

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

Nieuwe ontwikkelingen in Transference-Focused Psychotherapie

NEL DRAIJER

Transference-Focused Psychotherapie (TFP) is ontwikkeld voor mensen met een borderline-persoonlijkeheidsorganisatie (BPO), een breed scala van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis Cluster B en C (DSM-IV). Het BPO-begrip stamt uit Kernbergs op objectrelatieel denken gebaseerde indeling, waarin hij beschrijft hoe de identiteit georganiseerd is (geïntegreerd zoals bij de neuroticus die ambivalenties kan verdragen, of gespleten zoals bij de borderlinepatiënt, die in zwart-wit-of-of-termen opereert), hoe de dominante afweer is (rijp zoals bij de neuroticus, of onrijp: splijting, loochening bij de borderlinepatiënt) en de realiteitstoetsing (bij beiden meestal intact) (Kernberg 1984). Het derde niveau, de psychoticus met de falende realiteitstoetsing, laat ik hier buiten beschouwing.

Mensen met een BPO voelen zich verscheurd door hun verlangen naar nabijheid enerzijds en hun verlangen naar autonomie anderzijds. Zij beleven dat als óf-óf: <divergent>. Zij ervaren zichzelf en anderen als voortdurend wisselend, dan weer goed, dan weer slecht, zonder dat ze daar zelf sturing aan kunnen geven of grip op hebben. Ze <wiebelen> vanbinnen en worden daar wanhopig van. Ze weten niet wat ze aan zichzelf en aan anderen hebben. Ze kunnen gevoel veelal slecht verdragen: het lijkt hen te overspoelen en ze willen dit het liefst wegwerken door te <doen>, te ageren. Drank, drugs, vreetbuien, woede-uitbarstingen en zelfdestructiviteit tot en met suïcide behoren dan tot het gedragsarsenaal om gevoel weg te werken.

¶ *Wat houdt TFP in?*

Voor deze (complexe) doelgroep is TFP ontwikkeld (Yeomans e.a. 1992; Clarkin e.a. 1999; Clarkin e.a. 2006; Yeomans e.a. 2002; Yeomans e.a. 2015). Het doel van TFP is de integratie van deze gespleten georganiseerde binnenwereld en identiteit, zodat men ambivalenties kan verdragen en kan leven met de eigen beperkingen en die van anderen (van <of-of> naar <en-en>).

Hieronder geef ik in een notendop weer hoe dat doel wordt bereikt.

De behandeling (twee zittingen per week) start met <contractafspraken>, waarin het ageren begrensd wordt, omdat dit het gevoel op een afstand houdt.

Voorwaarde voor TFP is dat de patiënt toezegt er alles aan te zullen doen om het ageergedrag niet te vertonen, en als het desondanks toch gebeurt, of als er een sterke neiging toe is, dan dient dat het eerste te zijn waar hij of zij over begint in de eerstvolgende zitting. Bij suicidaliteit is de afspraak om zich als het niet meer te beheersen valt, door een psychiater te laten bekijken om te zien of opname nodig is. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de patiënt. De uitleg bij de afspraken luidt bijvoorbeeld: 'U wilt in psychotherapie omdat u beter wilt worden. Als u in uw polsen snijdt is dat daarmee strijdig, want uw huid is er om u te beschermen tegen infecties en dergelijke.'

Maar het contract dient tevens als het 'frame' van de behandeling. Het zijn afspraken waaraan gerefereerd kan worden om moralisme binnen de behandelrelatie te voorkomen én het gevoel te kunnen analyseren: 'Wat was er precies aan de hand toen u de neiging kreeg om uzelf pijn te doen? Wat was het gevoel op dat moment? Wat ging eraan vooraf?' Het 'contract' klinkt dus nogal onpsychoanalytisch directief, maar fungeert in feite als terugkerende mogelijkheid om gevoel te bespreken dat aan het ageren ten grondslag ligt.

Vervolgens zijn de belangrijkste interventies:

- 1 Clarificatie (opheldering vragen).
- 2 Het benoemen van de dyade in de overdracht, dat wil zeggen, de zelf- en objectrepresentatie en het verbindende affect.
- 3 Confrontatie (het benoemen van de wisselingen tussen dyades).
- 4 Interpretatie (het met elkaar in verband brengen van tegengestelde dyades).

