgt. Wanneer men zich concentreert, bijvoorbeeld wanneer men bij het lezen van een boek er totaal in opgaat, sluit men zich af en ervaart men de wereld rondom zich niet meer zoals gewoonlijk. Men hoort bijvoorbeeld niet meer dat men aangesproken wordt. Dergelijke vormen van bewustzijnsverandering vallen onder het normale. Dissociatie wordt als pathologisch beschouwd wanneer men er geen controle meer over heeft of wanneer de reactie zeer intens optreedt. Het is deze pathologische vorm die bedoeld wordt wanneer men kortweg over dissociatie spreekt. Tijdens een dissociatieve ervaring kan de patiënte met BPS soms zelfverwondend gedrag stellen om weer tot vol bewustzijn te komen (APA, 2014; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

De dissociatieve ervaringen uiteten zich in het kader van de borderline pathologie op twee manieren:

- *Gevoel van leegte en vervreemding*

Het gaat hierbij om een extreem gevoel van leegte waarbij de patiënte zichzelf en de wereld rondom zich als vreemd ervaart. Dit gevoel van vervreemding kan zodanig sterk zijn dat de patiënte het contact met haar eigen lichaam verliest en soms zelfs geen pijn meer ervaart (APA, 2014; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- *Wegrakingen*

Bij wegrakingen is het contact met de werkelijkheid (tijdelijk) verloren. De patiënte met BPS voelt zich niet meer in de huidige realiteit staan. Het is alsof ze afgesloten is van de wereld rondom haar. Ze is in zichzelf gekeerd. Tegelijkertijd leeft ze verder in de echte wereld: ze spreekt, beweegt en handelt verder in de werkelijkheid. Nadien weet de patiënte niet (goed) meer wat er in de realiteit is gebeurd. Ze weet soms niet meer wat ze deed of hoe ze ergens is beland. De omgeving ondervindt dat de patiënte er niet helemaal bij is, een afwezige indruk maakt en niet helder of adequaat reageert. De mate van wegraking kan sterk

---

<sup>6</sup> Psychose is “[...]: een zodanig ernstige stoornis van de psychische functies en/of het gedrag, dat een persoon daardoor niet in staat is de uiterlijke en innerlijke werkelijkheid van elkaar te onderscheiden; het contact met de werkelijkheid is gestoord; de realiteitstoetsing ([...]) faalt; kenmerkend voor psychotisch gedrag zijn: wanen, hallucinaties en denkstoornissen; [...]” (Jochems & Joosten, 2012, p.779).

<sup>7</sup> Een waan is “een niet-corrigeerbare persoonlijke overtuiging die in strijd is met de objectieve werkelijkheid en die met absolute zekerheid wordt aangehangen; [...]” (Jochems & Joosten, 2012, p.1021).

<sup>8</sup> Een hallucinatie is “[...], een psychische ervaring met het karakter van een waarneming die niet berust op een zintuiglijke prikkel en gewaarwording, en die door de patiënt kritiekloos voor waar wordt aangenomen; [...]” (Jochems & Joosten, 2012, p.392).

variëren van ‘er even niet met de gedachten bijzijn’ tot zelfs bewustzijnsverlies (Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

## 1.5 Etiologie

Er is nog niet veel bekend over de oorzaken van BPS. De meeste hypothesen suggereren dat er sprake is van een samenspel van verscheidene risicofactoren. Een algemeen aanvaarde theoretische benadering van deze risicofactoren is het biopsychosociaal model. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat er zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen bij het ontstaan van BPS. Bij dit model benadert men BPS als een gevolg van de interactie van deze factoren: de patiënte heeft een biologische kwetsbaarheid die door haar psychologische ervaringen en onder sociale invloeden van buitenaf kan leiden tot het ontstaan van BPS. Belangrijk hierbij is dat niet één van de factoren op zichzelf BPS veroorzaakt; het gaat om de onderlinge invloed en samenhang van de verscheidene factoren (Cuyvers, 2013; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Hieronder worden de drie clusters van risicofactoren kort besproken.

- **Biologische factoren**

Met ‘biologische factoren’ worden lichamelijke factoren bedoeld zoals erfelijkheid en aanleg. Uit onderzoek blijkt dat erfelijkheid een duidelijke rol speelt in de ontwikkeling van BPS. Toch zijn er geen specifieke genen geïdentificeerd die rechtstreeks met BPS worden geassocieerd. Wel zouden afwijkingen in de hersenfuncties en anatomische afwijkingen in bepaalde hersenzones betrokken zijn bij het ontstaan van BPS. Zo zijn er aanwijzingen dat de impulsiviteit en de emotionele instabiliteit van de borderline patiënten te maken hebben met een stoornis in een systeem van neurotransmitters. Men spreekt van een zekere biologische kwetsbaarheid op basis van deze erfelijke en aangeboren factoren (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Psychologische factoren**

Tot de psychologische factoren behoren de opvoeding, persoonlijke ervaringen en ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd en het verdere leven. Bij de meerderheid van de borderline patiënten is er sprake van traumatiserende gebeurtenissen in de vroege jeugd. Ongeveer 60% à 70% van de patiënten met BPS heeft een ernstig trauma meegemaakt. Toch is het oorzakelijke verband tussen trauma en het ontwikkelen van BPS niet alomvattend. Zo is er niet bij alle patiënten met BPS sprake van een traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis. Daarnaast zijn er ook veel mensen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt maar geen BPS ontwikkelen (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Trauma kan vele vormen aannemen. Het kan gaan om een ingrijpende ervaring of reeksen van ogenschijnlijk 'kleinere' ervaringen die samengeteld mee aanleiding geven tot de ontwikkeling van een psychische stoornis. Uit onderzoek blijkt dat vroegkinderlijke gebeurtenissen meer invloed hebben op de ontwikkeling van BPS dan gebeurtenissen die plaatsvinden op latere leeftijd. Het is ook zo dat voornamelijk langdurige en ernstig stresserende situaties vaker leiden tot het ontwikkelen van BPS dan specifieke, eenmalige negatieve ervaringen (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006).

Hieronder volgt een opsomming van ingrijpende traumatiserende ervaringen die vaak voorkomen in de voorgeschiedenis van borderline patiënten (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010):

- Seksuele traumatisering zoals seksueel misbruik of incest
- Fysiek geweld
- Verwaarlozing
- Emotionele verwaarlozing zoals het herhaaldelijk negeren van de emotionele beleving en ervaringen van het kind
- Vroegtijdige scheiding of verlies van de ouders of verzorgers
- Veelvuldig onverwerkt verlies
- Verbaal misbruik en geweld
- Het slachtoffer zijn van pestgedrag
- Instabiele en invaliderende gezinssituatie die niet voldoet aan het vervullen van de basisbehoeften, zoals bij 'afwezige ouders' of bij een emotioneel tekortschietende gezinsomgeving

Deze traumatische gebeurtenissen hebben een invloed op de ontwikkeling van de patiënte tijdens de kindertijd en/of de adolescentie. Dergelijke ingrijpende gebeurtenissen leiden doorgaans tot een onveilig hechtingspatroon, en hebben zo rechtstreeks invloed op het ontstaan van borderline symptomen zoals onvoldoende ontwikkeling van de eigen identiteit, geen veiligheid in relatie tot de andere, verlatingsangst en een chronisch gevoel van leegte. Tot slot vermelden Ingenhoven, van Reekum, van Luyn en Luyten (2012) nog dat de traumatische impact van emotionele verwaarlozing en een invaliderende gezinssituatie een hoger risico geven op BPS dan fysiek of seksueel misbruik (Cuyvers, 2013; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Sociale factoren**

De term 'sociale factoren' omvat omgevingsfactoren zoals de maatschappij en de (sub)cultuur waarin de patiënte leeft en werd grootgebracht.

Uit onderzoek blijkt dat BPS vooral voorkomt in moderne Westerse culturen. In het Westerse maatschappijbeeld staat individualisering centraal. Sinds het einde van de 20<sup>ste</sup>

en het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw is de samenleving gekenmerkt door sociale desintegratie en beperkte onderlinge verbondenheid. Het gevolg hiervan is dat men zich minder geborgen en veilig voelt. Daarnaast hebben ook de voortdurend snelle maatschappelijke veranderingen en toenemende eisen aan het individu een invloed. Hierdoor heerst er veel onrust en is er weinig stabiliteit, wat de ontwikkeling van BPS bevordert (Cuyvers, 2013; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

## **1.6 Comorbiditeit**

Comorbiditeit is het gelijktijdig voorkomen van twee of meer stoornissen bij dezelfde persoon. Psychiatrische comorbiditeit komt veel voor, het is zelfs eerder regel dan uitzondering. Alle mogelijke combinaties van psychiatrische stoornissen kunnen zich voordoen, maar men ziet dat comorbiditeit vaker voorkomt tussen stoornissen die binnen eenzelfde domein liggen en dus een sterke onderlinge samenhang vertonen op vlak van classificatie, symptomen en etiologie (Spinhoven, Bockting, Ruhe, & Spijker, 2018; Sprey, 2015).

Ook bij patiënten met BPS komt psychiatrische comorbiditeit regelmatig voor. De patiënte met BPS kan last hebben van bijna alle psychische stoornissen en klachten die in de psychiatrie gekend zijn. Dit maakt dat de BPS een complexe stoornis is. Ongeveer 85% van de borderline patiënten heeft ten minste één andere psychische stoornis. Een gedeeltelijke verklaring voor het veelvuldig optreden van comorbiditeit bij BPS, is de overlap in symptomatologie tussen BPS en andere psychische stoornissen. Het is zelfs zo dat de patiënten eerder behandeling zoeken voor de symptomen van de comorbide psychische stoornis dan voor de aanwezige BPS. De aanwezigheid van comorbiditeit heeft tot gevolg dat de symptomen van de aandoeningen vaak ernstiger zijn en het verloop van de behandeling vaak ongunstiger is en langer duurt (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Spaans & Van Meekeren, 2006; Spinhoven, Bockting, Ruhe, & Spijker, 2018, Van Meekeren & De Jong, 2010).

Hieronder worden de comorbide psychische stoornissen weergegeven die het meest voorkomen bij de borderline patiënte. Indien gekend, wordt ook de prevalentie van die specifieke comorbide psychische stoornis bij deze patiëntenpopulatie tussen haakjes vermeld (APA, 2014; Cuyvers, 2013; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Sprey, 2015).

- Depressieve stemmingsstoornissen (20%)
- Bipolaire stemmingsstoornissen (53% à 83%)
- Angststoornissen (ongeveer 85%)
- Obsessieve-compulsieve stoornis (20%)
- Posttraumatische stresstoornis (25% à 50%)

- Eetstoornissen (22%), met name anorexia nervosa of boulimia nervosa
- Middelenmisbruik en verslavingsstoornissen (25% à 57%), met name misbruik van of verslaving aan alcohol, illegale drugs en nicotine
- Andere persoonlijkheidsstoornissen
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (41% à 55%)
- Somatoforme stoornissen<sup>9</sup>

Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten (2012) benoemen dissociatieve en psychotische stoornissen ook als comorbide stoornissen van BPS. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat in DSM-5 “Voorbijgaande, stressgerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen” (APA, 2014, p.872) als negende criterium worden vernoemd in de reeks classificatiecriteria voor BPS.

Aangezien deze bachelorproef zich uitsluitend op BPS richt, wordt er geen verdere informatie weergegeven over de genoemde comorbide psychische stoornissen.

## **1.7      *Behandeling***

Patiënten met BPS staan bekend als lastige en moeilijke patiënten die vaak in conflict komen met hun omgeving, dus ook met hulpverleners en met behandelteams. Dit leidt ertoe dat behandelingen vaak afgebroken worden. Werken met mensen met BPS is voor vele hulpverleners erg confronterend. “BPS-patiënten kruipen vaak onder je huid.” (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012, p.58).

Verscheidene symptomen van de BPS blijven vaak in meerdere of mindere mate levenslang aanwezig, maar in tegenstelling tot het lang bestaande geloof dat BPS een chronisch en onveranderlijk verloop kent, blijkt dat de borderline problematiek na verloop van tijd toch kan stabiliseren. Skodol, Stein en Hermann (2019) rapporteren dat er bij 45% van de borderline patiënten remissie<sup>10</sup> optreedt. Behandeling heeft hier een duidelijke invloed op, maar ook zonder behandeling is er enige vorm van stabilisatie merkbaar. De problematiek blijkt vanaf het 30<sup>ste</sup> levensjaar in zekere mate af te nemen en een meerderheid van de patiënten ervaart op de leeftijd van 30 jaar tot 50 jaar meer stabiliteit in het relationele en beroepsmatige leven. Naast deze spontane stabilisatie, is de invloed van therapie niet te onderschatten. Patiënten die in behandeling gaan, vertonen reeds in de loop van het 1<sup>e</sup> jaar van hun therapie enige verbetering. APA (2014) rapporteert hieromtrent dat bij benadering de helft van de borderline patiënten die een behandelprogramma volgen, na ongeveer 10 jaar niet langer voldoen aan de

---

<sup>9</sup> Somatoforme stoornissen zijn “lichamelijke verschijnselen waarvoor geen organische oorzaken of fysiologische mechanismen aantoonbaar zijn, en waarbij psychologische of sociale conflicten naar redelijkheid kunnen worden vermoed; [...]” (Jochems & Joosten, 2012, p.875).

<sup>10</sup> Remissie is de “vermindering van ziekteverschijnselen, meestal tijdelijk, zonder dat zij geheel verdwijnen; [...]” (Jochems & Joosten, 2012, p.809).

minimale classificatiecriteria voor BPS. Ondanks het hoge remissiepercentage, vermelden Skodol, Stein en Hermann (2019) ook dat er in 34% van de gevallen herval plaatsvindt (APA, 2014; Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Skodol, Stein, & Hermann, 2019).

In de voorbije jaren werden een reeks gestructureerde behandelprogramma's ontwikkeld specifiek voor BPS, die duidelijk positieve perspectieven kunnen bieden aan de borderline patiënten. Dialectische gedragstherapie (DGT)<sup>11</sup>, schematherapie (ST)<sup>12</sup>, transference-focused psychotherapie (TFP)<sup>13</sup> en mentalization-based treatment (MBT)<sup>14</sup> zijn voor BPS evidence-based en hebben hun waarde reeds bewezen in de klinische praktijk. Andere behandelprogramma's zijn nog in ontwikkeling voor BPS en worden nog onderzocht op hun effectiviteit bij deze problematiek. Tussen deze behandelopties is er onderling veel verschil, maar hun doel is steeds hetzelfde: het verminderen van de symptomen. De hierboven vernoemde behandelprogramma's werden zowel uitgewerkt voor residentiële settings als voor dagtherapeutische en ambulante settings. Vaak worden individuele begeleidingen gecombineerd met groepstherapie. De verschillende behandeltrajecten bij BPS zijn doorgaans intensief en langdurig (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Hieronder volgt een korte uitwerking van de evidence-based behandelprogramma's voor BPS.

- **Dialectische gedragstherapie (DGT)**

DGT werd specifiek ontwikkeld voor borderline patiënten met chronische suicidaliteit. De nadruk ligt bij deze therapievorm voornamelijk op zichzelf leren accepteren zoals men op dit moment is, en op het ontwikkelen van emotieregulerende strategieën om het gedrag te leren controleren (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006).

- **Schematherapie (ST)**

Een schema is in deze context een diepgewortelde overtuiging die als onweerlegbaar en vanzelfsprekend wordt ervaren, en die fungeert als een sjabloon om nieuwe ervaringen te verwerken. Een schema kan worden vergeleken met een vooroordeel van waaruit men de wereld tegemoet treedt en dat in stand gehouden wordt doordat men op deze wijze naar de wereld kijkt. Verstoorte schema's ontstaan in de kindertijd onder andere op basis van disfunctionele interpersoonlijke ervaringen, en sturen de negatieve en disfunctionele gedragingen, gemoedstoestanden en copingstijlen van de borderline patiënte aan. ST richt zich door de 'limited reparenting'-attitude van de therapeut op verandering van deze lang bestaande patronen (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).

---

<sup>11</sup> Vanaf nu wordt de afkorting DGT gebruikt in plaats van 'dialectische gedragstherapie'.

<sup>12</sup> Vanaf nu wordt de afkorting ST gebruikt in plaats van 'schematherapie'.

<sup>13</sup> Vanaf nu wordt de afkorting TFP gebruikt in plaats van 'transference-focused psychotherapie'.

<sup>14</sup> Vanaf nu wordt de afkorting MBT gebruikt in plaats van 'mentalization-based treatment'.



- **Transference-focused psychotherapie (TFP)**

TFP heeft tot doel om tot een veiligere gehechtheid en verbeterd reflectief functioneren te komen via het samenspel van overdracht en tegenoverdracht. Overdracht is het verschijnsel waarbij iemand (hier de borderline patiënte) in het contact met een andere persoon (hier de therapeut) onbewust de eigen gekende of ongekende gedachten, gevoelens en bedoelingen aan die andere persoon toeschrijft. De therapeut gaat dan samen met de patiënte trachten te analyseren hoe de patiënte de wereld rondom zich en de belangrijke anderen in haar leven, waaronder de therapeut en bijvoorbeeld ook haar eigen ouders, ervaart. Hierbij zal de therapeut ook rekening houden met wat hij zelf tegenoverdrachtelijk ervaart. Dit omvat het geheel aan gevoelens en gedachten die door de patiënte bij de therapeut worden opgeroepen via het mechanisme van de overdracht (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).

- **Mentalization-based treatment (MBT)**

Het vermogen om te mentaliseren ontwikkelt zich vanuit een context van veilige hechting en ligt aan de basis van een coherente beleving van zichzelf en van een noodzakelijke afgrenzing tussen het zelf en de ander. Bij borderline patiënten is er vaak sprake van een onveilige gehechtheidsrelatie in de vroege jeugd waardoor het mentalisatievermogen gebrekkig ontwikkeld is. Dit leidt op zijn beurt tot onvoldoende emotieregulatie en tot vele interpersoonlijke problemen. MBT is erop gericht om het mentaliserend vermogen te verbeteren met als doel een stabiel zelfbeeld, betere emotieregulatie en veiligere interpersoonlijke relaties te ontwikkelen (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006).

Deze verschillende vormen van psychotherapie worden regelmatig in combinatie met farmacotherapie toegepast. Er bestaat geen specifieke medicatie voor BPS maar soms wordt er gebruik gemaakt van antidepressiva, stemmingsregulators, antipsychotica en angstwerende- en kalmeermiddelen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Spaans & Van Meekeren, 2006).

## **2 De borderline persoonlijkheidsstoornis in de perinatale periode**

Vrouwen met BPS lopen zowel tijdens de zwangerschap, bij de bevalling als in het postpartum een verhoogd risico op problemen en complicaties. De overgang naar het ouderschap en de relatie met hun kersverse baby verlopen moeilijker dan bij vrouwen zonder BPS. Daarbij komt dat de borderline psychopathologie van de moeder invloed heeft op de verdere ontwikkeling van het kind.

In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat er omtrent deze verschillende thema's binnen het kader van de borderline problematiek in de literatuur teruggevonden wordt.

In tegenstelling tot andere psychische stoornissen, is het opvallend dat er over de combinatie van BPS en de perinatale periode tot nu toe slechts weinig onderzoek is verricht, ondanks het feit dat deze patiëntenpopulatie binnen de gezondheidszorg tot de groep van hoogrisicopatiënten behoort (Apter et al., 2017; Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

Deze bachelorproef richt zich uitsluitend op de BPS en niet op de andere comorbide psychopathologieën die regelmatig voorkomen bij de BPS. Uiteraard zijn alle gevolgen van de comorbide stoornissen gedurende de perinatale periode ook van belang om de psychopathologie van deze patiëntenpopulatie ten volle te begrijpen, maar de uitwerking hiervan valt buiten het opzet van deze bachelorproef. Daarnaast is er ook gekozen om bij de literatuurstudie niet op de medisch-verloskundige aspecten te focussen maar vooral op de psychosociale aspecten van de combinatie van BPS bij de moeder en de perinatale periode. Verder zal er in dit hoofdstuk enkel gesproken worden over de vrouw en niet over haar partner, alhoewel de aanwezigheid van de partner uiteraard ook invloed heeft op de hierboven vernoemde thema's. Er zal ook gebruik gemaakt worden van de term 'moeder' waar de algemene term 'ouder' of 'primaire verzorger' ook kan gebruikt worden. Tenslotte handelt deze bachelorproef hoofdzakelijk over de bevindingen gedurende het eerste jaar postpartum omdat de vroedvrouw omtrent de perinatale periode uitsluitend tot en met deze termijn bevoegd is.

### **2.1 Zwangerschap**

In de classificatiecriteria voor BPS staat beschreven dat deze psychische stoornis voornamelijk tot uiting komt op jongvolwassen leeftijd. Voor vrouwen is dit een belangrijke levensfase

aangezien deze hun meest vruchtbare periode omvat. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met BPS vaker zwanger worden op deze leeftijd waarop de borderline symptomen juist duidelijk op de voorgrond treden of verergeren. Het blijkt ook dat er bij hen frequenter sprake is van tienerzwangerschappen en ongeplande zwangerschappen dan bij vrouwen zonder deze psychopathologie. Dit verhoogde risico wordt veroorzaakt door een aantal van de hierboven vernoemde symptomen van deze patiëntenpopulatie, namelijk: emotionele instabiliteit, instabiele en snel wisselende gedachten, impulsief en risicovol gedrag, middelenmisbruik, intensieve kortdurende relaties, vaak wisselende seksuele contacten, onveilige seks en dikwijls geen of minder gebruik van anticonceptiemiddelen. Regelmatig resulteren deze zwangerschappen in abortus of miskraam (APA, 2014; Apter & Huisman, 2005; Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; De Genna, Feske, Larkby, Angiolieri, & Gold, 2012; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

De prenatale medische opvolging is bij vrouwen met BPS vaak onregelmatig omwille van het veelvuldig voorkomen van consultatieverzuim. In extreme situaties wordt de zwangerschap op zich zelfs volledig genegeerd. Dit heeft tot gevolg dat de moeder zowel op fysiek als psychologisch vlak onvoldoende zorg draagt voor zichzelf en onvoldoende voorbereid is op de bevalling en op de komst van de baby (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014).

