

De therapeutische relatie met de borderline patiënte

There are two ways of knowing. First, there is knowing something intellectually. Second, there is knowing something in the heart. Sometimes words aren't enough to help the heart understand.

Attitude van de therapeut

Verreweg het belangrijkste therapeutische aspect bij psychotherapie is de kwaliteit van de therapeutische relatie zelf. Dat is bij borderline patiënten niet anders. Maar meer nog dan andere patiënten zijn borderline patiënten uiterst gevoelig voor ieder nuanceverschil in woordkeuze of mimiek van de therapeut. Borderline patiënten zijn zo gevoelig voor afwijzing, voor het betrekkningsniveau van de communicatie, dat de inhoud ervan al snel verloren gaat. Het is daarom als therapeut van belang begrip te tonen, te valideren en transparant te zijn over de eigen intenties.

Vermijd therapeutische ijver. De therapeut die de borderline patiënt het meest wil veranderen is de therapeut die daar het minst in slaagt. Borderline patiënten willen niet veranderen.

Borderline patiënten willen dat *anderen* veranderen zodat die hun verlangens kunnen vervullen. Bovendien geven ze, hoe ellendig ze zich ook voelen, de voorkeur aan de hel die ze kennen, boven de hel die ze niet kennen. Therapeuten die verandering (onder het mom van verbetering, groei of ontwikkeling) bij hun patiënten nastreven, geven op betrekkningsniveau de boodschap af dat de patiënt niet goed genoeg is. Zij worden ouders die het kind willen veranderen zonder er ooit echt naar omgekeken te hebben.

Therapeuten die, zoals dat bijvoorbeeld bij de oplossingsgerichte therapie het geval is, hun patiënten aanmoedigen bij ieder stapje in de goede richting ('*kom op, je kunt het! ik weet dat je het kunt!*') spelen met vuur. In de ogen van de borderline patiënte zal de therapie spoedig beëindigd worden want volgens de therapeut wordt zij beter. Zij zal er vervolgens alles aan doen te bewijzen dat dit een misverstand is want zelf voelt ze zich slechter. Wat volgt is een ellendige neerwaartse spiraal aan acting out gedrag. Veel borderline patiënten scheppen er heimelijk genoeg in de onkunde en het ongelijk van de therapeut te bewijzen. Daar hebben ze dan in ieder geval wél controle over.

Wees flexibel. Het borderline syndroom omvat een heel spectrum van 'low level'/psychotisch tot 'high level'/neurotisch en patiënten kunnen dan ook niet onder één noemer of één standaard behandeling ondergebracht worden. Daarbij kunnen er bij één en dezelfde patiënt met de tijd (soms zelfs binnen één sessie!) brede fluctuaties in de klinische presentatie voorkomen, van normaal, neurotisch tot psychotisch zelfs. De therapeut moet daarom flexibel zijn en een attitude aannemen die ruimte biedt: geen volledige beschikbaarheid (de verwennende ouder), maar ook geen onbereikbaarheid (de afwezige ouder). Rigiditeit wordt vaak gebruikt om de eigen angst (voor controle verlies?) af te weren. Wat is erger: gedeeltelijk toegeven aan een patiënte of haar de nodige zorg compleet te onthouden? De patiënte heeft, net als een opgroeiend kind, *een empathisch respons op veranderende behoeften* nodig om te groeien!

-ventilate, validate, reality testing

-vermijd therapeutische ijver

-borderline patiënten willen niet veranderen, ze willen dat *anderen* veranderen

-wees flexibel binnen de afgesproken grenzen

-zorg dat patiënten niet krijgen wat ze *willen*, maar wat ze *nodig hebben*

-de patiënt heeft *een empathisch respons op veranderende behoeften* nodig om te groeien

Projectieve identificatie

Primitieve afweermechanismen die door borderline patiënten gebruikt worden, met name splitsen en projectieve identificatie, kunnen leiden tot een heel spectrum aan intense en chaotische tegenoverdrachtsgevoelens bij de therapeut. De therapeut ondergaat schuld gevoelens, redders fantasieën, overschrijding van professionele grenzen, razernij en haat, hulpeloosheid, waardeloosheid, (extreme) angst... Toch is tegenoverdracht een *gezamenlijke* creatie en niet alleen een gevolg van de projectieve identificatie van de patiënte. Het ontstaat uit de interactie: datgene wat door de patiënte geprojecteerd wordt, actualiseert bij de therapeut de eigen oude conflicten. Actie en reactie.