In feite zijn de stappen 2 tot en met 4 op te vatten als een interpretatief proces. De belangrijkste techniek zouden we het 'meekijken' kunnen noemen: het empathisch meekijken met de patiënt naar wat hij van de behandelaar maakt. Ik geef een voorbeeld.

Mw. P heeft een aanverwant vak en kent de terminologie. Als ik haar in de eerste vijf minuten van ons allereerste gesprek uitnodig om het woord te nemen, zegt zij: 'Het is een overdrachtsbehandeling, hè?'

Therapeut (T): 'Ja.'

Mw. P: 'Wat verwacht je eigenlijk van mij?' (lichtelijk vijandig)

T: 'Wat had u daar tot nu toe over gedacht?'

Mw. P: 'Gedacht, gedacht ... de hele zomer heb ik erover gedacht. En iedere keer dat ik aan jou dacht, dacht ik: ik sla haar helemaal in elkaar!'

T: 'Goh! Wat had ik dan gedaan, in uw ogen, dat ik daar aanleiding toe had gegeven?' Dan blijkt dat zij het gevoel heeft dat de therapeut haar met een soort punaise in de rugleuning van de bank duwt. Ze ervaart de behandelaar dus kennelijk als een sadist. (Mogelijk vervult de afhankelijkheid van het hulpvragen haar met razernij.)

..... T: <Als ik goed naar u luister, dan ervaart u mij als een sadist. Het lijkt
 me heel onprettig voor u om daarmee in de kamer te moeten zitten.>

Binnen Kernbergs theorie is het centrale mechanisme van verandering in TFP de integratie van gepolariseerde affectieve toestanden en afgesplitste representaties van zelf en anderen. En deze integratie begint al op gang te komen als een therapeut de negatieve overdracht, zoals hierboven geschetst, zo goed mogelijk *containt*, <meekijkt> en empathisch begrijpt en zo teruggeeft aan de patiënt.

De combinatie van deze negatieve overdracht (de therapeut als sadist) met de positieve ervaring van zich goed begrepen voelen (de therapeut als empathische ander) werkt integrerend, zo is de veronderstelling. In de interactie met patiënten merk je dat ze er rustig van worden en even stil kunnen staan bij wat er gebeurt.

Caligor en medewerkers (2009) hebben hier een prachtig artikel over geschreven, waarin zij uiteenzetten wat bedoeld wordt met het begrip <interpretatie> binnen TFP. Kernberg veronderstelt immers dat interpretatie in feite dé interventie bij uitstek is die de integratie tot stand brengt. In dit artikel beschrijven de auteurs interpretatie als *proces*, dat begint met het signaleren en benoemen van de overdrachtsconstellatie, de dyade, waarin de patiënt de behandelaar een bepaalde rol toedicht binnen een voor hem relevant kader.

Er is in de literatuur veel discussie geweest of overdrachtsinterpretaties wel werkzaam zouden zijn bij deze ernstige problematiek (Høglend e.a. 2008). Maar in tegenstelling tot het gangbare klinische denken blijken juist bij de ernstiger persoonlijkheidspathologie — vooral bij vrouwen — overdrachtsinterpretaties goed te werken (Høglend 2014).

¶ *Werkzaamheid*

TFP is alleen op werkzaamheid onderzocht bij borderlinepatiënten (DSM-IV). In twee onafhankelijke internationale gerandomiseerde en gecontroleerde trials (RCT's), die als beste criterium voor werkzaamheid beschouwd worden, bleek TFP een significant beter resultaat op te leveren dan de vergelijkingscondities (Clarkin e.a. 2007; Doering e.a. 2010).

