

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Over begrenzing in Transference Focused Psychotherapie

## *Lastig voor patiënt en behandelaar*

NEL DRAIJER

### ¶ *Inleiding*

Gewoonlijk houdt een psychoanalytisch psychotherapeut zich verre van het stellen van normen en regels ten aanzien van het gedrag van zijn patiënten. Technische neutraliteit ten aanzien van de conflicten van de patiënt is tot norm verheven en we onthouden ons derhalve van adviezen of sturing en in principe daarmee ook van *limit-setting*, begrenzing of eisen voorafgaand aan de behandeling. Ook treden we patiënten bij voorkeur open en zonder vooropgezette eisen en verwachtingen tegemoet.

Maar bij de TFP (Transference Focused Psychotherapie), een psychoanalytische psychotherapie die is ontwikkeld voor de behandeling van borderline- en narcistische problematiek, is dat anders gesteld: deze psychodynamische psychotherapie voor patiënten met een borderline-organisatie van de persoonlijkheid wordt voorafgegaan door enkele zittingen waarin de behandelaar komt tot een *contract* met zijn patiënt waarin grenzen worden gesteld aan vormen van (vooral zelfbeschadigende) *acting out*, dus aan <gedoe>. In dit artikel bespreek ik de functie van deze contractafspraken en ook hoe het contract, dat op het eerste gezicht een restrictieve werking heeft, de persoonlijkheidsontwikkeling, dat wil zeggen integratie van de persoonlijkheid, bevordert.

### ¶ *Transference Focused Psychotherapie*

Transference Focused Psychotherapie (TFP) is ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met een borderline-organisatie van de persoonlijkheid, oftewel patiënten bij wie er sprake is van splijting als belangrijkste afweervorm en bij wie de identiteit diffuus is (Kernberg 1975): het beeld van zichzelf is óf positief óf negatief; het is óf sterk en onafhankelijk óf zwak en afhankelijk. Men kan dus geen ambivalenties verdragen en <splijt> zowel de representaties van het

‹zelf› als de representaties van anderen in gescheiden, tegengestelde categorieën. De identiteit wordt niet beleefd als één geïntegreerd geheel met goede en slechte eigenschappen, een geheel dat door de tijd heen en in verschillende omstandigheden als hetzelfde wordt beleefd, maar er is een voortdurende wisseling. En dat is voor de persoon in kwestie heel onrustig. Inherent hieraan is dat negatieve gevoelens (verdriet, boosheid, mentale pijn, eenzaamheid) slecht verdragen worden en omgezet worden in (destructieve) handelingen die we ‹ageren› noemen: (zelf)destructiviteit, middelengebruik, ruzie zoeken, te veel of te weinig eten, vreemdgaan, et cetera.

Voor de vaststelling van de persoonlijkheidsorganisatie ontwikkelde Kernberg het structurele interview, waarin hij onderscheid maakt tussen een neurotische organisatie, die gekenmerkt wordt door rijpe afweer, een geïntegreerde identiteit en intacte realiteitstoetsing; de voornoemde borderline-persoonlijkheidsorganisatie (BPO), gekenmerkt door onrijpe afweer, een gefragmenteerde identiteit en overwegend intacte realiteitstoetsing; en ten slotte de psychotische organisatie, eveneens gefragmenteerd, met onrijpe afweer en afwezige realiteitstoetsing.

We hebben het bij BPO in descriptieve DSM-termen over een uiteenlopende groep patiënten — patiënten met borderline- en/of narcistische problematiek, maar soms ook mensen met andere persoonlijkheidsstoornissen. TFP is een interactieve psychoanalytische behandeling van twee zittingen per week met als belangrijkste doel het opheffen van splijting als belangrijkste afweer, en integratie van de identiteit en daarmee het kunnen verdragen van (negatieve) gevoelens en van ambivalenties.

De effectiviteit van deze vorm van psychotherapie is bewezen met behulp van twee *randomized controlled trials* (RCT's) onder BPS-patiënten. Hieruit bleek dat TFP bijdraagt aan verbeteringen op symptoomniveau, maar — bij nadere analyse van de data uit het Adult Attachment Interview — ook op structureel niveau: de veiligheid van de gehechtheid en het mentaliserend vermogen verbeterden, evenals de persoonlijkheidsorganisatie (Clarkin e.a. 2007; Doering e.a. 2010; Diamond e.a. 2023; zie Draijer 2015).

In deze studies is overigens de gehele interventie onderzocht, dus de behandeling zelf, inclusief het behandelcontract dat daaraan voorafgaat en dat bedoeld is om het ageergedrag (de zelfdestructiviteit) te beteugelen. In eerder niet-vergelijkend onderzoek werd aangetoond dat hoe degelijker en concreter deze contractafspraken zijn, met name de verwoording van de afspraken door de patiënt, hoe beter de prognose is (Yeomans e.a. 1992).

