

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Transference Focused Psychotherapy en Mentalization Based Treatment: broer en zus?

Annelies Verheugt-Pleiter
en Margit Deben-Mager

Transference Focused Psychotherapy en Mentalization Based Treatment zijn nieuwe psychoanalytische behandelingsvormen voor borderlinecliënten. Waarin verschillen deze behandelvormen en waarin komen ze overeen? En hoe zien de interventies er in de praktijk uit?

Inleiding

Voor hulpverleners zijn cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis vaak intrigerend. De heftigheid van relaties en stemmingen, de grote wanhoop en het enorme appèl dat vaak op hulpverleners gedaan wordt, leveren veel stof tot nadenken. In psychoanalytische kringen was er tot voor kort consensus over dat voor de Borderline Personality Organisation¹ psychoanalytische behandeling niet geïndiceerd is, maar een steungevende behandeling door poliklinisch werkende psychiaters ('pillen en praten'). De laatste jaren zijn er twee psychoanalytische behandelmethoden ontwikkeld: de Transference Focused Psychotherapy van O. Kernberg (Yeomans e.a. 2002) en de Mentalization Based Treatment van P. Fonagy en A. Bateman (Bateman & Fonagy 2004). Beide zijn psychoanalytische behandelmethoden voor borderlineproblematiek en beide zijn voorzien van een heldere handleiding (een treatment manual), die ook wetenschappelijk onderzoek mogelijk maakt.

Op het Nederlands Psychoanalytisch Instituut zijn het afgelopen jaar twee 'rondetafelgesprekken' georganiseerd om met een aantal deskundige psychiaters/psychoanalytici² de verschillen in de praktijk te bestuderen. Welke interventies worden nu precies geformuleerd vanuit de theoretische achtergrond van de therapeut?

A. Verheugt-Pleiter is psycholoog-(kinder) psychoanalyticus, werkzaam op de Afdeling Kinderen en Jeugdigen van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut, hoofd Afdeling Kennisoverdracht van het NPI en werkzaam in eigen praktijk. Correspondentieadres:

NPI, Olympiaplein 4, 1076 AB Amsterdam.

M. Deben-Mager is psychiater-psychoanalyticus, werkzaam op de Afdeling Volwassenen van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en in eigen praktijk.

Er werd gediscussieerd aan de hand van klinische vignettes, bijvoorbeeld het volgende.

Een vijfendertigjarige cliënt is inmiddels één jaar in behandeling. Cliënt komt geagiteerd binnen en zegt: 'Vanochtend had ik al bij het opstaan hartkloppingen en dat ging gewoon niet over. Het kwam in golven op me af. Ik heb mijn buurman gebeld en die bracht me naar de EHBO. Ik dacht dat ik doodging. Ze konden natuurlijk weer niks vinden. Ze hebben me een oxazepam gegeven en thuis heb ik nog een paar wijntjes genomen.'

Therapeut: 'Hoe is het nu?'

Cliënt: 'Ik zit te trillen op mijn stoel. Zo kan ik niet werken, terwijl ik nu juist door wilde zetten. Vorige week ging het juist zo goed. Het gaat met mij toch altijd mis! Nu zult u me ook wel een loser vinden. Waarvoor kom ik eigenlijk nog? Het helpt toch allemaal niks. Je moet het uiteindelijk toch zelf doen.'

De TFP-therapeuten blijken zich vooral op de relatie te richten. Zij kijken naar kenmerkende dyades en zeggen bijvoorbeeld: 'Het bij mij in therapie zijn roept veel spanning op ... Laten we eens naar deze spanning kijken. De spanning is naar mijn gevoel onvrede die u over de therapie hebt en over mij als uw therapeut. U wil met andere woorden meer van mij dan ik doe, "meer" in de zin van meer adviezen geven en "meer" in de zin van meer therapieafspraken. Deze onvrede over mij roept spanning op. Spanning waarvan u denkt dat u mij die niet kunt verwijten. En u denkt dan ook dat ik u een mislukking vind. Ik denk dat dit het eigenlijke gevoel is dat we onder ogen moeten zien.'

In deze visie is sprake van een manifeste dyade, waarbij cliënt zich neerzet als een hulpvragend kind en de ander een zorgzame luisterende dokter is. Er wordt toegewerkt naar het bespreken van de verborgen dyade, namelijk die van het hulpeloze kind met wie het vreselijk slecht gaat en een verwaarlozende of negerende ander.

De MBT-therapeuten beogen het mentaliseren te bevorderen, zodat de cliënt gaat nadenken over zijn eigen mentale functioneren. Een techniek is het zoeken naar een verband tussen de spanning en wat eraan voorafging. De therapeut vraagt niet naar wat cliënt denkt en voelt, want er wordt van uitgegaan dat hij dat niet weet. Hij heeft geen gedachten en gevoelens waarover hij kan denken, zodat hij eigen en andermans bedoeling en stemming kan verklaren. Om het innerlijke denken en voelen te stimuleren vraagt de therapeut de cliënt bijvoorbeeld om zijn belevingstoestand te illustreren: 'Het is alsof u zich op allerlei manieren teweer moet stellen tegen nare bedreigingen. Ik denk dat u heel angstig werd, de klachten die u beschrijft zijn allemaal lichamelijke uitingen van angst. Het komt op mij over alsof u vanochtend helemaal in paniek was. Laten we eens proberen te begrijpen wat u zo angstig maakte. Wat gebeurde er vanochtend?'

