



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

De benadering van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in de schemagerichte cognitieve therapie

Dirk Corstens en Arnoud Arntz*

Samenvatting

De schemagerichte cognitieve therapie die werd ontwikkeld door Young, wordt onder meer toegepast bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het bestaan van vijf kenmerkende schematoestanden, schemamodi genoemd, vormt het uitgangspunt van de therapie. Elke modus kent een eigen presentatie en vereist een passende aanpak. De behandelingsfilosofie zal worden besproken. Vervolgens zullen met behulp van casuïstiek technieken en benaderingsstrategieën worden toegelicht, aan de hand van die verschillende schemamodi. De rol van de therapeut krijgt in dit artikel bijzondere aandacht. De verhouding tussen therapeut en patiënt kan worden omschreven als 'limited reparenting'. De houding van de therapeut is in deze therapievorm van cruciale betekenis voor het bewerkstelligen van verandering.

Inleiding

Sinds de invloedrijke publicatie van Dawson en MacMillan (1993) staat in de psychiatrie het stellen van duidelijke grenzen aan de patiënt voorop: 'Als je jezelf beschadigt, word je uit het ziekenhuis ontslagen.' Daarnaast wordt de ongelijkheid tussen arts en patiënt losgelaten. Zo wordt de eigen verantwoordelijkheid van de borderline patiënt niet ondermijnd. Het gedrag van de borderline patiënt, zo stellen Dawson en MacMillan, is contextafhankelijk. Men moet de vorm, maar niet de inhoud van therapie leveren, om de gezonde kanten van de patiënt zo veel mogelijk tot hun recht te laten komen. Zij geven ons drie regels voor de bejegening van patiënten met borderline symptomatologie:

- verminder de chaos;
- richt geen schade aan (volgens het adagium 'primum non nocere');
- 'overweeg' therapie.

Dawson en MacMillan zeggen niet waaruit de therapie dan zou moeten bestaan. Hun betoog komt erop neer – en dat bleek nog duidelijker tijdens een voordracht van Dawson in Nederland in 1999 – dat therapie weinig zin heeft. Ze vinden dat we nog te weinig weten over deze stoornis. Contacten kunnen beter buiten de officiële psychiatrie plaatsvinden, omdat de 'betaalmiddelen' die patiënten in de relatie met hun arts

* Drs H.J.TH.M. Corstens is als psychiater werkzaam op de Sociaal Psychiatische Dienst van de RIAGG Maastricht, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht. Correspondentie: tel 043 329 96 31; e-mail dirkcorstens@wxs.nl.

DR. A. ARNTZ, psycholoog/psychotherapeut, werkt als universitair hoofddocent bij het departement Medische, Klinische en Experimentele Psychologie van de Universiteit Maastricht en bij de geacademiseerde sectie gedragstherapie van de RIAGG Maastricht.

gebruiken, al snel leiden tot (zelf)destructief gedrag. Opname moet zo veel mogelijk worden voorkómen.

In Nederland heeft het model van Dawson en MacMillan gediend ter inspiratie voor de aanpak van Van Meekeren (2000), zoals hij elders in dit nummer beschrijft. In de Verenigde Staten heeft Linehan (1993) gepubliceerd over haar onderzoek naar een intensieve, cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. De resultaten van deze zowel individuele als groepsgewijze aanpak waren met name ten aanzien van suïcidaliteit gunstig. Men sluit in deze behandeling een contract met de patiënt en stelt duidelijke prioriteiten. Opvallend is dat de therapeut de patiënt actief bij de behandeling betreft. Young (1999) deed ervaring op met, wat hij noemt, schemagerichte cognitieve therapie bij borderline patiënten. In zijn methode staat een model van de borderline persoonlijkheidsstoornis centraal, dat is gebaseerd op schema's. De effectiviteit van deze behandeling in de Nederlandse situatie wordt nu onderzocht. Als we collega's vertellen over de rol en vooral de bereikbaarheid van de therapeut in deze behandeling, roepen we veel vragen, zo niet weerstand op. Kennelijk vinden therapeuten, met Dawson en MacMillan voorop, dat afstand bewaren een wezenlijk element van de behandeling van borderline patiënten moet zijn. Wij denken daar anders over. De reacties van de patiënten zelf en hun familieleden sterken ons in die overtuiging.