### ¶ *Acting out bij BPO*

We komen in de psychodynamische behandeling van patiënten met een borderline-organisatie van de persoonlijkheid tal van (ongezonde) gedragingen tegen die we als *acting out* kunnen bestempelen: gedrag dat in de plaats komt

van gevoelens van binnen ervaren, omdat die gevoelens als ondraaglijk worden beleefd. Te denken valt aan zelfbeschadigend en/of suïcidaal gedrag, middelemisbruik (alcohol, drugs), geweldpleging, woede-uitbarstingen, maar ook excessief <shoppen>, <daten>, vreemdgaan of juist contact uit de weg gaan.

Waar we in deze psychodynamische behandelingen naar streven is dat — omgekeerd — voelen in de plaats gaat komen van deze handelingen, zodat gevoelens ervaren, verdragen en overdacht kunnen worden, zodat het mogelijk wordt de betekenis ervan te leren kennen. Kortom, zodat er innerlijk leven op gang komt in de plaats van leegte enerzijds en ageren anderzijds.

In de TFP gebruiken we onder andere het contract om dit te bewerkstelligen. Dat wil zeggen: we inventariseren bij het begin van de behandeling welke vormen van *acting out* de patiënt vertoont — veelal weten ze dat precies — en daarover worden afspraken gemaakt, namelijk de afspraak om het betreffende gedrag niet te vertonen en als men de neiging had of men heeft het toch gedaan, dit als eerste de volgende zitting ter sprake te brengen.

We inventariseren ook hoe patiënten eerdere behandelingen hebben ondermijnd door te vragen: <U heeft nu verschillende behandelingen achter de rug. Als u nu terugdenkt, wat beschouwt u dan als uw aandeel om de behandeling te laten mislukken?>

Bij deze afspraken wordt een eigen positie van de behandelaar niet geschuwd, door erop te wijzen dat het gedrag — neem bijvoorbeeld automutilatie — strijdig is, inconsistent, met de wens om in behandeling te zijn en beter te worden. Voor analytici lijkt dit een te directieve houding, maar we zullen zien dat deze afspraken voorafgaand aan de feitelijke psychotherapie het juist mogelijk maken om de dynamiek te analyseren.

#### ¶ *Moralisme versus neutraliteit*

Uiteraard willen we in TFP onze technische neutraliteit behouden ten opzichte van het innerlijke conflict, en samen met de patiënt analyseren wat er speelt. Wat wordt met technische neutraliteit bedoeld? Dat we geen partij kiezen in een conflict, dat we geen moreel standpunt innemen, niet de ene keuze beter vinden dan de ander. Dus wat we dan doen voorafgaand aan de behandeling (maar desnoods ook halverwege, als *acting out* blijkt te spelen), is om dit ongezonde of therapie-interfererende gedrag <onder contract te brengen>, zodat de gevoelens die op de achtergrond spelen, geanalyseerd kunnen worden.

#### ¶ *Hoe ziet zo'n contract eruit?*

Hoe ziet het contract eruit? Wat is het doel ervan? Wat is psychodynamisch gezien de betekenis van het contract? Waar resulteert het in, als het goed is?

Laten we beginnen met deze vraag: hoe gaan contractafspraken precies in hun werk? Ze gaan aan de feitelijke behandeling van twee zittingen per week

vooraf. Ze hebben tot doel om het ageren te begrenzen, om het gevoel erachter te kunnen bespreken. Draijer (2015) omschreef het zo:

«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 beoordelen 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 blijven 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? En wat ging dááaraan vooraf?» Het «contract» klinkt dus nogal on-psychoanalytisch, directief, maar fungeert in feite als terugkerende mogelijkheid om het gevoel te bespreken dat aan het ageren ten grondslag ligt. (Over de functie van het contract, zie Delaney & Yeomans 2021.)

#### ¶ *De moeilijkheden voor de behandelaar*

Mensen die opgeleid zijn als psychoanalyticus of als psychoanalytisch psychotherapeut moeten soms vanwege hun a priori non-directieve, volgende en empathische houding wel even slikken met deze als streng aanvoelende contractvoorwaarden.

Zij moeten allereerst inventariseren wat de patiënt over zichzelf — veelal in eerdere behandelingen — te weten is gekomen over de manier waarop hij/zij de behandeling kan saboteren. Desgevraagd antwoorden patiënten: «rommelen met de medicatie», «zeggen dat ik ziek ben», «niet meer komen», «wegblijven». Dus deze gedragingen worden «onder contract gebracht», dat wil zeggen dat hij/zij moet toezeggen om er alles aan te doen om dit gedrag niet te vertonen, en als hij/zij bemerkt dat de neiging er toch is, om dat als eerste ter sprake te brengen in de volgende zitting.