In dit artikel gaan we eerst in op de afzonderlijke behandelingsmodellen. Het theoretische model dat beide benaderingen hanteren met betrekking tot ontstaan en aard van de pathologie en veelgebruikte concepten worden

toegelicht. Vervolgens bespreken we de therapeutische strategieën in beide modellen en hoe de theoretische achtergrond van de behandelaar zijn of haar interventies vorm geeft. Ten slotte worden de verschillen en overeenkomsten besproken.

Transference Focused Psychotherapy – theorie

Visie op de borderlinepersoonlijkheidsorganisatie De kern van de problematiek van cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie bestaat uit de aanwezigheid van niet-geïntegreerde zelf- en objectrepresentaties, het gebruik van primitieve afweermechanismen en een in essentie intacte maar kwetsbare realiteitstoetsing. Het beeld van sterk wisselende zelf- en objectrepresentaties wordt identiteitsdiffusie genoemd. TFP is een behandelingsmethodiek die gebaseerd is op de driftheorie, de egopsychologie en de objectrelatietheorieën. Centraal staat de opvatting dat de driften in relatie tot een specifiek object, een specifieke ander, worden ervaren. De bouwstenen van de psychische structuur worden gevormd door eenheden bestaande uit het zelf, een ander en een drift of een affect behorend bij een drift. Deze eenheden van zelf-anders-affect worden objectrelatiedyades genoemd. Veel voorkomende dyades zijn bijvoorbeeld: een cliënt die zichzelf ziet als verwaarloosd en de ander (dus ook de therapeut) als egoïstisch. Of: zichzelf als ondeugend, seksueel uitdagend en de ander als castrerend. Of: zichzelf als meegaand en flexibel en de ander als dominant en koppig (Wijts e.a. 2003). Dyades zijn zelf-objectrepresentaties die zich in het gedrag manifesteren. Het gaat echter niet om accurate representaties van het gehele zelf of de ander, maar in feite is de dyade een bepaalde (deel)representatie van het zelf, door een affect verbonden met een bepaalde representatie van het object, zoals dat werd ervaren op een bepaald moment in de eerste levensjaren. In de loop van de vroege ontwikkeling worden er vele innerlijke dyades gevormd op basis van prototypische ervaringen. De heftigheid van het affect in de vroegste relaties, bijvoorbeeld gerelateerd aan een sterke behoefte, een heftige angst of de noodzaak om pijn uit de weg te gaan, past bij de primitieve afweerstructuur van de baby. Kenmerkend voor de borderlinepersoonlijkheidsorganisatie is dat primitieve afweermechanismen het beeld blijven bepalen. Splitsing is daarbij het meest bepalende afweermechanisme.

In het voorbeeld wordt gesproken over een manifeste dyade en een verborgen dyade. De ene dyade kan dus de andere afweren. Uit angst voor afhankelijkheid bijvoorbeeld devalueert de cliënt de therapeut: de cliënt die verlangt naar een afhankelijke relatie met een verzorgende therapeut, weert die af met een dyade, zoals de ontevreden cliënt en de verwaarlozende therapeut. Hoewel de dyades op zichzelf rigide en gefixeerd zijn, kunnen dyades ook makkelijk verschuiven, zodat de ene dyade plotseling de andere kan vervangen. Dit gebeurt overigens vaak zonder dat de patiënt zich dit bewust is. 'Als hij zijn therapeut verwaarlozing verwijt, is hij "vergeten" dat

hij de vorige sessie nog lovend was over zijn betrokkenheid' (Wijts e.a. 2003, p. 149). Deze snelle wisselingen maken begrijpelijk waarom de (deel)objectrelaties zo chaotisch zijn.

De centrale stoornis bij de borderlinepersoonlijke organisatie is volgens Kernberg dus de objectrelatiestoornis.

Het begrip 'affect' Een belangrijke rol in de theorievorming van dit model wordt gespeeld door het begrip 'affect'. Ervaringen verschillen in termen van hun affectieve intensiteit. Volgens de theorie van Kernberg zijn het de ervaringen met heftig affect (gelieerd aan de biologische functie van het zeer jonge kind om te overleven) die de internalisatie van primitieve objectrelaties tot stand brengen. De dan beklonken, met affect beladen geheugenstructuren beïnvloeden het internaliseren van belonende of 'all-good' (totaal goede) objectrelaties dan wel aversieve of 'all-bad' (totaal slechte) objectrelaties. In een toestand van extreme affecten onthoudt het kind wat belangrijk is voor het krijgen wat nodig is en het vermijden wat pijnlijk is. Met betrekking tot het begrip 'dyade' betekent dit dat aan de ene pool een ideaalbeeld staat van een dyade met een perfect voedende ander en een geheel bevredigd zelf. En aan de andere pool ontstaat, onder invloed van de frustrerende ervaringen, een totaal negatieve dyade van de vijandige en bedreigende ander en een behoeftig, hulpeloos zelf.

In het bovenstaande vignet werd een dyade van het hulpvragend kind en de zorgzame luisterende ander de manifeste dyade genoemd met als verborgen dyade het hulpeloze kind, met wie het vreselijk slecht gaat, en een verwaarlozende of negerende ander.

Splitsing In de loop van de ontwikkeling vormt zich zo een segment met geïdealiseerde beelden en een segment met negatieve beelden van de relatie (Yeomans e.a. 2002, p. 16). In de normale ontwikkeling worden positieve en negatieve zelfobjectrepresentaties geïntegreerd. Dit zijn geen cognitieve beelden, maar beelden die verbonden zijn met heftige primitieve affecten. Als sprake is van verwaarlozing en mishandeling loopt het negatieve affect erg op, speciaal haat ten aanzien van het verwaarlozende, mishandelende object.