In de eerste studie werd TFP vergeleken met dialectische gedragstherapie (DGT) (Linehan) en met een steunende psychodynamische therapie. Deze bleken beide ook werkzaam, maar op minder symptoomgebieden dan TFP. In de Duits-Oostenrijkse studie door Doering en collega's werd TFP vergeleken met behandeling door vrijgevestigde BPS-experts (met verschillende theoretische perspectieven). Bij hen bleek de uitval veel groter dan bij TFP. Bovendien droeg TFP bij tot meer verbetering in de borderlinesymptomen, het psychosociaal functioneren en de persoonlijkheidsorganisatie en leidde tot minder suïcides en minder psychiatrische opnames. Uit deze twee studies kan men opmaken

dat TFP een effectieve behandeling is, die al in één jaar tijd tot verbetering leidt.

In Nederland werd TFP als controleconditie vergeleken met Schematherapie (SFT) (Giesen-Bloo e.a. 2006). Beide methoden bleken in deze RCT effectief met grote *effect sizes* (voor borderlinekenmerken: SFT 2,96; TFP 1,85), met een beter resultaat voor SFT. Dit verschil hing vooral samen met het verschil in drop-out. Bovendien waren bij toeval de TFP-patiënten er bij aanvang ernstiger aan toe: 76 procent rapporteerde een recente suïcidepoging versus 39 procent in de schemagroep ($p=0,007$). Beide condities zijn dan niet echt meer vergelijkbaar. Ook volgden de TFP-behandelaars het protocol minder goed en hadden minder vertrouwen in de methode. Dit is overigens begrijpelijk, omdat TFP in dit onderzoek voor het eerst in Nederland werd geïntroduceerd; het protocol (de *manual*) was nog niet afgerond, noch gepubliceerd, redenen om de bevindingen met enige reserve te bezien (Yeomans 2007). Giesen-Bloo en collega's (2006, p. 657) stellen dat *‘[...] straightforward recommendations for clinical practice cannot and should not be made on the basis of only 1 effectiveness study’*, maar namen dit voorbehoud zelf helaas niet in acht. Dit heeft een nadelige uitwerking gehad voor de beeldvorming over TFP in Nederland.

¶ *Nieuwe ontwikkelingen*

► **GEHECHTHEID EN PERSOONLIJKHEIDSORGANISATIE** Sinds begin jaren negentig hebben verschillende psychoanalytische onderzoekers en theoretici aspecten van BPS — onstabiele, intense persoonlijke relaties, wankel zelfgevoel, gevoelens van leegte, woede-uitbarstingen, chronische verlatingsangst en het niet kunnen verdragen om alleen te zijn — in verband gebracht met een onveilige gehechtheidsstijl, daarbij voortbordurend op de gehechtheidstheorie van Bowlby (zie o.a. Fonagy e.a. 2000; Levy e.a. 2006). Zij postuleerden onder andere dat verandering in de gehechtheidsrepresentaties, opgevat als een sociaal-cognitief en affectief begrip, wel eens het primaire mechanisme zou kunnen zijn, waardoor borderlinepatiënten verbeteren.

Daarom zijn in beide beschreven RCT's (Clarkin e.a. 2007; Doering e.a. 2010) ook de gehechtheidsstijl en het mentaliseren/reflectief functioneren onderzocht, waarbij dit laatste begrip is opgevat als het (on)vermogen om gedrag van zichzelf en anderen te interpreteren in termen van intentionele mentale toestanden, zoals gedachten, gevoelens en overtuigingen.

Levy en medewerkers (2006) onderzochten als eersten gehechtheidspatronen en reflectief functioneren (RF) in de RCT onder borderlinepatiënten, waarin TFP werd vergeleken met DGT en een steunende psychodynamische variant (Clarkin e.a. 2007). Na een jaar concludeerden de onderzoekers op basis van het Adult Attachment Interview (George e.a. 1985; Steele e.a. 2009) en een RF-codering daarvan, dat de gehechtheidsstijl van de TFP-patiënten was verbeterd in de richting van een veiliger gehechtheid en dat hun verhalen over

hun jeugd coherenter werden en hun RF toenam. Deze veranderingen waren er niet in de DGT, noch in de psychodynamische controleconditie.