Vrouwen met BPS hebben een verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties met alle gevolgen van dien voor zowel de moeder als het kind. Zo blijkt dat vrouwen met BPS tijdens de zwangerschap vaker problemen hebben met polyfarmacie, verslaving en middelenmisbruik. Deze patiëntenpopulatie gebruikt ook meer alcohol en nicotine gedurende de zwangerschapsperiode. Het veelvuldig voorkomen van risicovol seksueel gedrag met vaak wisselende sekspartners en gebrek aan barrièrevormende anticonceptiemiddelen, brengt met zich mee dat deze vrouwen regelmatig seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)<sup>15</sup> hebben en dit zowel voor als tijdens de zwangerschap. Verder kan het automutulerend gedrag van vrouwen met BPS ook complicaties inhouden voor de zwangerschap en de zich ontwikkelende foetus (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; De Genna, Feske, Larkby, Angiolieri, & Gold, 2012; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

De zwangerschap en overgang naar het ouderschap zijn voor elke vrouw een bijzondere periode die gepaard gaat met herdefiniëring en verandering van de interpersoonlijke relaties, de eigen identiteit en de persoonlijke rol binnen het gezin en de samenleving. Het is een stressvolle periode die gekenmerkt wordt door twijfel en onzekerheid. Deze innerlijke reorganisatie vergt veel van alle toekomstige moeders maar voor vrouwen met BPS is deze opgave in hogere mate belastend dan voor vrouwen zonder deze psychopathologie. Het vage identiteitsbesef en het instabiele en negatieve zelfbeeld van de borderline patiënte worden

---

<sup>15</sup> Vanaf nu wordt de afkorting SOA's gebruikt in plaats van 'seksueel overdraagbare aandoeningen'.

tijdens de zwangerschap op de proef gesteld. In deze stressvolle periode is ook het gebrekkige mentalisatievermogen van de vrouw extra kwetsbaar terwijl de zwangerschap en het prille ouderschap juist een verhoogd appèl doen op deze vaardigheid. Het reeds fragiele persoonlijkheidsfunctioneren komt onder druk te staan wat de symptomen van de borderline psychopathologie in ernst kan doen toenemen. Zo is er gedurende de zwangerschap een verhoogd risico op toename van stemmingswisselingen, interpersoonlijke conflicten, impulsief en zelfbeschadigend gedrag en automutilatie. Verder is er bij vrouwen met BPS gedurende de zwangerschap een groter risico op suïcidale gedragingen, suïcidepogingen en suïcide. Er vinden tijdens de zwangerschap ook vaker opnames in de psychiatrie plaats (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

Omtrent de maternale beleving van de zwangerschap, is er bij vrouwen met BPS sprake van een ambigue ervaring. Enerzijds kan deze enorm positief zijn waarbij de zwangerschap en het ongeboren kind sterk geïdealiseerd worden. De vrouw voelt zich tijdens deze periode euforisch en heeft het gevoel de volledige controle te hebben over haar toekomstige baby van wie ze verwacht dat deze alle tekortkomingen uit haar verleden en haar huidige leven kan herstellen. Anderzijds wordt de zwangerschap ook als iets negatief en traumatisch beleefd. De meerderheid van de borderline patiënten beleefde een traumatiserende gebeurtenis in het verleden. Bij velen was er sprake van seksuele traumatisering in de vorm van seksueel misbruik of incest. Voor deze vrouwen kan de zwangerschap een trigger zijn voor toename van haar psychopathologie door haar te herinneren aan het vroegere seksueel misbruik. De vrouw kan zich ook plotseling gevangen voelen in haar zwangerschap en overweldigd zijn door het gevoel haar baby niet meer te willen. Soms heeft ze het gevoel dat de baby haar lichaam binnendringt en haar eigenheid schendt. Wanneer de vrouw met BPS gedurende haar zwangerschap veel last heeft van zwangerschapsklachten, kan de zwangerschap op zich als ondraaglijk ervaren worden. Verder kent de vrouw met BPS frequent gevoelens van vervreemding, angst, schaamte, schuld, ambivalentie, woede, leegheid en depressiviteit (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

## **2.2      *Bevalling***

Uit de literatuur blijkt dat vrouwen met BPS de bevalling als traumatisch ervaren. Zowel Blankley, Galbally, Snellen, Power en Lewis (2015) als Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence en Abenhaim (2016) stellen in hun studie vast dat vrouwen met BPS banger zijn voor de bevalling dan andere vrouwen. De verwachtingen ten aanzien van de bevalling en de bevalling op zich kunnen bij deze patiëntenpopulatie trauma's uit hun vroegere jeugd oproepen met een verergering van de borderline symptomen als gevolg. Soms zijn de herinneringen aan het trauma zo sterk dat de vrouw niet in staat is zich te focussen op de

gebeurtenissen van het moment zelf en om zich bezig te houden met haar kersverse baby (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016).

Verder vermelden verscheidene studies dat vrouwen met BPS regelmatig vragen om de bevalling via inductie of sectio caesarea voortijdig te laten plaatsvinden omwille van hun onvermogen om met de emotionele schommelingen, stress en angst van de bevalling om te gaan (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016).

## **2.3 Postpartum**

Het postpartum is voor alle moeders een periode van afstemming en aanpassing waarbij het voltallige gezin een nieuw evenwicht moet zoeken. De innerlijke reorganisatie van de vrouw die reeds in de zwangerschap was gestart, zet zich voort. De vrouw is nu 'officieel' moeder geworden en wordt geconfronteerd met een zeer afhankelijke en kwetsbare baby bij wie de noden en behoeften slechts via gissen en missen kunnen worden achterhaald. Het komt vaak voor dat de moeder na de bevalling ervaart dat haar verwachtingen ten opzichte van het moederschap en de baby in realiteit blijken tegen te vallen. De ambivalentie, twijfels en onzekerheden tegenover het ouderschap en de eigen ouderlijke capaciteiten zijn voor alle moeders kenmerkend voor deze periode (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014).

Uit de literatuur blijkt dat moeders met BPS het extra moeilijk hebben in de postpartumperiode. De vrouw met BPS ervaart zowat alles omtrent haar kersverse baby als uitermate stressvol. Ze voelt zich overweldigd in haar nieuwe rol en ze heeft er moeite mee om de zorgen voor haar baby op zich te nemen. Het prille ouderschap en de pasgeboren baby kunnen bij de borderline moeder verscheidene pijnlijke en lastige zaken losmaken. Wanneer het kind daarbovenop het resultaat is van een ongeplande zwangerschap ten gevolge van haar seksuele impulsiviteit, kan de moeder met BPS haar eigen baby vaak moeilijk in haar buurt verdragen. Verder kunnen onverwerkte traumatische ervaringen uit haar vroege jeugd in deze periode de kop opsteken. Zo kan het contact met haar baby de vrouw terugbrengen naar haar kindertijd waarbij ze haar eigen kinderlijke stress, afhankelijkheid en angst voor verlaten gespiegeld ziet bij haar pasgeboren kind. Daarnaast roept de baby bij de borderline moeder ook sterke en eerder negatieve emoties op, zowel ten opzichte van haar kind als ten opzichte van zichzelf. Ze voelt ten opzichte van haar kind voornamelijk boosheid door de hulpeloze afhankelijkheid van de baby, jaloezie omdat haar kind wél zaken krijgt die zij als kind niet heeft gekregen (zowel affectieve aandacht als materiële zaken) en teleurstelling omdat de baby niet kan voldoen aan haar idealistische verwachtingen die ze had tijdens de zwangerschap.

Wanneer de baby bijvoorbeeld zijn hoofdje, om welke reden ook, eventjes van haar wegdraait, ervaart ze dit bijna altijd alsof de baby haar afwijst. Ze kan haar kind soms beschrijven als haatdragend ten opzicht van haar. Op die momenten kan ze uitspraken doen zoals “Als mijn kind lastig is, doet hij dat om mij te pesten” (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015, p.96). Ze vindt haar baby een veeleisende aanwezigheid die haar slaap verstoort en haar persoonlijke ruimte inneemt. Deze heftige emoties leiden soms tot de angstaanjagende gedachten dat ze haar eigen kind kwaad zou willen doen.

Ten opzicht van zichzelf ervaart ze eerder oordelende gevoelens. De onzekerheden en twijfels die eigen zijn aan de postpartumperiode gaan bij de vrouw met BPS haar reeds lage zelfbeeld en zelfvertrouwen nóg meer doen dalen. Ze heeft het gevoel dat ze in het ouderschap faalt en dit bevestigt haar in haar overtuiging dat ze slecht en waardeloos is. In vergelijking met andere vrouwen, voelt de moeder met BPS zich minder tevreden over haar moederlijke capaciteiten. Dit neemt soms dermate grote proporties aan dat ze zich volledig incapabel acht en een enorme zelfhaat voelt (Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011; Williams & Apter, 2017).

Net zoals tijdens de zwangerschap, kunnen alle fysieke en psychische veranderingen in de postpartumperiode een opflakking van de borderline pathologie veroorzaken. Vrouwen met BPS lopen in deze periode namelijk een groter risico op toename van middelenmisbruik, verslaving, impulsief gedrag, zelfbeschadigend gedrag en automutilatie. Verder is het risico op suïcidepogingen en suïcide bij deze patiëntenpopulatie gedurende het eerste jaar na de bevalling toegenomen. Uitzonderlijk doen er zich ook gedachten voor over infanticide<sup>16</sup>. Al deze symptomen kunnen een reëel gevaar inhouden voor moeder en baby. Daarbovenop heeft de vrouw met BPS in de postpartumperiode meestal ook af te rekenen met hevige stemmingswisselingen. Dit komt het moeder-kind-contact niet ten goede. Vaak overweldigt een veelheid aan emoties de prille moeder, waardoor ze het gevoel krijgt dat ze onmogelijk goed voor haar kind kan zorgen. Ook in de postnatale periode zal ze het hoofd moeten bieden aan toegenomen gevoelens van angst, schaamte, schuld, ambivalentie en woede, en zal ze frequent een niet verwachte leegheid ervaren. Haar depressieve gevoelens treden extra op de voorgrond en gaan gedurende de eerste maanden postpartum gepaard met een intense en chronische vermoeidheid en prikkelbaarheid (Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

Tenslotte beschrijven Lambregtse-van den Berg, van Kamp en Wennink (2015) dat een opname in de psychiatrie voor vrouwen op geen enkel ander moment in hun leven zo vaak voorkomt als tijdens de postpartumperiode. De borderline moeder is hier geen uitzondering op, in tegendeel: bij haar is de prevalentie van een psychiatrische opname in de

---

<sup>16</sup> Infanticide is “het om het leven brengen van een kind ouder dan een dag, maar jonger dan 1 jaar” (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015, p.288).

postpartumperiode zelfs nóg hoger dan bij vrouwen zonder deze psychopathologie (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

## **2.4 Moeder-kindrelatie**

In dit onderdeel wordt de moeder-kindrelatie onder de loep genomen op vlak van de hechting en interactie tussen de moeder en haar baby. Eerst zal het normale verloop van de hechting in de moeder-kindrelatie worden besproken om vervolgens weer te geven wat er omtrent de moeder-kindrelatie in het kader van de borderline problematiek van de moeder teruggevonden wordt in de literatuur.

### **2.4.1 Hechting in de moeder-kindrelatie**

Omtrent hechting wordt er gesteld dat alle kinderen een aangeboren aanleg hebben om zich te hechten aan die zorgfiguren die na de geboorte beschikbaar zijn. Dit betekent dat de hechting grotendeels gebaseerd is op de aanwezigheid en nabijheid van een persoon en dus niet noodzakelijk op de verzorgende rol die deze persoon opneemt. De emotionele band tussen de primaire verzorger, meestal de moeder, en het kind is ook heel belangrijk aangezien een baby zich pas zal hechten aan een persoon die hem een veilig gevoel geeft en hem helpt om negatieve gevoelens zoals angst, stress en verdriet te reguleren. De hechtingsstijl van de baby komt pas goed tot uiting in tijden van stress en spanning die negatieve emoties oproepen zoals bij het gescheiden worden van de moeder of bij het meemaken van moeilijke en pijnlijke situaties. Er kan pas van een echte hechtingsrelatie gesproken worden vanaf de leeftijd van zeven à acht maanden. Vanaf dat moment zal de baby zorgen voor het hebben en onderhouden van een relationele verbondenheid met een specifieke gehechtheidsfiguur (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010).

Er bestaan verschillende testen om de kwaliteit van de hechtingsstijl van de baby ten opzichte van de primaire verzorger vast te stellen. Twee van de bekendste zijn de 'Strange Situation Procedure' van Ainsworth (1978)<sup>17</sup> en de 'Face-to-Face Still face Paradigm' van Tronick

---

<sup>17</sup> Test van de gehechtheidsrelatie tussen een baby en zijn opvoeder, verloopt in acht episodes: episode 1 en 2 waarbij kind en opvoeder samen in de spelkamer zijn, episode 3 waarbij een onbekende (de 'vreemde') de kamer binnenkomt, episode 4 waarbij de opvoeder de kamer verlaat en de baby achterblijft met de vreemde, episode 5 waarbij de opvoeder terugkomt en de vreemde de kamer verlaat, episode 6 waarbij de opvoeder opnieuw de kamer verlaat en het kind alleen achterblijft, episode 7 waarbij de vreemde terugkomt en episode 8 waarbij de opvoeder ook opnieuw terugkomt (Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010).

(1989)<sup>18</sup>. Door middel van de reacties van de baby op de stresserende testsituatie, kan zijn hechtingsstijl worden geclassificeerd binnen één van de volgende soorten hechtingsstijlen: een veilige hechting, een onveilig-vermijdende hechting, een onveilig-ambivalente hechting en een onveilig-gedesorganiseerde hechting. Bij een veilige hechting zal de baby in en na de stress-fase zijn negatieve emoties uiten en direct nabijheid en troost zoeken bij de opvoeder waardoor hij na enige tijd weer tot rust komt. Bij een onveilig-vermijdende hechting zal de baby zijn negatieve emoties niet uiten. Hij zal aanvankelijk geen toenadering zoeken tot de opvoeder en deze ook geen aandacht geven, maar na verloop van tijd zal hij toch opnieuw contact aangaan zonder hierbij zijn negatieve emoties te tonen. Bij een onveilig-ambivalente hechting zal de baby in extreme mate zijn negatieve emoties tonen, ontroostbaar zijn en onmiddellijk op een aanklampende manier nabijheid opzoeken van de opvoeder wanneer deze terug in het beeld verschijnt, maar hij zal deze tegelijkertijd ook van zich afduwen. Bij een onveilig-gedesorganiseerde hechting uit de baby zijn negatieve emoties niet, hij lijkt verlamd te reageren, vertoont angstig en tegenstrijdig gedrag naar de opvoeder toe, waarbij hij eerst toenadering zoekt maar zich dan toch bedenkt en zich weer afwendt (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010).

De band tussen de moeder en haar kind ontwikkelt zich reeds tijdens de zwangerschap waarbij de moeder over haar toekomstige baby allerlei gedachten, gevoelens, verlangens en fantasieën heeft. Na de geboorte zal het contact en de hechting met de baby ook 'echt' tot stand komen door middel van dagelijkse activiteiten zoals knuffelen, voeden, verschonen, baden en spelen. Deze dagelijkse interacties waarbij moeder en kind elkaar leren kennen, vormen het kader waarbinnen de moeder-kindrelatie ontstaat. Dit proces van afstemming vraagt tijd en verloopt voor beide partijen met vallen en opstaan (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Om een goede hechtingsrelatie tot stand te brengen, moet de moeder beschikken over veel verschillende vaardigheden. Een aantal van deze ouderlijke capaciteiten zijn zeer belangrijk en worden gedurende de perinatale periode extra aangesproken, namelijk:

- **Het vermogen tot mentaliseren en reflectief functioneren**

Zolang de baby niet in staat is om op een verbale manier zijn noden en wensen uit te drukken, wordt er een groter beroep gedaan op het mentaliserend vermogen van de moeder. Ze wordt uitgedaagd om de gebaren, de verschillende geluiden en de verscheidene manieren van huilen van de baby te leren begrijpen. De moeder moet zich een beeld kunnen vormen van de interne leefwereld van de baby (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

---

<sup>18</sup> Test van de gehechtheidsrelatie tussen een baby en zijn opvoeder, verloopt in drie fasen: fase 1 (de 'normale fase') waarbij baby en opvoeder zich recht tegenover elkaar bevinden en gedurende twee minuten spontaan in interactie gaan met elkaar, fase 2 (de 'stress fase') waarbij de opvoeder gedurende twee minuten een uitdrukkingloos gezicht aanneemt en fase 3 (de 'reünie fase') waarbij de opvoeder gedurende twee minuten zijn normale interactiepatroon opnieuw mag hervatten (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).



- **Het vermogen om op een adequate manier sensitieve en responsieve zorg te bieden**

Alhoewel de baby in de eerste levensfase niet echt in staat is om op een verbale manier in communicatie te treden met zijn verzorgers, beschikt hij wel over meerdere vaardigheden om zijn lichamelijke en emotionele noden op een non-verbale manier uit te drukken. Het is in deze fase belangrijk dat de moeder een sensitieve observator is die de signalen van de baby kan opvangen, correct interpreteren en er gepast op kan reageren. Wanneer de moeder in staat is om dit te bewerkstelligen, voelt de baby zich veilig bij en begrepen door zijn moeder (Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

- **Het vermogen om het kind te ondersteunen bij de totstandkoming van diens emotieregulatie**

In elke interpersoonlijke relatie vinden zowel positieve als negatieve interacties plaats en de moeder-kindrelatie is hier geen uitzondering op. Het is de taak van de moeder om de baby te leren dat negatieve emoties en de uiting en regulatie daarvan normale onderdelen zijn van interpersoonlijke relaties. De baby moet leren dat een goede afstemming tussen personen (match) verstoord kan geraken (mismatch) en dat het belangrijk is om deze vervolgens weer te herstellen (rematch). De mogelijkheid om dit cyclisch proces op een gezonde manier te laten plaatsvinden, helpt de baby niet enkel met zijn sociale interacties maar zorgt ook voor de ontwikkeling van zijn eigen emotieregulatiesysteem (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).

- **Het vermogen om voorspelbare, stabiele en gestructureerde aanwezigheid te bieden**

Tenslotte is het ook zeer belangrijk dat de moeder voor haar kind een stabiele en gestructureerde omgeving creëert. De moeder moet standvastigheid vertonen op vlak van haar nabijheid en aanwezigheid ten opzichte van de baby, waardoor deze een zekere voorspelbaarheid ervaart. Hierdoor creëert ze een stabiele omgeving voor de baby om zich in te ontwikkelen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2010; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

Wanneer de moeder al deze ouderlijke capaciteiten bezit en op een correcte manier kan inzetten binnen de moeder-kindrelatie, zal deze relatie voor de baby een veilige basis vormen van waaruit hij de wereld kan ontdekken en zichzelf kan beginnen te ontplooiën. Daarnaast is ook de eigen hechtingsstijl van de moeder niet onbelangrijk in het proces van de hechting tussen moeder en kind (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Het bewerkstelligen van een veilige gehechtheidsrelatie in de loop van het eerste levensjaar is van zeer groot belang omdat dit een zekere invloed heeft op hoe het kind de verschillende ontwikkelingsstadia tijdens zijn verdere leven zal doorlopen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

## 2.4.2 Moeder-kindrelatie bij vrouwen met de borderline persoonlijkheidsstoornis

Hieronder wordt weergegeven wat er zowel bij de moeder als bij de baby kan worden waargenomen in een door BPS verstoorde moeder-kindrelatie. Ook de gevolgen op de interactie tussen de moeder en haar baby en op de ontwikkeling van de hechtingsrelatie van de baby worden besproken.

### 2.4.2.1 *De moeder*

De literatuur beschrijft dat de psychopathologie van de borderline moeder een belangrijke negatieve impact heeft op de moeder-kindrelatie. Zo blijkt dat vooral de psychologische taken van het ouderschap de moeder met BPS zeer zwaar vallen. Ze heeft door haar psychische stoornis extra moeite met de verhoogde belasting van de hierboven vernoemde nodige ouderlijke capaciteiten.

- **Beperkt vermogen tot mentaliseren en reflectief functioneren**

In tijden van stress wordt het mentalisatievermogen van de vrouw met BPS extra op de proef gesteld. Een baby stelt met zijn non-verbale communicatie namelijk hoge eisen aan het mentalisatievermogen van zijn moeder, wat voor de moeder met BPS zeer moeilijk te verdragen is. Deze extra belasting van het reeds onderontwikkelde mentalisatievermogen kan ervoor zorgen dat de moeder deze capaciteit als het ware volledig verliest. Ze kan zich geen beeld vormen van de belevingswereld van haar baby waardoor ze deze zelf automatisch met negatieve assumpties zal invullen. Ze kan haar kind dan als vijandig ervaren, alsof hij haar moedwillig pest door bijvoorbeeld onophoudelijk te huilen wanneer de moeder zijn noden niet correct kan interpreteren en hier bijgevolg niet adequaat kan op reageren (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

- **Beperkt vermogen om op een adequate manier sensitieve en responsieve zorg te bieden**

Doordat de borderline moeder zich geen beeld kan vormen van de innerlijke belevingswereld van haar baby, is ze niet goed in staat om de baby op een adequate manier sensitieve en responsieve zorg te bieden. Ze heeft moeite met het herkennen en interpreteren van de signalen en noden van haar kind en ze kan de emotionele toestand van de baby vaak niet correct inschatten. Ondanks het verlangen om een goede moeder te zijn die sensitief gepaste zorg verstrekt, zal de vrouw met BPS meer geneigd zijn om haar eigen affectieve noden te vervullen in plaats van deze van haar baby. Ze zal eerder haar eigen gemoedsrust nastreven. De moeder kan zich niet identificeren met de gevoelens van de baby waardoor ze deze ook onbeantwoord laat. Op deze manier ontstaat er geen harmonieuze afstemming tussen moeder en kind, wat nadelig is voor de

baby die voor het vervullen van zijn behoeften volledig afhankelijk is van zijn moeder en de verzorgers rondom hem (Apter & Huisman, 2005; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Hobson et al., 2009; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011; Williams & Apter, 2017).

- **Beperkte mogelijkheden om het kind te ondersteunen bij de totstandkoming van diens emotieregulatie**

De moeder met BPS heeft zelf grote moeilijkheden met haar emotieregulatie, wat ertoe leidt dat ze niet goed of zelfs helemaal niet in staat is om de begeleidende taak omtrent de emotieregulatie ten opzichte van haar kind op zich te nemen. Wanneer de baby stress heeft, onrustig is of veel huilt, is dit voor de moeder zelf een stresserende situatie waarbij ze niet goed weet hoe ze hiermee moet omgaan. Hierdoor zal ze zich uit het contact met de baby terugtrekken op een moment dat de baby haar juist nodig heeft. De baby blijft hierdoor rusteloos en voelt zich door zijn moeder niet begrepen en niet geholpen. Doordat ze de rol van regulerende ouder die haar kind tot rust brengt niet vervult, is de baby verplicht om reeds vanaf het begin van zijn leven aan emotionele zelfregulatie te doen (Apter et al., 2017; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Williams & Apter, 2017).

- **Beperkt vermogen om voorspelbare, stabiele en gestructureerde aanwezigheid te bieden**

Een van de kenmerkende eigenschappen van de BPS is instabiliteit. Het gedrag van de borderline moeder en de manier waarop zij in contact treedt met haar baby, zullen vooral afhangen van haar eigen emotionele stemming en veel minder van de behoeften en noden van de baby. Dit maakt dat de dagelijkse zorgen voor de baby worden gekenmerkt door een hoge mate van discontinuïteit en onvoorspelbaarheid. Het nadelige gevolg hiervan is dat de baby niet weet wat te verwachten van zijn moeder en zich hierdoor in haar omgeving vaak onveilig voelt (Apter & Huisman, 2005; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

Naast het gebrekkige mentalisatievermogen en de emotieregulatiestoornis, hebben ook de andere toegenomen symptomen van de BPS tijdens de postpartumperiode een negatieve invloed op de ontwikkeling van de moeder-kindrelatie. Zo kunnen de depressieve gevoelens ervoor zorgen dat de moeder minder emotioneel beschikbaar is om met de baby in contact te treden en kunnen haar gevoelens van woede ervoor zorgen dat ze onverwachte en sterk negatieve reacties vertoont. Haar gevoel van leegte kan op verschillende manieren een invloed hebben op de moeder-kindinteractie: zo kan de relatie enerzijds emotioneel leeg zijn doordat de moeder als het ware niets heeft om erin te investeren en anderzijds kan de moeder verwachten dat de baby haar gevoel van leegte zal opvullen door haar gezelschap te houden

en er voor haar te zijn wanneer zij nabijheid verlangt (Apter & Huisman, 2005; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014).

Daarnaast zullen de problemen die de vrouw met BPS ervaart in haar interpersoonlijke relaties, ook tot uiting komen in de moeder-kindrelatie. Zo zal het beeld dat de moeder heeft over haar kind, net zoals bij haar andere relaties, gekenmerkt worden door een afwisseling van idealisatie en devaluatie. Soms kan de minachting dermate uitgesproken zijn dat ze haar kind verwaarloost. Verder vreest de moeder met BPS ook dat haar kind haar zal afwijzen of verlaten. Zo kan ze alles wat wijst op een verdere ontwikkeling en toename van de zelfstandigheid van de baby ervaren als een afwijzing van haar als moeder. Wanneer de baby bijvoorbeeld zelfstandig kan doorslapen, zichzelf kalmeert door op zijn duim te zuigen of begint te kruipen en stappen, kan de moeder hierop reageren met een terugtrekking van haar liefde vanuit haar angst voor verlaten. Ze kan zelfs regressief gedrag bij de baby aanmoedigen om er zo voor te zorgen dat deze 'klein' en afhankelijk blijft ten opzichte van haar (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Wendland et al., 2014).

Tenslotte kan de moeder-kindrelatie de moeder confronteren met trauma's uit haar eigen kindertijd, wat ook een belemmering kan vormen voor de totstandkoming van een gezonde interactie en hechtingsrelatie. Uit de literatuur blijkt dat de moeder met BPS een groter risico loopt om vanuit haar eigen onveilige gehechtheidssysteem de negatieve en verstoorde interactiepatronen die zij als kind meemaakte, onbewust te herhalen bij haar eigen baby (Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Williams & Apter, 2017).