Juist bij deze overmaat aan vijandigheid moeten de twee segmenten actief uit elkaar gehouden worden om de geïdealiseerde representaties te beschermen tegen de negatieve.

Deze splitsing van goed en slecht wordt gezien als een centraal symptoom en verdedigingsmechanisme in de borderlinepathologie. Overigens is over de term 'splitsing' veel discussie. Hummelen (1997) noemde deze term onjuist, omdat theoretisch gesproken splitsing als afweermechanisme pas mogelijk is als er eerst een integratie (een ambivalent zelf- of objectbeeld) heeft plaatsgevonden. In feite gaat het om interactieprocedures die impliciet en van elkaar gescheiden zijn gebleven.

Patient's Inner World

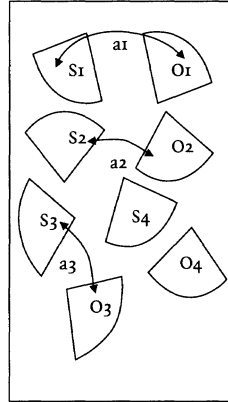
S = Self-Representation
O = Object-Representation
a = Affect

Examples

S₁ = Meek, abused figure
O₁ = harsh, abusing authority figure
a₁ = Fear

S₂ = Childish-dependent figure
O₂ = Ideal, giving figure
a₂ = Love

S₃ = Powerful, controlling figure
O₃ = Weak, Slavelike figure
a₃ = Wrath



Overgenomen uit: Yeomans e.a. (2002)

De therapeutische methodieken van TFP

De TFP is een individuele behan-

deling van tweemaal per week, waarin de contractfase een belangrijk onderdeel is. Er wordt een contract opgesteld, dat de verantwoordelijkheden van cliënt en therapeut regelt, zoals omgang met crises en medicatie, maar ook afspraken over de grondregel. De cliënt wordt gevraagd om vrijuit zijn associaties te geven. Het contract beoogt de behandeling te beschermen. Als er geen contractbreuken zijn die als eerste besproken moeten worden, wacht de therapeut in de zitting af welke onderwerpen de cliënt ter sprake brengt en hoe. Hij gaat – vergeleken met de klassieke psychoanalytische behandeling – meer op non-verbale tegenoverdrachtsaspecten in de communicatie af, is actiever en minder neutraal. Hij moet een hoger niveau van affectintensiteit verdragen.

Doel van de TFP is het integreren van afgesplitste deelobjecten om de identiteitsdiffusie op te lossen. Daartoe worden de dominante objectrelatiedyades en de rolomkeringen van de dominante dyades geobserveerd en geïnterpreteerd. De interpretaties richten zich ook op verbindingen tussen dyades die ten opzichte van elkaar als afweer worden gebruikt. Door de dyades te interpreteren kan het innerlijke conflict opgelost worden. Tot slot kunnen dan ook de rijpere, geïntegreerde affectieve ervaringen aan de orde komen.

De therapeut als overdrachtsobject In de beginfase moeten vooral de impulsiviteit en het zelfdestructieve gedrag onder controle worden gebracht. Als het goed is zullen de affectstormen in toenemende mate in de sessies plaatsvinden. Qua techniek is de overdrachtsduiding het belang-

rijkste middel om intrapsychische integratie tot stand te brengen. Clarificatie en confrontatie worden gezien als stappen op weg naar de duiding. De overdrachtsanalyse richt zich op een systematische analyse van weerstand en afweer, zoals die zich in de overdracht voordoen. Op de lange duur versterkt deze techniek het Ik, omdat de cliënt tot een integratie van zijn libidineuze en agressieve impulsen kan komen.

Agressie Veel van wat geïntegreerd moet worden betreft dus afgesplitste vijandigheid. In de TFP wordt een belangrijke rol toegekend aan constitutionele factoren bij de agressieve component van het driftleven, die zich uit in vijandigheid jegens zichzelf of anderen. Kernberg (2004) benadrukt bij cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie de chronische intense haat en afgunst, de afweer daarvan en van gevoelens van afhankelijkheid. In de behandeling is het devies steeds de negatieve overdracht centraal te houden en te interpreteren. De therapeut moet speciaal alert zijn op het activeren van een slachtoffer-daderparadigma: deze dyade moet steeds opnieuw geanalyseerd worden als zij zich herhaalt in de overdracht, inclusief de bijbehorende rolomkeringen (Kernberg 2004, p. 43).

Mentalization Based Treatment – Theorie

Visie op de borderlinepersoonlijkheidsorganisatie In het MBT-model wordt als centrale stoornis van de borderlinepersoonlijkheidsorganisatie gezien de stoornis in het beleven van het zelf als agens.³

Fonagy en collega's hebben een theorie over de ontwikkeling van het zelf afgeleid uit het gehechtheidsonderzoek en onderzoek naar moeder-baby-interacties. Zij hebben vooral onderzocht hoe een kind een coherent zelf ontwikkelt, met de beleving dat het zelf het 'agens' is: fysiek (als ik ergens tegen duw beweegt het), sociaal (als ik huil komt mijn moeder), teleologisch (ik doe iets om een doel te bereiken), intentioneel (ik doe iets omdat ik daar ideeën over heb) en representationeel (ik kan over de gedachten van mijzelf en anderen nadenken). De laatstgenoemde vaardigheid, het kunnen nadenken over het eigen denken, ideeën, wensen, en fantasieën en de 'mental states' (mentale toestand) van anderen, wordt *mentaliseren* genoemd (Fonagy e.a. 2002).