Projectieve identificatie is een eindeloze herhaling van de in de jeugd ervaren problematische ouder- kind relatie (ik doe met jou wat ik denk dat je met mij doet). Bij projectieve identificatie gedraagt de patiënte zich zo, dat de ander gaat voelen wat de patiënte zelf niet kan verdragen, bijvoorbeeld boosheid. Als de therapeut dit verwoordt: *'je maakt de indruk kwaad te zijn'*, herkent en erkent de patiënte het onderhavige affect, maar legt vervolgens de verantwoordelijkheid hiervoor bij de therapeut: *'ja, natuurlijk ben ik boos, als jij zo zit te zeuren'*. Onbewust projecteert ze gesplitste 'zieke' of 'slechte' zelf presentaties, object representaties of heftige gevoelens op haar therapeut. De therapeut heeft daardoor tijdelijk niet meer het gevoel zichzelf te zijn, hij kan niet meer zijn eigen gedachten denken of zijn eigen gevoelens voelen. Hij voelt zich 'all bad' en vol intense haat, zonder ruimte voor relativering.

Projectieve identificatie heeft vier doelen. Het is een onbewust afweermechanisme waarbij afstand genomen wordt van een ongewenst deel of waarbij dat ongewenste deel juist in de ander in stand wordt gehouden. Projectieve identificatie is ook een vorm van communicatie. Door de ontvanger te dwingen dezelfde gevoelens als die van jou te ervaren, zorg je ervoor dat de ander je begrijpt. Projectieve identificatie is daarnaast een manier van object relatie. Het is interactie met iemand die de projectie kan ontvangen juist omdat hij anders is, maar net niet anders genoeg om toch een (vals) gevoel van eenheid te ervaren. Ten slotte is projectieve identificatie een weg naar psychologische verandering. De patiënte verandert na reintrojectie van de gemodificeerde projectie (zie ook 'holding en containment'). Dat gebeurt in de therapeutische relatie, maar ook in een huwelijk of in een moeder- kind relatie. De razernij van het kind om het niet krijgen van het begeerde speeltje, *'stomme mamma!'*, wordt door zijn moeder verdragen en omgezet in iets wat het kind bevatten kan, bijvoorbeeld: *'je mag daar best even boos over zijn'*. In het dagelijkse leven (in de niet therapeutische setting, kortom) zal de projectie van de patiënte keihard en met intense gevoelens teruggekaatst worden.

-borderline symptomen zijn altijd context gebonden, ze bestaan bij de gratie van de interactie met anderen.

Het juiste evenwicht tussen afstand en nabijheid (tussen verlatingsangst en fusieangst)

Borderline patiënten zullen vanaf het begin van de therapie professionele grenzen uittesten vanuit de bewuste of onbewuste behoefte aan een ideale ouder (en niet zozeer aan een zoveelste therapeut). Als de afstand tot de therapeut hierdoor te klein dreigt te worden zal bij de patiënte fusieangst ontstaan, terwijl een te grote afstand verlatingsangst opwekt. Wat volgt is een eindeloze reeks afstoten en weer aantrekken. De tegenoverdracht van de therapeut weerspiegelt deze beiden oscillerende polen, ook hij zal geneigd zijn telkens aan te trekken en weer af te stoten.

Borderline patiënten ervaren hun therapeut vaak *letterlijk* als een ouder. De therapeut is de ouder van wie ze onbewust onvoorwaardelijke liefde verwachten. Aan het begin van de therapie wordt de therapeut vaak geïdealiseerd: 'all good'. Maar als blijkt dat ze geen 'speciale' behandeling krijgen slaat dat om en wordt de therapeut keihard gedevalueerd: 'all

bad'. De therapeut moet de analytische ruimte weer creëren zodat hij gezien kan worden *alsof* hij een ouder is, maar toch ook weer anders. Proberen een betere vader/ moeder voor de patiënte te zijn als haar eigen vader/ moeder is gedoemd te falen, therapie heeft dat nu eenmaal niet te bieden. Trouwens, een 'all good' moeder is hoogstwaarschijnlijk een onuitstaanbaar mens en daardoor alles behalve therapeutisch. Een 'good enough' moeder is goed genoeg.

Het bij aanvang opstellen van een **behandelplan** kan helpen dit te begrenzen. In het behandelplan moet in ieder geval worden opgenomen: frequentie van de sessies, duur van de sessie, betaling, contact buiten de sessies, afmeldingen, (te grote) verwachtingen met betrekking tot de aard van de relatie, impulsief en destructief gedrag, misbruik van medicatie of andere middelen, vakanties, eventuele klinische opnames... (bij afwijkingen van het behandelplan moet de therapeut zich afvragen of er sprake is van tegenoverdracht!)