Dit alles kan zichtbaar tot uiting komen in de moeder-kindrelatie doordat de moeder met BPS in de interactie met haar baby onderstaand afwijkend gedrag vertoont:

- **Een intrusieve manier van contactname**

De interactiestijl van de moeder met BPS kan omschreven worden als geforceerd en opdringerig. Doordat ze de signalen van haar kind niet correct kan herkennen en interpreteren, ziet ze bijvoorbeeld niet dat hij aangeeft dat het contact hem even te veel is, waardoor zij nietsvermoedend blijft doordoen met haar intense interactiepatroon. Ook wanneer de baby het spel stopt omdat hij iets anders wil doen of wat wil slapen, lijkt de borderline moeder dit niet te verstaan, waardoor ze haar baby bijvoorbeeld zou kunnen wekken om toch door te gaan met het spel dat ze daarvoor speelden (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

- **Een insensitieve en onafgestemde verstandhouding**

Uit onderzoek blijkt dat de moeder met BPS op een eerder ongevoelige manier in verhouding staat tot haar kind. Ze vertoont minder positieve emoties in de relatie met haar baby dan andere moeders. Wanneer er zich voor de baby een stresserende situatie voordoet waardoor hij van streek geraakt, lijkt de moeder niet in te zien dat het haar taak is om de baby te helpen de rust te hervinden of weet ze niet goed hoe ze de baby tot rust

kan brengen. Zo kan de moeder inadequaaf gedrag vertonen op momenten dat de baby een sensitieve en responsieve ouder nodig heeft. Ze kan bijvoorbeeld ongepast lachen wanneer de baby huilt (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

- **Inconsistentie op verscheidene vlakken**

Door de typische wispelturigheid van de moeder met BPS zijn de dagelijkse zorgen voor de baby gekenmerkt door een hoge mate van discontinuïteit en onvoorspelbaarheid, zowel op emotioneel als op praktisch vlak. Zo kan de moeder het ene moment op een positieve manier in contact treden met haar baby en het volgende moment zeer negatief gedrag vertonen of zich terugtrekken uit de interactie. Haar stemtoon kan plots omslaan en haar zachte aanrakingen lijken uit het niets ruwer te worden. Door haar eigen instabiliteit heeft ze het ook moeilijk met het creëren van een vaste structuur in de dagelijkse zorgen voor de baby waardoor ze bijvoorbeeld een voedingsmoment kan vergeten en een hongerige baby in bed legt zonder dit goed te beseffen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Wendland et al., 2014).

- **Beangstigend en verstoord gedrag**

De borderline moeder kan vanuit haar psychopathologie soms zeer intensief, opdringerig, beangstigend en (licht) agressief gedrag vertonen. Zo kan de moeder bijvoorbeeld plots haar kind onverwacht en onveilig oppakken, waardoor de baby enorm schrikt en van streek is. De vrouw met BPS kan ook agressief gedrag vertonen naar de baby toe wanneer ze zich door haar emoties overweldigd voelt of wanneer ze niet weet hoe ze de baby tot rust kan brengen (Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Wendland et al., 2014).

- **Afwijkend interactief gedrag**

In de interactie met de baby, gaat de moeder met BPS opvallend ander gedrag vertonen in vergelijking met moeders zonder deze psychopathologie. Zo zal de borderline moeder haar kind minder aankijken en minder frequent naar haar baby glimlachen. Ook zal ze haar kind minder liefdevol aanraken en vaker intrusief fysiek gedrag vertonen zoals porren en schudden. In de fysieke interactie is er minder variatie. Op vlak van communicatie is het opvallend dat de moeder met BPS het extra moeilijk heeft om met haar baby te communiceren wanneer deze nog niet kan spreken. Er vindt minder verbaal contact plaats. Wanneer de moeder toch verbaal contact maakt met haar baby, vertoont ze weinig positieve vocalisaties en eerder 'geluidmakerij' om de stiltes op te vullen in plaats van gebruik te maken van echte woorden of klanken. Daarnaast speelt de moeder met BPS significant minder spelletjes met haar baby en ze imiteert haar baby opmerkelijk minder dan een moeder zonder BPS (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, &

Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

#### 2.4.2.2 *De baby*

Een baby heeft nood aan een reflectieve, sensitieve, responsieve, ondersteunende en stabiele moeder om zijn persoonlijke ontwikkeling zo goed mogelijk te laten verlopen. Alleen wanneer zijn moeder in deze ouderlijke taken kan voorzien, is de baby in staat om een veilig hechtingspatroon te ontwikkelen. Zoals hierboven beschreven, blijkt het dat het juist deze zaken zijn waarmee de moeder met BPS moeite heeft. De baby wordt in de interactie met zijn moeder geconfronteerd met verwarrende, conflicterende en overspoelende gevoelens die uiteraard een invloed hebben op zijn beleving van de moeder-kindrelatie. Binnen de context van de borderline psychopathologie, zal de moeder voor de baby tegelijkertijd een bron van veiligheid en gevaar zijn. Dit zijn onverenigbare gewaarwordingen die de baby belemmeren in zijn ontwikkeling (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Wendland et al., 2014).

Binnen de moeder-kindinteractie zal de baby uiting geven aan zijn verstoorde beleving hieromtrent door onderstaand gedrag te vertonen.

- **Verminderde uiting van positieve affecten, verlengde staat van onrust en verstoorde emotieregulatie**

Uit onderzoek blijkt dat baby's van moeders met BPS in het contact met hun moeder minder positieve emoties tonen dan andere baby's. Hun interactiestijl wordt eerder gekarakteriseerd door neutrale tot angstige gedragingen ten opzicht van hun moeder. In stressvolle situaties zal de baby ook langer rusteloos blijven. Zoals hierboven reeds beschreven, is de borderline moeder niet in staat om haar baby te helpen bij de ontwikkeling van zijn vermogen tot emotieregulatie. Doordat de baby hiervoor niet kan rekenen op zijn moeder, zal hij op eigen houtje zijn emotieregulatie moeten ontwikkelen. Dit heeft vaak tot gevolg dat deze belangrijke vaardigheid niet op een goede en duurzame manier tot stand komt (Apter et al., 2017; Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011; Williams & Apter, 2017).

- **Tegenstrijdig en afwijkend gedrag**

Wanneer de baby van een moeder met BPS zich in een stresserende situatie bevindt, kan hij vreemd en tegenstrijdig gedrag vertonen. Als de baby negatieve emoties ervaart op een moment dat zijn moeder dichtbij is, lijkt hij als het ware gevangen tussen enerzijds het verlangen en anderzijds de angst om haar nabijheid op te zoeken. Zo kan de baby in eerste instantie naar zijn moeder toe kruipen maar zich dan toch vanuit zijn angst terug omdraaien en afstand van haar nemen. Hij kan ook beginnen wiegen, heen en weer

bewegen of bepaalde bewegingen herhaaldelijk uitvoeren als teken van innerlijke spanning (Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Wendland et al., 2014).

- **Minder actieve pogingen om in interactie te gaan**

Op het vlak van de moeder-kindinteractie blijkt dat de baby meer in zichzelf gekeerd is als reactie op zijn emotioneel onbereikbare moeder. In vergelijking met de baby van een vrouw zonder BPS, lijkt de baby van de moeder met BPS minder geïnteresseerd om met zijn moeder in contact te treden. Op de momenten dat zijn moeder pogingen onderneemt om met haar kind een interactie aan te gaan, is het opvallend dat de baby hier minder op reageert en zich uit het contact terugtrekt (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

- **Afwijkend interactief gedrag**

In de interactie met de moeder, gaan baby's van moeders met BPS opvallend ander gedrag vertonen dan baby's van moeders zonder deze psychopathologie. De baby zal in het contact met zijn moeder minder vaak naar haar gezicht kijken en vaker zijn blik van haar afwenden. Wanneer de baby negatieve emoties ervaart, zal zijn gezichtsuitdrukking vaker veranderen naar een versufte en/of 'bevroren' blik. Verder gaat de baby van een moeder met BPS ook minder vocaliseren (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

### *2.4.2.3 Gevolgen voor de moeder-kinddyade*

Zoals blijkt uit het hiervoorgaande, beschrijft de literatuur dat de relatie tussen de borderline moeder en haar baby moeilijker verloopt dan bij andere vrouwen. De ontluikende moeder-kindrelatie wordt door verscheidene factoren negatief beïnvloed, wat zowel ernstige gevolgen heeft op de interactie tussen de moeder en haar baby als op de ontwikkeling van de hechtingsrelatie.

De interactiestijl tussen de moeder met BPS en haar baby heeft een negatieve impact op de kwaliteit en de kwantiteit van het contact. In dit contact ziet men vaker ongezond en verstoord gedrag. Het duo lijkt niet in staat om een verstoring van de relationele afstemming (mismatch) opnieuw te kunnen herstellen (rematch). Na verloop van tijd lijkt de baby ook niet meer te verwachten dat zijn moeder een poging zou ondernemen om de verstoring terug recht te zetten. De psychopathologie van de moeder heeft een zodanig negatieve invloed op beide partijen dat ze allebei belemmerd worden in hun pogingen om een gezonde interactie aan te

gaan. Het risico op teleurstelling is voor beiden zo groot dat ze zich elk afzonderlijk terugtrekken uit het contact. Het gevolg is dat het verstoorde interactieve systeem blijft bestaan en er zich geen gezond interactiepatroon kan ontwikkelen (Apter et al., 2017; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

Mede als gevolg van de verstoorde moeder-kindinteractie, geraakt ook de hechtingsrelatie tussen de moeder met BPS en haar baby verstoord. Uit de literatuur blijkt dat de aanwezigheid van een onveilige gehechtheidsstijl bij de moeder een groter risico geeft op een onveilige gehechtheidsstijl bij de baby. Zoals in hoofdstuk één werd beschreven, behoort hechtingsproblematiek tot de typische kenmerken van de BPS. Het komt dan ook zeer vaak voor dat baby's van moeders met BPS op het einde van hun eerste levensjaar een onveilig-gedesorganiseerde hechtingsstijl hebben ontwikkeld. Het gedrag dat de baby binnen de moeder-kindrelatie vertoont, zoals de tegenstrijdige gedragingen, de versufte blik en het vertonen van angst ten opzichte van zijn moeder, zijn typerend voor een onveilig-gedesorganiseerde hechtingspatroon (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

## **2.5 Mogelijke gevolgen op de ontwikkeling van het kind**

Hierboven werd reeds vermeld dat de ontwikkeling van een veilige gehechtheidsrelatie in de loop van het eerste levensjaar zeer belangrijk is omwille van de sterke invloed op de verdere ontwikkeling van het kind. Er wordt gesteld dat de ontwikkeling in de babytijd verbonden is met deze in de adolescentie en jongvolwassenheid. Uit de literatuur blijkt dat het juist vanuit de context van een veilige gehechtheidsrelatie is dat een kind zich adequaat zal kunnen ontwikkelen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Zo zal een veilige hechting van het kind een gunstig effect hebben op drie zeer belangrijke ontwikkelingsdomeinen:

- **Cognitieve ontwikkelingsdomein: vorming van het zelfbeeld en het mentaliserend vermogen**

Een veilige hechtingsrelatie met een sensitieve en reflectieve moeder stelt de baby en het jonge kind in staat om te ervaren en te internaliseren wat er over hem wordt gedacht en hoe zijn gevoelens en emoties worden geïnterpreteerd en benoemd. Doordat het kind zich deze gewaarwordingen eigen maakt, is hij in staat om zichzelf te leren kennen via de interactie met zijn moeder, wat belangrijk is voor de vorming van het zelfbeeld. Het mentalisatievermogen van de moeder is daarnaast ook cruciaal voor de ontwikkeling van



het mentaliserend vermogen van het kind. Het kind zal pas leren om zich een beeld te vormen van de interne leefwereld van zichzelf en van anderen doordat hij dit aangeleerd krijgt via de wisselwerking met zijn moeder (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

- **Emotionele ontwikkelingsdomein: vorming van de emotieregulatie**

Het emotionele ontwikkelingsdomein van het jonge kind komt pas tot stand doordat de baby verscheidene emoties en invloeden ervaart binnen zijn interpersoonlijke relaties. Hoe beter de afstemming is tussen de sensitieve en responsieve moeder en haar kind, hoe beter het vermogen tot emotieregulatie van het kind tot ontwikkeling kan komen. Het is namelijk via de interacties met de moeder dat het kind zijn emoties en zijn reactie hierop leert kennen en hanteren. Ook op dit vlak is het mentalisatievermogen van de moeder een noodzakelijke factor om het kind te leren zijn eigen emoties vast te stellen, te interpreteren, te reguleren en adequaat tot uiting te brengen. Alleen op deze manier zal het jonge kind een gezonde affectregulatie ontwikkelen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

- **Sociale ontwikkelingsdomein: vorming van een visie op relaties en de wereld**

De veilige hechtingsrelatie tussen de baby en zijn moeder heeft ook een grote invloed op hoe het kind zich in relatie tot anderen verhoudt. Door de interacties met zijn moeder, ontwikkelt het kind verwachtingen omtrent de beschikbaarheid van anderen en leert hij hoe hij op een gezonde manier in interpersoonlijke relaties kan staan. Daarnaast zal de baby vanuit een veilige hechting de wereld rondom hem leren verstaan waardoor hij deze als voorspelbaar en veilig kan ervaren (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012).

Wanneer de psychopathologie van de moeder met BPS in rekening wordt gebracht, wordt er een negatieve weerslag op de ontwikkeling van het kind vastgesteld en dit zowel in de babytijd als op latere leeftijd (Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Wendland et al., 2014).

In de literatuur wordt deze weerslag op de hierboven vermelde drie ontwikkelingsdomeinen beschreven.

- **Cognitieve ontwikkelingsdomein: verstoorde vorming van het zelfbeeld en het mentaliserend vermogen**

Doordat de moeder met BPS er niet in slaagt om haar baby zijn emoties en affecten op een gezonde manier te leren internaliseren, slaagt het kind er op zijn beurt niet in om een consistent zelfbeeld te ontwikkelen. Zijn beleving van het zelf als een eigen eenheid is onvoldoende ontplooid en meestal ontwikkelt het kind een laag zelfbeeld. Tegelijkertijd mist het kind de vaardigheid van het mentaliseren doordat hij dit niet aangeleerd gekregen heeft van zijn moeder. Hij heeft het dus extra moeilijk om zich voor te stellen dat andere personen andere perspectieven kunnen hebben dan hijzelf. Het jonge kind is

ook minder in staat om de emoties van zichzelf en van de anderen aan te voelen en te begrijpen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

- **Emotionele ontwikkelingsdomein: verstoorde ontwikkeling van de emotieregulatie**

Zoals hierboven reeds beschreven, is de baby van een moeder met BPS vanaf het prille begin op zichzelf aangewezen voor de ontwikkeling van zijn emotieregulatie doordat zijn moeder de rol van regulerende ouder hieromtrent niet of niet goed kan opnemen. Dit leidt meestal tot een verstoorde emotieregulatie. Daarnaast is er bij deze kinderen ook sprake van emotionele dysregulatie, waarbij het kind meestal hypersensitief reageert op externe invloeden en gebeurtenissen en daarna ook moeilijker terug tot rust komt. Verder ziet men ook dat deze kinderen vaker angstig zijn dan andere kinderen (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Wendland et al., 2014).

- **Sociale ontwikkelingsdomein: verstoorde vorming van de visie op relaties en de wereld**

De onveilige hechttingsrelatie en verstoorde interactiepatronen tussen de moeder met BPS en haar kind hebben ook een grote weerslag op diens sociale ontwikkeling. Het kind zal de verstandhouding die er tussen hemzelf en zijn moeder bestaat als normaal beschouwen, waardoor hij relaties met andere mensen vanuit een foutief denkkader aangaat. Zowel in de babytijd als op latere leeftijd wordt het kind van een moeder met BPS als minder sociaal beschreven en heeft hij moeite om stabiele, voorspelbare en veilige relaties aan te gaan en te behouden. Verder heeft het kind het door zijn eigen gebrekkige mentalisatievermogen heel moeilijk om andere mensen adequaat in te schatten waardoor hij de wereld als onbegrijpelijk, onvoorspelbaar, instabiel en bedreigend ervaart (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Petfield, Startup, Droscher, & Cartwright-Hatton, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

Naast de invloed op de moeder-kindrelatie, heeft de borderline psychopathologie van de moeder ook een grote invloed op de gezinssituatie waarin de baby opgroeit. Uit onderzoek blijkt dat kinderen van moeders met BPS in vergelijking met kinderen van wie de moeder deze psychopathologie niet heeft, vaker opgroeien in een instabiele gezinsomgeving. Zo vinden er bij hen regelmatig wisselingen plaats van gezinssamenstelling, en later ook van school. Daarnaast loopt het kind van een moeder met BPS een groter risico om voorvallen van agressie tussen zijn ouders van dichtbij mee te maken en er eventueel zelf het slachtoffer van te worden. Het impulsieve, zelfdestructieve, automutilerende en eventueel suicidale gedrag van de moeder kan ook een zeer negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van het kind. Tevens is het kind van een moeder met BPS zowel in de babytijd als later blootgesteld aan een groter risico op verwaarlozing en misbruik, net zoals zijn moeder hiermee in haar eigen verleden werd geconfronteerd (Apter et al., 2017; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Verder heeft de verstoorde moeder-kindrelatie ook een invloed op de ontwikkeling van het kind op latere leeftijd. Verscheidene bronnen vermelden een toegenomen prevalentie van aandachts- en leerproblemen. Er worden ook vaker gedragsproblemen vastgesteld waaronder vooral agressief en delinquent gedrag (Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

Ten slotte geeft de onveilige gehechtheidsstijl bij het kind van de moeder met BPS een verhoogde kans op de ontwikkeling van psychopathologie gedurende zijn verdere leven. Dit 'doorgeven' van psychopathologie aan de kinderen noemt men intergenerationele overdracht van psychiatrische problemen. Het mechanisme van deze intergenerationele overdracht is complex; veel verschillende factoren spelen hierbij een rol. Eén van de voorspellende factoren voor de overdracht is de aanwezigheid van een verstoorde moeder-kindrelatie. Bij kinderen van moeders met BPS worden er in de kindertijd en de adolescentie verschillende vormen van psychopathologie vastgesteld. Sommige psychopathologieën komen vaker voor dan andere, zoals depressie, angststoornissen en ook de BPS zelf. De literatuur beschrijft dat eerstegraads familieleden van personen met BPS tot wel 11% meer risico lopen op de ontwikkeling van BPS dan andere personen. De symptomen van BPS kunnen zich bij het kind reeds vroeg openbaren maar zullen, net zoals bij de moeder, voornamelijk tijdens de adolescentie tot uiting komen. Verder loopt het kind van een moeder met BPS doorheen zijn leven een verhoogd risico op suïcidale gedachten en op suïcidepogingen (Apter et al., 2017; Hobson et al., 2009; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenham, 2016; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Wendland et al., 2014; White, Flanagan, Martin, & Silvermann, 2011).

## **2.6      *Behandeling in de perinatale periode***

Uit al het voorgaande wordt duidelijk dat de borderline psychopathologie in de perinatale periode wel degelijk risico's en problemen met zich meebrengt. Het is daarom belangrijk dat er ook gedurende de perinatale periode aandacht gaat naar de behandeling van de BPS en dat deze behandeling aangepast wordt aan de specifieke thema's van de perinatale periode om zo het moeder-kindkoppel een zo optimaal mogelijke start te bieden. De perinatale periode is een weliswaar korte maar zeer belangrijke periode voor eventuele interventies, aangezien toekomstige en nieuwe moeders op dat moment vaak zeer gemotiveerd zijn om voor hun baby hun uiterste best te doen. Vroegtijdig ingrijpen is van groot belang vanwege de preventieve functie ervan op de ontwikkeling van negatieve gevolgen voor het kind en de relatie met zijn moeder (Apter et al., 2017; Apter & Huisman, 2005; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

Idealiter start de begeleiding zo vroeg mogelijk in de zwangerschap of zelfs reeds voor de zwangerschap. Een multidisciplinaire aanpak is hierbij van belang om de begeleiding van de psychiatrisch kwetsbare zwangere en haar baby zo adequaat mogelijk te laten verlopen. Binnen het multidisciplinaire team wordt er best nadruk gelegd op structuur en continuïteit van zorg aangezien de borderline patiënte het meest gebaat is met duidelijkheid omtrent wie de zorgverleners zijn, wat hun taken zijn, wat de afspraken zijn en wat er van haar wordt verwacht. Zo kunnen onnodige stresssituaties voorkomen worden (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Wendland et al., 2014).

Voor de behandeling in de perinatale periode bestaan er verscheidene ondersteunende, begeleidende en therapeutische mogelijkheden. Eens de baby geboren is, gaat de voorkeur uit naar een duaal behandeltraject voor moeder en kind tezamen, waarbij er aandacht kan gegeven worden enerzijds aan de psychopathologie van de moeder en anderzijds aan de ontwikkeling van de moeder-kindrelatie. De verschillende mogelijke behandelingsvormen houden allemaal deze beide doelen voor ogen. Voor de moeder staan psycho-educatie en emotieregulatie-training op de voorgrond, samen met voorbereiding op het ouderschap, training van ouderlijk gedrag, verbeteren van sensitiviteit en responsiviteit, en het bewerkstelligen van adequate en gezonde moeder-kindinteracties. De evidence based behandelprogramma's voor BPS die hierboven reeds beschreven staan, kunnen uiteraard ook in de perinatale periode van toepassing zijn (Apter & Huisman, 2005; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

Indien medicamenteuze ondersteuning overwogen wordt, zal zowel in de zwangerschap als in het postpartum een afweging worden gemaakt tussen de risico's voor de baby van de medicatie-inname en de risico's voor de moeder op psychiatrische ontregeling bij het stopzetten of niet opstarten van medicatie. Hierbij gaat het niet enkel om de BPS, maar ook om de comorbide pathologieën die frequent voorkomen. In het postpartum dient er bij eventuele borstvoeding ook rekening gehouden te worden met de effecten van de voorgestelde medicatie op de baby. Sommige psychofarmaca zijn onverenigbaar met het geven van borstvoeding waardoor er dan een voorkeur voor flesvoeding zal zijn. Hoe dan ook zal er steeds geopteerd worden om voor elk moeder-kindkoppel de beste en minst schadelijke medicamenteuze behandelingsstrategie toe te passen (De Genna, Feske, Larkby, Angiolieri, & Gold, 2012; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016).

De behandeling in de perinatale periode kan individueel en/of in groepsverband verlopen en ze kan zowel ambulantly als intramuraal plaatsvinden. Een psychiatrische opname blijkt zich zowel in de zwangerschap als in het postpartum vaker op te dringen bij vrouwen met BPS dan

bij vrouwen zonder deze psychopathologie (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016).

In het postpartum bestaat de mogelijkheid dat de moeder samen met haar baby opgenomen wordt op een hiervoor speciaal ontwikkelde psychiatrische afdeling, de zogenaamde 'moeder-baby-unit' (MBU)<sup>19</sup>. In Vlaanderen zijn er twee MBU's, namelijk één in het Psychiatrisch Centrum Bethanië in Zoersel en één in het psychiatrisch ziekenhuis Karus in Sint-Denijs-Westrem. De MBU is een veilige en gespecialiseerde behandelomgeving waarin de continue aanwezigheid van een multidisciplinair team zorg verzekert voor moeder en kind. Dit team bestaat meestal uit een psychiater, psycholoog, kinderpsycholoog, maatschappelijk werker, activiteitenbegeleider, creatief therapeut, dramatherapeut, ergotherapeut, psychomotorische therapeut en psychiatrisch verpleegkundigen. De MBU heeft ook nauwe samenwerkingscontacten met gynaecologen en kinderartsen. Binnen de MBU ligt de focus enerzijds op het behandelen van de psychopathologie van de moeder en anderzijds op het optimaliseren van de moeder-kindrelatie via verschillende soorten interventies en behandelingsmogelijkheden. Het doel is dat de moeder zich beter voelt en in staat is om aan haar kind adequate zorg te verlenen. De opnameduur wordt bepaald op basis van de behandelingsduur van de moeder of de leeftijd van de baby (meestal tot de leeftijd van 1 jaar) (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Sutter-Dallay, Glangeaud-Freudenthal, Guedeney, & Riecher-Rössler, 2016).

Zowel Lambregtse-van den Berg, van Kamp en Wennink (2015) als Rexwinkel, Schmeets, Pannevis en Derkx (2011) merken op dat een gezamenlijke opname op een MBU binnen het kader van borderline problematiek van de moeder niet vanzelfsprekend is en ook niet altijd aangewezen is omwille van de complexiteit van deze psychopathologie.

---

<sup>19</sup> Vanaf nu wordt de afkorting MBU gebruikt in plaats van 'moeder-baby-unit'.