Mentaliseren is nauw verbonden met zowel het zelf als handelende instantie, als met het gerepresenteerde zelf, het 'ik' en het 'mij'. Mentaliseren heeft zowel een zelf-reflectieve als een interpersoonlijke component, en het stelt iemand in staat de innerlijke werkelijkheid te onderscheiden van de uitwendige, en intrapersonlijke emotionele processen van interpersoonlijke communicaties. Mentaliseren is een functie van de prefrontale hersenschors en is in feite een soort psychologie van de koude grond, die iedereen gebruikt om met anderen overweg te kunnen en te kunnen snappen wat anderen beweegt, net als wat hem zelf beweegt.

Volgens Bateman en Fonagy (2004) is het geen nieuw concept, hooguit een nieuw woord. Het begrip biedt handvatten voor zowel het begrijpen van de oorzaken van een borderlinepersoonlijke organisatie als voor de behandeling ervan. Het gegeven dat de relaties van borderlinepatiënten turbulent en chaotisch zijn, wisselend tussen aanklappen en afwijzen, idealiseren en devalueren, wordt in verband gezien met het zeer lage of afwezige vermogen tot mentaliseren: er is geen ruimte om over eigen gedachten of die van anderen na te denken.

Uit gehechtheidsonderzoek blijkt dat het tot ontwikkeling komen van mentaliseren in sterke mate voorspeld wordt door een veilige gehechtheid aan de primaire verzorger, meestal de moeder (Deben-Mager 2003). Bij de borderlinepersoonlijke organisatie blijkt vijfenzeventig tot negentig procent een gedesorganiseerde gehechtheidsrepresentatie te hebben, waarvan een zeer groot deel samengaat met een gepreoccupeerde gehechtheid van het angstig-overspelde type (Lyons-Ruth 1999).

Het begrip 'affect' De centrale stelling in de MBT-theorie is dat we moeten leren wat er in ons omgaat. Fonagy c.s. bestrijdt het idee dat wij ons vanzelf, via introspectie, bewust zijn van onze verschillende emotionele toestanden.

Baby's leren hun innerlijke patronen van fysiologische stimuli die bij verschillende emoties horen te differentiëren door het observeren van de spiegelende reacties van de ouder (Bateman & Fonagy 2004). Het spiegelen zal een modulerende invloed hebben op de emoties van de baby als de emotie accuraat wordt weergegeven, maar tegelijk overbrengt dat het de reflectie is van de emotie van de baby en niet die van de moeder zelf. Als de ouder de emoties van de baby niet accuraat spiegelt, of helemaal niet spiegelt, blijven de gevoelens onbenoemd, verwarrend, niet gesymboliseerd en moeilijk te reguleren. Een kind dat niet de ervaring heeft van het integrerende spiegelen van zijn affectieve toestand, kan er geen representaties van maken, en zal daardoor later moeite hebben met het onderscheiden van realiteit en fantasie en het onderscheiden van de fysieke van de psychische realiteit, kortom met mentaliseren.

Het spiegelen door de ouder kan te congruent zijn, zonder 'markedness', al te realistisch (Gergely & Watson 1996). Deze constellatie correspondeert met het klinische verschijnsel van projectieve identificatie, dat zo karakteristiek is bij de cliënt met een borderlinepersoonlijke organisatie. Als daarentegen het spiegelen niet congruent is, niet aansluit bij de primaire ervaring van het kind, kan dit leiden tot een vals-zelfachtige structuur.

Falen van het vermogen tot mentaliseren Als het begrijpen dat een gedachte alleen maar een gedachte is, een verworvenheid in de ontwikkeling van het kind is, hoe ziet de psychische realiteit er dan uit voordat die beleefd wordt als psychisch? Fonagy en Target (1996; Target & Fonagy

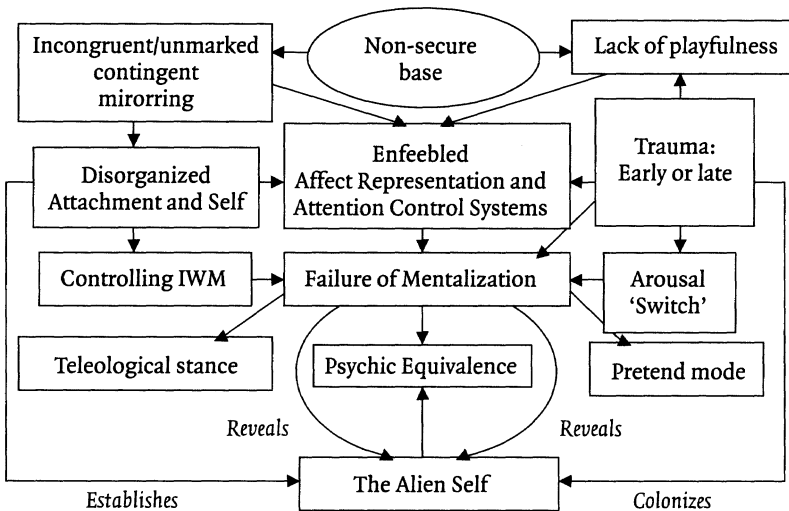
1996) stellen dat er aanvankelijke twee manieren zijn: de equivalente modus en de alsof-modus.

