



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Het Vanellusfenomeen – demonstratief incompetent gedrag van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis

Hans Kalse \*

---

## Samenvatting

*Symptomatisch gedrag bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt doorgaans opgevat als voortkomend uit de persoonlijkheid van de patiënt. Een alternatieve visie is de symptomen te beschouwen als artefact van de interactie tussen therapeut en patiënt. In dit artikel wordt het Vanellusfenomeen beschreven, een metafoor voor relationeel bepaald gedrag. Het gedrag van patiënten met BPS kan worden beïnvloed door het veranderen van de therapeut-patiëntrelatie. De therapeut richt zich hierbij op zijn eigen bijdrage aan de relatie. De principes en praktische toepassing van relatiemanagement, zoals ontwikkeld door Dawson, worden kort beschreven. Tevens wordt deze methode vergeleken met de benadering van Linehan en met directe therapie.*

## Inleiding

Mijn eerste baan als psychiater was op de afdeling langdurige behandeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Hiertoe behoorde een gesloten paviljoen waar vooral patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) verbleven. Het ging om zware problematiek. Dat bleek uit de symptomatologie, maar ook uit het feit dat de separeercellen (drie op een populatie van dertig patiënten) vrijwel altijd bezet waren. Dit bevreedde me. Eerder had ik gewerkt op een vergelijkbare afdeling, waar de separeercellen bijna nooit gebruikt werden. De symptomen waren daar ook minder uitbundig.

Dat in het ene ziekenhuis zoveel meer ernstige borderline patiënten verbleven dan in het andere kon ik niet goed plaatsen. Beide instellingen waren landelijk gelegen en de omvang van het verzorgingsgebied was vergelijkbaar. Hoewel ook andere factoren een rol zouden kunnen spelen, vroeg ik me af of het misschien iets te maken had met een verschil in bejegening. Dat zou betekenen dat ernstige borderline symptomatologie in bepaalde gevallen een artefact is van de therapeutische relatie.

Deze hypothese heeft belangrijke implicaties voor de relatie die een therapeut aangaat met borderline patiënten. Dawson beschrijft een behandelmethode voor patiënten met BPS met deze hypothese als uitgangspunt. Hij noemt zijn benadering relatiemanagement (Dawson & MacMillan, 1993).

In dit artikel worden de ideeën van Dawson globaal besproken. Als opstapje hiervoor wordt het Vanellusfenomeen beschreven, een metafoor voor contextueel bepaald gedrag. De methode van Dawson wordt vergeleken met die van Linehan en met

---

\* Drs. H. Kalse is als psychiater verbonden aan De Geestgronden, ambulante team Hoofddorp. Correspondentieadres: De Amstelmeer, Binnenweg 3, 2132 CT Hoofddorp.

directieve therapie. Eerst wordt echter een korte beschouwing gewijd aan de diverse theoretische benaderingen van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

## **Theorieën over de borderline persoonlijkheidsstoornis: een spectrum**

Toonaangevende auteurs over BPS gebruiken in hun theorievorming bepaalde centrale concepten, zoals emotiedisregulatie (Linehan, 1993), identiteitsdiffusie (Kernberg, 1986), schemata (Beck & Freeman, 1990; Young, 1994) en biologische kwetsbaarheid (Soloff, 1993). De DSM-IV noemt instabiliteit en impulsiviteit als centrale begrippen (American Psychiatric Association, 1994). Vanuit een zeker perspectief hebben deze verschillende theoretische invalshoeken een aantal kenmerken gemeen. Ten eerste beschouwen ze de patiënt allemaal als drager van de pathologie. De borderline problematiek wordt gelokaliseerd in de patiënt en is deel van diens constitutie. De pathologie is min of meer absoluut (in de letterlijke betekenis van het woord, namelijk 'losgemaakt', in casu van de actuele context). Een tweede overeenkomst van deze modellen is dat etiologie een belangrijke rol speelt.

Dergelijke theorieën kunnen etiologisch-constitutioneel worden genoemd: de problematiek wortelt in de patiënt en diens geschiedenis. In een overzichtsartikel uit 1997 verwoorden Zanarini en Frankenburg deze opvatting duidelijk en compact:

'De borderline persoonlijkheidsstoornis is het eindproduct van een complexe mengeling van aangeboren temperament, moeilijke ervaringen uit de jeugd en subtiele vormen van neurologische en biochemische afwijkingen.'