De vraag is uiteraard: hoe komen deze veranderingen tot stand? Want anders dan in MBT (Mentalisation Based Treatment), waarin veranderingen in mentaliseren nog niet zijn aangetoond, is de behandeling bij TFP gericht op de integratie van de gespleten georganiseerde persoonlijkheidsstructuur en niet op mentaliseren. Kennelijk hangen deze twee constructen en theoretische perspectieven nauw samen. Het bespreken van de interactie tussen patiënt en behandelaar in het hier-en-nu, zoals die gedetailleerd plaatsvindt in TFP met een focus op overdracht en tegenoverdracht, vertoont wellicht enige gelijkenis met de bespreking van die interactie in MBT. Maar een belangrijk verschil is dat TFP uitgaat van een conflictmodel: het conflict tussen de geneigdheid tot nabijheid zoeken, verlangen, enerzijds en de geneigdheid tot het bewaren van autonomie, agressiviteit, anderzijds.

Dit conflict is bij de BPO divergent: het is verscheurend en wordt niet bewust als conflict beleefd, anders dan bij de neuroticus. Deze divergente BPO-conflicten blijven binnen de gehechtheidstheorie impliciet in de verschillende gehechtheidsstijlen. TFP gaat er bovendien van uit dat het van belang is om zich alle affecten, ook de meest negatieve, zoals haat, nijd, wraak of moordlust, toe te eigenen, ook als men ze (aanvankelijk) als egodystoon ervaart. MBT spreekt dan van een 'alien self', daarmee trachtend recht te doen aan een externe, veelal traumatische, origine van sommige heftige negatieve affecten. Beide benaderingen hanteren de 'not knowing stance' als uitgangspunt: de therapeut heeft de waarheid niet in pacht, maar betekenisgeving komt tot stand in de interactie.

Ook de Duits/Oostenrijkse psychoanalytische onderzoeksgroep onderzocht veranderingen in 'reflectief functioneren' door TFP (Fischer-Kern e.a. 2015) in de eerder beschreven RCT (Doering e.a. 2010). Bij instroom hadden patiënten in beide condities een gemiddelde RF van 2,7, hetgeen laag is (want de range is 0-9). Na een jaar bleken alléén de patiënten in TFP significant verbeterd wat betreft hun reflectief functioneren, met een middelgrote effect size ($d=0,45$). Zij bleken dus beter in staat om over zichzelf en anderen na te denken en betekenis te verlenen aan hun eigen en andermans gedrag. Deze veranderingen hingen samen met verbeteringen in de persoonlijkheidsorganisatie, vastgesteld met het Structured Interview of Personality Organization. Opmerkelijk was dat deze laatste verbeteringen groter waren (effect size: $d=1,2$) dan de verbeteringen in RF.

Kennelijk gaat het om verwante, maar niet één op één samenhangende constructen. RF slaat op iemands vermogen om het eigen gedrag en dat van anderen te begrijpen en te interpreteren als uitdrukking van uiteenlopende mentale toestanden. Het begrip 'persoonlijkheidsorganisatie' is daarentegen veel breder en omvat naast het waarnemen van zelf en anderen, ook dimensies als de kwaliteit van de objectrelaties, de afweer, agressie, 'coping' en morele waar-

den (zie Fischer-Kern 2015, p. 2). Het onderzoek naar de RF is te plaatsen in de context van het gehechtheidsonderzoek, maar het vaststellen van de persoonlijkheidsorganisatie richt zich op belangrijke gebieden van het functioneren van de persoonlijkheid in het dagelijks leven. TFP richt zich nu eenmaal op de huidige therapeutische relatie, het hier-en-nu.

Kennelijk spelen de overdrachtsgerichte interventies in termen van <jij en ik>, <hier en nu>, dus van wat er zich tussen therapeut en patiënt in de behandelrelatie afspeelt, ook een belangrijke rol om het RF te verbeteren, zodat de patiënt geleidelijk aan coherenter kan denken.

Deze resultaten worden ondersteund door nog ongepubliceerde data over verbeteringen in gehechtheidsstijl die Anna Buchheim op basis van deze Duits-Oostenrijkse RCT in 2012 presenteerde op het internationale congres van de International Society for TFP in Amsterdam. Alleen in de TFP-groep verbeterde de gehechtheidsstijl significant in de richting van veiliger gehecht.