In de equivalente modus worden de innerlijke en externe wereld aan elkaar gelijkgesteld ('Wat ik denk is andermans realiteit'). In de loop van het eerste levensjaar ontstaat daarnaast en apart daarvan het spel, de 'alsof'-modus van mentaal functioneren, waarin de eigen ervaring juist geheel losstaat van de realiteit. In de alsof-modus kan het kind geloven dat zijn houten geweer echt is, zonder te verwachten dat er echte kogels uitkomen ('Imagining is real, but not reality').

In de normale ontwikkeling integreert het kind deze twee manieren tot een 'reflectieve modus', het mentaliseren, waarin gedachten en gevoelens ervaren kunnen worden als representaties. De innerlijke en de uitwendige realiteit worden dan gezien als met elkaar in verband staand, maar wel gescheiden, zonder dat ze gelijkgesteld zijn of juist los van elkaar bestaan (zie Deben-Mager & Verheugt-Pleiter 2004).

Een onveilige gehechtheid predisponeert tot het falen van het mentaliseren door ten eerste het bovengenoemde mislukken van het spiegelen (dat zowel accuraat als niet te realistisch moet zijn) en ten tweede door het ontbreken van een speelse attitude bij de ouder. Zonder speelsheid kunnen gedachten en gevoelens, wensen en fantasieën niet beleefd worden door het kind als van belang, maar toch niet hetzelfde als de realiteit. Bateman en Fonagy (2004, p. 84) gaan zover dat ze stellen: 'The undermining of a playful attitude may be the most serious deprivation associated with child maltreatment.'

Ten derde gaat onveilige gehechtheid vaak gepaard met verwaarlozing, mishandeling en zelfs misbruik, waardoor de kwetsbaarheid voor latere



Overgenomen uit: Bateman & Fonagy (2004)

trauma's groter wordt doordat deze niet of slecht gementaliseerd kunnen worden. De equivalente modus is zichtbaar als de getraumatiseerde persoon bang wordt voor wat er in zijn eigen hoofd omgaat. Flashbacks zijn zo beangstigend omdat ze in de equivalente modus worden beleefd. In de alsof-modus zien we de dissociatie, het zichzelf onttrekken aan de realiteit, wat het gevolg is van het trauma. Karakteristiek voor borderlinepatiënten is het oscilleren tussen deze twee wijzen van beleven van de psychische realiteit, de 'dual mode', de duale modus (Bateman & Fonagy 2004).

De therapeutische methodieken van MBT

De methode is onderzocht in een onderzoeksproject waarin cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie behandeld werden gedurende achttien maanden in een dagklinische setting, waarin groepstherapie werd gecombineerd met individuele therapie (Bateman & Fonagy 2004). De therapeutische strategie is evenwel ook toepasbaar in diverse ambulante settings, tot en met de psychoanalyse. Het op de ontwikkeling van mentaliseren gebaseerde model beoogt meer een toevoeging aan, dan een vernieuwing van de bestaande therapeutische praktijk te zijn. Onder de bestaande therapeutische praktijk wordt verstaan het werken met cliënten met neurotische problemen en redelijk goede reflectieve capaciteiten, waarbij het interpreteren van onbewuste conflicten een belangrijke werkzame techniek is.

Het bevorderen van mentaliseren is volgens Fonagy en collega's (2002) in feite iets dat alle vormen van therapie beogen, zij het vaak impliciet. Het gaat immers in psychotherapie meestal om: a) het streven een gehechtheidsrelatie met de cliënt te vormen, b) hiervan vervolgens een interpersoonlijke context te maken, waarin het begrijpen van gemoedstoestanden van de cliënt een focus is en c) een situatie te recreëren waarin het zelf herkend wordt als intentioneel en echt en te zorgen dat dit streven duidelijk door de cliënt wordt waargenomen.

Bij borderlinecliënten dient evenwel de focus van de behandeling, meer dan bij de meer neurotische cliënten, te liggen bij het ontwikkelen en differentiëren van het psychische functioneren zelf.

De therapeut als ontwikkelingsobject Er wordt in de overdracht gewerkt, zonder dat deze geduid wordt, door het vestigen en onderhouden van een gehechtheidsrelatie. De aandacht wordt gericht op niet-bewuste, impliciete patronen, zoals habituele aspecten van het gedrag van de cliënt, of systematisch terugkerende manieren van denken.

Net als in de gehechtheidsrelaties is het afleiden van de affectieve representatie van de affectieve toestand van de cliënt door de therapeut zeer belangrijk. Aan de hand van diverse signalen, lichaamshouding, stembuiging, en dergelijke wordt geïnterpreteerd wat de gemoedsgesteldheid is: de affectrepresentatie. De therapeut probeert in contact te blijven met de mentale

toestand van de patiënt, ondanks diens soms dramatische enactments. Hij verbaliseert gevoelstoestanden, brengt er onderscheid in aan en helpt om de angst kleiner te maken. Zo wordt er een begin gemaakt met het ontwikkelen van de alsof-modus, waarin over ideeën nagedacht kan worden als idee in plaats van als realiteit, zij het wel met een verbinding naar de realiteit. De alsof-modus van psychisch functioneren wordt ontwikkeld en zal dan geïntegreerd moeten worden met de equivalente modus, om tot mentaliseren te kunnen komen.