Iets veranderen aan de problematiek is een moeizaam en langdurig proces (Derksen, 1994; Gunderson, 1996). Binnen de gangbare benadering van BPS zijn therapeutische interventies gericht op de patiënt: op het niveau van de emotieregulatie, integratie van identiteit, cognitieve schemata, neuromodulatie, enzovoort. (Dit is overigens binnen de hele westerse psychiatrie het geval. Zie bijvoorbeeld Kuiper (1998) en Borra (1998)).

De benadering in dit artikel is anders. Voorbijgegaan aan intrapsychische of biologische aspecten van de persoonlijkheid, wordt pathologie opgevat als vooral contextueel bepaald. Omdat de relevante context bestaat uit belangrijke anderen, kan men ook spreken van relationeel of interactioneel bepaalde pathologie. Etiologische aspecten krijgen weinig aandacht, de functie van de symptomen in de relatie des te meer. Dit model kan men functioneel-contextueel noemen. Aan de hand van het Vanellusfenomeen zal dit model hierna in grote lijnen worden beschreven.

### ***Het Vanellusfenomeen***

Vanellus vanellus (verder kortweg Vanellus genoemd) is een middelgrote loopvogel, die in alle Nederlandse provincies broedt (Tolman, 1977). De eieren worden op de grond gelegd en zijn hierdoor een eenvoudige prooi voor rovers. Om de

overlevingskansen van het broedsel te vergroten, heeft de vogel een opmerkelijke strategie ontwikkeld. Potentiële eierrovers worden weggelokt door opvallend gedrag, dat *Vanellus* op veilige afstand van het nest vertoont. De vogel poseert als een gemakkelijke prooi, door 'het nabootsen van een lamme vleugel, een gebroken pootje of algehele invaliditeit' (Cramp, 1990, p. 262).

In dit kader introduceer ik het begrip *Vanellusfenomeen* als metafoor voor gedrag met de volgende kenmerken:

- het is demonstratief incompetent;
- voor de onwetende toeschouwer ziet het er tamelijk verontrustend uit: 'De vogel lijkt de dood nabij' (Cramp, 1990);
- het kan alleen vanuit de relationele context worden verklaard. Dat blijkt als de rover eenmaal voldoende ver van het nest is gelokt en de schijnbare invaliditeit van de vogel plotseling verdwijnt;
- het is moeilijk te beïnvloeden, anders dan vanuit de relationele context: toenadering veroorzaakt symptomatisch gedrag, verwijdering volstaat om het gedrag te normaliseren;
- interventies gericht op de nagebootste invaliditeit gaan voorbij aan de oorzaken van het (relationeel bepaalde) gedrag en houden dit mede in stand.

Het demonstratief incompetente gedrag van de vogel kan men een interactioneel artefact noemen. Ook borderline problematiek kan men bezien als functioneel binnen een relationele context.

### ***Het functioneel-contextuele model***

Een gematigd aanhanger van deze visie is Benjamin (Benjamin, 1996). Haar benadering is interpersoonlijk, maar niet extreem, getuige bijvoorbeeld het feit dat zij het concept 'introjectie' een centrale rol geeft. Een auteur die op radicale wijze kiest voor een contextuele optiek is Haley. Onder de titel 'De psychoanalyse als kunstvorm' beschrijft hij op humoristische wijze hoe de psychoanalyse, die zich binnen het boven beschreven spectrum aan de constitutionele pool bevindt, kan worden geherformuleerd vanuit een contextueel perspectief (Haley, 1963).

Het contextuele model is door Dawson uitgewerkt voor de borderline persoonlijkheidsstoornis in een boek, getiteld *Relationship management of the borderline patient* (Dawson & Macmillan, 1993). Kernbegrippen zijn bij hem de 'pathologische dialoog' en de *no-win struggle*. Therapeutische interventies zijn gericht op het interactionele proces tussen therapeut en patiënt. Hierbij bekommert de therapeut zich vooral om zijn eigen aandeel. Dit is een essentieel verschil met de conventionele benadering, waarbij men op een of andere wijze aan de patiënt probeert te sleutelen. Door juist niet aan de patiënt te willen sleutelen, heeft de relatie die men met hem aangaat een fundamenteel ander karakter. De idee is dat zich hierdoor binnen het gedragsrepertoire van de patiënt nieuwe, meer gezonde wegen zullen openen.