In het concept van Young is de therapeut een ouder, een *good-enough parent*, zij het met beperkingen. Hij stelt de patiënt in staat zich los te maken van een problematisch verleden en te groeien naar een autonoom bestaan. Daarvoor is een betrokken en actieve therapeut nodig. Met dit artikel willen we laten zien hoe in deze therapievorm de betrokkenheid van de therapeut gestalte krijgt. Volledigheidshalve zij vermeld dat deze therapie nog in een experimentele fase verkeert. Of onze opvattingen in de praktijk houdbaar blijken, wordt onderzocht (voor een uitgebreidere beschrijving met casuïstiek zie Arntz & Kuipers, 1998).

Behandelfilosofie

Het idee dat disfunctionele schema's, zoals beschreven door Beck en Freeman (1990), aan de pathologie ten grondslag liggen, vormt het theoretisch fundament van de behandeling. Schema's zijn verzamelingen van kennis die grotendeels impliciet zijn. Zij bestaan uit kerncognities, emoties en herinneringen die zijn ontstaan tijdens de vroegste ervaringen van een kind, en die werden georganiseerd in gedragspatronen die zich het hele leven door herhalen. Schema's kunnen in een therapie indirect gereconstrueerd worden op grond van gedachten, gevoelens, handelingen en lichamelijke reacties van de patiënt. Zij hebben betrekking op aannamen over de eigen persoon, anderen en de wereld. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben in het algemeen meer schema's dan gezonde mensen. Borderline patiënten worden gekenmerkt door snelle en frequente stemmingswisselingen en impulsief handelen. Omdat zij zoveel schema's hanteren en volgens vaste gedragspatronen handelen, is het concept *modus* ontwikkeld. Een *modus* is een set van bij elkaar horende schema's en processen, die op bepaalde momenten en in bepaalde omstandigheden het denken, doen en voelen van de patiënt bepalen ten koste van andere schema's (Arntz & Kuipers, 1998). Een *modus* is dus een herkenbaar en terugkerend gedragspatroon met kenmerkende houding, affecten en gedachten. Borderline patiënten veranderen voortdurend van

modus naar modus in reactie op levensomstandigheden. Gezondere patiënten hebben minder modi, zitten langere tijd in een van de verschillende modi en hebben minder extreme modi.

Een borderline patiënt kan zich het ene moment koel opstellen in een neutrale situatie en plotseling ziedend van woede raken, nadat iemand iets heeft gezegd wat gevoelens van afwijzing oproept. De patiënt is daarop nauwelijks aan te spreken. Het lijkt voor een borderline patiënt onmogelijk om in meer dan één modus tegelijk te zijn. Zij heeft geen toegang meer tot een andere modus.

Bij borderline patiënten worden vijf modi verondersteld. De genoemde namen hebben vooral een overdrachtelijke betekenis; er worden geen identiteiten of personen mee bedoeld. In overleg met de patiënt kunnen ook andere namen gebruikt worden. We onderscheiden:

- *De Beschermmer*. Hierin is de patiënt afstandelijk en gereserveerd. Zij geeft aan niets bijzonders te voelen. Ze doet alle dingen die ze moet doen. Emoties worden zorgvuldig buiten de deur gehouden. De patiënt handelt adequaat maar voelt zich leeg.
- *De Straffende Ouder*. Zelfkritiek, zelfontkenning, zelfhaat en zelfbeschadiging kenmerken het gedrag in deze modus. De persoon walgt van zichzelf en is boos, omdat ze behoeften toont of heeft.
- *Het Woedende Kind*. Deze toestand wordt door de meeste hulpverleners als kenmerkend voor borderline patiënten gezien. Ze zijn dan furieus, ventileren hun gevoelens op een buitengewoon heftige manier. Ze handelen impulsief om hun behoeften op een inadequate manier op te eisen. Ze manipuleren en dwingen om dingen gedaan te krijgen. Ze kunnen in deze toestand dreigen met suicide.
- *Het Verlaten en Misbruikte Kind*. Hier ligt de kern van de borderline problematiek. Het verwaarloosde en misbruikte kind heeft een negatief beeld van zichzelf, anderen en de wereld om zich heen ontwikkeld, op grond van ervaringen gedurende haar ontwikkeling. Ze voelt zich hopeloos, angstig, depressief, behoeftig, waardeloos en vreselijk alleen. In deze toestand hebben borderline patiënten een geïdealiseerd beeld van verzorgers en doen zij wanhopige pogingen verlating te voorkomen.
- *De Volwassene*, ten slotte, is de toestand waarin vertrouwen in zichzelf en anderen bestaat. De patiënt kan op een gezonde manier denken en gebruikmaken van hulpbronnen buiten haar. Problemen kunnen opgelost worden, beperkingen kunnen geaccepteerd worden.

De patiënt kan plotseling van de ene in de andere modus switchen, bijvoorbeeld naar aanleiding van emotionele gebeurtenissen. In de therapie wordt verandering van deze modi nagestreefd. Daarvoor worden drie soorten technieken toegepast. Met gedragsmatige technieken wordt ingegaan op gedrag. Cognitieve technieken zijn gericht op het denken. En experiëntiële technieken – bijvoorbeeld imaginatie en rollenspel – hebben de emoties als focus. Zowel het verleden, het leven buiten de therapie, als de therapeutische relatie komen aan bod in de behandeling.

De therapeut

De therapeut functioneert als een ouder, die het verwaarloosde en misbruikte kind in de patiënt in staat stelt te groeien. De therapeut is ervan overtuigd dat hij er samen

met de patiënt wel uit zal komen. Het besef van de therapeut dat de patiënt veel littekens heeft opgelopen, staat het vertrouwen in de behoefte van de patiënt om te veranderen niet in de weg. Bij veel borderline patiënten is het moeilijk om een stabiele werkrelatie te krijgen. Ze zijn geneigd om zittingen af te zeggen of niet te komen. De therapeut ziet en benoemt dergelijk gedrag als voortkomend uit de Beschermertoestand. Vanuit die toestand vermijdt de patiënt contact en gevoelens die in een therapeutische relatie worden opgeroepen. De therapeut zal de patiënt in voorkomende gevallen actief benaderen en met veel geduld en ondersteuning trachten te motiveren toch naar de therapie te komen. De attitude van de therapeut kan het beste omschreven worden met het begrip *limited reparenting*. Reparenting is het opnieuw aanbieden van een ouder, die 'goed genoeg' is. Een ouder die betrouwbaar is, veilig, voorspelbaar en respectvol. Een ouder die niet misbruikt, manipuleert en niet verwerpt. 'Limited' heeft betrekking op de beperkingen van de therapeut als ouder en op de tijdelijkheid van de relatie. Een therapeut heeft ook een privé-leven en andere patiënten, waardoor hij niet altijd beschikbaar kan zijn.

De patiënt

De patiënt moet conclusies die voortvloeien uit negatieve ervaringen uit het verleden, vervangen door conclusies – schema's – die meer recht doen aan vertrouwen in zichzelf en anderen. Deze nieuwe conclusies komen onder andere tot stand dankzij positieve ervaringen met de therapeut. De borderline patiënt verwacht manipulatie, uitbuiting, verlating of misbruik – ook in de therapie. Maar de therapeut gedraagt zich anders. Hij is eerlijk en oprecht, bezorgd en persoonlijk betrokken; hij is in staat om empathie te tonen en om grenzen te stellen. De therapeut moet warm, empathisch, betrouwbaar, stabiel en ook beschikbaar zijn. De patiënt mag niet verworpen en niet misbruikt worden. Evenmin mag de therapeut misbruikt worden, de therapeut heeft ook rechten en beperkingen. Deze beperkingen worden met persoonlijke redenen omkleed, niet door te verwijzen naar 'regels' – bijvoorbeeld: 'Als je me steeds midden in de nacht belt, kan ik mijn werk niet goed doen'. De ervaring leert dat de meeste patiënten een therapeut die deze houding aanneemt, niet willen verliezen. De relatie is zo belangrijk dat ze respectvol en begripvol omgaan met de mogelijkheid om de therapeut in noodsituaties te raadplegen. De meeste borderline patiënten hebben grote moeite met het uiten van hun behoeften en gevoelens, omdat ze hierin juist vaak worden afgewezen (zie ook Linehan, 1993).