Ook inventariseert de behandelaar alle (zelf)destructieve gedragingen. En daarover worden dezelfde afspraken gemaakt. Evenals over de basale afspraak om te verschijnen, op tijd te zijn en ter sprake te brengen wat er in iemand omgaat.

¶ *Wat komen behandelaars aan moeilijkheden tegen bij deze vorm van begrenzen?*

Bij de contractafspraken dienen zich voor de behandelaar een aantal problemen aan die vooral met de behandelaar zelf te maken hebben, namelijk met zijn/haar normen en waarden en tegenoverdrachtelijke gevoelens:

- Er kan de neiging bestaan om het vooral gezellig en harmonieus te willen houden en botsingen uit de weg te gaan.
- Het kan zijn dat men vanuit de eigen voorgeschiedenis bang is voor ruzie en conflicten.
- Het kan zijn dat men zelf een diepe, maar onbewuste, behoefte heeft om lief gevonden te worden.
- En het kan ook dat men vanuit de eigen geschiedenis bang is voor verlating.

Voor deze behandelaars blijkt het moeilijk te zijn om grenzen te stellen aan de ander, de patiënt. Dit laat de noodzaak zien van doorlopende supervisie en/of intervisie. Ook de bij de opleiding verplichte leertherapie kan op dit punt behulpzaam zijn.

Wat ik als belangrijkste obstakel zie, zowel bij het inventariseren van de *acting out* en de manieren om de therapie te ondermijnen, als bij het maken van duidelijke afspraken hierover, is dat de behandelaar in de rol komt van het slechte, namelijk het strenge, grenzenstellende, object. En daaraan hebben patiënten een broertje dood. *«Ik vind het rare afspraken!»*, zei een patiënte tegen mij, *«want als ik dat kon [namelijk voorkomen dat ze zich zou suïcidieren] dan zat ik hier toch niet!?»* Ze deed daarmee een appel op mijn begrip en redelijkheid, en trachtte daarmee tegelijkertijd haar autonomie om te doen wat zij wilde veilig te stellen.

Ik heb haar voorgehouden dat ze daar natuurlijk vrij in is, maar dat ik haar dan niet ging behandelen, omdat ik niet meer als behandelaar kan functioneren als ik me de hele dag zorgen moet maken of zij nog wel in leven is. Dus: *Take it or leave it*. Zij koos eieren voor haar geld.

Ik heb sinds ik TFP beoefen — eind jaren negentig — maar eenmaal meegeemaakt dat een patiënt die bij de contractafspraken zijn alcoholgebruik niet terug wilde brengen tot twee glazen per dag, besloot om de therapie maar te laten zitten.

¶ *«On being the bad object»*

Waar gaat 't om? De moeilijkheid voor behandelaars om deze grenzen te stellen en te handhaven heeft te maken met het moeten opnemen van de rol van *the bad object*. Dit lijkt in te druisen tegen wat als een *«empathische houding»* gezien wordt, dus tegen een bewuste therapeutische stijl om toch vooral

begripvol te zijn. Maar ook keert het zich tegen de persoonlijke neiging van de therapeut daartoe, dat wil zeggen: het onvermogen van de behandelaar wordt erin duidelijk om zich te laten gebruiken als een ‹slecht object›. En juist dat is aangewezen in een object-relatieve psychotherapie voor BPO zoals TFP.

Veel behandelaars willen liever de rol van een lieve ouder aannemen die — anders dan dat vroeger het geval was in het leven van de patiënt — alles begrijpt en empathisch volgt. Gabbard (1997) heeft dit omschreven als een van de grote valkuilen bij de behandeling van mensen die misbruikt zijn of anderszins verwaarloosd. Onze taak is nu juist om wel de rol van het slechte object aan te nemen als deze ons gepresenteerd wordt, en samen met de patiënt te analyseren wat dit gevoelsmatig voor de patiënt betekent.

### ¶ *De behandelaar*

Het contract is ook nieuw voor de behandelaar die niet gewend is aan limit-setting, en die het moeilijk kan vinden, geneigd als hij is om patiënten juist de ruimte te geven om te zijn wie ze zijn. Limit-setting stuit dus ook op de grenzen en beperkingen van de behandelaar. De behandelaar kan de hoeveelheid agressie die in de patiënt huist, loochenen, niet willen onderkennen of niet kunnen onderkennen. Dit blijkt veelal gekoppeld aan de eigen agressieproblemen, namelijk het niet onder ogen willen/durven zien, en voelen van de eigen agressie.