In de conventionele opvatting van BPS is de therapeut een objectief waarnemer van symptoomgedrag dat onafhankelijk van hem of haar bestaat. Indien men de bril van het *Vanellusfenomeen* opzet, ziet men iets anders, namelijk dat de therapeut zelf dit

storende gedrag teweegbrengt. Ook het aandeel van de patiënt in de relatie is anders. Diens incompetent gedrag wordt niet gezien als authentiek, maar als demonstratief. Dit houdt in dat het zal stoppen als de therapeut duidelijk maakt dat hij niet gediend is van deze demonstratie.

Vanuit de optiek van het Vanellusfenomeen heeft de therapeut dus een andere missie. In plaats van zijn mouwen op te stropen en met de patiënt aan de slag te gaan (door te pogen diens cognities te veranderen, diens ego te versterken, zelfacceptatie en vaardigheden aan te leren, of een werkrelatie met hem aan te gaan), leunt de therapeut achterover en bewaakt vooral de eigen inbreng in de relatie. Dawson beschrijft hoe men deze alternatieve bejegening op systematische wijze kan uitvoeren. Hij noemt zijn benadering 'relatiemanagement'. Dawson ziet borderline symptomatologie in belangrijke mate als artefact. Hij stelt:

'Het ergste en meest schadelijke gedrag van borderline patiënten is het product van de ongelukkige relatie tussen mensen met een borderline persoonlijkheidsstructuur en professionals uit de geestelijke gezondheidszorg.' (Dawson & MacMillan, 1993, p. 53).

## Theoretische aspecten van relatiemanagement

Het uitgangspunt van relatiemanagement is dat probleemgedrag bij patiënten met BPS, zoals suïcidaliteit, automutilatie of hinderlijke vijandigheid, in belangrijke mate een product is van het interactionele proces waarin de patiënt een van de deelnemers is. Bij relatiemanagement gaat men voorbij aan het inhoudelijke aspect van wat de patiënt doet, maar richt men zich op het proces van de relatie. Het aandeel van de patiënt hierin is niet eenvoudig te veranderen, dat van de therapeut in principe wel.

Het gedrag van de patiënt wordt niet opgevat als uiting van een innerlijke realiteit of als vraag aangaande de uiterlijke werkelijkheid, maar als een 'zet' (*ploy, game*) om de relatie te definiëren. Belangrijke parameters in deze relatie zijn: competentie, verantwoordelijkheid, macht, autonomie, controle, afhankelijkheid en geliefd of de moeite waard zijn. De patiënt met BPS streeft naar het voortdurend herhalen van pathologische interacties: de no-win struggle. Het symptoomgedrag dient als betaalmiddel in een proces van verwrongen interactionele onderhandelingen. Er is sprake van een pathologische dialoog.

---

### Casus.

*De patiënt is een man van midden twintig met BPS. Hij draagt een sterke bril en ongewone kleding. Hij woont nog bij zijn ouders. Al diverse malen is hij opgenomen, de laatste keer vanwege een onhoudbare situatie thuis (hij vernielde huisraad en verkondigde dat hij zich zou suïcideren). Ook op de afdeling is hij lastig. Hij snijdt zichzelf met scherpe voorwerpen en is agressief. Zo gooit hij onverwacht tafeltjes om en smijt hij de televisie op de grond. De man wordt gesepareerd in scheurkleding, waarbij hij ook zijn bril moet afgeven. In de separeercel slaat hij met zijn vuisten op de muur op een manier die het personeel verontrust. Als hij een fractuur van een middenhandsbeentje oploopt, grijpt men in, zijn handen worden ingepakt in dik verband. Spoedig hierna weerklinkt een ritmisch, dof bonkend lawaai door*

*het paviljoen. De patiënt slaat hard en langdurig met zijn hoofd tegen de muur. Als dit na enkele dagen niet kan worden doorbroken, wordt hij gefixeerd.*

Vanuit een constitutioneel model kan deze casus worden beschreven in termen van een stoornis in de impulscontrole en *acting out*. De reactie van de staf is gericht op het beperken van de schade. Als men kijkt naar het proces van de interactie tussen patiënt en staf, dus vanuit een contextuele visie, luidt het verhaal anders. Een geschikte parameter om deze interactie te beschrijven is 'deprivatie'. De patiënt verleidt of daagt uit tot deprivatie, de staf reageert op voorspelbare wijze. Beide partijen herhalen een aantal maal dezelfde zetten. Achtereenvolgens wordt de patiënt gedepriveerd van zijn bewegingsvrijheid en sociale contacten, persoonlijke kleding (belangrijk voor zijn identiteit), een groot deel van zijn gezichtsvermogen, zijn tastzin en ten slotte van het vermogen zijn ledematen te bewegen.