-bied geen volledige beschikbaarheid (de verwennende ouder), maar ook geen onbereikbaarheid (de afwezige ouder)

Slachtoffers, redders en daders

Borderline patiënten nemen vaak een hulpeloze, machteloze en *begripvolle* slachtofferrol ten opzichte van hun (al dan niet!) misbruikende, verwaarlozende ouders aan. Patiënten die als kind misbruikt zijn geloven dat ze zelf schuld hebben aan dat misbruik. Ze geloven niet dat ze als kind domweg afschuwelijke pech hebben gehad of dat de wereld willekeurig en onrechtvaardig is. Nee, *pech bestaat niet; alles is altijd ofwel de schuld van een ander, die dan kwaadwillend is, ofwel mijn schuld, zodat ik straf (automutilatie, suicide...) verdien*. Diep van binnen zijn ze ervan overtuigd *slecht* te zijn. Uit loyaliteit naar hun ouders geloven ze dat dezen hen *uit liefde en zorg* misbruikten. Hulpverleners die de patiënte ervan proberen te overtuigen dat ze zelf niet verantwoordelijk zijn voor het misbruik, snappen er niets van! En als ze durven beweren de patiënte 'uit liefde en zorg' te willen helpen worden ze diep gewantrouwd. *Vroeg of laat zal iedereen mij misbruiken, dan wel verlaten*. Waarom zouden ze ook anders denken?

Deze slachtofferrol wekt bij de therapeut vaak latent aanwezige redders fantasieën aan: de therapeut als perfecte ouder of perfecte minnaar. Daardoor ontstaat er bij aanvang van de therapie op natuurlijke wijze een complementaire interactie, met de therapeut als redder en de patiënte als slachtoffer. (Sommige therapeuten, met name degenen die de 'onmogelijkste' patiënten in zorg nemen, zijn zelf als kind emotioneel verwaarloosd of afgewezen en hebben onbewust voor de hulpverlening gekozen om dit alsnog te repareren. Achter deze schijnbaar onbaatzuchtige inzet schuilt in feite superioriteitsgevoel.)

Er ontstaan in het contact wisselende overdracht- tegenoverdracht patronen met vier hoofdrolspelers: het slachtoffer, de dader, de geïdealiseerde onnipotente redder en de afwezige moeder. Elke rol representeert een interne zelf- of object presentatie van de patiënt. Dat de therapeut de neiging heeft de redders rol op zich te nemen draagt natuurlijk belangrijk bij aan de rolverdeling. Er ontstaat telkens weer een ander complementair paar. De patiënte controleert onbewust haar traumatische ervaring door aanvankelijk de therapeut de onnipotente redder- expert rol toe te bedelen ('*help me!*') en zichzelf de hulpeloze slachtoffer rol ('*ik houd het niet meer vol*'). Dan bewijst ze zijn ongelijk ('*je kunt mij ook al niet helpen!*') en neemt zelf de dader positie in ('*zie je nou wel, ik wist het!*'). De therapeut wordt boos en kan, als hij niet oppast, uiteindelijk zelf dader worden ('*jij laat je ook niet helpen! je manipuleert de boel!*') en de patiënte opnieuw traumatiseren.

Volgens Young (schemagerichte cognitieve therapie) zijn er bij de borderline patiënte zelfs vijf verschillende modi mogelijk: de beschermer, de straffende ouder, het verlaten en misbruikte kind, het woedende kind en de gezonde volwassene. De beschermer voelt niets en

houdt anderen op afstand. De toon van de straffende ouder is afkeurend, vernederend en honend. In deze modus zal de patiënte zich leuke dingen onthouden of ze juist verpesten, zichzelf pijn doen of suïcide plegen. Het verlate en misbruikte kind is verdrietig, wanhopig, ontroostbaar of in paniek. Het woedende kind is boos en ongeduldig als een vier- jarige dat weinig rekening houdt met de ander. De gezonde volwassene is bij de borderline patiënte grotendeels afwezig. Volgens Young kunnen zowel patiënte als therapeut tijdens de therapie verschillende rollen op zich kunnen nemen. In zijn schemagerichte therapie beschrijft hij verschillende therapeutische technieken. Een daarvan is rolomkering (de patiënte als therapeut en de therapeut bijvoorbeeld in de beschermende modus) tijdens een rollenspel.

Therapeuten die een zogenaamd therapeutisch bedoelde objectieve, afstandelijke pose aannemen (blanc screen) lopen het risico dat hun houding door de borderline patiënte geïnterpreteerd wordt als onverschilligheid of zelfs afwijzing (de afwezige moeder!). Stiltes, met name als dezen te lang duren, kunnen dat effect ook hebben en onbedoeld het toch al aanwezige lege, dode gevoel bij de patiënte versterken. Langdurig zwijgen vergroot de kans dat de therapeut een levende Rorschach wordt die negatieve projecties oproept. Toch kunnen enkele kortdurende stiltes wel nodig zijn voor het op gang komen van het interne dialoog (=overpeinzingen) van de patiënte en van de therapeut.