### **3 De begeleiding door de vroedvrouw in de perinatale periode**

Bij de uitvoering van haar beroep zal de vroedvrouw ongetwijfeld in contact komen met vrouwen die te kampen hebben met een psychiatrische stoornis, waaronder ook de BPS. De risico's en moeilijkheden die de BPS in de perinatale periode met zich meebrengt, zijn daarom ook voor de vroedvrouw van belang. De aanwezigheid van deze psychopathologie bij de moeder kan voor de vroedvrouw haar medisch-verloskundige en psychosociale taak immers belemmeren. Daarbij komt dat de vroedvrouw vanwege haar rol als bewaker van de fysiologie meestal slechts geringe kennis heeft van psychopathologie en ook weinig ervaring heeft met het begeleiden en behandelen van vrouwen uit deze patiëntenpopulatie. Toch is er binnen de multidisciplinaire aanpak van de moeder met BPS gedurende de perinatale periode ook een belangrijke rol weggelegd voor de vroedvrouw (Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Om moeders met BPS zo adequaat en vlot mogelijk te kunnen begeleiden, is het van belang dat de vroedvrouw kennis heeft van een aantal facetten van deze pathologie. Enkele aspecten van de standaard medisch-verloskundige en psychosociale taak van de vroedvrouw zullen bij borderline moeders extra aandacht vereisen. Daarnaast zal de begeleiding aangenamer verlopen wanneer de vroedvrouw weet welke obstakels ze kan verwachten in het contact met deze patiënten. Verder is het ook belangrijk dat de vroedvrouw weet op welke manier ze best met moeders met BPS kan omgaan.

#### **3.1 *Aandachtspunten bij de perinatale zorgverlening aan deze patiëntenpopulatie***

Binnen de perinatale zorgverlening van de vroedvrouw zijn er een aantal algemene, medisch-verloskundige en psychosociale aspecten die bij de begeleiding van een moeder met BPS extra aandacht verdienen.

##### **3.1.1 Organisatie van de zorg**

Zoals hierboven reeds werd vermeld, is het belangrijk dat er wordt gezorgd voor structuur en continuïteit van de zorg. Onverwachte situaties en onduidelijkheden geven de borderline patiënte stress wat haar symptomatologie kan doen toenemen. Wanneer er duidelijkheid en

voorspelbaarheid bestaat omtrent de perinatale zorg, zal dit voor de vrouw rust brengen doordat er structuur komt in de chaos van deze ingrijpende levensfase. Het zorgen voor voorspelbare en gestructureerde zorg is dan ook een belangrijk aspect van de perinatale begeleiding door de vroedvrouw (Apter & Huisman, 2005; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Het concretiseren van de perinatale zorg kan onder andere door het opmaken van een perinataal behandel- en crisisplan. Het perinataal behandelplan is een document waarin alles omtrent de zorg wordt vastgelegd: de verwachtingen ten aanzien van de patiënte, de verwachtingen ten aanzien van de vroedvrouw, duidelijke afspraken omtrent de prenatale en postnatale consultaties (data, duur, frequentie), duidelijke afspraken omtrent contactname in de periode tussen twee consultaties, afspraken en richtlijnen in verband met eventuele medicatie-inname, een expliciete voorbereiding van de bevalling (wie zal er aanwezig zijn, hoe zal het verlopen, wat zijn de wensen en verwachtingen van de vrouw), duidelijke afspraken in verband met de onmiddellijke kraamperiode en afspraken omtrent wie er kan gecontacteerd worden in geval van afwezigheid van de vroedvrouw. Het opmaken van een dergelijk perinataal behandelplan op zich is niet voldoende; het moet ook zo consequent en nauwgezet mogelijk opgevolgd worden om onverwachte en onnodige stresssituaties te voorkomen. Een perinataal crisisplan is een veel beknopter plan en omvat onder andere een schriftelijke oplijsting van wie er kan gecontacteerd worden op het moment dat de vrouw zich in crisis bevindt. De vroedvrouw kan zich voor de uitwerking van deze beide plannen laten bijstaan door de andere zorg- en hulpverleners binnen het multidisciplinaire behandelteam van de borderline moeder (Apter & Huisman, 2005; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010; Williams & Apter, 2017).

Naast het creëren van structuur in de perinatale zorg, is het voor de vroedvrouw van belang dat ze goede contacten onderhoudt met de andere zorgverleners uit het multidisciplinaire behandelteam. Regelmatig overleg, concrete afgrenzing van de zorgtaken, interdisciplinaire uitwisseling van ervaringen en wederzijdse ondersteuning kunnen de vroedvrouw helpen bij haar zorgverlening aan en zorgrelatie met de moeder met BPS. Het opstellen van een lijst van alle leden van het multidisciplinaire behandelnetwerk kan hierbij een meerwaarde vormen. Daarnaast zal het in bepaalde gevallen nodig zijn om de moeder door te verwijzen naar een andere hulpverlener, een specifiek behandelprogramma of een opnamesetting. Indien mogelijk wordt er best vroegtijdig beroep gedaan op specifieke hulpverlening. Bij ernstige of aanhoudende crisis of wanneer de patiënte een gevaar vormt voor zichzelf en/of voor haar omgeving, is een tijdige doorverwijzing cruciaal (Apter & Huisman, 2005; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Williams & Apter, 2017).

### 3.1.2 Medisch-verloskundige aandachtspunten

In verband met de medische opvolging zijn er een aantal aspecten van de standaard verloskundige zorgverlening die bij moeders met BPS extra aandacht verdienen. Zo is het belangrijk dat de vroedvrouw vanaf de aanvang van de perinatale zorgrelatie een goed beeld heeft van de medische voorgeschiedenis van de borderline moeder, met extra aandacht voor de eventuele comorbide pathologieën. Het navragen van middelengebruik en –misbruik neemt hierbij een bijzondere plaats in. Het behoort tot de taak van de vroedvrouw om expliciet na te gaan of en hoeveel medicatie, tabak, alcohol of drugs de vrouw gebruikt. Zwangere vrouwen zijn zelden geneigd om hierover spontaan te spreken, deels uit schaamte en schuldgevoel, en deels uit angst voor stigmatisatie. Een vroegtijdige inschatting van de situatie hieromtrent is van belang om de perinatale zorg zo goed mogelijk aan te passen en eventuele hulpverlening reeds vanaf het prille begin op te starten (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016).

In verband met roken wordt ten onrechte vaak gedacht dat het stoppen met roken gedurende de perinatale periode een verhoogd risico zou geven op toename of heropflakking van reeds bestaande psychopathologie. De literatuur bevestigt dit risico niet, maar beschrijft wel dat het voor patiënten met een actieve psychopathologie vaak moeilijker is om in deze stressvolle periode het roken effectief te stoppen dan voor patiënten zonder een psychiatrische stoornis. Ook het stoppen van druggebruik zal voor deze patiëntenpopulatie moeilijker zijn dan voor andere vrouwen. De vroedvrouw kan vanuit haar taak als gezondheidspromotor de moeder met BPS informatie verstrekken over de gevolgen van middelengebruik en –misbruik gedurende de perinatale periode. Het aannemen van een gezonde levensstijl wordt best gestimuleerd, waarbij de moeder er zich bewust kan van worden dat de manier waarop zij zichzelf verzorgt een directe invloed heeft op de foetus en de neonat (Apter & Huisman, 2005; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016).

Daarnaast is het belangrijk dat de vroedvrouw zowel voor, tijdens als na de zwangerschap ook de reproductieve gezondheid van de moeder met BPS helpt te bewaken. Zoals hierboven reeds werd aangehaald, vertoont de vrouw met BPS frequent risicovol seksueel gedrag waarbij vaak wisselende partners en gebrek aan anticonceptiemiddelen centraal staan. Dit brengt met zich mee dat er bij deze patiëntenpopulatie vaker sprake is van SOA's, ongeplande zwangerschappen en tienerzwangerschappen. Sensibiliseren, informeren en counselen zijn hieromtrent belangrijke kerntaken van de vroedvrouw (De Genna, Feske, Larkby, Angiolieri, & Gold, 2012; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015).

Tenslotte moet de vroedvrouw bij de perinatale begeleiding van de moeder met BPS altijd bedacht zijn op automutilatie, suïcidaliteit en schadelijk gedrag naar de baby toe. Alle



uitspraken of zinspelingen hieromtrent moeten altijd serieus genomen worden. Het wordt niet aangeraden om de patiënte expliciet aan te moedigen om het automutilerend gedrag te stoppen; zij zal dit meestal aanvoelen als een terechtwijzing, een afkeuring of een verwerping. Dit zal haar negatieve zelfbeeld enkel maar doen toenemen en bevestigen dat wat zij voelt, denkt en doet, slecht is. Een goede verzorging van de wonden en een respectvolle benadering met zorg en mildheid zijn hierbij van groot belang. Daarnaast is het ook aangewezen dat de vroedvrouw een inschatting maakt van het risico op intrafamiliaal geweld, misbruik of verwaarlozing. Bij acute suïcidaliteit of gedachten over infanticide, dient er onmiddellijk actie ondernomen te worden om de veiligheid van moeder en kind te vrijwaren. Een psychiatrische opname kan zich dan opdringen (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Van Meekeren & De Jong, 2010; Williams & Apter, 2017). Automutilatie en suïcidaliteit zijn ingewikkelde thema's die een deskundige begeleiding vereisen. De vroedvrouw heeft hieromtrent meestal geen of slechts beperkte kennis en ervaring. In deze situaties is het dan ook belangrijk dat de vroedvrouw nauw samenwerkt met de andere zorg- en hulpverleners uit het multidisciplinaire behandelteam. Het is nodig de eigen grenzen te kennen en niet bang te zijn om hulp in te roepen en door te verwijzen (Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010).

### 3.1.3 Psychosociale aandachtspunten

Een andere belangrijke taak van de vroedvrouw gedurende de hele perinatale periode is het geven van psycho-educatie. Er wordt aangeraden om zo vroeg mogelijk met de moeder te spreken over wat de impact is van haar psychopathologie op de perinatale periode, en vice versa wat de impact is van de zwangerschap en het ouderschap op haar psychische gemoedstoestand. Het geven van informatie is echter onvoldoende, de vroedvrouw zal de moeder ook moeten aanmoedigen om op een bewustere manier om te gaan met zelfzorg en met de voorbereiding op het ouderschap. Hierboven werd reeds vermeld dat consultatieverzuim en nalatigheid van gezondheidsadviezen frequent voorkomen bij deze patiëntenpopulatie. Om dit gedrag zoveel mogelijk te voorkomen en/of in te perken, kan de vroedvrouw proberen om de moeder via psycho-educatie te motiveren om toch op een consequente wijze de perinatale zorgverlening toe te laten. Aangezien de vrouw met BPS adviezen vaak als negatieve kritiek ervaart, is dit voor de vroedvrouw geen gemakkelijke opdracht. Ook voor de borderline moeder zelf is het aangaan van dit gesprek een hele uitdaging (Blankley, Galbally, Snellen, Power & Lewis, 2015; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Williams & Apter, 2017).

Hetzelfde geldt voor het bespreken van de moeder-kindrelatie. Het behoort tot de taken van de vroedvrouw om de moeder-kindhechting te stimuleren en om een gezonde moeder-kindrelatie te bevorderen. Bij de moeder met BPS zal de vroedvrouw dit op een explicietere

manier moeten aanpakken dan bij een vrouw zonder deze psychopathologie. Zo is het vaak nodig dat de vroedvrouw de belevingswereld en de non-verbale signalen van de baby als het ware 'vertaalt' zodat de borderline moeder deze kan verstaan. Door de moeder te helpen om het emotioneel en fysiek gedrag van haar baby te observeren en te interpreteren, zal haar sensitief en mentaliserend vermogen toenemen waardoor ze beter in staat zal zijn om adequaat in te spelen op de noden van haar kind. De vroedvrouw kan de moeder-kindrelatie ook bevorderen door de vrouw met BPS ouderlijk gedrag te tonen en aan te leren. De moeder met BPS heeft in vergelijking met een moeder zonder deze psychopathologie meer moeite om de typische ouderlijke non-verbale communicatie met haar kind spontaan te laten plaatsvinden. Oogcontact maken, zacht spelen met de baby, produceren van speelse geluidjes en voordoen of nabootsen van gezichtsuitdrukkingen van de baby zijn vormen van interactie die bij de moeder met BPS extra mogen aangemoedigd worden. De vroedvrouw kan door het modelleren van deze gedragingen het contact tussen de moeder en haar baby verbeteren en op deze manier zorgen voor een betere emotionele afstemming. Daarnaast kan het ook nuttig zijn dat de vroedvrouw richtlijnen omtrent de dagelijkse verzorging van de baby zeer expliciet verwoordt (Apter & Huisman, 2005; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Wendland et al., 2014).

### **3.2        *Obstakels in het contact met de borderline moeder***

In het contact met vrouwen met BPS kan de vroedvrouw botsen op een aantal obstakels die het werken met deze patiëntenpopulatie bemoeilijkt.

- **Idealisatie en devaluatie van de vroedvrouw**

Net zoals het in andere interpersoonlijke relaties gebeurt, zal de moeder met BPS ook de vroedvrouw afwisselend idealiseren en devalueren. Het idealiseren zal de vroedvrouw het gevoel geven dat ze 'speciaal' is en dat ze erg goed is in haar job. Wanneer de patiënte haar echter devalueert, kan dit de vroedvrouw een verward, onzeker en onveilig gevoel geven waardoor ze soms de nood voelt om zich te gaan verdedigen. Deze verwerende houding van de vroedvrouw zou de uitvoering van haar perinatale taken in de weg kunnen staan (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018).

- **Splitsing binnen het multidisciplinaire team**

Een ander obstakel dat zich geregeld voordoet bij de begeleiding en behandeling van vrouwen met BPS is het fenomeen van splitsing. Zoals hierboven reeds werd vermeld, denkt de borderline patiënte over zichzelf en andere personen in uitersten: wit of zwart, goed of slecht, voor haar of tegen haar. Zo zal ze ook de leden van het multidisciplinaire team dat haar begeleidt onderverdelen in deze categorieën. Het ene deel van het team zal een goed contact hebben met de patiënte terwijl het andere deel vooral de

devaluaties van de patiënte zal ervaren en hierdoor moeite zal hebben om een gezonde zorgrelatie met haar te onderhouden. De borderline moeder kan bijvoorbeeld de vroedvrouw bewonderen en haar complimenteren met haar goede werk en daarbij ook zeggen hoe slecht ze een andere zorgverlener van het team vindt. Dergelijke splitsing binnen het team doet zich frequent voor langs de reeds bestaande breuklijnen van de verschillende disciplines. Deze neiging tot splitsen van de patiënte wordt door de teamleden vaak opgevat als manipulatie of als een poging om de verschillende leden tegen elkaar op te zetten en uit te spelen. Het is belangrijk dat elk teamlid zich bewust is van dit fenomeen om er zo voor te zorgen dat het de multidisciplinaire samenwerking niet of zo min mogelijk in de weg staat (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

- **De tegenstrijdige houding van de moeder met BPS ten opzichte van de vroedvrouw: dwingend en aanklampend versus wantrouwend, vermijdend en afstandelijk**

De houding die de patiënte met BPS aanneemt ten opzichte van de vroedvrouw is vaak tegenstrijdig en kan regelmatig wisselen. Enerzijds zal zij zich afhankelijk en vastklampend opstellen, op een dwingende manier extra aandacht of speciale zorg vragen en continue beschikbaarheid van de vroedvrouw verlangen. Zo kan de borderline moeder het de vroedvrouw bijvoorbeeld moeilijk maken om een consultatie op het geplande tijdstip af te ronden door bij het afronden nog een belangrijk item aan te snijden. Anderzijds kan ze zich zeer afstandelijk en afwerend opstellen waarbij ze het contact zoveel mogelijk zal proberen afhouden. Zo kan ze geplande afspraken afzeggen of niet komen opdagen, zich ongeïnteresseerd tonen in het gesprek, weigeren om de gezondheidsadviezen op te volgen of de voorgeschreven medicatie niet innemen. Vanuit haar negatieve zelfbeeld kan ze ervan overtuigd zijn dat de vroedvrouw haar een slechte moeder vindt en haar kind van haar wil afnemen waardoor ze zich vijandig en wantrouwend kan opstellen (Apter & Huisman, 2005; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Spaans & Van Meekeren, 2006; Van Meekeren & De Jong, 2010; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

- **Emotionele gevoeligheid van de moeder met BPS**

Bij de begeleiding van de vrouw met BPS zal de vroedvrouw ook geconfronteerd worden met de symptomen van deze psychopathologie op het vlak van de emoties. Zo zal de vroedvrouw merken dat de vrouw geregeld last heeft van stemmingswisselingen waarbij ze het ene moment zeer enthousiast en euforisch kan zijn en het volgende moment angstig en eerder depressief gestemd. Daarnaast zal het negatieve zelfbeeld van de vrouw ervoor zorgen dat ze het gedrag en de woorden van de vroedvrouw automatisch met negatieve assumpties zal invullen. Goedbedoelde adviezen zal ze als kritiek interpreteren waarbij ze kan denken dat de vroedvrouw vindt dat ze niet goed voor haar kind zorgt. Ze krijgt het gevoel dat ze faalt in het moederschap wat haar bevestigt in haar overtuiging dat ze slecht is. Verder kan ook haar angst voor afwijzing en verlaten de relatie met de vroedvrouw negatief beïnvloeden. De moeder met BPS zal een korter antwoord, een afwezige blik en

zelfs het doorverwijzen naar een andere zorgverlener interpreteren als een afwijzing en verlating door de vroedvrouw. Ze kan hier heel heftig en impulsief op reageren met een woede-aanval, agressief gedrag of 'dreigen' met automutilatie. Soms kan ze vanuit een poging tot zelfbescherming ervoor kiezen om de touwtjes in eigen handen te nemen en de vroedvrouw preventief verlaten voordat deze haar zou kunnen afwijzen (Apter & Huisman, 2005; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Van Meekeren & De Jong, 2010; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

- **Overdracht en tegenoverdracht**

Zoals hierboven reeds beschreven, is overdracht een verschijnsel waarbij iemand (hier de borderline patiënte) in het contact met een andere persoon (hier de vroedvrouw) onbewust de eigen gekende of ongekende gedachten, gevoelens en bedoelingen aan die andere persoon toeschrijft. Tegenoverdracht is het geheel aan gevoelens en gedachten die door de patiënte bij de vroedvrouw worden opgeroepen via het mechanisme van de overdracht. Het contact met de moeder met BPS kan via de overdracht soms positieve, maar meestal eerder negatieve en lastige gevoelens oproepen bij de vroedvrouw die zich ten onrechte beschuldigd kan voelen door allerlei aan haar toegeschreven eigenschappen of attitudes. De vroedvrouw kan zich ook overweldigd voelen door de heftige emoties en gedragingen van de patiënte waarbij ze na verloop van tijd het gevoel krijgt volledig leeggezogen te zijn en de zorgrelatie niet meer te kunnen volhouden. Gevoelens van frustratie, moedeloosheid, onmacht, en zelfs van incompetentie kunnen de vroedvrouw overvallen. Vrouwen met BPS laten hun zorg- en hulpverleners zelden onberoerd. Sommige vroedvrouwen zullen een eerder te betrokken houding aannemen terwijl anderen de patiënte zoveel mogelijk zullen mijden. De principes van overdracht en tegenoverdracht houden een groot risico in doordat deze zowel bij de patiënte als bij de vroedvrouw heftige reacties kunnen uitlokken die de zorgrelatie kunnen belemmeren (Ingenhoven, Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Van Meekeren & De Jong, 2010; Wendland et al., 2014).

Zowel de hierboven vernoemde obstakels als de overige borderline symptomen zorgen ervoor dat het contact met deze patiëntenpopulatie wordt ervaren als moeilijk, lastig, zwaar en soms zelfs amper uit te houden. Het aangaan en onderhouden van een gezonde zorgrelatie met de moeder met BPS is niet eenvoudig. De kans dat deze patiëntenpopulatie weerstand oproept, is vrij groot. Het risico op discriminatie van deze groep patiënten binnen de gezondheidszorg is dan ook aanzienlijk. Daarom is het belangrijk dat de vroedvrouw zich bewust is van de uitdaging die deze patiënten vormen en dat ze zich ervan behoedt mee te gaan in de veroordelende houding ten opzichte van deze kwetsbare patiëntengroep. Kennis en knowhow van hoe men het best met de borderline patiënte kan omgaan, is hiervoor noodzakelijk (De

Genna, Feske, Larkby, Angiolieri, & Gold, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

### **3.3      *Tips voor de omgang met deze patiëntenpopulatie***

De onderstaande adviezen en tips zouden de vroedvrouw kunnen helpen om de zorgrelatie met de moeder met BPS voor beide partijen zo aangenaam mogelijk te maken.

- **Zorg voor een goede kennis en begrip van de borderline psychopathologie**

Kennis van de borderline psychopathologie en inzicht in de innerlijke belevingswereld van de patiënte zorgen ervoor dat de vroedvrouw beter begrip kan opbrengen voor het gedrag dat hieruit voortvloeit. Het begrijpen van deze psychopathologie werkt ook in de hand dat de vroedvrouw niet meer 'bang' is voor deze 'beruchte' diagnose en dat ze weet hoe ze hier op een adequate manier mee kan omgaan. Het is ook belangrijk dat de vroedvrouw samen met de borderline patiënte op zoek gaat naar de specifieke triggers van haar symptomen. Zo kan hiermee rekening gehouden worden in de perinatale zorgverlening en kan geprobeerd worden om deze zoveel mogelijk te vermijden of op te vangen (Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Houd de diagnose in het achterhoofd**

De borderline patiënte kan geregeld uitspraken doen of gedrag vertonen dat door de vroedvrouw als vreemd of ongepast wordt ervaren. Het is hierbij belangrijk om dit niet persoonlijk op te nemen, om verder te kijken dan het gedrag op zich en om de moeder te proberen begrijpen vanuit haar onderliggende interne belevingswereld. Het moeilijke gedrag en de verbale uitlatingen van de vrouw lijken wel, maar zijn geen uiting van een eventueel ongemotiveerd zijn of van een persoonlijk bedoelde aanval naar de vroedvrouw toe. Ze zijn het gevolg van het onvermogen van de patiënte om met moeilijke gedachten en gevoelens om te gaan. Vanuit dit perspectief zal het voor de vroedvrouw gemakkelijker zijn om het contact met de moeder met BPS vol te houden (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010; Williams & Apter, 2017).

- **Herken overdracht en voorkom tegenoverdracht**

Zoals hierboven reeds beschreven, komen overdracht en tegenoverdracht vaak voor binnen de zorgrelatie tussen de moeder met BPS en de vroedvrouw. Het risico hiervan is dat overdracht sterke tegenoverdrachtsreacties kan uitlokken bij de vroedvrouw wat haar zorgverlening aan de borderline moeder kan beïnvloeden. Zowel te positieve als te negatieve bejegening kan hierdoor geïnduceerd worden. Het is van groot belang dat de vroedvrouw de tegenoverdrachtelijke gevoelens tijdig herkent, om gedrag te voorkomen dat de zorgrelatie zou kunnen schaden (Galbally, Snellen, & Lewis, 2014; Ingenhoven,

Berghuis, Colijn, & Van, 2018; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016; Skodol, Stein, & Hermann, 2019; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Neem een respectvolle en open houding aan**

Een belangrijke competentie van de vroedvrouw is dat zij de psychosociale eigenheid van elke vrouw, haar gezin en haar omgeving erkent en respecteert, ongeacht afkomst, sociale klasse, cultuur en levensvisie. Dit maakt het vanzelfsprekend dat de vroedvrouw de vrouw en haar omgeving te allen tijde met respect en vriendelijkheid zal benaderen. Voor vrouwen met BPS is het daarbovenop extra belangrijk om een niet veroordelende, onderzoekende en begripvolle houding aan te nemen. Ze zijn hier zeer gevoelig voor, maar beschikken tegelijkertijd zelf niet over de mogelijkheid om een invoelende gesprekshouding aan te nemen. Het is de taak van de vroedvrouw om een veilige sfeer te creëren waardoor de moeder met BPS ook uiting kan geven aan haar negatieve gevoelens ten opzichte van zichzelf, de zwangerschap, het ouderschap en haar kind (Apter & Huisman, 2005; Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, 2016b; Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010; Wendland et al., 2014; Williams & Apter, 2017).