Bereikbaarheid

Om zijn bereikbaarheid te vergroten geeft de therapeut na enkele zittingen een telefoonnummer voor noodgevallen, waar de patiënt hem buiten kantoor tijden kan bereiken. Want crisissituaties doen zich niet alleen van negen tot vijf voor. De patiënt wordt met klem verzocht contact te zoeken met de therapeut als er zich een bedreigende situatie voordoet. De patiënt merkt dat de therapeut betrokken is. Dit is iets wat buitengewoon verrassend is voor een borderline patiënt. Juist in crisissituaties doen de modi zich sterk gelden en kan er ook telefonisch zinvol worden ingegrepen. Ernstige problemen (suicide, zelfbeschadiging) kunnen voorkomen worden. Sommige modi, zoals de Straffende Ouder, komen niet in de spreekkamer naar voren, maar voornamelijk

daarbuiten. De ervaringen die zijn opgedaan in de telefonische zitting kunnen in de reguliere zittingen worden gebruikt, zodat deze modi toch besproken kunnen worden.

Een therapeut hoeft niet voortdurend beschikbaar te zijn. Tijdens zijn afwezigheid kan de patiënt een boodschap inspreken in de voice mail; de therapeut probeert dan zo gauw mogelijk terug te bellen. Afwezigheid van de therapeut, door de patiënt als verlating ervaren, is vaak een aanleiding voor ernstige ontregeling. Daarom is het van belang dat van meet af aan duidelijk is wie de therapeut in voorkomende gevallen zal vervangen. De vervanger is bij voorkeur ook een paar keer bij de reguliere zittingen geweest om zo het vertrouwen van de patiënt te winnen. Tijdens langere perioden van afwezigheid, zoals vakantie, is deze tweede therapeut beschikbaar. Zittingen met die tweede therapeut kunnen gepland worden. Afhankelijk van de behoeften en wensen van de patiënt zullen de zittingen met de tweede therapeut meer therapeutisch of juist alleen ondersteunend zijn.

Intervisie

Veel borderline patiënten vertonen gedrag dat henzelf kan schaden. Het is dan de kunst om hen niet te bestraffen, zoals zij verwachten. Het moet duidelijk gemaakt worden dat zulk gedrag schadelijk en zorgwekkend is. Er kan samen worden gezocht naar manieren om ander gedrag te vertonen, door de achtergrond van het schadelijke gedrag te onderzoeken. Borderline patiënten roepen met hun extreme gedrag extreme reacties op bij anderen, ook therapeuten. De therapeut zal soms veel moeite moeten doen om dat verlaten en verwaarloosde kind die de borderline patiënt ook is, te kunnen blijven zien. Het is van belang dat een therapeut niet te veel borderline patiënten tegelijk behandelt, om zijn eigen traumatisering te voorkomen. Intervisie is een wezenlijk en onmisbaar onderdeel van een goede behandeling voor borderline patiënten. In een borderline therapie gebeurt veel. Ondersteuning bij koersbepaling is van het grootste belang om een therapie niet stuurloos te laten worden. Soms komen pijnlijke zaken in de behandeling naar voren, die de therapeut ook even moet kunnen delen om weer enige afstand te kunnen nemen en therapeutische doelstellingen in het oog te houden. Wanneer een therapeut te veel betrokken raakt, dient hij geholpen te worden om grenzen te stellen.