Dit zijn belangrijke onderzoeksresultaten. Niet alleen omdat het interessant is dat deze onderzoeken vanuit twee theoretische kaders naar de borderlinepathologie en de verbeteringen daarin kijken, maar vooral omdat door deze meer structurele gegevens over de persoonlijkheid duidelijk wordt dat TFP bijdraagt aan verbeteringen in wat Kernberg — in navolging van Freud — de belangrijkste criteria noemt: liefde en werk. Patiënten gaan door TFP beter functioneren binnen relaties, zowel privé als op het werk, doordat ze niet meer voortdurend vijandigheid en onveiligheid om zich heen zien. Hun innerlijke wereld wordt veiliger en humaner en ze kunnen hun eigen en andermans beperkingen beter verdragen, een belangrijke voorwaarde om gelukkig te kunnen worden.

Wij hebben dergelijke veranderingen beschreven in ernstig getraumatiseerde kindsoldaten, die zichzelf aanvankelijk als <dier> ervaren en een wilde razernij/agressie tentoonspreidden. Gaandeweg de TFP keerden zij als het ware terug naar de humaniteit en verzachtte hun razernij zich tot meer gewone, hanteerbare gevoelens van boosheid (Draijer & Van Zon 2013).

De sociaalwetenschappelijke onderzoekstraditie van het effectonderzoek is sterk georiënteerd op een psychiatrisch symptomatisch gedacht (DSM-)begrip-kader, waarbij verbetering vooral in termen van symptoomreductie wordt geoperationaliseerd. Maar de meer structurele, psychoanalytische concepten zijn wat betreft het persoonlijk en relationeel functioneren minstens zo relevant, zo niet relevanter. Zij zijn van doorslaggevende betekenis voor het persoonlijk en sociaal functioneren.

► **DE AANDACHT VOOR NARCISME BIJ BPO** Een tweede, verwante, inhoudelijke vernieuwing is de aandacht in het onderzoek voor de patiënten met comorbide narcistische en borderline-persoonlijkheidsstoornis. Deze patiënten behoren binnen het spectrum van de persoonlijkheidsstoornissen tot de moeilijker te behandelen groep met een slechtere prognose dan de reguliere borderline-patiënt.

In mijn eigen klinische en supervisie-ervaring wordt deze comorbiditeit binnen de therapeutische relatie gekenmerkt door een terugkerende neiging tot strijd in de behandelrelatie, waarbij de negatieve overdracht op de voorgrond staat en de patiënt de behandelaar ervaart als ongeïnteresseerd, onhartelijk of zelfs opzettelijk sadistisch, en waarbij de patiënt intimiteit, samenziend en samen onderzoeken bij voorkeur uit de weg lijkt te willen gaan. Het risico van voortijdig afbreken van de behandeling is bij deze groep dan ook groter en behandelaars moeten soms alle zeilen bijzetten om hun zelfgevoel op peil te houden en om de patiënt binnenboord te houden.

Diamond en Meehan (2013) presenteren een model van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS) dat enerzijds gebaseerd is op objectrelatietheorie en anderzijds recht doet aan de gehechtheidstheorie. Bij pathologisch narcisme gaan zij uit van een spectrum dat zich uitstrekt van neurotische (hoger functionerend) tot borderline-organisatie (lager functionerend), volgens Kernbergs definitie, met als uiterste de maligne en de antisociale varianten (Kernberg, 1997).

Het neurotische narcisme is binnen de psychoanalyse een geliefd onderwerp. Kenmerkend voor de narcistische pathologie, zelfs bij BPO, is dat deze patiënten zich aanvankelijk als steviger presenteren, met AS-I-stoornissen, waarbij de NPS onopgemerkt (en onbehandeld) blijft. De NPS/BPO-patiënten eisen waardering en bewondering en vinden dat ze recht hebben op een bijzondere behandeling, bij voorkeur door een bijzondere persoon. Bovendien gedragen zij zich ten opzichte van anderen exploiterend; het ontbreekt hun aan empathie en ze voelen zich jaloers op wat anderen ten deel valt.