- vanuit haar geschiedenis heeft de patiënte het recht haar therapeut te wantrouwen
- voorkom de omnipotente redder- expert positie
- laat wel stiltes vallen, maar nooit te lang

Holding, containment en het denken van de eigen gedachten

Therapeuten op wie projectieve identificatie gericht is merken dat ze tijdelijk niet in staat zijn hun eigen gedachten te denken. *Ze zijn* de mishandelende vader of *ze zijn* die afwezige moeder. Dit voelt zó onrechtvaardig (*‘waarom is ze nu boos op mij? ze kent me niet eens!! ik heb haar toch niet misbruikt?’*) dat hulpverleners geneigd zijn meteen vanuit de onderbuik te ageren, in plaats van weloverwogen te reageren.

Een therapeut dient de projectieve identificatie toe te laten om therapeutisch effectief te zijn. Hij of zij dient zich te laten ‘inzuigen’ in de interne wereld van de patiënte, maar dan wel met behoud van het alsof karakter (de analytische ruimte). Vervolgens dient de therapeut het geprojecteerde vast te houden (holding) en psychologisch te verwerken (containment). Dit houdt geen passieve inertie in, maar actieve analyse van de geprojecteerde objecten door middel van de eigen tegenoverdracht, interne supervisie, zelf- analyse, stille interpretatie en het onder woorden brengen. Het is een beweging van het concrete naar het symbolische. Zoals de moeder de primitieve aanvallen van haar kind moet verdragen (zo nodig begrenzen) tot het kind weer bij zinnen is. Het kind ziet dat zijn moeder het onverdraaglijke tóch kan verdragen, al kost het haar soms moeite. De moeder moet hierin niet perfect zijn, maar ‘good enough’, want alleen met de nodige frustratie en desillusie zal het kind / de patiënt tot groei komen. Als de therapeut weer in staat is zijn eigen gedachten te denken en wanneer de patiënte weer bij zinnen is, zal de analytische ruimte hersteld zijn en kan er door beiden weer gereflecteerd worden (daarom: het ijzer smeden als het *koud* is).

Voorbeeld. Om het minste geringste, een onderdrukte geuw bijvoorbeeld, projecteert de patiënte onverdraaglijke gevoelens en deelaspecten op haar therapeut (*‘jij bent net als al die anderen! wat kan het je ook schelen hoe ik me voel! jij gaat zo weer lekker naar huis...’*). De therapeut die hier primair op reageert (*‘wat een onzin, ik zit hier toch om je te helpen!’*) bevestigt wat de patiënte al wist (de therapeut is inderdaad haar afwijzende vader!), zodat er wederom niets nieuws geleerd wordt. Om therapeutisch effectief te zijn moet de therapeut open staan voor de projectieve identificatie. Hij moet de hem toegekende rol deels aannemen (hij is deels de afwijzende vader) en tegelijkertijd deels zichzelf blijven (hij is namelijk óók de

betrouwbare therapeut). Zo kan er iets nieuws aan iets vertrouwds toegevoegd worden (= geleerd worden). De therapeut dient zijn tegenoverdracht te verdragen en interpretaties uit te stellen, bijvoorbeeld door verder uit te vragen ('*wat maakt dat je gelooft dat het me niet kan schelen hoe je je voelt?*'). Pas als de patiënte in staat is de aspecten van zichzelf in de therapeut te herkennen ('*tja, misschien ben ik vooral bang dat het je niets kan schelen en dat ik in jouw ogen niets voorstel...*'), is de analytische ruimte weer hersteld en kan er over gediscussieerd worden ('*herken je dat gevoel: de angst dat je in de ogen van een ander niets voorstelt?*').

- laat projectieve identificatie toe
- niet meteen ageren, maar weloverwogen reageren
- het ijzer smeden als het koud is

Reacties op razernij en haat

Haat en razernij moeten door de therapeut verdragen kunnen worden, zowel dat van hun patiënten, als van henzelf! Patiënten projecteren hun gehate slechte object of hun intense gevoelens van razernij op de therapeut omdat het voor henzelf onverdraaglijk is. Logisch dat ze het niet meteen teruggekaatst willen hebben. Iedere interpretatie van de op dat moment als 'all bad' ervaren therapeut zal als een rechtstreekse aanval ervaren worden. De therapeut moet de haat containen tot de patiënte in staat is het in gemodificeerde vorm weer tot zich te nemen (zie hierboven). Tot het zover is kan de therapeut volstaan met vragen naar verdere uitleg (en ondertussen rustig fantaseren over wat hij eigenlijk had willen zeggen!).