Aan de hand van een fictieve casus, gebaseerd op ervaringen met diverse patiënten uit intervisiegroepen, zullen we trachten de rol van de therapeut in de praktijk te verduidelijken.

Casus

Saskia is een vrouw van 39 jaar, met als hoofddiagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Zij komt uit een gezin met vier kinderen. Zij heeft een vier jaar oudere zus, een twee jaar oudere broer en een zes jaar jongere zus. Haar vader werd frequent opgenomen vanwege psychotische episoden. Hij gedroeg zich dan extreem dreigend, temeer omdat haar moeder steeds olie op het vuur gooide, waardoor er ernstige escalaties ontstonden. Haar moeder was dwangmatig precies. Saskia was vaders lieveling, maar zij werd door haar moeder regelmatig getergd en vernederd.

Op zeventienjarige leeftijd trouwde Saskia met een tien jaar oudere man. Zij kregen twee kinderen, twee dochters. Haar echtgenoot had een goede baan, zij leefden als welgestelden. Maar hij was ook alcoholist, vaak weg en niet in staat om zijn gevoelens te uiten. Saskia was ongelukkig in dit huwelijk. Zij volgde cursussen en opleidingen, maar maakte, ondanks aanvankelijk succes, niets af. Zij volgde verscheidene kortdurende therapieën, die alle voortijdig werden afgebroken. Saskia besloot te scheiden toen zij 35 was, kort na het overlijden van haar moeder. Zij had een aantal stormachtige relaties, tot ze haar huidige echtgenoot leerde kennen. Met hem heeft ze al geruime tijd een stabiele relatie. Gedurende deze relatie openbaarden zich ernstige depressieve episoden, waarvoor zij werd opgenomen. Deze opnamen ontvaardden in automutilatief gedrag.

Een jaar geleden kwam Saskia in behandeling, twee keer per week een zitting van een uur. De zittingen worden opgenomen op een audiotape, die Saskia mee naar huis krijgt om af te luisteren. Zij krijgt het privé-telefoonnummer en e-mailadres van de therapeut. Zij maakt frequent gebruik van de mogelijkheid een e-mail te sturen. In momenten van ernstige nood gebruikt zij de telefoon. Zij houdt deze telefoontjes zelf zakelijk en kort. Als ze belt, kan zij moeilijk vertellen over haar gevoelens en wat er aan de hand is. We zullen de verschillende modi die zich bij Saskia presenteren en de daarbij passende interventies bespreken.

De Straffende Oudermodus

De Straffende Oudermodus wordt gezien als een internalisatie van de echte straffende of verwaarlozende opvoeders. Als de patiënt in deze toestand verkeert, mag zij geen fouten maken. Maar zij maakt 'altijd' fouten. Behoeften en gevoelens worden afgewezen. Als je vraagt aan een borderline patiënt wat diens behoeften zijn, dan volgt meestal slechts stilte. Aannamen die in deze toestand sterk gelden zijn: 'Je bent slecht en verdient straf', en 'Je mag je gevoelens, meningen en wensen niet uiten'. De patiënt kiest voor een strategie van zichzelf en anderen straffen, en van respectloos gedrag. We zien vaak dat borderline patiënten situaties zo insceneren dat ze afwijzing en bestraffing oproepen. De conclusie is dan onvermijdelijk: 'Zie je wel, je bent...'

In deze modus beschadigt Saskia zichzelf. Als zij gekweld wordt door schuldgevoelens over haar vermeende tekortschieten op veel terreinen, loopt de spanning hoog op. Een telefoongesprek met een van haar dochters kan bijvoorbeeld aanleiding zijn tot eindeloze zelfverwijten over het in de steek laten van haar kinderen door de scheiding. Zij moet zichzelf dan beschadigen. Als zij deze 'boete' heeft gedaan, voelt ze zich opgelucht. Zij vertelt achteraf over haar zelfbeschadiging met een vanzelfsprekendheid die voor een buitenstaander schokkend is en moeilijk te begrijpen. Het moet, het is onvermijdelijk, het is rechtvaardig.