## De pathologische dialoog

Het gedrag van patiënten met BPS wordt vooral problematisch zodra zij mensen treffen die een hartig woordje willen meespreken in de pathologische dialoog. Bij voorkeur gedraagt de patiënt zich incompetent en onverantwoordelijk. Dit leidt tot escalatie indien de ander graag competent en verantwoordelijk is. Dit geldt in het algemeen voor ouders, bepaalde typen partners en ... hulpverleners. Zoals het voor patiënten met BPS veel inspanning vraagt om competent en verantwoordelijk te zijn, zo is het voor hulpverleners vaak moeilijk om zich juist niet zo te gedragen.

De pathologische dialoog blijft slechts in stand zolang de patiënt die met iemand kan voeren. Als deze gelegenheid zich niet meer voordoet, vindt doorgaans een 'switch' plaats. Dat houdt in dat de patiënt uit zijn rol valt. Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat de patiënt met BPS, evenmin als anderen, een eendimensionaal wezen is. Behalve de sterke neiging om de pathologische dialoog voort te zetten, is er een tendens tot constructieve verandering. Dawson gaat hier niet al te diep op in, maar hier zou men kunnen aanknopen bij bepaalde analytische theorieën, zoals die van Masterson over de borderline triade (Masterson, 1990).

Ter illustratie twee dialogen. Deze zijn gefingeerd en enigszins karikaturaal, maar de strekking zal voor velen herkenbaar zijn.

**Tabel 3** Range van *g*-scores voor vijf klassen, voor normale (n = 492) en klinische populatie n = 62).

patiënt:	'Ik voel me zo rot, ik denk dat ik er maar een eind aan ga maken.'
	<i>(n.b.: Dit is niet primair een uiting van depressiviteit als innerlijke realiteit, maar definieert de relatie als: 'Ik heb een probleem en ben incompetent en onverantwoordelijk, u moet iets doen.')</i>
therapeut:	'Zal ik u laten opnemen?'
patiënt:	'Ik wil niet opgenomen worden.'
therapeut:	'Wat wilt u dan dat er gebeurt?'
patiënt:	'Ik weet het niet. Ik denk dat ik er maar een eind aan ga maken...'

\* N = 8

Een voorbeeld over medicatie:

**Tabel 3** Range van gl-scores voor vijf klassen, voor normale (n = 492) en klinische populatie n = 62).

patiënt:	'Die XX (alprazolam) die u me gaf – die werkt steeds minder. Ik word er ook vergeetachtig van.'
	<i>(De competente hulpverlener herkent tolerantie en cognitieve bijwerkingen en geeft een welgemeend advies.)</i>
therapeut:	'Het zou goed zijn als u het zou minderen.'
patiënt:	'Dat lukt me nooit.'
therapeut:	'Als u het nu eens heel langzaam doet...?'
patiënt:	'Vorige keer dat ik probeerde te stoppen werd ik zo agressief! Ik ging er ook bij drinken...'

\* N = 8

Deze no-win struggle lijkt op een spel waarbij de patiënt de hulpverlener steeds opnieuw verleidt een torentje te bouwen van blokken, dat vervolgens wordt omgegooid. In de klinische praktijk kan dit lang doorgaan. Vaak eindigt het ermee dat de hulpverlener zich, al dan niet openlijk, veroordelend of agressief uit jegens de patiënt, waarna het contact wordt beëindigd en de patiënt iemand anders zoekt om het spel mee voort te zetten. Voor het proces is het niet relevant wat de inhoud is: medicatie, opname, suicidaliteit of iets anders. De therapeut kan dit tragische en zelfbeschadigende spel-voor-twee-personen relatief eenvoudig beëindigen door de eigen deelname eraan te staken.

Het idee dat ernstig symptomatisch gedrag van patiënten met BPS grotendeels een artefact is, kan traditionele therapeuten als onzinnig voorkomen. Hun reactie is misschien: het symptoomgedrag bestond al lange tijd voordat de patiënt zijn eerste therapeut ontmoette en was ook de aanleiding tot dit contact. Het Vanellusfenomeen kan hier mogelijk enige duidelijkheid in brengen. Het demonstratief incompetent gedrag van de vogel is altijd latent aanwezig, maar wordt zelden manifest. Dit gebeurt bijvoorbeeld als een eierzouder het nest nadert. Evenzo heeft de patiënt met BPS een zekere constitutie, die echter doorgaans niet manifest is in de vorm van symptoomgedrag. Door hun interactie met patiënten op een bepaalde manier in te richten, scheppen behandelaars de context die manifestatie van symptomatisch gedrag faciliteert (Dawson & MacMillan, 1993).