Iedere therapeut heeft natuurlijk eigen grenzen aan wat hij of zij verdragen kan. Soms is het voor het eigen functioneren nodig om die grenzen aan te geven en zich niet langer te laten gebruiken als doelwit van haat en nijd. De patiënte ervaart dan dat zij niet zo maar van alles kan ventileren, maar dat dit serieuze consequenties kan hebben (zoals het er in de echte wereld aan toe gaat). Het ontkennen van duidelijk zichtbare woede is ronduit schadelijk. De uiterst sensitieve borderline patiënte heeft het allang gezien en weet dan dat de therapeut niet alleen woedend is, maar ook niet te vertrouwen! Als de patiënte haar therapeut ziet worstelen met zijn eigen gevoelens van haat en razernij, en ziet dat hij deze gevoelens *verdraagt*, dan worden ze voor haar misschien wat minder onverdraaglijk.

Een bepaald subtype borderline patiënten is chronisch haatdragend en wel *met name* naar goedbedoelende hulverleners toe. Het haten dient om op onvergeeflijke wijze vast te houden aan een geïnternaliseerd object (je kan je vader niet loslaten als je hem blijft haten). Hatens hecht, net als liefde dat doet. Hechting beschermt tegen verlating (de oerangst van de meeste borderliners). Bij deze boze borderliners voelt de haat ego- syntoon, er is geen alsof karakter / geen analytische ruimte meer / geen nuancering meer mogelijk: de therapeut is de gehate figuur! Het haten maakt dat er in ieder geval *iets* gevoeld wordt en dat is beter dan niet-voelen / onverschilligheid. Zonder dit haten zou de patiënte geen reden van bestaan hebben ('*als ik niet je beste patiënt kan zijn, laat ik dan in ieder geval de slechtste zijn*'). De therapeut dient zich ook te realiseren dat achter het haten veelal een intens verlangen naar liefde schuilgaat. Haat kan bij de therapeut tot haat leiden, maar ook tot ontkenning van haat. De tegenoverdracht haat wordt dan door de therapeut afgeweerd door een 'all good' ouder te willen worden (de alles begrijpende verdraagzame ideale therapeut), wat al snel tot nijd zal leiden bij de patiënte die aan deze engelachtige staat nooit zal kunnen tippen.

- haten hecht; achter het haten schuilt een intens verlangen naar liefde
- verdraag (ook je eigen) haat en razernij zonder te ageren
- al duurt het nog zo lang, wacht met interpretaties tot er weer ruimte is voor reflectie

Crisis en suïcidaliteit

Het is als bij brandblussen. Als het water pas bij het tiende emmertje het vuur dooft, hielpen de eerste negen dan niet? (Gunderson)

Elk crisiscontact (bijvoorbeeld bij suïcidaliteit) begint met een zo objectief mogelijke risicobeoordeling. De aanwezigheid van een crisis- en signaleringsplan is hierbij van grote waarde. Want een goed plan heeft, naast richtlijnen, een helder beeld van de patiënte in gewone doen, verschaft een standaard waartegen eventuele veranderingen kunnen worden onderkend: afwijkingen in het gedragspatroon, het optreden van bijzondere gebeurtenissen, het wegvallen van een steunsysteem en een snellere opeenvolging van bepaalde gedragingen. Daarbij is de vraag aan de orde waarom de patiënte niet met haar eigen behandelaar heeft gebeld, of, wanneer het buiten kantoor tijden is, waarom de patiënte niet eerder aan de bel heeft getrokken. Het afhouden van een door de patiënte gewenste opname heeft meestal escalatie tot gevolg, waarna de patiënte alsnog wordt opgenomen. Een dergelijke sequentie bekrachtigt basale cognitieve schema's over intermenselijk gedrag: 'niemand luistert ooit naar me', 'als ik iets wil, moet ik het afdwingen', 'ik ben ongewenst'. Het is beter de voor- en nadelen van een eventuele opname in openheid met de patiënte door te spreken.

Bij suïcidaliteit moet de patiënte weten dat er een eigen verantwoordelijkheid is; de therapeut moet zich realiseren dat het uiteindelijk de patiënte is die beslist op leven en dood. De patiënte is er niet bij gebaat bij een therapeut die op kritische momenten de reddersrol op zich neemt. Het voorkomen van alle risico is kortetermijnpolitiek en verkleint de kans op verandering. Het gaat er om de patiënte te helpen zichzelf te beschermen.

Bij de bespreking van recidive is niet inzicht, maar uitzicht het parool! De recidive kan benoemd worden als een gemiste kans op meer zelfbeschikking en autonomie, maar ook als een nieuwe kans: een mogelijkheid om uit te zoeken hoe het beter kan. Het *aanhoudend* recidiveren is geen reden tot stoppen van de behandeling. Er is immers geen alternatief en de patiënte zorgt er toch wel voor dat ze gehoord wordt: via de huisarts of via de crisisdienst. Suïcidaliteit en daadwerkelijk ooit suïcide plegen zijn trouwens niet noodzakelijkerwijs hetzelfde. Voor de borderline patiënte zijn fantasie en realiteit soms moeilijk te onderscheiden. Veel borderline patiënten zijn chronisch suïcidaal. Het idee ooit zelf een einde aan hun lijden te kunnen maken, is nou juist wat ze op de been houdt: *'Ze denken dat ik zelfmoord ga plegen. Ha! Wat een giller! De waarheid is precies andersom: de gedachte aan zelfmoord houd me levend. Als alles weer eens tegenzit, hoef ik alleen maar aan zelfmoord te denken om me weer op te vrolijken. Maar als ik mezelf nooit zou kunnen doden - ja, dan zou ik zelfmoord plegen'* (The moviegoer; Walker Percy; 1961)