Agressie Veel kenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornis, zoals het incoherente zelf, de affectieve instabiliteit en de impulsiviteit, zijn verklaarbaar vanuit het, op de ontwikkeling van mentaliseren gebaseerde, model. Ook het gebruik van geweld tegen zichzelf, bijvoorbeeld in de vorm van automutilatie, of tegen anderen wordt in dit model begrijpelijk: het is een aanslag op het 'alien self', het kwaadaardige introject, waarover niet nagedacht kan worden. Het introject moet eruit om zelf meer coherent te worden.

Liever dan van agressie spreekt men van desintegrerende tendensen, die zich kunnen uiten in hevige paniek of in vijandigheid.

Agressie wordt in dit model gezien als het laatste bolwerk tegen de onverdraaglijke angst voor het barre lege innerlijke landschap en het besef dat men door de ouder, de gehechtheidspersoon, daadwerkelijk niet 'gezien', ja zelfs mogelijk gehaat is. Deze paniek en vijandigheid worden niet geïnterpreteerd als negatieve overdracht, maar getracht wordt te begrijpen waar de paniek vandaan komt. In de behandeling zal bijvoorbeeld de paniek die optreedt bij separaties besproken worden. Dat is belangrijk omdat separaties ervaren worden als verlatingen, die leiden tot een reïnternalisatie van het ik-vreemde introject. Dit heeft als gevolg een ondermijning van het coherente zelf.

Overeenkomsten en verschillen in de praktijk

De vraag die wij ons stellen bij de rondetafelgesprekken was welke interventies verbonden zijn met de theoretische achtergrond van de therapeut. De reacties op een therapiefragment uit een behandeling van een borderlinecliënte, zoals gebruikt bij de bovengenoemde NPI-discussie, kunnen het verschil in benadering van TFP- en MBT-therapeuten illustreren.

Cliënte: 'Ik heb er totaal geen zin meer in, gewoon geen energie meer om met de therapie door te gaan. ... Het gevoel dat ik weer in een impasse zit. Ja ik ben nu wel rustig, maar gisteravond was ik ontzettend woedend en wanhopig, dan weet ik het allemaal niet meer. Dan ben ik ook ontzettend boos op u.'

Therapeut: 'Boos?'

Cliënte: 'Ik vind dat het zo weinig zin heeft. Ik krijg alleen maar een hekel aan mezelf. Ik vraag me af hoe lang we nog door moeten modderen, ik heb

daar geen zin meer in eigenlijk. In wezen is er niks veranderd in mijn leven. Ik blijf vreetbuien hebben en mezelf pijn doen en daar kan helemaal niemand wat aan doen behalve ik zelf en ik blijf het toch doen.'

Therapeut: 'Zo boos bent u op me.'

Cliënte: 'Ja dit ook hè, hier word ik ook zo zat van, al die duidingen, we hebben het er al honderd keer over gehad.'

Therapeut: 'Hoe ziet u dat?'

Cliënte: 'Nou, ik eh ...ik ben veel afhankelijker van u dan u van mij. Als ik nu zou stoppen zou ik mijn leven nog steeds ondraaglijk vinden en er niet mee door willen gaan. Ik wil eigenlijk helemaal niet meer.'

De TFP-therapeuten zien de opmerking van de cliënte als afweer van haar behoefte aan en angst voor het contact met de therapeut. Zij zouden duiden dat cliënte wil stoppen omdat zij door de therapie gaat zien hoe kwetsbaar ze zich voelt als ze vertrouwelijke dingen gaat delen met een ander, dat ze zich dan afhankelijk voelt en de ander haar dus kan raken. Een optie is voor hen ook om te bespreken dat cliënte eigenlijk boos is omdat ze veel meer contact wil dan die twee keer per week. De werkhypothese zou dan zijn dat cliënte met haar ageren controle uitoefent over de buitenwereld en daarmee kwetsbare gevoelens afweert. Liever vreetbuien dan kwetsbaarheid. En met een vergelijkbaar mechanisme lijkt ze de therapie te willen stukmaken.

In reactie op dit fragment benadrukken de MBT-therapeuten het werken in de gehechtheidsrelatie, die de therapeutische relatie voor deze cliënte is geworden. Zij zouden iets zeggen over het wanhopige gevoel zo graag te willen komen en tegelijk zo boos te zijn. Een tweede aspect is dat cliënte teleurgesteldheid uit over al dat gepraat terwijl het in de werkelijkheid niet helpt en zij toch blijft snijden en vreetbuien houdt. Vanuit de optiek van de affectrepresentatie zouden zij benoemen hoe erg het is als je merkt dat de therapie ondanks al je inspanningen niet helpt en het resultaat uitblijft; dat ze moet eten en overgeven om dat nare onopgeloste uit zichzelf weg te hebben. Daarmee beogen zij realiteitswaarde aan haar innerlijke beleving te geven en te voorkomen dat het praten blijft over constructies uit de therapie (alsof-modus) in plaats van woorden te geven aan de echte innerlijke beleving (het 'real experiencing self').

Het omgaan met de agressie In de behandeling van cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie staat het verdragen en bespreken van heftige emoties centraal, met name de vijandigheid. De meeste therapeuten zijn het erover eens dat mechanismen als projectie, projectieve identificatie en splitsing het beeld bepalen. Over de betekenis en het hanteren van de vijandigheid verschillen de meningen wel. Binnen de TFP wordt veel nadruk gelegd op de agressie als een zelfstandige drift, die tussen subject en object kan spelen. In de MBT wordt de vijandigheid opgevat als uiting van onverdraaglijke gevoelens van verloren en verlaten zijn, als een aspect van grote paniek. In dit model gaat het er niet zozeer om te duiden hoe de

cliënt zijn eigen woede op de therapeut projecteert en hem tot een bedreigende ander maakt, maar om te begrijpen dat de cliënt een onveilige gehechtheidsrepresentatie heeft en de therapeut dus bedreigend voor hem of haar is. MBT-therapeuten verwoorden dus eerder de paniek als het accurate affect.