Als voorbeeld noem ik de behandelaar in mijn eigen eerste TFP-intervisie-groep die al zijn BPS-patiënten verloor in de beginfase, doordat hij alleen oog had voor de positieve motivatie van de patiënten, maar niet voor hun neiging om de behandelrelatie aan te vallen en stuk te maken. Hij zag dus alleen het positieve, maar loochende de negatieve tendenties in de BPS-patiënten. Dat lijkt heel aardig, maar hierdoor verloor hij juist zijn patiënten. Hij kreeg niet goed boven water op welke wijze patiënten de behandeling konden saboteren. Want dit zijn de krachten waar we bij de BPO-patiënten mee te maken hebben — enerzijds een groot appel op hulp en een daaraan gekoppeld verlangen naar nabijheid en zorg, anderzijds een krachtige neiging om afstand te scheppen, relaties stuk te maken, en de zogenaamde ‹autonomie› te bewaren: de push en pull van de relatie.

Een behandelaar moet dus in staat zijn om zowel zijn eigen agressie te kunnen voelen en onder ogen te zien, als die van zijn/haar patiënten. Behandelaars hebben dit vak niet zomaar gekozen en zijn vaak goed in staat een ander te ‹helpen› door de rol van het ‹goede object› te spelen, terwijl deze BPO-populatie het juist nodig heeft om de behandelaar als ‹slecht object› te kunnen gebruiken. De behandelaar dient dat, die negatieve overdracht, te kunnen verdragen en te bespreken.

¶ *Casuïstiek*

Patiënte is een vrouw met een borderline-persoonlijkheidsorganisatie en narcistische problematiek. Zij formuleert als haar probleem dat ze haar twee kinderen slaat en zich hierin niet kan beheersen. Ze wordt er ongelukkig van. Ze is alleenstaand, heeft een eigen bedrijfje, kan zich niet intiem verbinden met de twee verschillende vaders van de twee kinderen, ze houdt beide mannen op afstand en voedt haar kinderen alleen op. Een zware taak uiteraard. Haar agressie en ongemak reageert ze af op haar kinderen.

Dit vraagt om het stellen van een grens in het contract. In de groepssupervisie bespreken we de contractafspraken en dan blijkt dat de psychotherapeut het lastig vindt om de grens 'geen fysiek geweld tegen de kinderen' te stellen. Hij begrijpt het namelijk wel dat kinderen zich soms zo onmogelijk gedragen dat een ouder ertoe komt om te slaan, en beschouwt dit als 'privé'. Als supervisor moet ik hem er echt van overtuigen dat hier de grens ligt: er is niets mis met agressie voelen, maar agressief handelend optreden is voor niemand goed. Het contract houdt dan in: er alles aan proberen te doen om te voorkomen om fysiek agressief te zijn, en als er toch iets in die richting gebeurt, al is het maar een sterke neiging ertoe, dan is dat het eerste waar de patiënt over dient te beginnen de volgende bijeenkomst. Op die manier wordt het namelijk mogelijk om samen te analyseren wat er precies gevoelsmatig aan de hand was dat patiënte ertoe neigde om geweld te gebruiken.

De psychotherapeut volgt mijn instructies en is erg verbaasd dat zijn patiënte er zich goed aan houdt; ze doet haar best om zich in te houden ten opzichte van haar kinderen, en het gesprek opent zich over hoe zij zich voelt als ze weer eens erg boos wordt. Ze voelt zich dan veelal heel erg moe en ergert zich vooral aan haar oudste zoon, van wie ze meer begrip verwacht voor haar toestand; ook ergert ze zich aan zijn jaloezie op zijn jongere broertje.

Over het geheel genomen lijkt ze beter te functioneren en voelt zich beter. Aanvankelijk komt nog een enkel incident voor. Uit het transcript van de zitting blijkt dat mijn supervisant dit soms voorbij laat gaan zonder het ook maar te noemen en deze 'contractbreuk' met haar te analyseren. In de beginfase van de TFP is het aangewezen om meteen 'mee te gaan kijken' met de patiënt naar wat er nu precies aan de hand was en hoe ze zich voelde op dat moment, wat eraan voorafging et cetera, et cetera, zelfs tot in detail. Dit heeft tot gevolg dat er bij de patiënt een besef begint te groeien van een aanleiding en een gevoel dat erop volgt. Gevoelens krijgen dan een context, een reden, worden begrijpelijk. Maar bij één incident is de patiënt al negen maanden in behandeling en weet ze heel goed dat fysiek geweld niet de bedoeling is. Dus had mijn supervisant kunnen opmerken: 'Kunnen we



hier even samen naar kijken? Wat zou dit kunnen betekenen? We hebben hier immers afspraken over gemaakt. Zou het kunnen zijn dat het niet alleen agressief is tegen je kind, maar ook tegen de therapie, en om precies te zijn: ook tegen mij? Je steekt gewoon je middelvinger op naar mij. Je verbreekt onze afspraak.»