In de klinische praktijk valt mij op dat deze patiënten meteen in het eerste contact al om het minste of geringste woedend kunnen worden, als was de behandelaar een sadist die hen opzettelijk kwelt. (Zo veronderstelde een patiënte bijvoorbeeld, toen ik de deur niet een-twee-drie open kon doen, dat ik haar expres langer voor de deur liet staan, waarover ze in woede ontstak.) Patiënten met NPS/BPO hebben een instabiel en ongeïntegreerd zelfgevoel, slechte impulscontrole en verdragen geen gevoelens van angst en afhankelijkheid. Ze functioneren daarom slecht in de liefde en in het werk (Kernberg 1997, 2007). Ze komen voortdurend in conflicten terecht.

Diamond en collega's (2014) leggen in hun theoretische uiteenzetting het accent op het 'grandioze zelf' — een pantser waaraan de patiënt zijn ogenschijnlijke stevigheid ontleent — en op de aanwezigheid van devaluerende, misprijzende en afwijzende afweer. De patiënt zet de behandelaar dan bijvoorbeeld neer als waardeloos, verwaarlozend en sadistisch, als afweer tegen de verwarring die de positieve 'dyade' teweegbrengt, waarin de behandelaar gezien wordt als warm en betrokken. Een casus illustreert hoe de afwijzende devaluaties in stelling worden gebracht als afweer tegen een kwetsbare, gepreoccupeerde toestand, waarin de patiënt zich afwisselend razend, in de war en passief-afhankelijk voelt.

Diamond en medewerkers (2014) combineerden de onderzoeksgegevens van twee RCT's, de New Yorkse en de Duits-Oostenrijkse, en vergeleken daarin de patiënten met BPS/NPS met de patiënten met alleen BPS. De eersten bleken inderdaad minder gehospitaliseerd te zijn en minder AS-I-stoornissen te hebben, maar meer AS-II-comorbiditeit te vertonen. De auteurs vermoeden hier dat het stabiliserende effect van het 'grandioze zelf' deze patiënten op de been houdt.

Ze constateerden dat qua gehechtheidsstijl 'onveilig vermijdend' het meest voorkomt bij deze NPS/BPS-patiënten (32%): devaluatie, afwijzing, en/of idealisering van de belangrijke relaties uit de kindertijd is bij hen een belangrijke regulerende strategie. Nog eens een kwart wisselde deze strategie af met een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl en één procent bleek louter gepreoccupeerd gehecht. Men vond geen verschillen in *reflectiefunctioneren* met de borderlinepatiënten.

Op basis van dit onderzoek verfijnden ze de techniek van TFP bij narcistische pathologie. Ze zijn iets minder streng bij de contractafspraken over werk of nuttige tijdsbesteding en nemen er meer tijd voor, vanwege het potentieel krenkende karakter van dergelijke afspraken voor het 'grandioze zelf'. Ze passen in het begin van de behandeling meer 'therapist-centered' interpretaties toe. Omdat de patiënt moeite heeft met zijn eigen beperkingen, bespreken ze aanvankelijk vooral de beperkingen die de patiënt in de behandelaar ziet, zodat hij daarmee kan reflecteren op wat het is om met beperkingen te leven.

Het werken in de overdracht is lastig met deze populatie, omdat deze niet in staat of bereid is om te investeren in een (object)relatie met de therapeut. De therapeut bestaat als het ware niet en de patiënt leeft in de illusie dat hij alles het beste zelf kan oplossen, want hij weet toch het beste wat goed voor hem is en heeft niemand nodig. Of de therapeut wordt neergezet als waardeloos als hij niet tegemoetkomt aan de behoefte aan bewondering en eindeloze en perfecte zorg.

Ik vind het relevant dat Diamond de aandacht vestigt op deze 'lastige' groep, omdat deze patiënten vaak overkomen als gezonder dan ze in feite zijn, waarbij de narcistische dynamiek in de diagnostische fase gemist is en de therapeut vervolgens alle hoeken van de kamer te zien krijgt door toedoen van een devaluerende patiënt.