Het toekennen van een betekenis van een symptoom als automutilatie zal ook verschillen: de TFP-therapeut ziet de afweerfunctie van het symptoom, bijvoorbeeld controle uitoefenen op de omgeving, als afweer van de eigen kwetsbaarheid en machteloosheid. De MBT-therapeut ziet het als het willen verwijderen van het wezensvreemde introject, opdat de cohesie toeneemt.

Voor de MBT-visie pleit het feit dat angst en agressie biologisch één systeem vormen (het 'fight-flight'systeem).

Verschillende visies op de structuur van de persoonlijkheid Therapeuten van de verschillende oriëntaties zijn het er wel over eens dat een cliënt met een borderlinestoorning vaak niet de mogelijkheid heeft om te reflecteren over zijn innerlijke wereld en die van anderen. Hij kan niet zeggen: 'Ik heb allerlei angstige gevoelens'; hij is gewoon angstig; dit wordt letterlijk zo beleefd, inclusief de lichamelijke verschijnselen. Binnen de MBT wordt dat 'ongementaliseerd' genoemd, terwijl de TFP dan spreekt over 'splitsen': zolang de cliënt splitst kan hij niet reflecteren.

De TFP-therapeuten gaan ervan uit dat de borderlinecliënten een observerend Ik hebben, hoe rudimentair ook. Daar wordt tijdens de therapie juist een beroep op gedaan. Ook wordt verondersteld dat er sprake is van een gelaagde structuur waardoor het ene gevoel het andere kan afweren.

Bij de MBT wordt daarentegen gesteld dat deze psychologische mechanismen niet kunnen werken vanwege het lage of afwezige mentaliseren: gedachten en gevoelens als aparte entiteiten waar weer over gedacht kan worden ontbreken.

Rol van de therapeut De TFP legt de nadruk op de therapeut als *overdrachtsobject*. De strategie is van meet af aan gericht op het vaststellen van de dominante dyades en hun tegenhangers. Hypothesen over hoe de cliënt de therapeut waarneemt, vormen de leidraad voor de behandeling. De intensiteit van de overdrachtsrelatie wordt gebruikt om de dyades van nu en van vroeger bewust te maken.

De MBT-therapeut functioneert als *ontwikkelingsobject*. Hij zal impliciete patronen expliciteren, trachten in contact te blijven met de manier waarop de cliënt psychisch functioneert (equivalent of doenalsof) en het affect accuraat trachten aan te geven. Er wordt gestreefd naar eenvoudige duidingen.

Dit is dus in contrast met de TFP, die focust op de overdrachtsmanifestaties. De MBT-therapeut zal in de relatie trachten complexe interventies met metafore betekenis voor gedrag en stemming te vermijden. In plaats van

het duiden van de overdracht (TFP) wordt bij de MBT in de overdracht gewerkt zonder dat deze geïnterpreteerd wordt. Bij beide vormen van therapie is reconstructie van het verleden niet echt een focus.

Toetsbaarheid Beide benaderingen van borderlineproblematiek zijn beschreven in een handleiding, waardoor vergelijkend onderzoek in principe mogelijk is. Voorzover ons bekend is er nog geen vergelijkend onderzoek verricht. De condities van beide therapievormen verschillen: de TFP gaat uit van een langdurige individuele behandeling twee keer per week, de MBT van een geïntegreerd behandelteam met een combinatie van individuele en groepsbehandeling. De verschillende condities doen vermoeden dat de TFP ontwikkeld is voor de 'higher level borderlines' en de MBT voor 'lower level borderlines'. Maar ook dat staat niet in de weg om bij een groep vergelijkbare borderlinecliënten effectonderzoek te doen naar beide typen behandeling.

Ten slotte

In dit artikel hebben we vooral de verschillen tussen beide benaderingen willen belichten, zowel vanuit de theorie als vanuit de dagelijkse praktijk: tot welke interventies leiden verschillende achtergrondtheorieën?

Overeenkomsten zijn er echter ook. Binnen de huidige psychoanalytische wereld verschillen zowel de TFP als de MBT van de klassieke psychoanalyse in het gericht zijn op het aanpassen van de techniek aan de cliënt. Speciaal de cliënt met een borderlinepersoonlijke organisatie behoeft volgens beide benaderingen een heroriëntatie van de analyticus, omdat de psychoanalytische neurosetheorieën niet van toepassing zijn. In plaats van om de hoogst individuele kenmerken van het koppel patiënt-analyticus of de complexiteit van het intuïtieve begrip van de analyticus van de manifestaties van het onbewuste gaat het hier om een zo goed mogelijk aansluiten op de cliënt waarbij genezing van de cliënt een doelstelling is (Kernberg 2004).

Beide modellen hechten veel waarde aan de interactie in het hier-en-nu, en tegenoverdracht is een duidelijk kompas. Beide zijn gericht op het hanteerbaar maken van de grote affectieve kwantiteiten. De MBT gaat uit van het bestaan van een stoornis in de psychische verwerking en biedt een operationeel model om deze stoornis op te heffen, in contrast tot het vroegere defectmodel van Anna Freud. De TFP gaat uit van een conflictmodel, met nadruk op afweer en bewustmaking. Beide modellen zijn complementair aan Freuds neurosemodel: ze komen er niet voor in de plaats, maar vullen het aan.