Deze wending — het bespreken van de emotionele betekenis van de contractbreuk in de relatie met de behandelaar — heeft als doel om de agressie van de patiënte in de behandelkamer te krijgen, en wel tegen de behandelaar gericht. Dit is wat sommige patiënten echt moeilijk vinden: het besef dat ze een afspraak hebben, en dat een afspraak iets tussen twee personen is en dat, als ze zich er niet aan houden, dit in feite een daad van agressie is tegen de behandelaar. Dat klinkt nogal groot en lomp geformuleerd, maar een van de doelen van TFP is om de pathologie interactief te gaan begrijpen en bespreken. Deze patiënte splitst namelijk, in dit geval tussen haar kind dat ze sadistisch aanvalt, en de behandelaar tegenover wie ze zich als slachtoffer van haar drukke kinderen presenteert. De behandelaar moet dus in dit geval het vermogen hebben om zich als «bad object» te laten gebruiken: namelijk als degene die paal en perk stelt aan de agressie van de vrouw.

Toen we dit in de supervisie bespraken, bleek de behandelaar zich eigenlijk vooral empathisch op te stellen. Hij had niets gezegd over de contractbreuk; hij had vooral met haar te doen en had begrip voor haar opgebracht en zich louter als een steunend, «good object» aangeboden. Interessant is dan dat in de intervisie de agressie bij mij als supervisor voelbaar wordt: ik voelde me kwaad worden en moest kalme woorden zien te vinden om aandacht te vragen voor het onder tafel werken van de agressiviteit — zowel bij de patiënte als bij de behandelaar.

Hierna vragen we ook de groep te reageren, en de aanwezigen steunden de therapeut in hoe moeilijk het is om die rol van «the bad object» op zich te nemen, terwijl ze ook zagen hoe hij verreed de agressiviteit te bespreken. Sommigen zeiden ook: het is bij een ander vaak makkelijker te zien dan bij jezelf! Je hebt de intervisie-/supervisiegroep dus nodig om dit te onderkennen en te analyseren.

Voor TFP'ers is zo'n voorbeeld gesneden koek, maar ik hoop ook aan anderen duidelijk te maken hoe het contract een functie heeft in de analyse van de psychodynamiek en vooral van de agressiviteit die rijkelijk aanwezig is bij onze BPO-populatie. Of zoals Delaney en Yeomans (2021) het formuleren in een recent artikel over de functie van het contract in TFP: we zien hier «how the treatment contract can facilitate in-depth understanding of the patient's internal world, particularly when challenges to the contract are enacted by the patient».

Nu, na anderhalf jaar, is het slaan overigens helemaal gestopt en is de vrouw in staat om haar gevoelens — ook haar boze gevoelens — in de overdracht met haar psychotherapeut te delen en erop te reflecteren.

¶ *Autonomie*

Een ander aspect dat bij de contractafspraken duidelijk wordt, is de kwestie van de autonomie. Ik heb daar al eerder op gewezen bij die suïcidale patiënt. ‹Autonomie› wordt opgehemeld in onze cultuur: vrijheid van meningsuiting en vrijheid van handelen, van gedachten, van de liefde, et cetera wordt een groot goed geacht. En dat is het ook in psychologische zin: de innerlijke vrijheid om te voelen, te denken en te doen zoals het je goeddunkt, naar eigen voorkeur. Maar de hamvraag is steeds: hoe zit het met de anderen? Individuele vrijheid tot elke prijs? Houden we rekening met anderen? Blijven we in verbinding met anderen?

In de TFP zien we dat onze BPO-patiëntenpopulatie, en met name het deel met narcistische problematiek, autonomie splitsend opvat als ‹doen wat je zelf wilt, zonder die verbinding met anderen›. Ze ervaren hier een conflict: óf ze zijn verbonden, maar dan voelen ze zich min of meer de slaaf van de ander, óf ze zijn ‹autonoom›, gaan hun eigen gang, maar zijn daarbij geheel los van de ander. De ontwikkeling richting integratie die TFP voorstaat, is een ontwikkeling richting ‹autonomie in verbinding›.

De autonomie bij BPO (doen wat je zelf wilt) komt natuurlijk onder druk te staan met de contractafspraken, want ineens is daar ‹de ander› (de psychotherapeut) in beeld, aan wie de eventuele grensoverschrijdingen gemeld en met wie ze besproken moeten worden. Daarbij valt aanvankelijk op dat bij de grensoverschrijdingen — denk aan de moeder die haar kind slaat — de ander, in dit geval de behandelaar, voor het moment volstrekt vergeten is. De ander, de therapeut, is eenvoudigweg ‹afwezig› in het bewustzijn. De moeder stond er voor haar gevoel alleen voor. Gaandeweg de TFP gaat dit veranderen en wordt ‹de ander› als extern object — in dit geval als grenzenstellend maar belangstellend, begrip- en respectvol object — steeds meer een innerlijk object.