- **Zorg voor validatie**

Vrouwen met BPS hebben vaak behoefte aan extra erkenning en positieve bekrachtiging. Door aandacht te schenken aan haar gevoelens en door expliciet te erkennen dat het voor haar vaak moeilijk is, geeft de vroedvrouw aan de patiënte het gevoel dat ze haar begrijpt, steunt en serieus neemt. Wanneer de vroedvrouw haar op een empathische manier benadert waarbij ze vooral luistert zonder te oordelen of snel een oplossing aan te bieden, zal de vrouw meer geneigd zijn om de adviezen ter harte te nemen doordat ze het gevoel krijgt dat de vroedvrouw effectief om haar geeft (Pare-Miron, Czuzoj-Shulman, Oddy, Spence, & Abenhaim, 2016; Rexwinkel, Schmeets, Pannevis, & Derkx, 2011; Van Meekeren & De Jong, 2010; Williams & Apter, 2017).

- **Hanteer een (aan)gepaste communicatiestijl**

Hierboven werd reeds beschreven dat de moeder met BPS vaak de gezichtsuitdrukkingen, woorden en gedragingen van anderen opvat als negatief bedoeld voor haar. Daarnaast gaat ze ook extra snel goedbedoelde en constructieve feedback als persoonlijke kritiek ervaren. Het is daarom belangrijk dat de vroedvrouw zich bewust is van haar verbale en non-verbale communicatiestijl om te voorkomen dat de moeder met BPS zich mislukt en bekritiseerd voelt. Door te focussen op de positieve aspecten en de vrouw te bekrachtigen in haar moederlijke rol, kan haar zelfvertrouwen toenemen. Door zo respectvol en niet-veroordelend mogelijk opmerkingen te verwoorden en gedragsaanpassingen voor te stellen, kan de vroedvrouw proberen om aan de vrouw andere mogelijkheden te tonen, waardoor deze laatste kan oefenen om niet alles

automatisch als kritiek te ervaren. Mensen met BPS communiceren voornamelijk op betrekkningsniveau en geven soms minder aandacht aan de inhoud van wat er wordt gezegd. Het geven van complimenten kan helpen om het ouderlijk zelfvertrouwen te ondersteunen wanneer deze complimenten authentiek zijn. De borderline patiënte scant voortdurend of het verbale en non-verbale niveau van wat er wordt gezegd met elkaar in overeenstemming zijn. Hierdoor zal ze snel merken of een compliment wel of niet oprecht is (Apter & Huisman, 2005; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010; Wendland et al., 2014).

- **Reguleer afstand en nabijheid**

De borderline patiënte heeft het moeilijk om afstand en nabijheid te reguleren in haar interpersoonlijke relaties. Binnen de zorgrelatie zal het de taak van de vroedvrouw zijn om dit op een gepaste en gezonde manier in te bouwen. Het tegelijkertijd bewerkstelligen van een professionele betrokkenheid en distantie is geen gemakkelijke opdracht aangezien de moeder met BPS het contact snel als te verstikkend of te afstandelijk en onbetrokken kan interpreteren. Het bekomen en behouden van de grijze zone tussen deze twee uitersten vraagt soms tijd. De vroedvrouw mag de patiënte helpen en begeleiden maar moet erover waken dat ze niet de zorg overneemt en voortdurend alles voor de patiënte gaat oplossen. Het is belangrijk om duidelijke afspraken te maken over de verwachtingen ten aanzien van elkaar en om te verduidelijken dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid bij de patiënte ligt. In bepaalde gevallen zal het moeilijk zijn om bijvoorbeeld de zorg voor de baby niet over te nemen. De vroedvrouw moet zich hierbij bedenken dat het verstoorde maternale gedrag zich ook zal voordoen op momenten dat zij er niet bij is en dat zij dus niet zal kunnen ingrijpen om het kind hiervoor te behoeden. Het is belangrijker om op een constructieve manier met de moeder op zoek te gaan naar hoe haar gedrag kan veranderen dan om de zorg in zijn totaliteit over te nemen. Het uiteindelijke doel is immers dat de vrouw leert om op zelfstandige basis haar kind adequate en goede zorg te verlenen. In gevaarsituaties kan overwogen worden om de zorg voor het kind door derden te laten overnemen (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010).

- **Ken uw eigen grenzen**

Het contact met de borderline patiënte kan veel vragen van een zorgverlener. Het is daarom belangrijk dat de vroedvrouw zich bewust is van haar eigen grenzen en voorkomt dat ze zichzelf zou verliezen in overmatige betrokkenheid. Voor alle zorgverleners en hulpverleners geldt dat zelfzorg van cruciaal belang is om op een gezonde manier andere mensen te kunnen helpen. Door goede contacten te onderhouden met de andere teamleden van het multidisciplinaire team, kan de vroedvrouw advies vragen en ervaringen uitwisselen, wat een positieve invloed kan hebben op haar perinatale zorgverlening aan de moeder met BPS (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010; Williams & Apter, 2017).

- **Stap niet mee in de valkuilen van de borderline psychopathologie**

De symptomen van de BPS kunnen andere personen soms overrompelen en als het ware meesleuren in de psychopathologie. Binnen de zorgrelatie is het van belang dat de vroedvrouw hierop bedacht is en zowel de borderline moeder als zichzelf hiertegen beschermt. Door de focus te leggen op het hier en nu, biedt de vroedvrouw duidelijke grenzen waardoor de aandacht gaat naar datgene wat er gedurende de perinatale periode van belang is. Dieper ingaan op het verleden van de patiënte is niet de taak van de vroedvrouw. Hiervoor kan verwezen worden naar een andere deskundige. De vroedvrouw dient er ook voor te zorgen dat ze zich niet laat verleiden om op de uitspraken en het gedrag van de moeder met BPS te reageren met gelijkaardig gedrag of met heftige emotionele reacties. In zo'n situaties kan de vroedvrouw beter wat afstand nemen om de kalmte te bewaren in het contact en om te voorkomen dat ze zich onbewust door de moeder in de defensie laat duwen. Daarnaast is het ook belangrijk dat de vroedvrouw erover waakt dat ze niet meegaat in het grenzeloze optimisme of pessimisme van de moeder met BPS. Men kan best proberen het spreken in zwart-wittermen te vermijden en op zoek te gaan naar de grijze zone (Ingenhoven, van Reekum, van Luyn, & Luyten, 2012; Lambregtse-van den Berg, van Kamp, & Wennink, 2015; Van Meekeren & De Jong, 2010).

Tenslotte is het niet onbelangrijk dat de vroedvrouw weet dat de moeder met BPS zowel de vroedvrouw als de andere zorg- en hulpverleners die haar begeleiden gedurende de perinatale periode, meestal erg dankbaar is. Ze zal deze dankbaarheid niet altijd goed kunnen uiten of soms doet ze het maar heel eventjes. Dit besef kan een belangrijke invloed hebben op het gevoel van tevredenheid en waarde dat de vroedvrouw ervaart bij haar zorgverlening in het kader van de BPS (Apter & Huisman, 2005).





## **4           Praktijkdeel**

### **4.1         *Totstandkoming***

Voor de uitwerking van het praktijkdeel van deze bachelorproef heb ik een heel parcours afgelegd.

Oorspronkelijk had ik het idee om de resultaten van de literatuurstudie te verwerken tot een artikel dat ik graag ter publicatie wou aanbieden aan de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV). Wanneer bleek dat dit omwille van organisatorische redenen vanuit de VBOV niet haalbaar zou zijn binnen de deadline van de bachelorproef, gaf mijn interne promotor, Mevr. Nadia Vanderstraeten, mij de tip om eens na te denken over een eventuele bijdrage aan een soort zorgpad in verband met het onderwerp van mijn bachelorproef. Dit bleek na enige tijd een inspirerende denkpiste te zijn voor mij, want van daaruit groeide bij mij het besef dat ik de informatie die ik had verzameld door middel van de literatuurstudie op een toegankelijke manier wou delen met vroedvrouwen.

Zoals reeds in de inleiding van deze bachelorproef wordt vermeld, zullen vroedvrouwen bij de uitvoering van hun beroep steeds vaker in contact komen met vrouwen met een actieve psychopathologie. Ook vrouwen met BPS behoren tot deze groep. Aangezien de taak van de vroedvrouw vooral focust op de fysiologie, kan er niet verwacht worden dat de vroedvrouw een uitgebreide kennis en ervaring heeft omtrent deze psychopathologie.

Vanuit deze bedenkingen groeide het idee om op basis van mijn bachelorproef een brochure uit te werken met een dubbel doel: informeren en adviseren. Zo wou ik in de brochure basisinformatie over de BPS als psychopathologische aandoening bundelen om van daaruit te verduidelijken wat je als vroedvrouw kan verwachten bij de begeleiding van dit moeder-kindkoppel. Daarnaast wou ik een aantal aandachtspunten en tips op een rijtje zetten die de vroedvrouw zouden kunnen ondersteunen bij haar perinatale zorgverlening binnen de context van de borderline psychopathologie.

Zo kon ik eind juni dit concrete voorstel voorleggen aan mijn beide promotoren.

### **4.2         *Uitwerking***

#### **4.2.1       De ontwikkelingsfase**

Van zodra het concept van mijn praktijkdeel vastlag en ik de goedkeuring had gekregen van zowel mijn interne promotor, Mevr. Nadia Vanderstraeten, als van mijn externe promotor, Mevr. Inge Claeys, had ik reeds een goed beeld van hoe ik wou dat de brochure er zou uitzien.

Ook de titel, 'Een vrouw met borderline over de vloer... Wat nu gedaan? Een gids voor vroedvrouwen bij de begeleiding van moeders met de borderline persoonlijkheidsstoornis', stond vrijwel onmiddellijk vast.

Voor de inhoud van de brochure wou ik me graag baseren op het corpus van mijn bachelorproef. Omwille van mijn aangepaste studietraject, moest ik eind juni nog een groot deel van mijn bachelorproef uitwerken. Hierdoor kon ik de inhoud van de brochure nog niet met zekerheid bepalen, maar ik kon me wel reeds focussen op de vormgeving. Ik ben de ontwikkelingsfase dan ook gestart met het zoeken naar neutrale en respectvolle foto's die gepast zouden zijn voor de thematiek van de brochure. Ik heb me hiervoor op aanraden van mijn interne promotor, Mevr. Nadia Vanderstraten, gericht naar de websites [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com) en [www.pexels.com](http://www.pexels.com) aangezien deze gratis foto's van goede kwaliteit ter beschikking stellen die geen bronvermelding vereisen. Door de zoektocht naar gepaste foto's, kreeg het beeld dat ik over de brochure had steeds meer vorm. Ik heb toen een Microsoft® Publisher-document aangemaakt waarin ik de gekozen foto's en de lay-out van de brochure reeds kon vastleggen.

Naarmate het schrijven van de bachelorproef vorderde, wist ik steeds beter welke onderdelen ik wou opnemen in de brochure. In mijn enthousiasme wou ik eerst zo veel mogelijk informatie weergeven in de brochure, waardoor deze eerder een kleinere versie van mijn bachelorproef werd. Dankzij de terechte feedback van mijn externe promotor, Mevr. Inge Claeys, dat ik de brochure best zo praktisch mogelijk zou houden, slaagde ik erin om de theoretische informatie beperkter weer te geven en beter te koppelen aan concrete aanbevelingen voor de vroedvrouw. Zo kon ik de brochure in zijn definitieve vorm gieten waardoor ze een praktische en bruikbare gids zou kunnen zijn voor vroedvrouwen die bij het uitvoeren van hun beroep in contact komen met vrouwen met BPS.

#### 4.2.2 De testfase

Bij de uitwerking van het concept van dit praktijkdeel wou ik heel graag mijn brochure ook effectief in de praktijk uittesten. Ik wou namelijk een aantal vroedvrouwen zoeken die bereid zouden zijn om mijn brochure te evalueren en erover na te denken of ze de brochure in hun dagelijkse praktijkvoering zouden kunnen gebruiken. Jammer genoeg was dit omwille van tijdsgebrek niet meer haalbaar. In samenspraak met mijn interne promotor, Mevr. Nadia Vanderstraeten, heb ik er dan voor gekozen om drie medestudenten te contacteren met de vraag of zij de brochure zouden willen evalueren en hierbij de volgende vragen zouden willen beantwoorden:

- Welk gevoel heb je overgehouden na het lezen van deze brochure?
- Mocht je deze brochure ergens zien liggen, zou je geneigd zijn om ze vast te nemen en erin te beginnen lezen?

- Voldoet de gids aan de verwachtingen die je had na het zien van de titelpagina?
- Zijn er zaken die je gemist hebt in de brochure? Zijn er zaken die overbodig waren?
- Zijn er bepaalde zaken aan de brochure die je minder goed vindt? Bijvoorbeeld: veel te veel informatie, onoverzichtelijke weergave van de informatie, te groot of te klein lettertype, te drukke lay-out, ... .
- Heb je het gevoel dat deze brochure bruikbaar zou zijn voor jou wanneer je als vroedvrouw tewerkgesteld zou zijn en je deze brochure ter beschikking zou hebben?

Vervolgens heb ik hun nuttige feedback gebruikt om mijn oorspronkelijke brochure aan te passen tot de huidige vorm. De medestudenten waren alle drie zeer enthousiast en ze hebben elk met hun kritische blik een bijdrage geleverd aan het definitieve resultaat.

### 4.2.3 De realisatiefase

Van zodra ik gedurende de ontwikkelingsfase meer zicht kreeg op de uiteindelijke vormgeving van de brochure, informeerde ik bij meerdere drukkerijen/copycenters naar de mogelijkheden en voorwaarden om de brochure af te drukken zoals ik ze in mijn gedachten had. Mijn voorkeuren bleken niet de goedkoopste mogelijkheid te zijn, maar ik had het er echt wel voor over om de brochure de vorm te geven die mijn voorkeur wegdroeg.

Ik heb uiteindelijk beslist om de brochure acht keer te laten afdrukken: vier exemplaren voor de af te geven bachelorproeven, één exemplaar voor mezelf en drie exemplaren voor de juryleden bij de presentatie.

De brochure werd ook opgenomen in deze bachelorproef in bijlage A.

## 4.3 *Evaluatie*

Het is onmogelijk om exact te zeggen hoeveel tijd ik gependeed heb aan het uitwerken van de brochure doordat het denkproces en de uitwerking van de eerste versie gelijktijdig verliepen met het neerschrijven van het corpus van mijn bachelorproef. Vooral in de voorbije weken, van midden juli tot begin augustus, ging er vrij veel tijd naar dit werk, met een stroomversnelling in de laatste week waarin het advies van mijn externe promotor, Mevr. Inge Claeys, me ertoe aanzette om de brochure zoals ik ze tot dan toe had uitgewerkt, nog fundamenteel aan te passen in de laatste vier dagen.

Mijn oorspronkelijke voornemen om de brochure zo economisch mogelijk vorm te geven, verschoof geleidelijk aan naar mijn besluit om een brochure te maken waarin ik me volledig zou kunnen vinden. Daar hing echter een prijskaartje aan vast dat iets verder ging dan wat ik

eerst voor ogen had en dan de prijsschatting die de drukkerij mij aanvankelijk had voorgelegd. De uiteindelijke prijs bedroeg ongeveer 14 euro per brochure, wat 4 euro duurder is dan mijn oorspronkelijk voorziene bedrag en ongeveer 2 euro duurder is dan de oorspronkelijke prijsschatting vanuit de drukkerij.

Omtrent de kwaliteit van de uiteindelijke vormgeving was ik aanvankelijk minder tevreden: de gebruikte foto's zijn bij het drukken veel donkerder uitgevallen dan hun oorspronkelijke kleur. Vooral het contrast van de foto op de titelpagina is veel harder dan dat mijn bedoeling was. Ik vond dit jammer maar na verloop van tijd heb ik voor mezelf besloten me erbij neer te leggen en aan te nemen dat de brochure in deze vorm voldoende goed is.

Ondanks deze toegevingen die vooral te maken hebben met 'de eerste indruk' van de brochure, ben ik toch wel heel tevreden met en zelfs een beetje fier op het resultaat.

Qua inhoud vind ik dat ik erin geslaagd ben om de informatie die ik wou overbrengen, op een zeer leesbare manier te formuleren. De foto's helpen de verschillende hoofdstukken af te bakenen en de inhoud ervan reeds wat aan te kondigen. De lovende feedback van mijn medestudenten bevestigde mijn hoop dat de brochure ook door hen zou geapprecieerd worden. Ze vonden het een aantrekkelijke brochure die hen op een overzichtelijke en vlot leesbare manier nieuwe informatie gaf over een voor hen vrij onbekend maar boeiend thema. Na het lezen van de brochure hadden ze het gevoel dat ze een moeder met BPS beter zouden kunnen begrijpen, en dat ze er een beter zicht op hadden hoe met hen om te gaan gedurende de perinatale begeleiding. Ze vonden het ook positief dat er nadruk werd gelegd op het multidisciplinair werken als ondersteuning voor de begeleiding door de vroedvrouw. Hun enthousiaste feedback liet mij toe te besluiten dat ik mijn praktijkdeel tot een goed einde heb kunnen brengen en dat ik mijn doel voldoende heb bereikt.

## 5 Besluit

Deze bachelorproef tracht een antwoord te formuleren op de vraag of de perinatale periode voor moeder en kind bij vrouwen met BPS anders verloopt dan bij vrouwen zonder BPS.

De uitgevoerde literatuurstudie laat toe om te concluderen dat de perinatale periode voor vrouwen met BPS wel degelijk een ander, met name moeilijker verloop kent dan voor vrouwen zonder deze aandoening. Uit onderzoek blijkt dat de periodes van zwangerschap, bevalling en postpartum bij vrouwen met deze pathologie eerder negatief gekleurd zijn. De stressvolle perinatale periode wordt bij hen namelijk gekenmerkt door toename van de borderline symptomen, confrontatie met vroeger trauma, moeilijkheden bij de overgang naar het ouderschap, een minder gezonde levensstijl en eerder negatieve gevoelens. Verder heeft deze psychische stoornis van de moeder ook een grote impact op de moeder-kindrelatie. Zo beschrijft de literatuur een negatieve invloed op zowel de kwaliteit en kwantiteit van de moeder-kindinteractie als op de hechtingsrelatie met de baby. Tenslotte wordt er ook een ongunstig effect op de ontwikkeling van het kind beschreven met ingrijpende gevolgen op latere leeftijd.

Door de huidige prevalentie van psychopathologie in de maatschappij zal de vroedvrouw gedurende haar carrière ongetwijfeld in contact komen met vrouwen die een actieve psychische stoornis hebben in de perinatale periode, waaronder ook de BPS. De vaak slechts geringe kennis over en ervaring met deze patiëntenpopulatie maakt voor de vroedvrouw de begeleiding van de moeder met BPS tot een moeilijke opgave. Deze bachelorproef probeert hieraan tegemoet te komen door vrij uitgebreid informatie te geven over de symptomen en het klinisch beeld van de borderline pathologie op zich. Een goede kennis en begrip van de pathologie maakt immers de houding en het gedrag van de moeder met BPS duidelijk en begrijpelijk. De grote sterkte van deze bachelorproef ligt dan ook in het heldere verband dat gelegd wordt tussen enerzijds de kenmerkende eigenschappen van de borderline psychopathologie en anderzijds de beleving en het gedrag van de borderline moeder gedurende de perinatale periode. Ook bij de beschrijving van de moeder-kindrelatie en de ontwikkeling van het jonge kind wordt het verband met de belemmerende kenmerken van moeders psychopathologie steeds duidelijk verwoord. Dit draagt bij tot het begrijpelijk en invoelbaar maken van wat er speelt op de achtergrond van de dagelijkse realiteit van het moeder-kindkoppel, maar ook van wat er meespeelt in de interpersoonlijke relatie van de moeder met BPS met de vroedvrouw. Om de vroedvrouw bij dit vaak moeilijk verlopende zorgtraject te ondersteunen, worden er een aantal aandachtspunten en tips geformuleerd die binnen de gegeven context van belang kunnen zijn. Dit alles wordt, als praktijkdeel van deze bachelorproef, gebundeld in een brochure die een handige gids wil zijn voor vroedvrouwen die in contact komen met een borderline patiënte.

Ondanks de poging om zo volledig mogelijk te zijn over het gekozen onderwerp, houdt deze bachelorproef een aantal hiaten in zich die voornamelijk te maken hebben met de afgrenzing van de inhoud. Zo ligt de focus van dit werk op de moeder met BPS en haar kind, zonder de eventuele partner en de ruimere omgeving te betrekken. Wat hun mogelijke invloed zou kunnen zijn op de beleving en het gedrag van de borderline moeder, de ontluikende moeder-kindrelatie en de ontwikkeling van het kind, wordt niet onderzocht. Daarnaast gaat de aandacht van dit werk bijna volledig uit naar het psychosociale luik van de gevolgen van de borderline problematiek, en wordt er beperkte aandacht gegeven aan de zuiver medisch-verloskundige kant. De mogelijke obstetrische, foetale en neonatale gevolgen worden dan ook niet besproken. Het uitwerken van deze items zou verder reiken dan het opzet van deze bachelorproef. Eventueel kunnen ze het onderwerp uitmaken van later verder onderzoek.

Ook het praktijkdeel van deze bachelorproef draagt een zwak punt in zich. Door tijdsgebrek is de testfase van de brochure namelijk niet in ideale omstandigheden kunnen doorgaan.

Verder was er ook een onverwachte beperking vanuit de gevonden literatuurgegevens. Blijkbaar bestaat er veel meer onderzoek naar de gevolgen van andere psychopathologieën op de perinatale periode dan van BPS. Daarnaast is er ook relatief weinig onderzoek terug te vinden over de gevolgen van psychopathologie van de moeder op kinderen van één jaar of jonger. Er wordt meer gerapporteerd over de effecten op langere termijn op schoolgaande kinderen en adolescenten. Als aanbeveling voor de toekomst kan dan ook de wens geformuleerd worden dat dit boeiende onderzoeksdomein verder zou worden uitgewerkt, en dat daarbij het aandeel van de vroedvrouw in dit geheel meer aandacht zou krijgen.

Tot slot nog een afrondende bedenking.

Deze bachelorproef toont aan dat het voor de vroedvrouw niet altijd evident is om met moeders met BPS een zorgparcours af te leggen. Sowieso tast de moeder de grenzen af van de vroedvrouw, op zoek naar begrip en ondersteuning. De uitdaging voor de vroedvrouw bestaat er dan ook uit om met een respectvolle, geduldige, milde en open houding deze kwetsbare vrouwen tegemoet te treden.

## **Bijlagenlijst**

Bijlage A: Brochure 'Een vrouw met borderline over de vloer... Wat nu gedaan? Een gids voor vroedvrouwen bij de begeleiding van moeders met de borderline persoonlijkheidsstoornis'.





**Een vrouw met borderline over de vloer...  
Wat nu gedaan?**

Een gids voor vroedvrouwen bij de begeleiding van  
moeders met de borderline persoonlijkheidsstoornis

Suzanne Meyers

Deze brochure is het praktijkdeel van de bachelorproef 'De borderline persoonlijkheidsstoornis in de perinatale periode. Botst de vroedvrouw op een ongekende grens?'.

Deze werd gemaakt binnen de opleiding 'Bachelor in de Vroedkunde' van de Arteveldehogeschool te Gent in het academiejaar 2018-2019.

# INHOUDSOPGAVE

Inleiding .....	4
Woord vooraf .....	5
De borderline persoonlijkheidsstoornis .....	6
Begripsomschrijving .....	7
Etiologie .....	8
Comorbiditeit .....	9
De borderline persoonlijkheidsstoornis in de perinatale periode	
Typerende kenmerken van de moeder met BPS .....	10
Zwangerschap en bevalling.....	15
De zwangerschap .....	16
De bevalling .....	17
Het postpartum .....	18
De moeder-kindrelatie .....	21
Mogelijke gevolgen op de ontwikkeling van het kind .....	26
De behandeling .....	29
De begeleiding door de vroedvrouw .....	32
Aandachtspunten bij de perinatale zorgverlening .....	33
Obstakels in het contact met de moeder met BPS .....	38
Tien tips voor de omgang met deze patiënten .....	41
Bronnen .....	43

## INLEIDING

Psychische problemen komen steeds vaker voor in onze huidige maatschappij. In België krijgt één op vier mensen in de loop van zijn of haar leven te maken met mentale gezondheidsproblemen. Tot deze categorie behoren uiteraard ook de vrouwen op reproductieve leeftijd met een kinderwens. Dit heeft tot gevolg dat de vroedvrouw gedurende haar carrière ongetwijfeld in contact zal komen met vrouwen die een actieve psychische stoornis hebben in de perinatale periode.