Kernberg (2004) bekritiseert de MBT, door de structuralisering van de primitieve geïnternaliseerde objectrelaties, zoals de MBT die beoogt, voornamelijk cognitief te noemen. Overigens is hij van mening, dat TFP en MBT elkaar goed verdragen.

Omgekeerd heeft de MBT bij monde van Bateman en Fonagy (2004) kritiek op de TFP in haar benadering van de cliënt op een te hoog niveau. De TFP zou de cliënt benaderen alsof de cliënt intentioneel kan denken, alsof externalisaties de relatie betreffen en niet het 'alien self' (het vreemde introject), en alsof de cliënt niet vast kan zitten in een equivalente manier van denken.

Anders gezegd: TFP gaat ervan uit dat er mentale representaties zijn en MBT dat die eerst nog ontwikkeld moeten worden. De TFP kapitaliseert op het probleem van de objectrelaties, waar de MBT vooral het probleem in het zelf als agens centraal stelt.

Beide benaderingen tonen een verwantschap, zijn als 'broer en zus', omdat ze in de psychoanalytische wereld allebei een lans proberen te breken voor de behandeling van borderlineproblematiek. Daartoe beogen zij de psychoanalytische techniek aan te passen en deze bovendien middels een handleiding toegankelijk te maken voor empirisch effectonderzoek.

In de 'rondetafelconferenties' op het NPI bleken de interventies die vanuit de ene of de andere optiek werden geformuleerd flink te verschillen. Het laatste woord is er nog niet over gezegd, of het moet zijn dat de cliënt uiteindelijk het beste vaart bij een therapeut die zelf een consistente, samenhangende theorie in het hoofd heeft, ongeacht welke theorie dit is.

Noten

1. Kernberg heeft de term 'borderlinepersoonlijkheidsorganisatie' geïntroduceerd om een breed spectrum aan persoonlijkheidsstoornissen tussen de neurotische organisatie en de psychotische organisatie aan te duiden. Klinisch gesproken gaat het om mensen met een niet-specifieke Ik-zwakke, verstoorde interpersoonlijke relaties, problemen met het binden aan werk en liefde, enige pathologie in seksuele relaties en Boven-Ik-pathologie (zie Yeomans e.a. 2002).

2. Aan de 'rondetafelgesprekken' namen deel: Margit Deben en Jan Stoker als deskundigen op het gebied van de MBT; Kees Kooiman

en Rob Jansen op het gebied van de TFP en Jos Dirx en Piet Rijnierse als psychiaters met ervaring in de behandeling van borderlinecliënten in respectievelijk een polikliniek en een klinische psychotherapie setting. Annelies Verheugt-Pleiter en Thijs De Wolf fungeerden als voorzitters.

3. De theorie en techniek van de behandeling volgens Linehan valt buiten het kader van dit artikel, maar ter vergelijking met TFP (centrale stoornis betreft de objectrelatie) en MBT (de centrale stoornis betreft het zelf als agens) ziet Linehan als centrale stoornis bij borderlinepersoonlijkheidsorganisatie de stoornis in de affectregulatie.

Literatuur

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder; Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Deben-Mager, M. (2003). Psychoanalytische ontwikkelingstherapie voor volwassenen. In R.A.M. Erdman e.a. (red.), *Psychoanalytische psychotherapie en nieuwe perspectieven* (p. 19-29). Assen: Van Gorcum.

Deben-Mager, M. & Verheugt-Pleiter, A. (2004). Enkele toepassingen van de gehechtheidstheorie op de psychoanalytische praktijk. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 10, 18–31.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217–233.

Gergely, G. & Watson, J. (1996). The social biofeedback model of parental affect mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1181–1212.

Hummelen, J.W. (1997). *Splitsing; het psychoanalytische concept en de mogelijkheid het afweermecanisme splitsing betrouwbaar vast te stellen*. Dissertatie. Utrecht: De Tijdstroom.

Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic rela-*

tionship. New Haven: Yale University Press.

Lyons-Ruth, K. & Jacobovitz, D. (1999). Attachment disorganisation: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment; theory, research, and clinical applications* (p. 520-554). New York: The Guildford Press.

Target, M. & Fonagy, P. (1996). Playing with Reality II. The Development of Psychic Reality from a Theoretical Perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459–479.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2002). *A primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient*. New Jersey/Londen: Jason Aronson inc.

Wijts, P.M.H., Kooiman, C.G. & Swaab, L.F. (2003). *Transference Focused Psychotherapy; Een op de overdracht gerichte psychoanalytische psychotherapie voor borderline patiënten*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 140–156.

Transference Focused Psychotherapy and Mentalization Based Treatment: brother and sister?

In the past few years two methods of a psychoanalytical treatment for borderline patients have been developed: Transference-Focused Therapy and Mentalization-Based Treatment. This article explores the similarities and differences between them, with a special focus on how the different theories lead to different interventions in clinical practice. TFP takes the central problem to be the disorder in object relations, while MBT focuses on the self-as-agens. Further differences concern notions of the role of aggression, the presence of mental representations and the position of the therapist. Interventions formulated by therapists of both frames of reference in response to some therapy fragments prove to differ substantially.

Both theories share a desire to develop a psychoanalytical technique suitable for borderline patients, and both stress the central importance of the handling of the transference and of working in the here-and-now, as well as the necessity of effect research.

Key words: borderline personality organisation, interventions, MBT, mentalization, TFP