## De praktische toepassing van relatiemanagement

Om de pathologische dialoog te beëindigen moet de hulpverlener de toegewezen rol vermijden, wat impliceert dat hij zich onthoudt van zijn traditionele competentie en verantwoordelijkheid. De patiënt wordt beschouwd als een intelligente en competente volwassene. De bejegening is warm en welwillend, maar neutraal. Overbetrokkenheid dient te worden vermeden, daar dit de rol van verantwoordelijk hulpverlener versterkt. Het is van belang te werken vanuit een doorleefde visie en contact te hebben met het eigen gevoel. Het is niet effectief om relatiemanagement te gebruiken als een verzameling trucs, die van pas komen als andere benaderingen falen. Het helpt als men kan afzien van de behoefte aardig gevonden te worden.

De therapeut moet vermijden eisen aan de patiënt te stellen; eisen en verwachtingen worden verwelkomd als inzet voor de no-win struggle. Tevens dient de therapeut

duidelijk zijn grenzen aan te geven. Bij een ambulante behandeling zegt de therapeut bijvoorbeeld meteen in het begin dat hij buiten de vaste afspraken niet beschikbaar is. Er is een goede kans dat de patiënt hierop reageert met het verwijt dat hij het op die manier niet redt. Een adequaat antwoord kan dan zijn: 'Misschien kan ik u niet alles geven wat u nodig hebt.' Dit past bij een ander aspect van de veranderde houding van de therapeut, namelijk (voorzichtige) eerlijkheid.

Een belangrijke vaardigheid van de hulpverlener is zich niet te laten intimideren door symptomen. Als dit wel gebeurt, verlaat de therapeut het procesniveau en raakt hij verstrikt in de inhoudelijke aspecten van het gedrag. Wanneer een patiënt met BPS zegt dat hij zich van het leven gaat beroven, is dat doorgaans niet de uiting van een vast voornemen tot suïcide. Het is een interactionele zet, waarmee hij appelleert aan het verantwoordelijkheidsgevoel van de hulpverlener. De patiënt is niet primair uit op beëindigen van zijn leven, maar op voortzetten van de pathologische dialoog. Een adequate reactie is dat de therapeut duidelijk stelt dat hij niet wil dat de patiënt zich iets aandoet, maar dat hij tegelijkertijd niet bij machte is de patiënt tegen te houden indien deze zich daadwerkelijk wil suïcidieren. Een dergelijke benadering is ook geschikt bij automutilatie. Naar automutilatie of suicidaliteit wordt niet actief gevraagd, het zijn geen relevante gespreksonderwerpen.

Om de toegewezen rol te vermijden, moet de therapeut het tempo van het gesprek verlagen en weinig woorden gebruiken. De patiënt is gesteld op vaart en dramatiek, hierdoor wordt de therapeut immers verleid om te opereren op het inhoudelijk niveau van de communicatie.

De therapeutische interventies kunnen bestaan uit empathische neutraliteit ('dat klinkt echt zwaar'), ontkennen van eigen competentie ('ik zou niet kunnen zeggen wat u moet doen'), paradoxale reacties, triviale interventies (het aanbieden van een kop koffie) of zwijgen. De vorm van de interventie is ondergeschikt aan het effect op het proces. De dialoog uit de voorgaande paragraaf zou dan als volgt kunnen verlopen:

**Tabel 3 Range van gl-scores voor vijf klassen, voor normale (n = 492) en klinische populatie n = 62).**

patiënt:	'Die XX (alprazolam) die u me gaf – die werkt steeds minder. Ik word er ook vergeetachtig van.'
therapeut:	'Dat hoor ik vaker van mensen die XX gebruiken.'
patiënt:	'Wat moet ik daaraan doen? Zo gaat het toch niet?'
therapeut:	'Ik zou u niet goed kunnen zeggen wat u moet doen.'
patiënt:	'Ik denk dat ik er maar mee stop.'
<i>(Switch. Op dit punt is het oppassen geblazen. Als de therapeut dit voorstel bekrachtigt, is de kans groot dat de patiënt vervolgt met: 'dat lukt me nooit', enzovoort. Beter is een paradoxale interventie.)</i>	
therapeut:	'Dat is niet gemakkelijk. Het lukt niet veel mensen. Sommigen gaan dan drinken...'
patiënt:	'Dus u vindt dat ik ermee door moet gaan?'
therapeut:	'Het is niet makkelijk om te zeggen wat u moet doen. Voor sommige mensen is stoppen beter, voor anderen doorgaan.'