De perinatale periode is een sensitieve periode voor vrouwen in het algemeen en in het bijzonder voor vrouwen met een psychische kwetsbaarheid. In deze ingrijpende periode kunnen namelijk psychische stoornissen ontstaan, opnieuw de kop opsteken of in ernst toenemen. De impact en gevolgen van maternale psychische stoornissen op de zwangerschap, het postpartum, de ontluikende moeder-kindrelatie en de ontwikkeling van het kind, kunnen aanzienlijk zijn. Hierdoor is het van belang dat de vroedvrouw een basiskennis heeft over de ruime psychopathologie.

Persoonlijkheidsstoornissen behoren tot de groep van de meest voorkomende psychopathologieën en binnen deze groep is de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) de bekendste maar ook de meest 'beruchte'. De diagnose heeft doorgaans een vrij negatieve connotatie. De borderline patiënten worden ervaren als moeilijke, impulsieve mensen met hoogoplopende emotionele crises, gedragsproblemen en zeer conflictueuze relaties.

Voor de vroedvrouw kan de begeleiding van een borderline patiënte gedurende de perinatale periode een hele uitdaging zijn. Vaak is het zo dat de vroedvrouw omtrent deze problematiek slechts geringe kennis en ervaring heeft. Dit was dan ook de drijfveer voor de ontwikkeling van deze brochure.

## WOORD VOORAF

De bedoeling van deze gids is tweeledig: enerzijds informeren en anderzijds adviseren.

Zo wordt er basisinformatie over de BPS als psychopathologische aandoening gebundeld om van daaruit de gevolgen ervan op de borderline moeder en haar baby in de perinatale periode begrijpelijk te maken. Er wordt beschreven wat de typische BPS-kenmerken zijn die je bij de moeder met BPS zal opmerken en wat je in de perinatale begeleiding van dit moeder-kindkoppel allemaal kan verwachten.

Naast al deze informatie worden er ook een aantal aandachtspunten en tips op een rijtje gezet die van belang kunnen zijn voor de perinatale begeleiding van de borderline moeder en haar baby. Zaken die extra aandacht verdienen, moeilijke situaties en do's en don'ts zullen hier aan bod komen.

Om deze gids zo praktisch en hanteerbaar mogelijk te houden, werd er gekozen om de focus uitsluitend te leggen op wat er voor de vroedvrouw en haar begeleiding van belang zou kunnen zijn. Een diepere uitwerking of verbreding van de verschillende thema's zijn uiteraard zeer interessant, maar zouden deze brochure iets te ver brengen van het uiteindelijke doel.

Voor meer informatie omtrent het onderwerp verwijs ik graag naar mijn bachelorproef 'De borderline persoonlijkheidsstoornis in de perinatale periode – Botst de vroedvrouw op een ongekende grens?' van waaruit deze brochure is ontstaan. Deze bachelorproef kan je terugvinden in de bibliotheek van de Artevelde hogeschool te Gent.

Tot slot dient er opgemerkt te worden dat in het kader van deze brochure de term 'perinatale periode' verwijst naar de periode van (vlak) voor de conceptie tot en met één jaar na de bevalling.

# DE BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS



## Begripsomschrijving

Om de 'officiële' omschrijving van de symptomen en kenmerken van de BPS weer te geven, worden hieronder de classificatiecriteria voor BPS weergegeven zoals ze in de DSM-5 beschreven staan.

Een pervasief patroon van instabiliteit van de interpersoonlijke relaties, het zelfbeeld en van affecten, en duidelijke impulsiviteit, beginnend op jongvolwassen leeftijd en aanwezig in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

1. Verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen.
2. Een patroon van instabiele en intensieve interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren.
3. Een identiteitsstoornis: een duidelijk en persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
4. Impulsiviteit op minstens twee gebieden, die de betrokkene in potentie zelf kunnen schaden (geld verkwisten, seks, middelenmisbruik, roekeloos autorijden, eetbuien).
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie.
6. Affectieve instabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld episoden van intense dysforie, prikkelbaarheid of angst, gedurende meestal enkele uren en zelden langer dan een paar dagen).
7. Chronisch gevoel van leegte.
8. Inadequate, intense woede, of moeite hebben boosheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, constante boosheid, recidiverende vechtpartijen).
9. Voorbijgaande, stressgerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen.

Het klinisch beeld zal verder toegelicht worden in het deel over de BPS in de perinatale periode. Daar zal verduidelijkt worden hoe de hierboven vermelde kenmerken zich in die periode concreet manifesteren in het contact met de borderline moeder.

## Etiologie

Tot nu toe is er nog niet veel bekend over de oorzaken van BPS. Een algemeen aanvaarde theoretische benadering is het biopsychosociaal model: de patiënte heeft een biologische kwetsbaarheid die door haar psychologische ervaringen en onder sociale invloeden van buitenaf kan leiden tot het ontstaan van BPS.

- **Biologische factoren**

De biologische factoren bestaan uit een erfelijke aanleg waarbij bepaalde hersenfuncties, de werking van bepaalde neurotransmitters en de anatomie van bepaalde hersendelen zouden betrokken zijn.

- **Psychologische factoren**

Tot de psychologische factoren behoren de opvoeding, persoonlijke ervaringen en ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd en het verdere leven. Bij 60% à 70% van de patiënten met BPS is er sprake van traumatiserende gebeurtenissen in de vroege jeugd. Fysieke of emotionele verwaarlozing of mishandeling, verbaal geweld, pesterijen, seksueel misbruik of incest komen frequent voor in de voorgeschiedenis van de borderline patiënte. Mede ten gevolge van deze traumatiserende gebeurtenissen, is er bij de borderline patiënte ook vaak sprake van een onveilige gehechtheidsrelatie.

- **Sociale factoren**

De sociale factoren omvatten de maatschappij en de (sub)cultuur waarin de patiënte leeft en werd grootgebracht. Zo zouden onder andere de sociale desintegratie, voortdurend snelle maatschappelijke veranderingen en toenemende eisen van deze tijd ook een invloed hebben op de ontwikkeling van BPS.



## Comorbiditeit

Comorbiditeit is het gelijktijdig voorkomen van twee of meer stoornissen bij dezelfde persoon.

Bij BPS is comorbiditeit eerder regel dan uitzondering. Ongeveer 85% van de borderline patiënten heeft ten minste één andere psychische stoornis.

Hieronder worden de comorbide psychische stoornissen weergegeven die het meest voorkomen bij de borderline patiënte. Indien gekend, wordt de prevalentie tussen haakjes vermeld.

- Depressieve stemmingsstoornissen (20%)
- Bipolaire stemmingsstoornissen (53% à 83%)
- Angststoornissen (ongeveer 85%)
- Obsessieve-compulsieve stoornis (OCD) (20%)
- Posttraumatische stressstoornis (PTSS) (25% à 50%)
- Eetstoornissen (22%), met name anorexia nervosa of boulimia nervosa
- Middelenmisbruik en verslavingsstoornissen (25% à 57%), met name misbruik van of verslaving aan alcohol, illegale drugs en nicotine
- Andere persoonlijkheidsstoornissen
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) (41% à 55%)
- Somatoforme stoornissen (dit zijn klachten zonder lichamelijke oorzaak)

De aanwezigheid van comorbiditeit heeft tot gevolg dat de symptomen van de verschillende stoornissen vaak sterker tot uiting komen, waardoor de begeleiding van deze patiënten dan weer moeilijker verloopt.



## BPS IN DE PERINATALE PERIODE

Typerende kenmerken  
van de moeder met BPS

Doorheen het hele leven van de borderline moeder, en dus ook in de stressvolle perinatale periode, zullen een aantal typische kenmerken van de borderline problematiek zich voordoen en zich steeds op een gelijkaardige manier manifesteren. Bij stress nemen deze kenmerken toe.

Hieronder worden de typische symptomen van de BPS weergegeven die je kan verwachten in het contact met de borderline moeder.

- **Instabiliteit op elk vlak**

- Snel wisselende gedachten en overtuigingen doen zich vaak voor, waarbij een plots enthousiasme even snel weer kan verdwijnen. Hierdoor ervaren andere mensen de patiënte als wispelturig.
- Haar zelfappreciatie kan plots omslaan naar intense zelfevaluatie.
- Ze vertoont frequente wisselingen in normen, waarden, doelstellingen, opleidingskeuze, werksituatie, carrièreplanning, relaties, keuze van het type vrienden en ook in haar genderidentiteit.
- Haar stemming kan snel omslaan. Hierdoor ervaren andere mensen haar als erg prikkelbaar en hebben ze het gevoel dat ze in haar buurt op eieren moeten lopen.

- **Impulsiviteit**

- Door gebrekkige impulscontrole gaat de vrouw met BPS bijna onmiddellijk tot actie over zonder vooraf na te denken over de consequenties.
- Vaak beslist ze eerder impulsief om 'zomaar' of ten gevolge van een kleine aanleiding aan iets te beginnen of iets te beëindigen. Hierdoor doen volgende zaken zich regelmatig voor: herhaaldelijk opzeggen van een baan, afbreken van een opleiding, wijzigingen van toekomstplannen en vaak wisselende relaties.

- **Alomtegenwoordige negativiteit**

- Ze heeft een zeer negatief zelfbeeld en is ervan overtuigd dat ze slecht is en niet deugt. Ze geeft zichzelf voortdurend de schuld voor allerlei zaken.
- Doorgaans vertoont ze een sombere emotionele grondstemming met gevoelens van leegte, verveling, schaamte, schuld en eenzaamheid.
- Ze heeft dikwijls het gevoel dat men haar tekort doet, verwaarloost, onrechtvaardig behandelt, niet serieus neemt en niet wil of kan helpen.
- De overtuiging dat de mensen om wie ze geeft, haar sowieso op een dag zullen afwijzen of verlaten, zorgt voor extreem grote angst. Ze kan hierdoor zeer aanklappend gedrag stellen of omgekeerd, vanuit zelfbescherming zelf afstand inbouwen in het contact. Een wegstrijkende blik, een onvoorziene aanpassing van een planning of afspraak, iemand die te laat komt op een afspraak, het afronden van een persoonlijk gesprek, ..., al deze gebeurtenissen kunnen snel geïnterpreteerd worden als afwijzing of verlating.
- Neutrale gebeurtenissen, gedragingen, woorden of gezichtsuitdrukkingen van anderen worden bijna automatisch opgevat als negatief voor haar bedoeld.

- **Een zwak invoelend vermogen**

De borderline patiënte heeft een opvallend zwak invoelend vermogen, wat ook wel benoemd wordt als een zwak 'mentaliserend vermogen'. Dit houdt in dat ze zich moeilijk een beeld kan vormen van de innerlijke belevingswereld van zichzelf en van de ander, dat ze diens mentale toestand niet goed kan aanvoelen en begrijpen, en dat ze het gedrag dat voortkomt vanuit deze mentale toestand, niet correct kan interpreteren.

- **Zeer intense emotionaliteit**

- De borderline patiënte heeft moeite om haar boosheid en woede te beheersen en adequaat te uiten. Ze heeft een lage frustratietolerantie wat kan leiden tot plotse, ongepaste en ongecontroleerde woede-uitbarstingen.
- Ze kan op ogenschijnlijk kleine gebeurtenissen onmiddellijk met heel heftige emoties reageren. Hierdoor ervaren andere mensen haar als iemand die zich gemakkelijk aanstelt.
- Als ze het gevoel heeft dat iemand haar afwijst of verlaat, kan ze heel heftig en emotioneel reageren met ongepaste woede, paniek, wanhoop en depressieve gevoelens.
- Wanneer de patiënte een stresserende gebeurtenis meemaakt en hier heftig op reageert, blijft ze lang 'hangen' in deze emotie en is ze niet in staat om het oorspronkelijke emotionele rustniveau opnieuw te bereiken binnen een redelijke termijn. Dit fenomeen noemt men de 'emotieregulatiestoornis'.

- **Leven in een continue afwisseling van uitersten**

- De patiënte denkt voortdurend in uitersten: het is zwart of wit, alles of niets, goed of slecht, men is voor haar of tegen haar.
- Ook haar gevoelens beleeft ze zeer intensief in uitersten: ze kan snel heel vrolijk en dan weer heel somber worden.
- In relaties gaat ze de andere afwisselend aantrekken en afstoten, afwisselend (over)idealiseren en afkeuren. Dit heeft enerzijds tot gevolg dat er vaak kortdurende en intensieve relaties ontstaan, en anderzijds dat andere mensen soms het contact met haar uit de weg gaan.
- Ze heeft moeite met afstand en nabijheid waarbij het contact al snel als te weinig of te veel, als te afstandelijk of te dicht wordt ervaren. Hierdoor ontstaan er veel conflicten en ruzies.

- **Ongezonde copingmechanismen om met innerlijke spanning en stress om te gaan**

- De borderline patiënte stelt vaak zelfdestructief gedrag dat verschillende vormen kan aannemen: overmatig gebruik van alcohol, drugs en/of medicatie, onverantwoord geld uitgeven, gokken, wisselende seksuele contacten, onveilige seks, roekeloos autorijden, boulimisch of anorectisch eetgedrag, ... .
- Een vaak voorkomende specifieke vorm van zelfdestructief gedrag is automutilatie zoals zichzelf krassen, snijden of branden (bijvoorbeeld met een sigaret). Het afreageren van de spanning op haar eigen lichaam voorkomt meestal dat de negatieve gevoelens en gedachten uitmonden in suïcidaliteit.
- Suïcidale gedachten, gedragingen en pogingen komen vaak voor en leiden soms tot gelukke suïcide.
- Op zeer lastige en pijnlijke momenten kan de patiënte als het ware uit het hier en nu weggaan en in een andere realiteit terechtkomen: ze dissocieert. Hierbij kunnen zich paranoïde gedachten, wanen en visuele en/of auditieve hallucinaties voordoen. Dit gebeurt regelmatig wanneer de patiënte zich teruggeworpen voelt in haar traumatisch verleden.

Het is duidelijk dat deze kenmerken hun sporen zullen nalaten op de beleving en het functioneren van de patiënte in de perinatale periode, en ook op het contact met haar omgeving, met de zorg- en hulpverleners en met haar baby.

Het is belangrijk dat je deze kenmerkende symptomen van de borderline patiënte steeds in het achterhoofd houdt.



## BPS IN DE PERINATALE PERIODE

Zwangerschap en bevalling

## De zwangerschap

De zwangerschapsperiode verloopt voor vrouwen met BPS niet van een leien dakje. De typische symptomen liggen aan de basis van een aantal problemen die zich vaker voordoen bij de vrouwen met BPS dan bij vrouwen zonder deze psychopathologie.

### Op medisch-verloskundig vlak: vaker voorkomen van moeilijke situaties

- Geen of minder gebruik van anticonceptiemiddelen
- Meer tienerzwangerschappen
- Meer ongeplande zwangerschappen
- Hogere prevalentie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)
- Vaker voorkomen van abortus of miskraam
- Onregelmatige prenatale medische opvolging ten gevolge van consultatieverzuim
- Minder gezonde levensstijl en minder prenatale aanpassing van de levensstijl
- Vaker voorkomen van problemen met polyfarmacie
- Vaker voorkomen van verslaving en middelenmisbruik
- Meer nicotinegebruik
- Meer alcoholgebruik

### Op psychologisch vlak: extra zware belasting

Voor elke vrouw zijn de zwangerschap en de overgang naar het ouderschap een bijzondere periode die gepaard gaat met herdefiniëring en verandering van de interpersoonlijke relaties, de eigen identiteit en de persoonlijke rol binnen het gezin en de samenleving. Het is ook een periode die gekenmerkt wordt door twijfel en onzekerheid.



Deze innerlijke reorganisatie vergt veel van alle toekomstige moeders maar voor vrouwen met BPS is deze opgave in hogere mate belastend. Hun reeds fragiele persoonlijkheidsfunctioneren komt onder druk te staan, waardoor de symptomen sterker op de voorgrond treden.

De vrouw met BPS heeft meestal een zeer dubbel gevoel over haar zwangerschap. Enerzijds kan haar beleving super positief zijn, met een sterke idealisatie van haar zwangerschap en van haar baby die, naar haar aanvoelen, alle tekortkomingen uit haar verleden zal kunnen herstellen. Anderzijds kan de patiënte zich gevangen voelen in haar zwangerschap en overweldigd zijn door het gevoel haar baby niet meer te willen houden. Wanneer ze gedurende haar zwangerschap daarbij bijvoorbeeld veel last heeft van zwangerschapsklachten, kan de zwangerschap des te meer als ondraaglijk ervaren worden. Ups en downs doen zich in uitgesproken vormen voor en haar ongezond stressreducerend gedrag neemt dikwijls toe.

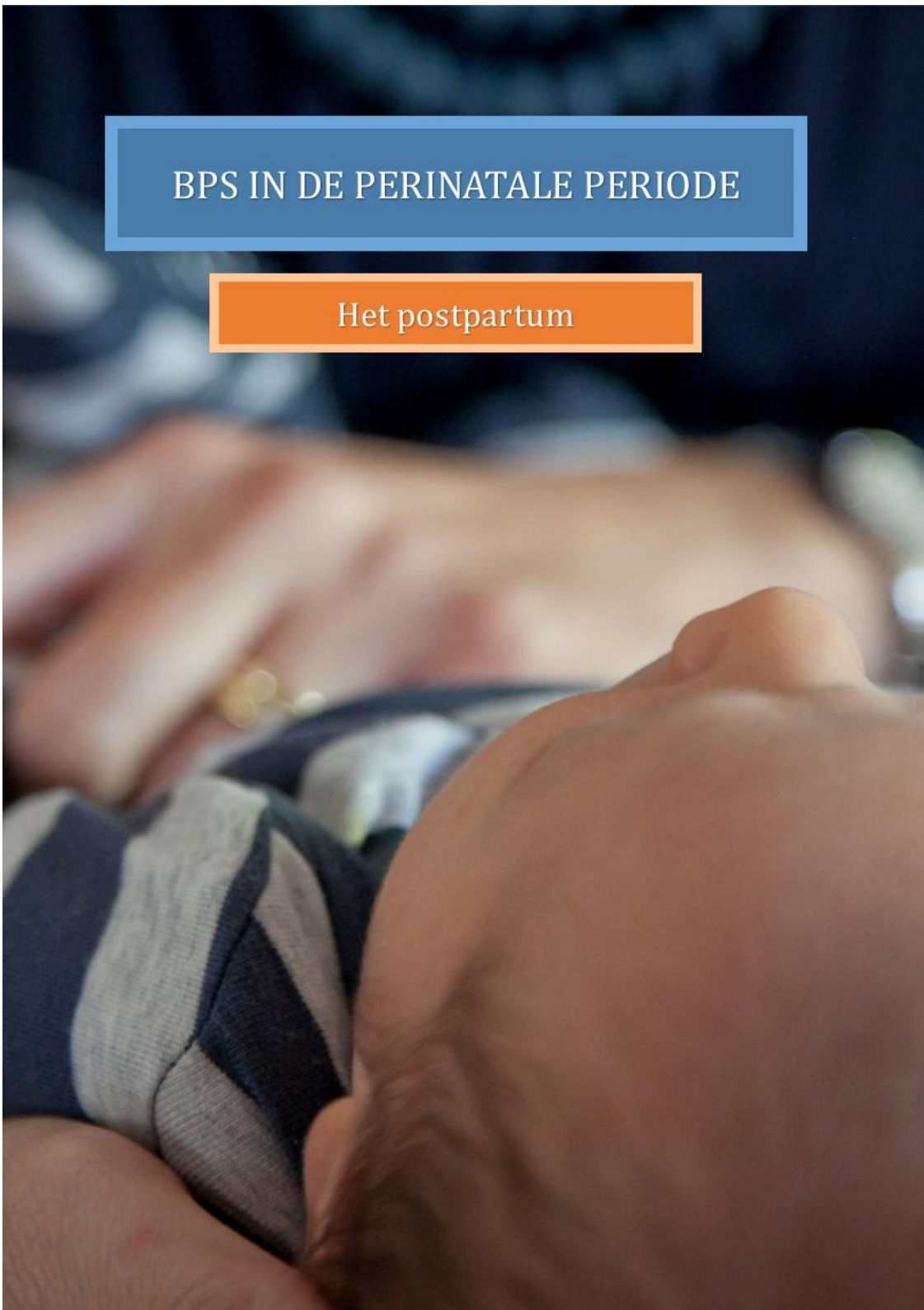
## De bevalling

Uit de literatuur blijkt dat vrouwen met BPS angstiger zijn voor de bevalling en dat ze de partus ook meer als traumatisch ervaren dan andere vrouwen. De partus roept vaak herinneringen op over vroeger misbruik, waardoor de vrouw niet in staat is zich te focussen op de gebeurtenissen van het moment zelf en om zich daarna bezig te houden met haar kersverse baby.

Het komt ook regelmatig voor dat vrouwen met BPS vragen om de bevalling via inductie of sectio caesarea voortijdig te laten plaatsvinden omwille van hun onvermogen om met de emotionele schommelingen, stress en angst van de bevalling om te gaan.

# BPS IN DE PERINATALE PERIODE

## Het postpartum



De vrouw is nu 'officieel' moeder geworden en wordt geconfronteerd met een zeer afhankelijke en kwetsbare baby bij wie de noden en behoeften slechts via gissen en missen kunnen worden achterhaald. Het aannemen van de zorgende en moederlijke rol is niet haar sterkste kant en vraagt van de vrouw met BPS heel veel energie.

Het contact met haar kersverse baby roept vaak sterk negatieve gevoelens en gedachten op, zowel ten aanzien van haar kind als ten aanzien van zichzelf.

- **Ten aanzien van haar kind**

- De hulpeloze afhankelijkheid van haar baby maakt haar boos.
- Ze is jaloers op haar kind omdat hij wél zaken krijgt die zij als kind niet heeft gekregen (zowel affectieve aandacht als materiële zaken).
- Ze voelt zich teleurgesteld omdat haar baby niet voldoet aan haar idealistische verwachtingen.
- Vaak voelt ze zich afgewezen door haar baby: wanneer hij bijvoorbeeld zijn hoofdje om welke reden ook eventjes van haar wegdraait, wanneer hij zichzelf troost door op zijn handje te zuigen, wanneer hij het contact met zijn moeder liever even onderbreekt, ..., ervaart ze dit alsof hij haar negeert om haar te kwetsen.
- Ze vindt hem een veeleisende aanwezigheid die haar rust verstoort en haar persoonlijke ruimte inneemt.
- Soms leiden haar negatieve gedachten en gevoelens tot de angstaanjagende gewaarwording dat ze hem zou willen kwaad doen.