-bij crisis niet inzicht, maar uitzicht geven

-sommige borderline patiënten hebben hun suïcidaliteit nodig om te overleven

Seksuele gevoelens en gender problematiek

The patient has every right to try to seduce the analyst. The analyst has no right to allow himself to be seduced. (Betty Joseph; 2001)

Veel borderline patiënten die als kind seksueel zijn misbruikt ontwikkelen geërotiseerde overdrachtsgevoelens en eisen, vaak zelfs onmiddellijk, seksuele genoegdoening van hun therapeut. Deze patiënten ervaren hun seksuele gevoelens niet als onderdeel van oude gevoelens passend bij vroegere relaties. Nee, de gevoelens zijn echt, nieuw en dringend! Houden-van wordt moeilijk onderscheiden van seks en grenzen hierin worden moeilijk gevoeld. Dit kan bij de therapeut gemakkelijk (subtiele) seksuele gevoelens opwekken of angst vanwege het invasieve aspect van de erotische projectie. Soms is het nodig onmiddellijk de eigen grenzen duidelijk en beslist aan te geven, bv: *'ik kan alleen je therapeut zijn onder bepaalde voorwaarden; een van die voorwaarden is dat ik in deze stoel blijf zitten en jij in die*

daar'. Bij wat minder dringende kwesties kan met het bespreken van de overdracht beter gewacht worden tot er weer ruimte is voor reflectie. De therapeut helpt de patiënt met enerzijds onderscheid te maken tussen letterlijk en symbolisch en anderzijds te rouwen om het feit dat niemand ooit het tekort aan ouderlijke liefde zal kunnen goedmaken, ook de therapeut niet.

Onder de geërotiseerde overdracht gaat vijandigheid schuil. Op betrekkningsniveau geeft de patiënte aan dat de aangeboden therapie waardeloos is en dat alleen liefde (of seks) haar beter zal maken! Liefde heelt inderdaad, maar alleen komend van een geschikte liefdespartner, en niet van de therapeut.

Een supervisor kan helpen de overdracht en tegenoverdracht te ontrafelen, met name als de therapeut zelf ook gaat geloven verliefd te zijn. Wat wordt hier herhaald? Wie is de patiënte voor de therapeut geworden? Wie is de therapeut voor de patiënte geworden? Is er al sprake van grensoverschrijding (langere sessies, aanrakingen...)?

Voor de borderline patiënt is de eigen seksuele identiteit niet altijd even duidelijk. Is de patiënt man, vrouw, mannelijk, vrouwelijk, heteroseksueel, homoseksueel, biseksueel of iets daar tussenin? De seksuele identiteit wordt soms overdreven karikaturaal uitgedragen in een uitdagende verongelijkte houding.

-niemand, ook de therapeut niet, kan ooit en op geen enkele wijze het tekort aan ouderlijke liefde goedmaken

-onder de geërotiseerde overdracht gaat vijandigheid schuil

Gebruik van zelf onthulling door de therapeut

Sommige borderline patiënten eisen wederkerigheid in het contact, enerzijds om een exclusieve relatie tot stand te brengen, anderzijds vanuit de aanname dat een therapeut die niet geleden heeft zoals zij geleden hebben hen toch nooit zal kunnen begrijpen. Zelf onthulling over het hier & nu en jij & ik kan desondanks nuttig zijn voor het tot stand brengen of behouden van de therapeutische relatie. Een borderline patiënte kan er door de zelf onthulling van de therapeut achter komen hoe zij op anderen overkomt, zeker wanneer zij gedepersonaliseerd is of wanneer zij vanuit een zwak ego zichzelf niet als 'echt' ervaart. Er zijn momenten waarop de therapeut op betrekkningsniveau moet aangeven wat de patiënte met hem doet en te reflecteren over de overdracht en tegenoverdracht die er tussen hen is ontstaan. Daarnaast kunnen onschuldige opmerkingen over gedeelde interesses (film, sport) ook gezien worden als validatie die de patiënte vroeger van haar eigen ouders naar alle waarschijnlijkheid te weinig ontvangen heeft.