\* N = 8

Een voorbeeld van een paradoxale reactie:



**Tabel 3** Range van gl-scores voor vijf klassen, voor normale (n = 492) en klinische populatie n = 62).

patiënt:	'Ik moest mezelf de afgelopen week weer erg snijden.'
therapeut:	'Soms is het beter je niet te verzetten tegen die neiging, dan word je alleen maar meer gespannen.'
patiënt:	'Ja maar, ik kan me toch niet altijd blijven snijden!'
therapeut:	'Wilt u dan de hele dag gespannen zijn?'
patiënt:	'Misschien moet ik sneller afleiding zoeken.'
	(switch)
therapeut:	(zwijgt en kijkt bekommerd).

\* N = 8

Dawson werkt ook met contracten. Deze staan doorgaans niet op schrift, het gaat om sociale contracten die de patiënt in het begin van de behandeling worden medegedeeld. Hierin komt naar voren wat de patiënt wel en niet van de therapeut kan verwachten. Eisen of verwachtingen van de therapeut komen er niet in voor. Wel worden duidelijke grenzen genoemd, evenals de consequenties bij overschrijden ervan. Een voorbeeld: nieuwe patiënten met BPS kan men zelf laten bepalen of ze wel of niet medicatie willen gebruiken en zo ja, welke en hoeveel. Dit alles uiteraard binnen de grenzen van wat medisch verantwoord is. Om dit laatste toe te lichten is een dik boek beter geschikt dan de eigen autoriteit. De patiënt wordt verteld dat hij geen medicijnen meer krijgt als hij deze gebruikt voor een overdosis. Dit is normaal gedrag voor competente volwassenen en het wordt doorgaans ook geaccepteerd. (Deze benadering is medisch verantwoord, gezien het beperkte nut van medicijnen bij BPS; zie Van der Mast, 1998.)

Relatiemanagement leidt vaak tot een snelle vermindering van storend symptoomgedrag. In dat geval kan de hulpverlener eventueel overschakelen naar een andere, meer traditionele therapeutische methode. Het is wel zaak deze dan niet al te gretig toe te passen en zo nodig bijtijds weer terug te keren naar de principes van relatiemanagement.

Wellicht ten overvloede: relatiemanagement is primair bedoeld voor patiënten met BPS. Bij patiënten met een psychose of stemmingsstoornis is de methode niet geïndiceerd.

## Relatiemanagement in vergelijking met andere methoden

In deze paragraaf wordt relatiemanagement vergeleken met de methode van Linehan en met directieve therapie. Linehan is waarschijnlijk de invloedrijkste auteur over BPS. Directieve therapie en relatiemanagement hebben veel gemeen, speciaal wat betreft de techniek van de indirecte benadering ('judo').

### *Dawson versus Linehan*

Linehan noemt haar benadering *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT; Linehan, 1993). Centraal staat het aanleren van vaardigheden, die uiteindelijk de manier waarop patiënten in de wereld staan, veranderen.

De boeken van Linehan en Dawson verschillen van uiterlijk. Dat van Linehan bevat ruim driemaal zoveel tekst en is zeer gestructureerd. Het biedt veel systematiek en weinig casuïstiek. Dawson beschrijft juist veel korte casussen en is nogal informeel in zijn betoog. Deze uiterlijke verschillen vindt men ook in de vorm van de behandeling. Zo heeft Linehan een streng-geprotocolleerd behandeltraject, zijn er selectiecriteria voor deelname en wordt er uitgebreid psycho-educatie gegeven. Hiermee vergeleken is relatiemanagement erg ongeorganiseerd. Er zijn geen protocollen of selectiecriteria en de plaats van psycho-educatie is bescheiden. Ook inhoudelijk zijn er belangrijke verschillen. Dawson raadt telefonisch contact buiten de geplande sessies sterk af. Linehan daarentegen vindt dat 'telefonische consultatie (...) tussen sessies een belangrijk onderdeel [is] van DBT.' (Linehan, 1993, p. 104). Bij Linehan heeft suïcidaal gedrag de hoogste prioriteit, Dawson adviseert het hier zo weinig mogelijk over te hebben.