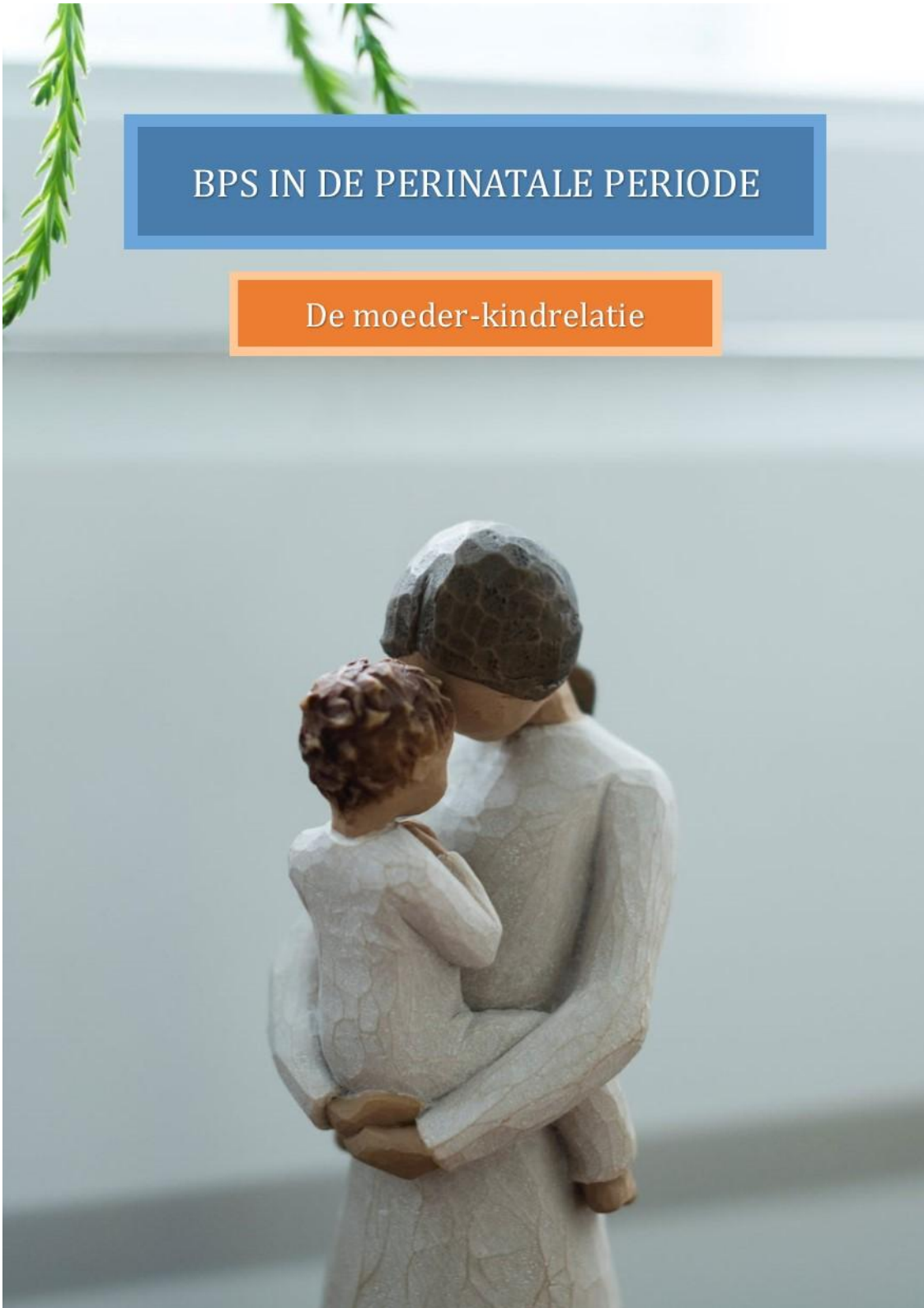
- **Ten aanzien van zichzelf**

- Haar baby roept bij haar sterke gevoelens van twijfel en onzekerheid op.
- Ze voelt dat ze, ondanks haar inspanningen, niet vlot kan omgaan met haar baby omdat hij niet steeds reageert zoals zij het verwacht.
- Ze heeft het gevoel te falen in het moederschap.
- Gevoelens van schuld, schaamte, angst en leegte overvallen haar frequent.
- Ze veroordeelt zichzelf en verliest steeds meer haar zelfwaardering en haar zelfvertrouwen.
- Herinneringen aan haar eigen kindertijd en aan eventuele vroegere traumatische ervaringen brengen veel negatieve reacties met zich mee.

Dit alles put de nieuwe moeder uit. Het leidt vaak tot chronische vermoeidheid, toegenomen prikkelbaarheid, stemmingswisselingen en soms ook tot depressiviteit. In deze periode kan een psychiatrische opname zich opdringen.

# BPS IN DE PERINATALE PERIODE

## De moeder-kindrelatie



De literatuur beschrijft dat de moeder met BPS vanuit haar eigen onveilige gehechtheidssysteem en de verstoorde, negatieve interactiepatronen die zij als kind meemaakte, een groter risico loopt om deze onbewust te herhalen bij haar eigen baby. In de postnatale periode kan je dan ook deze verstoorde communicatie tussen de moeder en haar baby zien ontstaan.

### De moeder aan het woord

#### **Zaken waarmee de moeder met BPS het extra moeilijk heeft**

- Ze kan zich geen beeld vormen van de innerlijke belevingswereld van de baby waardoor ze de noden en signalen van haar baby niet correct kan interpreteren en er bijgevolg ook niet adequaat kan op reageren.
- De moeder kan zich niet identificeren met de gevoelens van haar baby waardoor ze deze onbeantwoord laat.
- Doordat ze zelf moeilijkheden ervaart met haar emotieregulatie, zal ze niet in staat zijn om het kind te begeleiden bij de ontwikkeling van zijn emotieregulatiesysteem.
- De moeder is niet in staat om de dagelijkse zorgen voor de baby op een voorspelbare, stabiele en gestructureerde manier te laten verlopen.
- Gevoelens van depressiviteit en innerlijke leegte kunnen ervoor zorgen dat de moeder minder emotioneel beschikbaar is om met de baby in contact te treden.

### **Gedrag dat je bij de moeder met BPS kan waarnemen**

- De moeder hanteert een eerder geforceerde en opdringerige interactiestijl. Wanneer de baby bijvoorbeeld het spel stopt omdat hij wil slapen, lijkt de moeder de signalen van de baby niet te verstaan waardoor ze nietsvermoedend blijft doordoen en haar vermoeide baby wakker houdt om het spel verder te zetten.
- Als de baby stress heeft, onrustig is of veel huilt, weet ze niet goed hoe ze hiermee moet omgaan, waardoor ze zich eerder uit het contact zal terugtrekken in plaats van te proberen om hem te troosten.
- De borderline moeder kan soms zeer intensief, opdringerig, beangstigend en (licht) agressief gedrag vertonen. Zo kan ze bijvoorbeeld haar kind onverwachts en onveilig oppakken, waardoor de baby enorm schrikt en van streek is. Gevoelens van woede kunnen ervoor zorgen dat de moeder plots sterk negatieve reacties vertoont naar haar baby toe.
- Ze vertoont over het algemeen afwijkend interactief gedrag. Zo zal ze in vergelijking met een moeder zonder deze psychopathologie
  - haar baby minder aankijken
  - minder frequent naar haar baby glimlachen
  - haar kindje minder liefdevol aanraken
  - vaker intrusief fysiek gedrag vertonen zoals porren en schudden
  - minder verbaal contact maken met haar kindje
  - meer 'geluidmakerij' vertonen in plaats van echte woorden of klanken
  - minder spelletjes spelen met haar baby
  - haar baby minder imiteren in de gezichtjes die hij trekt, en hem ook minder gezichtsuitdrukkingen voordoen

**Gedrag dat je bij de baby kan waarnemen**

- De interactiestijl van de baby wordt eerder gekarakteriseerd door neutrale tot angstige gedragingen naar de moeder toe.
- De baby blijft langer rusteloos doordat zijn moeder niet aanvoelt dat het haar taak is om hem tot rust te brengen, of doordat ze er niet in slaagt.
- Wanneer de baby stress ervaart, kan hij vreemd en tegenstrijdig gedrag vertonen. Zo kan hij bijvoorbeeld in eerste instantie toenadering zoeken tot zijn moeder, op zoek naar veiligheid, maar dan toch vanuit zijn angst terug afstand van haar nemen. Hij kan ook beginnen wiegen, heen en weer bewegen of bepaalde bewegingen herhaaldelijk uitvoeren als teken van innerlijke spanning.
- De baby lijkt meer in zichzelf gekeerd en minder geïnteresseerd om met zijn moeder in contact te treden. Hij zal minder reageren op de interactiepogingen van zijn moeder.
- Hij vertoont over het algemeen afwijkend interactief gedrag. Zo zal hij in vergelijking met een baby van een moeder zonder deze psychopathologie
  - minder vaak naar het gezicht van zijn moeder kijken
  - vaker zijn blik afwenden
  - vaker een versufte of 'bevroren' blik hebben
  - minder vocaliseren



### **Verstoorde moeder-kindinteractie**

De psychopathologie van de moeder heeft een zodanig negatieve invloed op beide partijen dat ze allebei belemmerd worden in hun pogingen om een gezonde interactie aan te gaan. Het duo lijkt niet in staat om een verstoring van de relationele afstemming (mismatch) opnieuw te kunnen herstellen (rematch). Na verloop van tijd lijkt de baby ook niet meer te verwachten dat zijn moeder een poging zou ondernemen om de verstoring terug recht te zetten. Het risico op teleurstelling is voor beiden zo groot dat ze zich elk afzonderlijk terugtrekken uit het contact. Het gevolg is dat het verstoorde interactieve systeem blijft bestaan en er zich geen gezond interactiepatroon kan ontwikkelen.

### **Verstoorde moeder-kindhechting**

De borderline moeder zal door haar wispelturigheid tegelijkertijd een bron van veiligheid en onveiligheid zijn voor haar baby. Dit zijn onverenigbare gewaarwordingen die de baby belemmeren in zijn ontwikkeling. Hierdoor en mede vanuit het verstoorde interactiepatroon zal de baby geen veilige hechtingsrelatie kunnen opbouwen met zijn moeder.

Het komt zeer vaak voor dat baby's van moeders met BPS op het einde van hun eerste levensjaar een onveilig-gedesorganiseerde hechtingsstijl hebben ontwikkeld. De hierboven beschreven houding van de baby tegenover zijn moeder, met tegenstrijdige gedragingen, versufte blik en angstig gedrag, is kenmerkend voor dit type hechtingspatroon.

## BPS IN DE PERINATALE PERIODE

Mogelijke gevolgen op  
de ontwikkeling van het kind



Er wordt gesteld dat de ontwikkeling in de babytijd verbonden is met deze in de adolescentie en jongvolwassenheid. Uit de literatuur blijkt dat het juist vanuit de context van een veilige gehechtheidsrelatie is dat een kind zich adequaat zal kunnen ontwikkelen. Jammer genoeg kan de BPS van de moeder door haar negatieve effecten op de moeder-kindrelatie in het o zo belangrijke eerste levensjaar van de baby, een grote impact hebben op de verdere ontwikkeling van het kind.

Hieronder wordt een opsomming gemaakt van de mogelijke gevolgen voor het kind van de borderline psychopathologie bij de moeder.

#### Gevolgen voor de ontwikkeling tijdens de babytijd en op latere leeftijd

- Ontwikkeling van een laag zelfbeeld
- Gebrekkige ontwikkeling van het mentaliserend vermogen, met als gevolg een beperkte vaardigheid om de emoties van zichzelf en van anderen aan te voelen en in te schatten
- Verstoorde ontwikkeling van de emotieregulatie, waardoor het kind hypersensitief kan reageren op externe invloeden en gebeurtenissen en daarna ook moeilijker terug tot rust komt
- Vaker voorkomen van angstige gevoelens en gedrag
- Verstoorde visie op wat normaal is in het contact met andere mensen
- Moeite met het aangaan en behouden van stabiele, voorspelbare en veilige relaties
- Ontwikkeling van een negatief wereldbeeld waarbij de wereld wordt ervaren als onbegrijpelijk, onvoorspelbaar en bedreigend

### Gevolgen voor de thuissituatie

De borderline psychopathologie van de moeder heeft ook een grote invloed op de gezinssituatie waarin de baby opgroeit. Uit onderzoek blijkt dat kinderen van moeders met BPS in vergelijking met kinderen van wie de moeder deze psychopathologie niet heeft, vaker opgroeien in een gezinssituatie waarbij er sprake is van

- instabiliteit op vlak van gezinssamenstelling en schoolomgeving
- verwaarlozing
- misbruik
- agressie en geweld, zowel tussen de ouders als naar het kind toe

### Gevolgen voor de ontwikkeling op latere leeftijd

Op latere leeftijd is er sprake van een verhoogd risico op

- aandachts- en leerproblemen
- gedragsproblemen, met name agressief en delinquent gedrag
- suïcidale gedachten en suïcidepogingen
- ontwikkeling van psychopathologie zoals depressie, angststoornissen en BPS

Bij dit laatste lijkt het wel dat de moeder haar psychische beperkingen doorgeeft aan haar kind. Dit fenomeen noemt men de 'intergenerationele overdracht van psychiatrische problemen'.



## BPS IN DE PERINATALE PERIODE

### De behandeling

Uit al het voorgaande wordt duidelijk dat de borderline psychopathologie in de perinatale periode wel degelijk risico's en problemen met zich meebrengt. Het is daarom belangrijk dat er aandacht gaat naar de behandeling van BPS en dat deze aangepast wordt aan de specifieke thema's van de perinatale periode om zo het moeder-kindkoppel een zo optimaal mogelijke start te bieden.

#### Vanaf wanneer behandelen?

De perinatale periode is een weliswaar korte maar zeer belangrijke periode voor eventuele interventies, aangezien toekomstige en nieuwe moeders op dat moment vaak zeer gemotiveerd zijn om voor hun baby hun uiterste best te doen. Vroegtijdig ingrijpen is van groot belang vanwege de preventieve functie ervan op de ontwikkeling van negatieve gevolgen voor het kind en de relatie met zijn moeder. Idealiter start de begeleiding zo vroeg mogelijk in de zwangerschap of zelfs reeds voor de zwangerschap.

#### Hoe ziet de perinatale behandeling eruit?

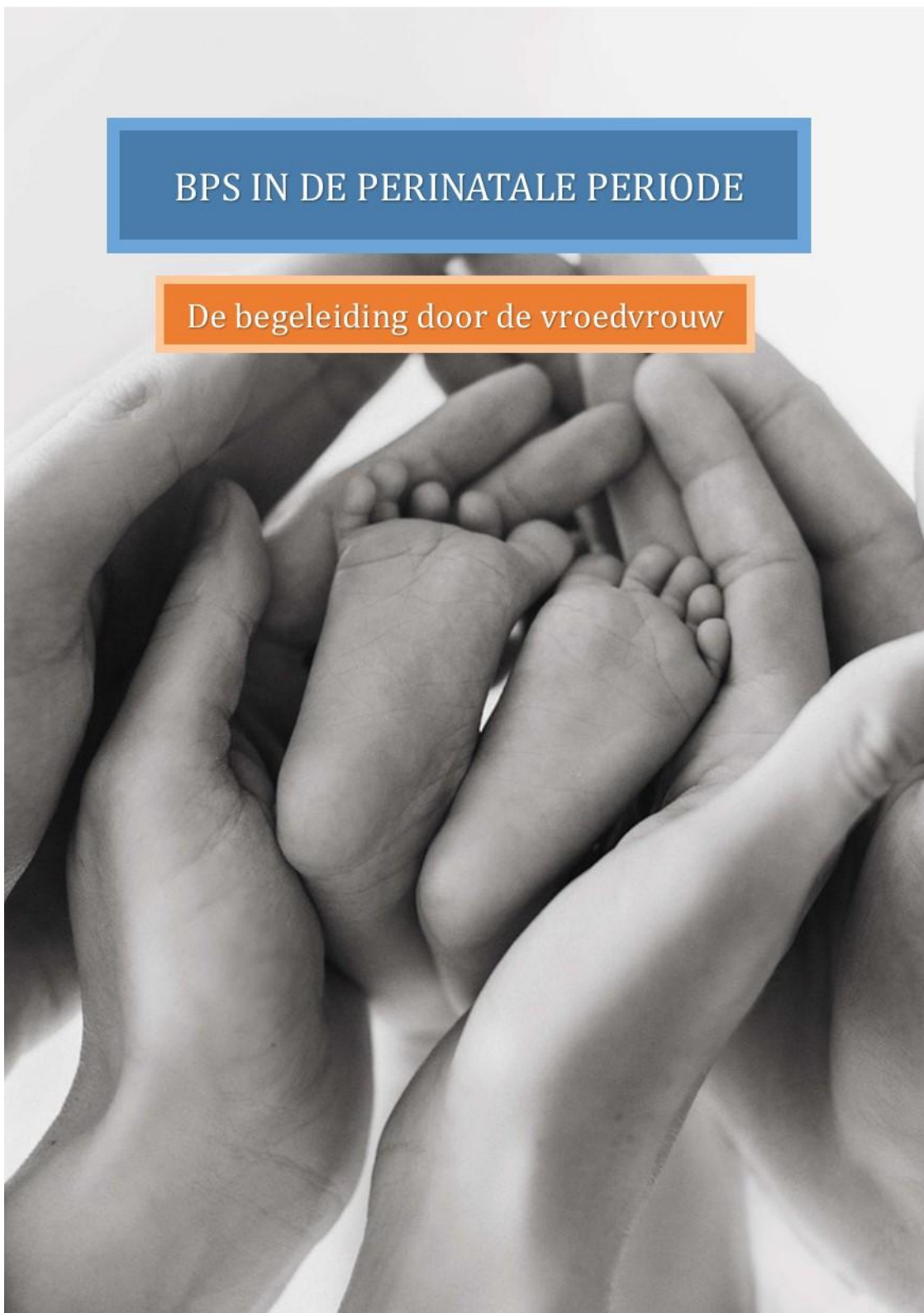
Voor de behandeling in de perinatale periode bestaan er verscheidene ondersteunende, begeleidende en therapeutische mogelijkheden. Vanaf de geboorte gaat de voorkeur uit naar een duaal behandeltraject waarbij er aandacht kan gegeven worden enerzijds aan de psychopathologie van de moeder en anderzijds aan de ontwikkeling van de moeder-kindrelatie. De behandeling in de perinatale periode kan individueel en/of in groepsverband verlopen en ze kan zowel ambulantly als intramuraal plaatsvinden. De mogelijkheid bestaat om de moeder samen met haar baby op te nemen op een hiervoor speciaal ontwikkelde psychiatrische afdeling, de zogenaamde 'moeder-baby-unit' (MBU). In Vlaanderen zijn er twee MBU's namelijk één in het Psychiatrisch Centrum Bethanië in Zoersel en één in het psychiatrisch ziekenhuis Karus in Sint-Denijs-Westrem.

### Wat met medicatie?

Indien medicamenteuze ondersteuning overwogen wordt, zal zowel in de zwangerschap als in het postpartum een afweging worden gemaakt tussen de risico's voor de baby van de medicatie-inname en de risico's voor de moeder op psychiatrische ontregeling bij het stopzetten of niet opstarten van medicatie. Sommige psychofarmaca zijn onverenigbaar met het geven van borstvoeding waardoor er dan een voorkeur voor flesvoeding zal zijn.

# BPS IN DE PERINATALE PERIODE

De begeleiding door de vroedvrouw





## Aandachtspunten bij de perinatale zorgverlening

### Multidisciplinaire samenwerking: een must

Doordat de vroedvrouw vaak slechts geringe kennis en ervaring heeft omtrent deze problematiek, is het belangrijk dat ze zich in haar begeleiding van de borderline moeder laat bijstaan door andere zorg- en hulpverleners.

Meestal is de vrouw reeds in behandeling bij een multidisciplinair team waar je als vroedvrouw ook beroep op kan doen. Regelmatig overleg, concrete afgrenzing van de zorgtaken, interdisciplinaire uitwisseling van ervaringen en wederzijdse ondersteuning kunnen een belangrijke hulp betekenen. Het opstellen van een lijst van alle leden van het multidisciplinaire behandelnetwerk kan hierbij een meerwaarde vormen.

In sommige gevallen zal het nodig zijn om de borderline moeder door te verwijzen naar een andere hulpverlener, een specifiek behandelprogramma of een opnamesetting. Bij ernstige of aanhoudende crisis of wanneer de patiënte een gevaar vormt voor zichzelf en/of voor haar baby, is een tijdige doorverwijzing cruciaal.

### Op organisatorisch vlak: zorg voor duidelijkheid

Zorgen voor structuur en continuïteit binnen de zorg is belangrijk. Onverwachte situaties en onduidelijkheden geven de borderline patiënte stress wat haar symptomatologie kan doen toenemen. Duidelijkheid en voorspelbaarheid omtrent de perinatale zorgverlening geven haar rust.

Het concretiseren van de perinatale zorg kan onder andere door het opmaken en nauwgezet opvolgen van een perinataal behandel- en crisisplan.

- **Het perinatale behandelplan**

- Document waarin alles omtrent de perinatale zorg wordt vastgelegd.
- Wordt opgesteld in samenspraak met de patiënte en kan worden afgetoetst bij het multidisciplinaire behandelteam.
- Omvat
  - de wederzijdse verwachtingen tussen de patiënte en de vroedvrouw
  - duidelijke afspraken omtrent de prenatale en postnatale consultaties (data, duur, frequentie)
  - afspraken omtrent contactname in de periode tussen twee consultaties
  - afspraken en richtlijnen omtrent eventuele medicatie-inname
  - een expliciete voorbereiding van de bevalling (wie zal er aanwezig zijn, hoe zal het verlopen, wat zijn de wensen en verwachtingen, ...)
  - duidelijke afspraken over de onmiddellijke kraamperiode
  - afspraken wat te doen bij afwezigheid van de vroedvrouw

- **Het perinatale crisisplan**

- Document waarin staat wat men kan doen en wie men kan contacteren op het moment dat de patiënte zich in een crisis bevindt.
- Wordt opgesteld in samenspraak met de patiënte en het multidisciplinaire behandelteam. Wordt meestal niet opgesteld door de vroedvrouw zelf maar door een andere hulpverlener (zoals de psychiater of de psycholoog van de patiënte). Het is wel nuttig dat de vroedvrouw hier ook een kopie van heeft.

### **Aandacht voor de fysieke gezondheid**

Het is belangrijk om vanaf de aanvang van de perinatale zorgrelatie een goed beeld te hebben van de medische voorgeschiedenis van de borderline moeder, met extra aandacht voor de eventuele comorbide pathologieën. Het navragen van middelengebruik en –misbruik neemt hierbij een bijzondere plaats in. Het is de taak van de vroedvrouw om expliciet na te gaan of en hoeveel medicatie, tabak, alcohol of drugs de vrouw gebruikt. Zwangere vrouwen zijn zelden geneigd om hierover spontaan te spreken, deels uit schaamte en schuldgevoel, en deels uit angst voor stigmatisatie. Een vroegtijdige inschatting van de situatie hieromtrent is van belang om de perinatale zorg zo goed mogelijk aan te passen en eventuele hulpverlening reeds vanaf het prille begin op te starten.

Het stoppen met roken en druggebruik zal voor de borderline moeder moeilijker zijn dan voor andere vrouwen. Je kan hierbij best correcte informatie verstrekken over de gevolgen van middelengebruik en –misbruik gedurende de perinatale periode om op deze manier de moeder te stimuleren om een gezondere levensstijl aan te nemen.

### **Aandacht voor de reproductieve gezondheid**

Als vroedvrouw moet je zowel voor, tijdens als na de zwangerschap proberen om de reproductieve gezondheid van de borderline moeder te bewaken. De vrouw met BPS vertoont frequent risicovol seksueel gedrag waarbij vaak wisselende sekspartners en gebrek aan (barrièrevormende) anticonceptiemiddelen centraal staan. Dit brengt met zich mee dat er bij deze patiëntenpopulatie vaker sprake is van SOA's, ongeplande zwangerschappen en tienerzwangerschappen. Sensibiliseren, informeren en counselen zijn hieromtrent de belangrijkste kerntaken.

### **Aandacht voor de psychische gezondheid**

Bij de begeleiding van een borderline moeder moet je altijd bedacht zijn op automutilatie, suïcidaliteit en schadelijk gedrag naar de baby toe.

Alle uitspraken of zinspelingen hieromtrent moeten altijd serieus genomen worden. Het wordt niet aangeraden om de borderline patiënte expliciet aan te moedigen om het automutilerend gedrag te stoppen; zij zal dit meestal aanvoelen als een terechtwijzing, een afkeuring of een verwerping. Dit zal haar negatieve zelfbeeld enkel maar doen toenemen en bevestigen dat wat zij voelt, denkt en doet, slecht is. Een goede verzorging van de wonden en een respectvolle benadering met zorg en mildheid zijn hierbij van groot belang. Automutilatie en suïcidaliteit zijn ingewikkelde thema's die een deskundige begeleiding vereisen. In dergelijke situaties is het belangrijk de eigen grenzen te kennen en niet bang te zijn om hulp in te roepen en door te verwijzen.

Daarnaast moet er een inschatting worden gemaakt van het risico op intrafamiliaal geweld, misbruik of verwaarlozing. Bij acute suïcidaliteit of gedachten over infanticide (dit is het om het leven brengen van een kind ouder dan een dag, maar jonger dan 1 jaar), dient er onmiddellijk actie ondernomen te worden om de veiligheid van moeder en kind te vrijwaren. Een psychiatrische opname kan zich dan opdringen.

### Op psychologisch vlak: informeren en ondersteunen

#### **Geven van psycho-educatie**

Er wordt aangeraden om zo vroeg mogelijk met de borderline moeder te spreken over wat de impact is van haar psychopathologie op de perinatale periode, en vice versa wat de impact is van de zwangerschap en het ouderschap op haar psychische gemoedstoestand. Het geven van informatie is echter onvoldoende, je zal de moeder ook moeten aanmoedigen om op een bewustere manier om te gaan met zelfzorg en met de voorbereiding op het ouderschap. Om het frequente voorkomen van consultatieverzuim en

nalatigheid van de gezondheidsadviezen te voorkomen en/of in te perken, kan je proberen om de moeder met BPS via psycho-educatie te motiveren om toch op een consequente wijze de perinatale zorgverlening toe te laten. Aangezien de vrouw met BPS adviezen vaak als negatieve kritiek ervaart, is dit geen gemakkelijke opdracht.