► **ONTWIKKELINGEN IN NEDERLAND** In Nederland heeft TFP zich ontwikkeld tot een gewaardeerde psychoanalytisch psychotherapeutische variant waarin men goed met en in de overdracht leert werken, op een toegankelijke manier. TFP-interventies zijn bovendien goed bruikbaar in psychoanalyses met BPO-patiënten.

Dit therapiemodel is inmiddels geïntegreerd als vast onderdeel binnen (sommige) opleidingen tot BIG-geregistreerd psychotherapeut en klinisch psy-

choloog en binnen de specialistische opleiding tot psychoanalytisch psychotherapeut.

Daarnaast is er in de regio Amsterdam in het nieuw vormgegeven psychoanalytisch behandel- en opleidingsinstituut op het Olympiaplein een tweejarige opleiding tot TFP-therapeut en worden er her en der theoretische basis-cursussen gegeven. Ook leren arts-assistenten in sommige A-opleidingen TFP. Dit is heel behulpzaam bij het leren van psychodynamisch denken (Bernstein e.a. 2015).

Internationaal zijn hier goede resultaten mee bereikt, zelfs in de acute dienst (Zerbo e.a. 2013) en bij farmacotherapie (Hersh 2015). Er is een TFP-register opgericht met gespecificeerde kwalificaties binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie. De organiserende instantie is TFP Nederland, opgericht door internationaal gecertificeerde opleiders/supervisoren. Zij hebben de afgelopen tien jaar met regelmaat over TFP gepubliceerd (voor publicaties zie www.tfpnederland.com). In 2012 werd samen met de ISTFP een succesvol internationaal congres georganiseerd in Amsterdam.

¶ *Conclusies*

De belangrijkste recente inhoudelijke ontwikkelingen in de TFP zijn de belangstelling voor de gehechtheid in relatie tot de persoonlijkheidsorganisatie en de aandacht voor de narcistische dynamiek die de behandeling duidelijk bemoeilijkt. Vanuit een objectrelationeel gezichtspunt wordt daarbij vooral de aandacht gevestigd op het <grandioze zelf>, als poging tot compensatie voor het niet-gezien-zijn door de belangrijkste objecten uit de kindertijd.

Het is opmerkelijk hoezeer psychoanalytici en psychoanalytische TFP-psychotherapeuten bereid zijn om zich te verhouden tot de psychiatrische en klinisch-psychologische onderzoekstraditie en de krachtmeting aan te gaan met andere interventies en theoretische stromingen. Bewonderenswaardig is ook hun *integratieve inzet*, namelijk om concepten uit een objectrelationeel perspectief te verbinden met een gehechtheidsperspectief.

Belangrijke uitkomsten van onderzoek zijn dan ook dat TFP niet alleen op symptoomniveau effectief is, maar ook meer structurele verandering te zien geeft, dus in de innerlijke (persoonlijkheids)structuur van de patiënt en wel in de richting van verbetering van de borderline-organisatie en van meer veilige gehechtheid.

TFP is daarmee een van de eerste psychoanalytische interventies die zijn pre-tenties waar weet te maken: de persoonlijkheidsstructuur van patiënten in TFP raakt meer geïntegreerd, ze zijn beter in staat om negatieve gevoelens en ambivalenties te verdragen en eigen en andermans beperkingen onder ogen te zien. Ze krijgen, zo is mijn ervaring als TFP-psychotherapeut en -supervisor, een innerlijk leven en al het <gedoe> en ageren houdt op. Ze gaan beter reflecteren/ <mentaliseren>, ze krijgen daarom meer zicht op zichzelf en op andere mensen.

In de onderzochte vergelijkingscondities was dit niet het geval. Dit resultaat is belangrijk, omdat mensen door deze structurele veranderingen duurzaam beter kunnen omgaan met zichzelf en anderen, minder in conflicten terecht komen en beter gevoel en afhankelijkheid kunnen verdragen. In deze gunstige onderzoeksresultaten is TFP vooralsnog uniek.