Naast deze verschillen zijn er ook belangrijke overeenkomsten. Beide auteurs bieden een manier voor het pareren van het symptomatische geweld, dat vaak een probleem vormt bij de behandeling van patiënten met ernstige BPS. Dawson doet dit nogal rigoureuus: hij maakt de inhoudelijke lading van de symptomen onklaar door ze te herformuleren als interactionele zettingen. Linehan ontdoet de symptomen van hun scherpe kanten door de ze te omzwachtelen met regels en rituelen. Verder zijn beiden duidelijk positief ingesteld. Dawson benadrukt dat men patiënten met BPS moet bejegenen als intelligente, competente volwassenen. Het boek van Linehan 'blinkt uit door de vriendelijke toon die gebezigd wordt tegenover patiënten...' (Reinders, 1997, p. 296).

### ***Dawson versus directieve therapie***

Een vergelijking tussen relatiemanagement en directieve therapie is niet eenvoudig. Relatiemanagement verwijst naar de tamelijk consistente theorie van één auteur (plus een co-auteur), terwijl directieve therapie een veelheid van publicaties van diverse auteurs omvat. Directieve therapie is bovendien te gebruiken bij een wijd scala van klachten, niet speciaal bij BPS. Dit heeft ook te maken met het feit dat het concept persoonlijkheidsstoornis bij directieve therapeuten weinig populariteit geniet. Waar Dawson het heeft over borderline problematiek, waar hij overigens een ruime en pragmatische invulling aan geeft, spreken directieve therapeuten over 'moeilijke mensen' (Van der Velden, 1992).

Een belangrijk verschil betreft de primaire invalshoek. Een directieve therapeut richt zich op de klachten en symptomen van de cliënt. Bij relatiemanagement worden deze grotendeels genegeerd, omdat ze worden gezien als inhoudelijke en dus irrelevante aspecten van de communicatie. Ook de rol van de therapeut is anders. De directieve therapeut geeft aanwijzingen en 'presenteert zichzelf als een vakman' (Van der Velden & Van Dijck, 1986, p. 18). Bij relatiemanagement waakt de therapeut er juist zorgvuldig voor om elke zweem van deskundigheid in zijn presentatie te vermijden. De sessies zijn *no-therapy therapy*, waarbij de vorm lijkt op conventionele psychotherapie (regelmatig een bepaalde tijd bij elkaar zitten), maar de inhoud niet.

‘Conversatie was prima. Triviale conversatie was prima. Samen een kop koffie drinken was prima. Informatie geven was prima. Empathisch zijn was ok... Maar indringende vragen stellen, advies, leiding, interpretaties, suggesties, of hulp bieden in welke vorm dan ook was strikt verboden.’ (Dawson & MacMillan, 1993, p. 57).

Het verschil gaat dus vrij diep. Dit geldt overigens minder voor de technieken ‘judo’ en ‘chi’ (resp. Lange, 1986; Van der Hart & Rubinstein, 1986). Judo wordt omschreven als niet trekken aan de cliënt. De kern van relatiemanagement is het principe dat men de pathologische dialoog beëindigt door de voorspelbare positie niet in te nemen. De judohouding lijkt vooral een middel om ingang te krijgen voor actieve interventietechnieken, waarvan er in het hoofdstuk over judo vele worden beschreven (Lange, 1986). De actieve opstelling van de therapeut blijkt ook uit de uitgebreide probleemanalyse. Deze aanpak is duidelijk anders dan die van Dawson. Hij legt de nadruk niet op wat de therapeut moet doen, maar vooral op wat deze niet moet doen: ‘Met borderline patiënten moeten we altijd de mogelijkheid overwegen dat niets doen beter is dan iets doen.’ (Dawson & MacMillan, 1993, p. 60). Voor toepassing van relatiemanagement is geen probleemanalyse nodig. Het enige dat men hoeft te weten is dat de patiënt BPS heeft.

Directieve therapie is elegant en genuanceerd, maar (mede daardoor) niet altijd eenvoudig toe te passen. Het doet een groot beroep op de creativiteit en intuïtie van de therapeut. Relatiemanagement is relatief simpel, mits men zich het onderliggende paradigma eigen kan maken en koelbloedig kan blijven bij de praktische uitvoering daarvan.

Een belangrijke overeenkomst is dat zowel Dawson als directieve therapeuten problemen plaatsen in een relationele context, maar deze wordt verschillend ingevuld. Bij directieve therapie bestaat hij uit partners en gezinsleden, voor Dawson vormt de therapeut de belangrijkste context. Overeenkomsten zijn verder de positieve houding van de therapeut, die zich vooral pragmatisch opstelt zonder op inzicht aan te dringen. Ten slotte is het prettig als een behandelmethode de therapeut helpt om zich niet te laten intimideren door de symptomen, of om ‘van deze patiënten niet meer zenuwachtig te worden.’ (Van der Velden, 1992, p. 307).