### **Stimuleren van de moeder-kindrelatie**

Bij de moeder met BPS zal je als vroedvrouw het stimuleren van de moeder-kindhechting en het bevorderen van een gezonde moeder-kindrelatie op een explicietere manier moeten aanpakken dan bij vrouwen zonder deze psychopathologie.

Wat je als vroedvrouw kan doen:

- De innerlijke belevingswereld en de non-verbale signalen van de baby 'vertalen' zodanig dat de moeder deze kan verstaan.
- De moeder helpen met het observeren en interpreteren van het emotioneel en fysiek gedrag van de baby zodanig dat ze beter kan inspelen op zijn noden en behoeften.
- Tonen, aanleren en/of aanmoedigen van ouderlijk gedrag door zelf de typisch ouderlijke non-verbale interactiestijl toe te passen in je zorg voor de baby (oogcontact maken, zacht spelen, produceren van speelse geluidjes, voordoen of nabootsen van de gezichtsuitdrukkingen van de baby, ...) zodanig dat de emotionele afstemming tussen moeder en kind kan verbeteren.
- Het geven van expliciete richtlijnen omtrent de dagelijkse zorg voor de baby: gezondheid, hygiëne, slaap, voeding, kleding, spel, ... .

## Obstakels in het contact met de moeder met BPS

In het contact met vrouwen met BPS kan je botsen op een aantal obstakels die het werken met deze patiëntenpopulatie bemoeilijkt. Door je bewust te zijn van deze obstakels en hier rekening mee te houden, kan de begeleiding mogelijk aangenamer verlopen.

- **Idealisatie en devaluatie van de vroedvrouw**

Net zoals het in andere interpersoonlijke relaties gebeurt, zal de borderline moeder ook jou afwisselend idealiseren en devalueren. Het idealiseren zal je het gevoel geven dat je 'speciaal' bent en erg goed bent in je job. Wanneer de patiënte je echter devalueert, kan dit je een verward, onzeker en onveilig gevoel geven waardoor je soms de nood zou voelen om jezelf te gaan verdedigen. Deze 'verwerende' houding zal het uitvoeren van de perinatale taken in de weg staan.

- **Splitsing binnen het multidisciplinaire team**

Splitsing is een afweermechanisme waarbij de patiënte andere mensen op een zeer rigide manier beoordeelt als 'volledig goed' of 'volledig slecht'. Dit doet zich geregeld voor bij de begeleiding en behandeling van vrouwen met BPS. Zo kan ze de leden van het multidisciplinaire team in deze categorieën onderverdelen. De borderline moeder kan bijvoorbeeld jou bewonderen en je complimenteren met je goede werk en daarbij ook zeggen hoe slecht ze een andere zorgverlener van het team vindt. Deze neiging tot splitsen van de patiënte kan worden opgevat als manipulatie of als een poging om de verschillende zorg- en hulpverleners tegen elkaar op te zetten en uit te spelen. Het is belangrijk dat elk teamlid zich bewust is van dit fenomeen om er zo voor te zorgen dat het de multidisciplinaire samenwerking niet of zo min mogelijk belemmert.

- **De tegenstrijdige houding van de moeder met BPS ten opzichte van de vroedvrouw: dwingend en aanklampend versus wantrouwend, vermijdend en afstandelijk**

De houding die de patiënte met BPS ten opzichte van jou aanneemt, is vaak tegenstrijdig en kan regelmatig wisselen. Enerzijds zal zij zich afhankelijk en vastklampend opstellen, op een dwingende manier extra aandacht of speciale zorg vragen en continue beschikbaarheid verlangen. Zo kan de borderline moeder het je bijvoorbeeld moeilijk maken om een consultatie op het geplande tijdstip af te ronden door bij het afronden nog een belangrijk item aan te snijden. Anderzijds kan ze zich zeer afstandelijk en afwerend opstellen waarbij ze het contact zoveel mogelijk zal proberen afhouden. Zo kan ze geplande afspraken afzeggen of niet komen opdagen, zich ongeïnteresseerd tonen in het gesprek, weigeren om de gezondheidsadviezen op te volgen, of de voorgeschreven medicatie niet innemen. Vanuit haar negatieve zelfbeeld kan ze ervan overtuigd zijn dat je haar een slechte moeder vindt en haar kind van haar wil afnemen waardoor ze zich vijandig en wantrouwend kan opstellen.

- **Emotionele gevoeligheid van de moeder met BPS**

In het contact met de borderline moeder zal je geconfronteerd worden met haar heftige emoties, stemmingswisselingen en neiging om jouw gedrag en woorden automatisch met negatieve assumpties in te vullen. Verder kan ook haar angst voor afwijzing en verlating de zorgrelatie negatief beïnvloeden. De borderline moeder zal een korter antwoord, een afwezige blik en zelfs het doorverwijzen naar een andere zorgverlener interpreteren als dat je haar afwijst of verlaat.

- **Overdracht en tegenoverdracht**

Overdracht is een verschijnsel waarbij iemand (hier de borderline patiënte) in het contact met een andere persoon (hier jij) onbewust de eigen gekende of ongekende gedachten, gevoelens en bedoelingen aan die andere persoon toeschrijft. Tegenoverdracht is het geheel aan gevoelens en gedachten die door de patiënte bij jou worden opgeroepen via het mechanisme van de overdracht. Het contact met de borderline moeder kan via de overdracht soms positieve, maar meestal eerder negatieve en lastige gevoelens bij jou oproepen waardoor je je ten onrechte 'beschuldigd' kan voelen door allerlei aan jou toegeschreven eigenschappen of attitudes. Gevoelens van frustratie, moedeloosheid, onmacht, en zelfs van incompetentie kunnen je overvallen. Sommige vroedvrouwen zullen een eerder te betrokken houding aannemen terwijl anderen de patiënte zoveel mogelijk zullen mijden. De principes van overdracht en tegenoverdracht houden een groot risico in doordat deze zowel bij de patiënte als bij de vroedvrouw heftige reacties kunnen uitlokken die de zorgrelatie kunnen belemmeren.

Zowel de hierboven vernoemde obstakels als de overige borderline symptomen zorgen ervoor dat het contact met deze patiëntenpopulatie wordt ervaren als moeilijk, lastig, zwaar en soms zelfs amper uit te houden. Het aangaan en onderhouden van een gezonde zorgrelatie met de borderline moeder is niet eenvoudig. De kans dat deze patiëntenpopulatie weerstand oproept, is vrij groot. Het risico op discriminatie van deze groep patiënten binnen de gezondheidszorg is dan ook aanzienlijk. Daarom is het belangrijk dat je bewust bent van de uitdaging die deze patiënten kunnen vormen en dat je jezelf ervan behoedt mee te gaan in de veroordelende houding ten opzichte van deze kwetsbare patiëntengroep. Kennis en knowhow van hoe men het best met de borderline patiënte kan omgaan, is hiervoor noodzakelijk.



## Tien tips voor de omgang met deze patiënten

Onderstaande adviezen en tips zouden je kunnen helpen om de zorgrelatie met de borderline moeder voor beide partijen zo aangenaam mogelijk te maken.

- **Zorg voor een goede kennis en begrip van de borderline psychopathologie.** Hierdoor zal deze patiëntenpopulatie je minder afschrikken en zal je weten hoe je er het best mee kan omgaan.
- **Houd de diagnose in het achterhoofd.** Dit voorkomt dat je haar woorden en gedragingen als persoonlijk naar jou toe interpreteert, en het helpt je om niet meegesleurd te worden in heftige emotionele reacties.
- **Herken overdracht en voorkom tegenoverdracht.** Tijdig herkennen van je eigen tegenoverdrachtelijke gevoelens en hier bewust mee omgaan is belangrijk.
- **Neem altijd een open, respectvolle en niet-veroordelende houding aan ten opzichte van de patiënte.** Het is jouw taak om een veilige sfeer te creëren waarin de borderline moeder zich vrij voelt om ook haar negatieve gevoelens te uiten.
- **Zorg voor validatie.** De moeder met BPS heeft een grotere nood aan bevestiging en positieve bekrachtiging dan een vrouw zonder deze psychische stoornis.
- **Hanteer een (aan)gepaste communicatiestijl.** Wees je bewust van je verbale en vooral non-verbale communicatiestijl. De borderline patiënte is sterk geneigd om goedbedoelde feedback als een veroordeling of als negatieve kritiek te ervaren.

- **Reguleer afstand en nabijheid.** Professionele betrokkenheid vraagt een gepaste afstand en nabijheid. De borderline patiënte daagt deze betrokkenheid voortdurend uit. De soms schrijnende beperkingen van de patiënte zouden je kunnen aanzetten tot het overnemen van de zorg voor de baby. Hou in gedachten dat het belangrijker is om op een constructieve manier met de moeder op zoek te gaan naar hoe haar gedrag kan veranderen dan om de zorg in zijn totaliteit over te nemen.
- **Ken en respecteer je eigen grenzen.** Het contact met de borderline moeder kan veel van je vragen. Werk samen met andere zorg- en hulpverleners en bespreek je ervaringen. Goede zelfzorg is een must.
- **Stap niet mee in de valkuilen van de borderline pathologie.**
  - Leg de focus op het hier en nu en op wat er belangrijk is gedurende de perinatale periode. Ga niet mee in het uitdiepen van het verleden van de patiënte.
  - Laat je niet meesleuren in het grenzeloze optimisme of pessimisme.
  - Laat je niet overtuigen om interventies te doen die verder reiken dan jouw bekwaamheden en bevoegdheden.
  - Laat je niet verleiden om op de uitspraken en het gedrag van de patiënte te reageren met gelijkaardig gedrag of heftige emotionele reacties. Neem afstand en bewaar je kalmte.
- **Weet dat de moeder met BPS je meestal erg dankbaar is,** ondanks het feit dat ze dit niet altijd goed kan uiten of dit soms slechts heel eventjes doet.



## BRONNEN

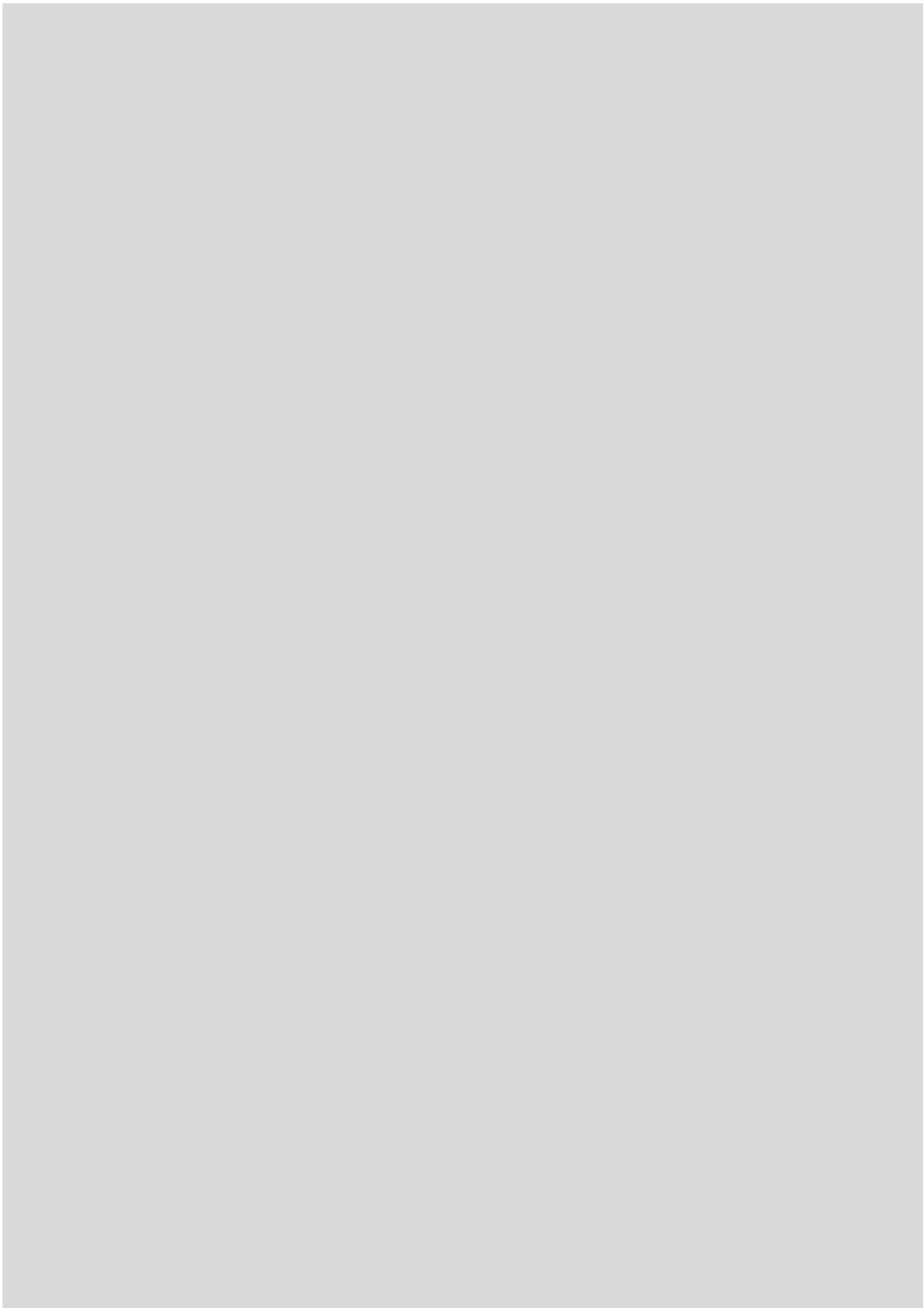
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Apter, G., Devouche, E., Garez, V., Valente, M., Genet, M.-C., Gratier, M., ..., Tronick, E. (2017). The Still-Fase: A Greater Challenge for Infants of Mothers With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 31*(2), 156-166. doi: 10.1521/pedi\_2016\_30\_243
- Apter, G., & Huisman, D.C. (2005). A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry, 2*(5),302-314. Geraadpleegd op 22 juni 2019 via [https://www.researchgate.net/publication/228635062\\_A\\_challenge\\_for\\_perinatal\\_psychiatry\\_Therapeutic\\_management\\_of\\_maternal\\_borderline\\_personality\\_disorder\\_and\\_their\\_very\\_young\\_infants](https://www.researchgate.net/publication/228635062_A_challenge_for_perinatal_psychiatry_Therapeutic_management_of_maternal_borderline_personality_disorder_and_their_very_young_infants)
- Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., Power, J., & Lewis, A.J. (2015). Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australasian Psychiatry, 23*(6), 688-692. doi: 10.1177/1039856215590254
- De Genna, N., Feske, U., Larkby, C., Angiolieri, T., & Gold, M.A. (2012). Pregnancies, Abortions, and Births among Women with and without Borderline Personality Disorder. *Women's Health Issues, 22*(4), 371-377. doi: 10.1016/j.whi.2012.05.002
- Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. (2016a). *Geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/zorgnetwerken/geestelijke-gezondheidszorg#Inleiding>
- Galbally, M., Snellen, M., & Lewis, A. (Red.). (2014). *Psychopharmacology and Pregnancy. Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines*. Heidelberg: Springer.

- Gezondbelgie.be. (2019). *Geestelijke gezondheid*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/geestelijke-gezondheid>
- Hobson, R.P., Patrick, M.P.H., Hobson, J.A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195, 325-330. Geraadpleegd op 11 november 2018 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=12&sid=2429b2ea-4af7-43bb-bc3a-5f8be5a2bfc4%40pdc-v-sessionmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edscal.21929028&db=edscal>
- Hulpguids. (z.j.). *Afweermechanismen*. Geraadpleegd op 28 mei 2019 via <https://hulpguids.nl/informatie/ziektebeelden/persoonlijkheidsstoornissen/cluster-b/borderline-persoonlijkheidsstoornis/persoonlijkheidsonderzoek/afweermechanismen>
- Ingenhoven, T., Berghuis, H., Colijn, S., & Van, R. (2018). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ingenhoven, T., van Reekum, A., van Luyn, B., & Luyten, P. (Red.). (2012). *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Lambregtse-van den Berg, M., van Kamp, I., & Wennink, H. (Red.). (2015). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pare-Miron, V., Czuzoj-Shulman, N., Oddy, L., Spence, A.R., & Abenhaim, H.A. (2016). Effect of Borderline Personality Disorder on Obstetrical and Neonatal Outcomes. *Women's Health Issues*, 26(2), 190-195. doi: 10.1016/j.whi.2015.11.001
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence Based Mental Health*, 18(3), 67-75. Geraadpleegd op 5 januari 2019 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3fa6ff5f-afb6-400b-9703-bc9613b845e5%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=108564755&db=edb>

- Rexwinkel, M, Schmeets, M, Pannevis, C., & Derkx, B. (Red.). (2011). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
- Skodol, A., Stein, M.-B., & Hermann, R. (2019). Borderline personality disorder: epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. Geraadpleegd op 8 mei 2019 via <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis>
- Spaans, J., & Van Meekeren, E. (2006). *Borderline* (8<sup>e</sup> herziene dr.). Amsterdam: Boom.
- Spinhoven, P., Bockting, C., Ruhe, E., & Spijker, J. (Red.). (2018). *Comorbiditeit van psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sutter-Dallay, A.-L., Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C., Guedeney, A., & Richer-Rössler, A. (Red.). (2016). *Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry*. Cham: Springer.
- van Ijzendoorn, R., & Bakermans-Kranenburg, M. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Van Meekeren, E., & De Jong, H. (2010). *Omgaan met borderline. Een praktische gids voor naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2019). *Geestelijke gezondheidsbevordering. Cijfers*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering/cijfers>
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. (z.j.). *Feiten & cijfers*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., ..., Rabain, D. (2014). Mothers With Borderline Personality Disorder: Transition to Parenthood, Parent-Infant Interaction, and Preventive/Therapeutic Approach. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 21(2), 139-153. doi: 10.1111/cpsp.12066

White, H., Flanagan, T.J., Martin, A., & Silvermann, D. (2011). Mother-infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 223-235. Geraadpleegd op 11 november 2018 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=10&sid=2429b2ea-4af7-43bb-bc3a-5f8be5a2bfc4%40pdv-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edscal.24492938&db=edscal>

Williams, A.S., & Apter, G. (2017). Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Australian Family Physician*, 46(9), 669-672. Geraadpleegd op 22 november 2018 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=11&sid=7e0d623c-b180-4153-94af-93bccfb0c2e5%40pdv-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=000408985300010&db=edswsc>







## Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Amsterdam: Boom.
- Apter, G., Devouche, E., Garez, V., Valente, M., Genet, M.-C., Gratier, M., ..., Tronick, E. (2017). The Still-Fase: A Greater Challenge for Infants of Mothers With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 156-166. doi: 10.1521/pedi\_2016\_30\_243
- Apter, G., & Huisman, D.C. (2005). A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(5),302-314. Geraadpleegd op 22 juni 2019 via [https://www.researchgate.net/publication/228635062\\_A\\_challenge\\_for\\_perinatal\\_psychiatry\\_Therapeutic\\_management\\_of\\_maternal\\_borderline\\_personality\\_disorder\\_and\\_their\\_very\\_young\\_infants](https://www.researchgate.net/publication/228635062_A_challenge_for_perinatal_psychiatry_Therapeutic_management_of_maternal_borderline_personality_disorder_and_their_very_young_infants)
- Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., Power, J., & Lewis, A.J. (2015). Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australasian Psychiatry*, 23(6), 688-692. doi: 10.1177/1039856215590254
- Cuyvers, G. (2013). *Psychopathologie*. Mechelen: Plantyn.
- De Genna, N., Feske, U., Larkby, C., Angiolieri, T., & Gold, M.A. (2012). Pregnancies, Abortions, and Births among Women with and without Borderline Personality Disorder. *Women's Health Issues*, 22(4), 371-377. doi: 10.1016/j.whi.2012.05.002
- Ejustice. (z.j.). 1 FEBRUARI 1991. - Koninklijk besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw. Geraadpleegd op 6 juli 2019 via [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1991020135&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1991020135&table_name=wet)
- Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. (2016a). *Geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/zorgnetwerken/geestelijke-gezondheidszorg#Inleiding>
- Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. (2016b). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. Geraadpleegd op 6 juli 2019 via <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/advies-frvv-201601-bijlage-beroeps-en-competentieprofiel-van-de-belgische-vroedvrouwen>
- Galbally, M., Snellen, M., & Lewis, A. (Red.). (2014). *Psychopharmacology and Pregnancy. Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines*. Heidelberg: Springer.

- Gezondbelgie.be. (2019). *Geestelijke gezondheid*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/geestelijke-gezondheid>
- Hobson, R.P., Patrick, M.P.H., Hobson, J.A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195, 325-330. Geraadpleegd op 11 november 2018 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=12&sid=2429b2ea-4af7-43bb-bc3a-5f8be5a2bfc4%40pdc-v-sessionmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edscal.21929028&db=edscal>
- Hulpgids. (z.j.). *Afweermechanismen*. Geraadpleegd op 28 mei 2019 via <https://hulpgids.nl/informatie/ziektebeelden/persoonlijkeidstoornissen/cluster-b/borderline-persoonlijkeidstoornis/persoonlijkheidsonderzoek/afweermechanismen>
- Ingenhoven, T., Berghuis, H., Colijn, S., & Van, R. (2018). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Ingenhoven, T., van Reekum, A., van Luyn, B., & Luyten, P. (Red.). (2012). *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2012). *Coëlho. Zakwoordenboek der Geneeskunde* (30<sup>e</sup> herziene dr.). Amsterdam: Reed Business.
- Lambregtse-van den Berg, M., van Kamp, I., & Wennink, H. (Red.). (2015). *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Pare-Miron, V., Czuzoj-Shulman, N., Oddy, L., Spence, A.R., & Abenhaim, H.A. (2016). Effect of Borderline Personality Disorder on Obstetrical and Neonatal Outcomes. *Women's Health Issues*, 26(2), 190-195. doi: 10.1016/j.whi.2015.11.001
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence Based Mental Health*, 18(3), 67-75. Geraadpleegd op 5 januari 2019 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=3fa6ff5f-afb6-400b-9703-bc9613b845e5%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=108564755&db=edb>
- Rexwinkel, M, Schmeets, M, Pannevis, C., & Derkx, B. (Red.). (2011). *Handboek Infant Mental Health. Inleiding in de ouder-kindbehandeling*. Assen: Van Gorcum.
- Skodol, A., Stein, M.-B., & Hermann, R. (2019). Borderline personality disorder: epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. Geraadpleegd op 8 mei 2019 via <https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis>
- Spaans, J., & Van Meekeren, E. (2006). *Borderline* (8<sup>e</sup> herziene dr.). Amsterdam: Boom.

- Spinhoven, P., Bockting, C., Ruhe, E., & Spijker, J. (Red.). (2018). *Comorbiditeit van psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Sprey, A. (2015). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. DSM-5, diagnostiek, cognitieve gedragtherapie en therapeutische relatie* (2<sup>e</sup> dr.). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Sutter-Dallay, A.-L., Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C., Guedeney, A., & Richer-Rössler, A. (Red.). (2016). *Joint Care of Parents and Infants in Perinatal Psychiatry*. Cham: Springer.
- van Ijzendoorn, R., & Bakermans-Kranenburg, M. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Van Meekeren, E., & De Jong, H. (2010). *Omgaan met borderline. Een praktische gids voor naastbetrokkenen*. Amsterdam: Boom.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (2019). *Geestelijke gezondheidsbevordering. Cijfers*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering/cijfers>
- Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. (z.j.). *Feiten & cijfers*. Geraadpleegd op 19 juli 2019 via <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., ..., Rabain, D. (2014). Mothers With Borderline Personality Disorder: Transition to Parenthood, Parent-Infant Interaction, and Preventive/Therapeutic Approach. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 21(2), 139-153. doi: 10.1111/cpsp.12066
- White, H., Flanagan, T.J., Martin, A., & Silvermann, D. (2011). Mother-infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 223-235. Geraadpleegd op 11 november 2018 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=10&sid=2429b2ea-4af7-43bb-bc3a-5f8be5a2bfc4%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=edscal.24492938&db=edscal>
- Williams, A.S., & Apter, G. (2017). Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Australian Family Physician*, 46(9), 669-672. Geraadpleegd op 22 november 2018 via <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=11&sid=7e0d623c-b180-4153-94af-93bccfb0c2e5%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#AN=000408985300010&db=edsws>