..... Zo kreeg ik een vrouw in TFP omdat de CGT voor haar panieklachten volstrekt niet aansloeg. Patiënte kwam veelal niet en als ze kwam deed ze haar ‹huiswerk› niet — ze voelde zich niet begrepen en had er niets aan, volgens haar.

..... Ze bleek bij nader onderzoek ernstig verwaarloosd en door beide ouders verlaten als kind: ze was indertijd achtergelaten bij haar kleuterjuf. Ze had een borderline-organisatie van haar persoonlijkheid, met bij tijd en wijlen bingedrinken en dronkenschap. Ze vertelde dat ze aanvankelijk de alcoholafspraken die ik met haar maakte (maximaal twee alcoholische consumpties per dag) maar stom vond. Ze bewoog zich in artistieke kringen en beweerde dat ik er helemaal geen idee van had hoe het daar toeging, want ‹er wérd gewoon gedronken› op vernissages. Zij kon zich daarna aanvankelijk totaal onder tafel en in de goot drinken. Ik vroeg haar dan steeds: ‹Ja, maar wie brengt dan dat glaasje naar je mond?› ‹Ja, wie brengt dat glaasje naar mijn mond? Er wórdt gewoon gedronken!›

Pas na een maand of tien behandeling — en dus ook tien maanden gebakkelei over drank — vertelde ze dat ze op de fiets zat en mijn woorden in haar hoofd hoorde: ‹Wie brengt dan dat glaasje naar je mond?› En ineens wist ze: ‹Ik!› Zagen we hier aanvankelijk een autonomiebegrip — ‹Ik ben kunstenaar en ik ga gewoon naar die openingen en daar wordt gewoon gedronken, dat is nu eenmaal zo.› — zonder enig gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid en zonder verbinding met mij met wie ze de afspraak had gemaakt om zich tot twee glazen te beperken. Ze liet zich min of meer door de omstandigheden meevoeren. In de loop van de TFP ontstond er echter een besef van een ‹ik› die kan beslissen en die verantwoordelijkheden beseft voor alles wat ze voelt, denkt en doet, én die in verbinding is met anderen: Een meer geïntegreerd ‹ik›-besef.

Dit besef van een eigen verantwoordelijkheid, een eigen ‹ik›, komt dus pas geleidelijk tot stand in TFP, en je zou bijna kunnen stellen dat er bij de BPO eigenlijk geen ‹ik›, geen ‹ego›, geen centrale innerlijke instantie die denkt en voelt en beslissingen neemt, aanwezig is, maar eerder een diffuse, fluctuerende en wisselende instantie. Kernberg noemt dit ‹identiteitsdiffusie›: een ‹wiebelend› zelfgevoel — dan weer goed, dan weer slecht — dat het gedrag stuurt. Er is een impulsief reageren op neigingen waarbij gevoel wordt afgeweerd. Er wordt als het ware weggelopen voor gevoel. Gevoel wordt vermeden door te doen. Het gaat dan vooral om negatief gevoel.

Patiënten ervaren het als:

- er wordt gewoon gedronken;
- er wordt gesneden;
- er wordt gewoon vreemdgegaan.

Het ‹gebeurt gewoon›. Men ervaart zichzelf als het ware als een speelbal van de eigen impulsen.

Het contract in TFP plaatst hier een wig in. Dat is nieuw voor patiënten — die zijn gewend om in dezen hun goddelijke gang te gaan. Dat betekent dus ook dat het contract met de behandelaar aanvankelijk hun beleving van autonomie verstoort.

### ¶ *Narcisme en het contract*

Dit proces richting een geïntegreerd zelfgevoel en een centrale ‹ik› gaat niet altijd zo snel. Patiënten met narcistische problematiek kunnen de contractafspraken aanvankelijk ook als krenkend ervaren. Diana Diamond e.a. (2013, 2021) adviseren dan ook om bij deze populatie een beetje kalm aan te doen met de contractafspraken, omdat de narcist ze eenvoudigweg niet accepteert en dan dreigt af te haken. Bij deze patiëntenpopulatie zou je het een waar

gevecht kunnen noemen om als behandelaar zich een plaats te verwerven in de binnenwereld van de patiënt, als een aanwezige ander met wie er afspraken zijn gemaakt. Sommige narcistische patiënten hebben zo'n moeite met de afhankelijkheid die het verlangen naar de ander met zich meebrengt, dat ze koste wat het kost hun eigen gang willen blijven gaan, als het ware ter bestrijding van deze verbinding.