Sommige therapeuten beweren dat zelf onthulling geen optie is, maar eerder onvermijdelijk. De sensitieve borderline patiënte heeft allang de non verbale tekenen van de therapeut opgemerkt en op haar manier geïnterpreteerd! Vroeg of laat zal de patiënte willen weten of de therapeut verveeld is, boos op haar is, haar haat... Afhankelijk van wat de patiënte kan verdragen (is haar ego zwak of is ze misschien sterk genoeg? ; betreft het een ondersteunende structurerende of inzichtgevende therapie?) kan de therapeut op deze vragen een tactvol, eerlijk antwoord geven of de vraag exploreren. Dus niet: *'ja, nu je het zegt, je verveelt me'*, maar ook niet: *'ik merk nu al een tijd dat je vaak tegen me praat alsof je niet van me verwacht geïnteresseerd te zijn in wat je zegt'*! Maar iets daar tussenin.

Let op: zelf onthulling mag nooit uitsluitend plaats vinden om gevoelens kwijt te raken die de therapeut niet verdragen kan. Om het gevaar daarop te verminderen kan de therapeut zijn zelf onthulling (bv: *'je lijkt alles af te slaan, ik voel me machteloos gemaakt'*) gepaard laten gaan met een opmerking over gezamenlijke inspanning (bv: *'we werken samen aan hetzelfde doel'*).

- zelfonthulling is bij de borderline patiënte onvermijdelijk (ze ziet toch alles)
- het gaat er niet om wat we *voor* de patiënte kunnen doen, maar wat we *met* de patiënte kunnen doen (wat kan ze verdragen?)
- zelfonthulling mag als het kan

Splitten

Splitten wordt tegenwoordig vaker gebruikt om een interpersoonlijk (*'zij split ons'*) proces aan te geven, dan een intrapsychisch proces. Toch staat het intrapsychische mechanisme aan de basis van het interpersoonlijke. Splitten stelt het kind in staat om het goede van slechte weg te houden, genot van pijn, liefde van haat. Bij borderline patiënten wordt splitten duidelijk als tegenstrijdige gevoelens of gedragingen naast elkaar kunnen bestaan en de patiënte daar schijnbaar onaangedaan over doet of de tegenstrijdigheid ervan zelfs ontkent, bij selectieve impulsdoorbraken, het indelen van anderen in 'all good' of 'all bad' en bij tegenstrijdige zelfrepresentaties die van dag tot dag of zelfs van uur tot uur kunnen wisselen.

Splitten kent vier kenmerken:

- het gebeurt onbewust (de patiënt doet het niet express of uit kwaadwillendheid)
- de patiënte ervaart hulpverleners op basis van geprojecteerde radicaal verschillende objectrepresentaties en behandelt daarom iedere hulpverlener om die reden telkens radicaal anders (de ene verpleegkundige is de afwezige moeder, de andere is een misbruikende zus, terwijl de behandelende therapeut de geïdealiseerde redder is)
- de verschillende hulpverleners reageren door deze projectieve identificatie alsof ze daadwerkelijk geprojecteerde deelaspecten van de patiënte zijn, met als gevolg dat hulpverleners gepolariseerde posities innemen en deze met verve verdedigen (*'hebben wij het over dezelfde patiënte?'*).

Dat borderline patiënten vaak haarfijn doorhebben welke latente conflicten er in een team liggen, maakt het er niet eenvoudiger op. Vaak wordt de behandelend psychotherapeut geïdealiseerd als 'all good' en het verpleegkundig team als ongevoelig, straffend, 'all bad' (of de psychotherapeut is 'all good' en de farmacotherapeut 'all bad'). Binnen de kortste keren speelt er op zo'n afdeling een hooglopend conflict. Een psychotherapeut die geïdealiseerd wordt moet ervoor waken het verpleegkundig team niet te willen overtuigen van haar tegenoverdracht, want op betrekkingniveau zegt hij dat hij gelijk heeft en alle anderen niet. Dat zal het conflict niet ten goede komen. Het gaat er niet om wie er gelijk heeft en wie niet, maar wie welk deelaspect van de patiënt voorstelt! Onder het mom van: *'De patiënte is bezig ons te splitten! Dit zegt meer over haar dan over ons!'*, wordt de verantwoordelijkheid al te gemakkelijk bij de patiënte zelf gelegd. Zij wordt van een vals 'verdeel en heers' strategie beschuldigd, terwijl splitten een onbewust afweermechanisme is, voor de borderline patiënte nodig om te overleven.

Splitten moet natuurlijk wel van het kwaadaardige (en bewuste!) liegen onderscheiden worden. Borderline patiënten zullen er uit angst voor verlating, alles aan doen de aandacht van hulpverleners vast te houden, ook glashard liegen.

Splitten van hulpverleners dient vroegtijdig onderkend te worden omdat het zo destructief is. Dat kan door zich niet te laten met idealisatie en devaluatie, goede werkafspraken over structuur, grenzen, gratificatie versus frustratie, controle versus autonomie en regelmatig onderling teamoverleg.

