



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Reactie op ‘Cognitieve gedragstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen’

Liesbeth Eurelings-Bontekoe *

Met belangstelling las ik het artikel ‘Cognitieve gedragstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen’ in het februarinummer van Dth.

Enigszins met verbazing heb ik moeten constateren dat het werken met de therapeutische relatie en het leggen van verbindingen tussen datgene wat zich in de therapie afspeelt, datgene wat zich afspeelt in relaties met anderen, en eerdere objectrelaties als een nieuwe ontwikkeling wordt geschetst. Wat beschreven wordt is volledig in overeenstemming met de ‘persoonsdriehoek van Malan’, waarbij conflicten in de therapeutische relatie (T) gerelateerd worden aan conflicten in relaties met anderen (O) waarna deze conflicten vervolgens worden gerelateerd aan conflicten met relaties uit het verleden (P) (Malan, 1976). Ook herken ik datgene wat Kernberg zo van belang vindt in de behandeling van borderline patiënten: het reactiveren van oude deel zelf-objectrelaties binnen de therapeutische relatie waarna getracht wordt deze zoveel mogelijk te integreren tot totale zelf-objectrelaties (Kernberg, 1989). De wijze waarop men dit binnen de directieve therapie tracht te realiseren is weliswaar anders dan de werkwijze van therapeuten als Malan en Kernberg, maar naar mijn mening zeker niet minder adequaat: het lijkt me uiterst zinvol om via rollenspel verschillende deel zelf-object relaties als ‘boze moeder/schuldig kind’ of ‘kille moeder/verlaten kind’ of ‘grote sterke moeder/angstig kind’ in de therapie te reactiveren en via herhalingen en correcties pogen te komen tot betere integratie. Ook is daarbij het werken met gedrags- en waarnemingsexperimenten uiterst zinvol. Tegelijkertijd denk ik dat enige nuanceringen op hun plaats zijn: het is mijn ervaring dat het voor borderline patiënten uiterst moeilijk is te differentiëren tussen de ouderfiguren uit het verleden en de overdrachtsouder in de figuur van de therapeut. Voor een borderline patiënt kan het heel angstig zijn de therapeut als moeder of vader te zien, omdat de overdracht voor hen nauwelijks een ‘alsof’ karakter heeft, maar beleefd wordt als realiteit. Vaak is het nodig uitdrukkelijk te stellen dat jij vader en moeder *niet* bent. Pas in een later stadium van de therapie of bij redelijk goed geïntegreerde borderline patiënten (high level borderline) kun je zonder al te veel angst te genereren de ‘ouder’ in de therapie halen.

Ondanks de naar mijn mening ietwat ongenueerde beschrijving meen ik dat de door Arntz en Dreesen beschreven benadering uiterst zinvol kan zijn; ik vind het echter jammer dat nergens in het artikel de verbinding gelegd wordt met het werk van Kernberg en Malan. Dit zou niet alleen zeer interessant zijn geweest, maar ook heel wenselijk voor de integratie van de verschillende psychotherapeutische denkmodellen en als zodanig zou het een stap geweest kunnen zijn in de beslechting van de voor het imago van ons vak zo ongewenste scholenstrijd.

Referenties

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Books.

* LIESBETH EURELINGS-BONTEKOE, Klinisch psycholoog-psychotherapeut

Liesbeth Eurelings-Bontekoe

Malan, D. M. (1976). *The frontier of brief psychoanalytic therapy*. New York: Plenum Press.