Voor TFP-behandelaars kan het als een zware klus ervaren worden om telkens weer de grensoverschrijdingen gezamenlijk te analyseren. Het lijkt dan over gedrag te gaan, over onwenselijk gedrag, of gedrag waarbij de behandelaar de ander zijn wil op lijkt te willen leggen en de patiënt zich hier telkens onderuit wurmt met een beroep op zijn autonomie. Er is in hun binnenwereld dan als het ware nog geen behulpzame, respectvolle ander denkbaar. In deze gevallen kan het contract verworden tot een soort strijd om de autonomie. Enerzijds ontstaat er dan langzaam maar zeker een groot verlangen naar de nabijheid van de ander, de behandelaar, anderzijds wordt de afhankelijkheid die hier inherent aan is te vuur en te zwaard bestreden: men gaat glashard door met overmatig drinken en dergelijke. In een heel enkel geval kan dit het breekpunt in de therapie vormen.

Maar de gevallen die ik hiervan heb gezien in supervisie, gingen steeds om een behandelaar die vooral een lieve begripvolle ouderrol op zich nam, en zich niet heeft gewaagd aan de rol van het slechte object op wie een patiënt boos kan zijn, iemand die de patiënt desnoods kan haten. Ik zeg altijd: 'Je mag me haten, zolang we erover kunnen blijven praten!' Want dit gesprek waarin de behandelaar bereid is zijn rol te onderzoeken als het slechte object, bijvoorbeeld als de 'niet-begrijpende, maar veroordelende, kritische ouder', dus de negatieve overdracht, biedt juist de intimiteit die tot verandering kan leiden.

Want de behandelaar kan dan de negatieve overdracht containen: 'Goh, als ik goed naar je luister, dan ervaar je mij als een sadistische figuur die geen enkel begrip heeft voor jouw positie! Dat lijkt me verschrikkelijk om daarmee in de kamer te moeten zitten.' Met andere woorden, deze negatieve overdracht — de dyade tussen een behoeftig kind en een onbegrijpende ouderfiguur bijvoorbeeld — wordt benoemd en begrepen en de behandelaar empathiseert met de ellendige positie waarin de patiënt zich op dat moment voelt zitten. Dit begripvol 'meekijken' met de negatieve overdracht bevordert integratie, en faciliteert op den duur het verdragen van ambivalenties.

#### ¶ *Terug naar het contract / de grenzen in TFP*

Dus wat ambiëren we met het contract en de hantering daarvan?

We ambiëren allereerst dat de negatieve tendenties, noem het de 'autonome neigingen' van de patiënt (om impulsief te gaan drinken, slikken, snijden, vreemdgaan, et cetera), gebonden worden aan de therapeut als het nieuwe object in het leven van de patiënt. Daarna kan de agressie achter deze

tendenties onderkend worden. *Acting out* wordt dan als ‹contractbreuk› geïnterpreteerd, als een breken van de afspraken tussen patiënt en therapeut, en dus als agressie tegen de therapeut.

Vervolgens gaat de patiënt geleidelijk aan ervaren dat negatieve, agressieve gevoelens verwelkomd worden door de therapeut als heel relevant, vitaal en betekenisvol. Ze mogen er zijn. Dan wordt het mogelijk dat de patiënt ervaart dat liefde en agressie bij elkaar horen en er gezamenlijk mogen zijn. Daardoor ontstaat geleidelijk een verbinding van deze op het oog tegenstrijdige gevoelens. Deze ontwikkeling betekent een integratie van de identiteit, het opheffen van splijting en het leren verdragen van ambivalenties. Parallel aan deze ontwikkeling wordt de gehechtheid veiliger en verbetert het reflectief vermogen. Ook zien we dat ‹de ander› — in dit geval de therapeut — als ander kan bestaan in de ogen van de patiënt, en hiermee ontwikkelt zich ook een sociaal geweten.

### ¶ *Conclusie*

We kunnen concluderen dat de contractafspraken in TFP op het eerste gezicht een restrictieve werking hebben en daarmee onanalytisch lijken. Ze blijken echter de persoonlijkheidsontwikkeling, dat wil zeggen integratie van de persoonlijkheid, te bevorderen. Het grenzen stellen in TFP in de vorm van het contract en het handhaven daarvan heeft namelijk de volgende functies:

- Destructieve en zelfdestructieve gedragingen worden ermee aan banden gelegd.
- Grensoverschrijdingen worden gezamenlijk geanalyseerd in de zin van: Wat was het gevoel eigenlijk op dat moment? Wat maakt nou dat je dat nodig leek te hebben? En: heb je nog een moment aan onze afspraken / aan mij gedacht?
- Boosheid achter de grensoverschrijdingen, boosheid op de behandelaar, wordt in beeld gebracht en in overdrachtelijke zin ‹omarmd› (omdat we ervan overtuigd zijn dat gezonde agressie samen met verlangen in elke tussenmenselijke relatie een rol speelt).
- De dynamiek tussen patiënt en behandelaar kan worden geanalyseerd aan de hand van de grensoverschrijdingen.
- Dus de agressie mag er zijn, wordt verdragen door de behandelaar, en de negatieve overdracht wordt gecontaind en in verdunde vorm ‹teruggegeven› aan de patiënt.
- Voorwaarde is dat de behandelaar toegang heeft tot het volledige bereik van zijn/haar (tegenoverdrachtelijke) gevoel en dat gebruikt als bron van informatie over het gevoel dat de patiënt afsplitst.
- Hierdoor leert de patiënt agressie voelen, verdragen en bespreken binnen de context van een welwillende relatie. Hierdoor verzacht de agressie en raakt bovendien de identiteit geïntegreerd.

Beginnende TFP-therapeuten zien de contractafspraken veelal als louter grenzenstellend en vinden dat ingewikkeld. Velen zijn daar te lief, lees: te geparentificeerd, voor, en hebben moeite om hun eigen agressieve gevoelens te onderkennen en paraat te hebben. Ook komt het geregeld voor dat men het contract moraliserend opvat en dat men dreigt in een straffende rol te verzeilen, daarbij de wenselijke technische neutraliteit uit het oog verliezend.

Maar dit grenzen stellen in TFP heeft als doel om het gevoel en de dynamiek te analyseren en heeft, zo blijkt, uiteindelijk een integrerend effect. Voor een gezonde ontwikkeling zijn grenzen dus noodzakelijk. Ze markeren de ander en onze relatie met de ander, en ze markeren daarmee onze humaniteit.

#### Literatuur

- 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(6), 922-928.
- DELANEY, J.C. & YEOMANS, F. (2021). Functions of the treatment contract in TFP. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 322-338.
- DIAMOND, D., KEEFE, J.R., HÖRZ-SAGSTETTER, S., FISCHER-KERN, M., DOERING, S. & BUCHHEIM, A. (2023). Changes in attachment representation and personality organization in Transference-Focused Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 76(1), 31-38.
- DIAMOND, D., YEOMANS, F. & KEEFE, J.R.D., YEOMANS, F. & KEEFE, J.R. (2021). Transference-Focused Psychotherapy for pathological narcissism and narcissistic personality disorder (TFP-N). *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 244-272.
- DIAMOND, D., YEOMANS F.E., STERN, B., LEVY, K.N., HÖRZ, S., DOERING, S., FISCHER-KERN, M., DELANEY, J.C. & CLARKIN, J.F. (2013). Transference Focused Psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 527-551.
- DOERING, S., HÖRZ, S., RENTROP, M., FISCHER-KERN, M., SCHUSTER, P., BENECKE, C., BUCHHEIM, A., MARTIUS, P. & BUCHHEIM, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder — Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.
- DRAIJER, N. (2015). Nieuwe ontwikkelingen in Transference-Focused Psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 21(4), 274-284.
- GABBARD, G. (1997). Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 5(1), 1-25.
- IPSO WORLD (2023, 27 januari). *Dr Kernberg presents the Structural Interview Method* [IPSO webinar]. Zie <https://www.youtube.com/watch?v=tmWpsKkrFwo>
- KERNBERG, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- YEOMANS, F.E., CLARKIN, J.F. & KERNBERG, O.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder — A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- YEOMANS, F.E., DELANEY, J.C. & LEVY, K.N. (2017). Behavioral activation in TFP — The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 54(3), 260-266.
- YEOMANS, F.E., SELZER, M.A. & CLARKIN, J.F. (1992). *Treating the borderline patient — A contract-based approach*. New York: Basic Books.

---

---

**SUMMARY**

*Indicating boundaries in Transference Focused Psychotherapy (TFP) — A new approach for patient and therapist*

Psychoanalytic psychotherapy usually refrains from setting restrictions to the behaviour of patients. Technical neutrality towards the patient's conflicts is the norm, refraining from advice and from limit-setting, boundaries or requirements prior to treatment. Psychoanalytic psychotherapy prefers to approach patients openly and without preconceived demands and expectations.

But in Transference Focused Psychotherapy, developed for the psychoanalytic treatment of borderline and narcissistic problems, psychotherapy is preceded by a few sessions in which the therapist enters into a contract with the patient in which limits are set on forms of (especially self-harming) 'acting out'. This article describes the function of these contract agreements and analyses how the contract promotes personality development in a process of integration of the personality.

*Key words: Limit-setting, Transference Focused Psychotherapy*

---

*Manuscript ontvangen 29 mei 2023*

*Definitieve versie 7 juli 2023*