- interpersoonlijk splitten is een onbewust afweermechanisme, geen moedwillige kwaadwillendheid
- vraag je niet af wie er gelijk heeft en wie niet, maar wie welk deelaspect van de patiënte voorstelt

Supervisie en consultatie

Als de sessie met een borderline patiënte ten einde is, blijft de therapeut vaak zitten met een knagend onaangenaam gevoel. Dit kan een aanwijzing zijn dat er mogelijk sprake was (of is!) van projectieve identificatie. De therapeut is op dat moment nog even niet in staat zijn eigen gedachten te denken of zijn eigen gevoelens te voelen.

Supervisie kan helpen om de analytische ruimte weer te herstellen. De therapeut en zijn supervisor dienen ervan uit te gaan dat tegenoverdracht niet uitsluitend ongewenst is en ook niet door supervisie zal verdwijnen, maar dat het gebruikt kan worden om de patiënte beter te begrijpen. Ook hier geldt dat er twee vormen van begrijpen zijn: het intellectuele begrijpen én het experientiele. Neemt de anders zo competente therapeut zichzelf kwalijk dat de patiënte maar niet vooruit gaat? Misschien *wil* de patiënte helemaal niet beter worden (uit angst voor het onbekende of uit angst dat de therapie beëindigd zal worden). Bemerkt de therapeut erotische gevoelens bij zichzelf? Misschien is er bij de patiënte een sluimerend verlangen naar (seksuele) onderwerping. Wordt de therapeut geplaagd door hatelijke doodswensen naar de patiënte toe? Mogelijk in reactie op haar eindeloos koketteren met suïcidale ideaties... Net als de therapeut moet ook de supervisor in staat zijn heftige gevoelens te 'houden en containen', al komen dezen bij hem misschien iets diffuser en al wat afgezwakt binnen.

Moet supervisie uitsluitend gericht zijn op het analyseren van de tegenoverdracht? Dat kan verwarrend intiem worden... Of zou de aandacht voornamelijk moeten uitgaan naar de didactische, cognitieve aspecten van de therapeut- patiënt interactie, wat meestal iets afstandelijker en rationeler aanvoelt? Een op het proces georiënteerde manier van supervisie geven lijkt het meest ideaal, waarbij zowel aandacht is voor de interactie tussen de patiënte en de therapeut, als tussen de therapeut en de supervisor. Er kunnen tijdens de supervisie interessante parallele overdracht en tegenoverdrachtsgevoelens ontstaan. Ook kan de therapeut gericht zijn op een bepaald deelaspect van de patiënte en de supervisor op een geheel ander deelaspect (als gevolg van het intrapsychische splitsen). Soms verlangt de therapeut er naar dat de supervisor de patiënte overneemt. Dat kan iets over hem zeggen, maar kan ook voortkomen vanuit de oorspronkelijke fantasie van de patiënte om gered te worden. Aangezien de supervisie relatie per definitie ongelijkwaardig is omdat de therapeut, vaak nog in opleiding, afhankelijk is van de beoordeling van zijn supervisor, is zij kwetsbaar voor super ego projectie van de therapeut op de supervisor.

Desillusioneren

De voornaamste taak van een moeder is om, naast het kind gelegenheid te bieden voor illusie, te desillusioneren (Winnicott, 1953). Zo ook creëert een therapeut een illusie om vervolgens te desillusioneren. De therapeut biedt zijn patiënte binnen de analytische ruimte de gelegenheid oude object relaties opnieuw te beleven. De patiënte hoopt onbewust dat oude kinderlijke verlangens (een ideale ouder die alle pijn en angst weg zal nemen) alsnog vervuld zullen worden. Vervolgens frustreert de therapeut zijn patiënte, hij kan immers geen onvoorwaardelijk liefde bieden. Na de desillusie volgt het rouwen om wat nooit geweest is en ook nooit zal zijn. Haar ouders zullen nooit meer veranderen en ze zal nooit alsnog van hen krijgen wat ze in haar jeugd gemist heeft. De patiënte leert uiteindelijk dat zij haar eigen moeder zal moeten worden. Vergeleken met de torenhoge verwachtingen bij aanvang van de therapie kan de realiteit flink tegenvallen. Borderline patiënten die met succes psychotherapie afsluiten klagen vaak dat ze een zekere passie in hun leven zijn kwijtgeraakt.

-de therapeut biedt de gelegenheid tot illusie, om vervolgens te desillusioneren

-de patiënte zal haar eigen moeder moeten worden

Bronnen:

Luyn B. van. Crisisinterventie bij borderline patiënten. Tijdschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 2001; 3: 286-307

Gabbard GO. Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. Int. J. Psychoanalysis 2003; 84: 249-261

Gabbard GO. Management of countertransference with borderline patients. Washington / London: American Psychiatric Press, 1994