Omdat deze modus veel opkomt, is in onze ogen een grotere bereikbaarheid en beschikbaarheid van de therapeut noodzakelijk. De therapeut moet het gevecht met de Straffende Oudermodus aangaan. De Straffende Ouder 'moet eruit'. De Straffende Oudermodus wordt voortdurend benoemd als hij de kop opsteekt. De therapeut tracht deze modus zo te vervreemden van Saskia zelf. Bij Saskia treedt deze modus nauwelijks tijdens de zittingen op. Wanneer zij alleen thuis is, kan deze toestand echter alles overheersen. Dit leidt dan tot snijden in haar bovenbeen. Soms belt Saskia de therapeut op voordat zij zich gaat snijden. De therapeut luistert geduldig, laat haar zo goed mogelijk haar gevoelens en wat daaraan voorafging, beschrijven. De therapeut vraagt daar actief naar. Saskia houdt het gesprek het liefst kort. Vaak stelt het luisterend oor

haar gerust. De therapeut benadrukt hoe groot de overwinning voor Saskia is om zich te uiten. Als de Straffende Oudermodus naar voren komt, wordt deze krachtig en vermanend toegesproken. Zelfbeschadiging wordt expliciet afgewezen als een beschadigende manier van omgaan met pijnlijke gevoelens. Niet Saskia zelf, maar het destructieve gedrag wordt nadrukkelijk veroordeeld, als iets wat behoort tot haar verleden, waarin ze letterlijk beschadigd werd door haar ouders. Een kind heeft veiligheid nodig om te kunnen groeien.

In crisissituaties is een empathische aanpak noodzakelijk. Men laat de patiënt gevoelens verwoorden, totdat enige ontspanning bereikt wordt. Maar men pleit ook krachtig voor andere oplossingen dan die van de Straffende Ouder. Vaak wordt van tevoren een crisisplan opgesteld, met nauwkeurig omschreven stappen die de patiënt kan zetten. Een van de mogelijkheden is het bellen van de therapeut. Door middel van rollenspelen in de reguliere zittingen wordt de Straffende Ouder zwakker gemaakt. Ook dat vereist een actieve en betrokken, vermanende houding van de therapeut. De therapeut bevecht de Straffende Oudermodus, met als doel dat de patiënt dit later overneemt. Het is voor de patiënt moeilijk om alle met deze modus samenhangende aannamen, gedragingen en gevoelens los te laten. Deze weerspiegelen immers de opvattingen en gedragingen van de echte ouders, die zij in haar opvoeding voortdurend over zich heen gestort kreeg. De therapeut dient krachtig op te treden tegen zelfdestructieve ge- en verboden.

De Beschermmodus

In de Beschermmodus probeert de patiënt zich te beschermen tegen de 'boze' buitenwereld en de interne dreiging die uitgaat van de andere disfunctionele modi. De patiënt vermijdt straf door behoeften en gevoelens te ontkennen en zich af te sluiten voor anderen.

Saskia komt wel eens binnen met een bedrukt en verdrietig gezicht. Als de therapeut vraagt hoe ze zich voelt, antwoordt ze, met een plots veranderende gelaatsuitdrukking: 'Goed.' Ze weert het contact af en heeft desgevraagd niets te bespreken. Als de therapeut zegt dat hij de indruk heeft dat ze er verdrietig uit zag, ontkent zij dat meteen. Maar de therapeut blijft vasthouden aan die indruk en vraagt in hoeverre de Beschermtoestand actief is. Heel langzaam laat Saskia wat meer los over wat kort voor de zitting is gebeurd en hoe ze zich heeft gevoeld. Regelmatig moet de therapeut met Saskia de voor- en nadelen van de Beschermmodus langslopen. Telkens blijkt dat de pijnlijke gevoelens weliswaar onderdrukt worden door deze kille houding, maar dat ook de positieve gevoelens en ervaringen daardoor onmogelijk worden. Het gevolg van deze houding is quasi-aangepast gedrag. Zij toont geen gevoelens, gaat geen band met anderen aan. 'Als anderen weten hoe ik me voel, word ik kwetsbaar, dat is gevaarlijk...', is een veelgehoorde uitlating. Symptomen van deze modus zijn leegheid, depersonalisatie, middelengebruik en lichamelijke klachten. Saskia heeft een lange geschiedenis van somatische behandelingen, voordat zij met de psychiatrie in aanraking kwam. Sindsdien heeft zij geen contacten meer met somatisch specialisten. Dit is iets wat vaker voorkomt bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