Literatuur

- BERNSTEIN, J., ZIMMERMAN, M. & AUCHINCLOSS, E.L. (2015). Transference-focused psychotherapy training during residency. *Psychodynamic Psychiatry*, 43, 201-221.
- BUCHHEIM, A., DOERING, S., HÖRZ, S. e.a. (z.j.). *Change of attachment status in borderline personality disorder* (aangeboden ter evaluatie).
- CALIGOR, E., DIAMOND, D., YEOMANS, F. & KERNBERG, O. (2009). The interpretative process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 271-301.
- CLARKIN, J.F., LEVY, K.N., LENZENWEGER, M.F. & KERNBERG, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E. & KERNBERG, O.F. (1999). *Psychotherapy for the borderline patient*. New York: John Wiley & Sons.
- CLARKIN, J.F., YEOMANS, F.E. & KERNBERG, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J.F., LEVY, K.N. e.a. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 175-210.
- DIAMOND, D. & MEEHAN, K.B. (2013). Attachment and object relations in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1148-1159. doi: 10.1002/jclp.22042.
- DOERING, S., HÖRZ, S., RENTROP, M. e.a. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- DRAIJER, N. & VAN ZON, P. (2013). Transference-focused psychotherapy with former child soldiers. *Journal of Trauma and Dissociation*, 14, 170-183.
- FISCHER-KERN, M., DOERING, S., TAUBNER, S. e.a. (2015). Transference focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* (ter perse).
- FONAGY, P., TARGET, M. & GERGELY, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Psychiatry Clinics of North America*, 23, 103-122.
- GEORGE, C., KAPLAN, N. & MAIN, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Niet gepubliceerd manuscript. University of California at Berkeley.
- GIESEN-BLOO, J., DYCK, R. VAN, SPINHOVEN, P. e.a. (2006). Outpatient psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- HERSH, R.G. (2015). Using transference-focused psychotherapy principles in the pharmacotherapy of patients with severe personality disorders. *Psychodynamic Psychiatry*, 43, 181-199.
- HØGLEN, P., BØGWALD, K.P., AMLO, S. e.a. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 165, 763-771.
- HØGLEN, P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1056-1066.
- KERNBERG, O.F. (1984). The structural interview. In O.F. Kernberg, *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- KERNBERG, O.F. (1997). Pathological narcissism and the narcissistic personality disorder. In E.F. Ronningstam (red.), *Disorders of narcissism* (p. 29-51). Washington: American Psychiatric Press.
- KERNBERG, O.F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 503-539.

- LEVY, K.N., MEEHAN, K.B., KELLY, K.M. e.a. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- STEELE, H., STEELE, M. & MURPHY, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 633-643.
- YEOMANS, F.E. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused psychotherapy. Ingezonden brief. *Archives General Psychiatry*, 64, 609-610.
- YEOMANS, F.E., CLARKIN, J.F. & KERNBERG, O.F. (2002). A primer of transference focused psychotherapy for the borderline patient. Northvale: Jason Aronson (ook in Ned. vertaling).
- YEOMANS, F.E., CLARKIN, J. & KERNBERG, O.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- YEOMANS, F.E., SELZER, M.A. & CLARKIN, J.F. (1992). *Treating the borderline patient*. New York: Basic Books.
- ZERBO, E., COHEN, S., BIELSKA, W. & CALIGOR, E. (2013). Transference-focused psychotherapy in the general psychiatry residency. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 163-181.

SUMMARY

Recent developments in Transference Focused Psychotherapy

Transference Focused Psychotherapy (TFP) is an intensive (twice a week) psychoanalytic psychotherapy for patients with a borderline organization of the personality, based on object-relational thinking. Because of its precise description in a 'manual' this psychotherapy has come to be well tested and implemented.

After a short description of TFP an overview of the evidence on which it is based is presented as well as some new developments in the field.

Research shows that TFP is not only effective at symptom level, but also at a structural level, improving the personality organization as well as the capacity to reflect on self and others (mentalization/reflective functioning). This focus on personality structure and attachment style in effectiveness research is new.

A second focus of attention is narcissistic personality disorder; compared with the conditions of other borderline organized patients, this is known to be difficult to treat.

Key words: borderline personality organization (BPO), effectiveness, narcissism, Transference Focused Psychotherapy

Manuscript ontvangen 1 juni 2015

Definitieve versie 6 september 2015