## Besluit

In dit artikel wordt de patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis vergeleken met een kievit, ofwel Vanellus vanellus. Het opvallende gedrag van Vanellus komt men vooral tegen als men in het voorjaar op zoek gaat naar kievitseieren. Het besef dat hier sprake is van een nagebootste stoornis is onder eierzoukers gemeengoed. Dit maakt het zoeken efficiënter, want het kan achterwege blijven op plaatsen die de vogel zo demonstratief markeert. Tolman (1977) geeft ook aan hoe de eierzouker zulk gedrag kan normaliseren: door zich terug te trekken achter een hek en geduldig te wachten.

Het opmerkelijk symptoomgedrag van patiënten met BPS is iets dat bepaalde therapeuten veel zien. Onder hen heerst grote verdeeldheid over de vraag hoe dit te interpreteren. De behandelaar wint aan gemoedsrust, en de behandeling aan efficiëntie, als niet wordt ingegaan op het spectaculaire symptoomgedrag, dat doorgaans betrekking

heeft op onderwerpen die niet relevant zijn. Net als de eierzoeker kan de hulpverlener, in geval van escalerend spektakel, zich maar het beste terugtrekken en enig geduld betrachten, waarna de rust terugkeert. Dawson beschrijft op heldere wijze hoe voorkomen kan worden dat de hulpverlener zich van de wijs laat brengen door het symptomatische gedrag van de patiënt. Door dit soms dramatische gedrag moet de therapeut er voortdurend voor waken dat hij niet, vervuld van dadendrang, tevoorschijn komt van achter zijn hek met als gevolg: grenzeloosheid.

---

### Abstract

*Symptomatic behaviour of patients with borderline personality disorder (BPD) is usually seen as rooted in the patient's personality. However, it can also be interpreted as an artefact of the interaction between the patient and the therapist. This article describes the Vanellus phenomenon, a metaphor for relationally determined behaviour. The symptoms of BPD can be modified by managing the relationship between patient and therapist. The therapist is mainly concerned with his own contribution. Principles and practical application of relationship management, as described by Dawson, are briefly outlined. Relationship management is compared with dialectical behavioural therapy of Linehan and with directive therapy.*

### Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington: APA.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Benjamin, L.G. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Borra, R. (1998). Cultuur en de DSM-IV. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 1086-1102.
- Cramp, S. (1990). *Handbook of Europe, the Middle East and North Africa, The birds of the western Palearctic, Volume III, waders to gulls*. Oxford: Oxford University Press.
- Dawson, D., & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patiënt*. New York: Brunner/Mazel.
- Derksen, J.J.L. (1994). De psychologische behandeling van de borderline patiënt. In J.J.L. Derksen & H. Groen (red.), *Handboek voor de behandeling van borderline patiënten*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness; insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Haley, J. (1963). *Strategieën in de psychotherapie*. Utrecht: Bijleveld.
- Hart, O. van der, & Rubinstein, T. (1986). Strategische en tactische aspecten van therapie. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie deel 1* (pp. 61-77). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kernberg, O.F. (1986). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven/Londen: Yale University Press.
- Kuiper, T. (1998). Classificeren in de psychiatrie. *Maandblad voor geestelijke Volksgezondheid*, 11, 1027-1036.
- Lange, A. (1986). Judo, oftewel het niet trekken aan cliënten. In K. van der Velden, (red.), *Directieve therapie deel 1* (pp.77-97). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Mast, R.C. van der (1998). Medicamenteuze behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1, 47-50.

- Masterson, J.F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders; establishing a therapeutic alliance. *Journal of Personality Disorders*, 4, 182-193.
- Reinders, M. (1997). Boekbespreking. *Gedragstherapie*, 30, 293-297.
- Soloff, P.H. (1993). Pharmacological therapies in borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 319-348). Washington: American Psychiatric Press.
- Tolman, R. (1977). *De kievit*. Baarn: Bosch & Keuning.
- Velden, K. van der, & Dijk, R. van (1986). Wat is directieve therapie? In K. van der Velden, (red.), *Directieve therapie deel 1* (pp.17-24). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Velden, K. van der (1992). Het 'moeilijke mensen'-project (2). Follow-up na zes jaar. In K. van der Velden, (red.), *Directieve therapie deel 4* (pp. 307-316). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Young, J.E. (1994), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Basic Books: New York.
- Zanarini M.C., & Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 93-104.