De aannamen in deze modus zijn: 'Het is gevaarlijk om te voelen. Het is gevaarlijk om je gevoelens te uiten of een mening te hebben. Ik verlies de controle als ik dat toch doe.'

Anderen zijn niet te vertrouwen, dus moet ik afstand houden'. De gebruikte strategieën zijn: niet denken, niet voelen, niet weten, niet praten; dissociatie, afleiden, drugs, drank. Zelfbeschadiging komt bij alle modi (behalve De Volwassene) voor.

In bijzijn van anderen heeft Saskia geen contact met haar gevoel. Dat bemoeilijkt de therapie. In de Beschermermodus is Saskia een tegenstander van groei, gevoelens en behoeften. In de therapie moeten we daar juist op ingaan. De therapeut legt uit dat de Beschermermodus aanvankelijk, in de jeugd, in perioden van verwaarlozing, mishandeling of misbruik, een nuttige overlevingsfunctie had. Maar in het heden sluit deze toestand ieder gevoel hermetisch af. Ook positieve ervaringen worden daarmee onderdrukt en leegheid is het resultaat. Uitgebreid wordt er met Saskia in de Beschermermodus onderhandeld over de noodzaak tegemoet te komen aan behoeften in een veranderde wereld. Voor- en nadelen van de Beschermermodus worden, indien nodig, besproken. Met behulp van imaginatie kan de therapeut erin slagen voorbij de Beschermermodus en zo bij de Verlaten Kindmodus te komen. De Gezonde Volwassenenmodus wordt ingeschakeld om de Beschermermodus flexibeler te maken. Via een rollenspel tussen de 'Gezonde Volwassene' en de 'Beschermer' is het mogelijk meer ruimte te krijgen om contact te maken met het 'Verlaten Kind'.

Omdat deze modus met zijn afwerende en antitherapeutische attitude zo vaak voorkomt, is het nodig de patiënt vaker dan eens per week te zien. Het kost geduld, volharding en schier eindeloos onderhandelen om deze modus te kunnen passeren.

De Woedende Kindmodus

Een patiënt in deze modus dwingt de ander – de therapeut – rekening te houden met zijn behoeften en wensen. De nadruk ligt hier op dwingen. Door eisend gedrag, ongecontroleerde woedeaanvallen, opstandigheid, manipulatief gedrag, misbruik maken van situaties en dreigen met suïcide, dwingt de borderline patiënt rekening met haar te houden. Conflicten worden gevoed en zij laat ze escaleren: 'Als ik niet vecht, word ik gepakt, misbruikt, verwaarloosd, verlaten.' Zij is voortdurend ervan overtuigd dat haar grondrechten haar worden ontnomen.

In de therapie komt deze modus soms in het begin tevoorschijn, maar het kan lang duren voordat deze kant zich laat zien. Bij Saskia komt deze kant in de therapie zelden naar voren. Thuis heeft ze af en toe een woedeaanval, waarbij de inventaris van haar flat het moet ontgelden. Soms beschadigt zij zichzelf als zij in deze modus is, om mensen te dwingen te zien dat ze zich in de steek gelaten voelt. Ze kan het niet zeggen. Als zij wel tijdens de zitting in deze modus handelt, moet zij duidelijk begrensd worden. Haar moet dan ferm duidelijk gemaakt worden dat haar woede begrijpelijk en terecht is, maar dat de manier waarop zij zich uit, te sterk is en juist verlating kan oproepen.

Ten opzichte van deze toestand moeten duidelijke grenzen worden gesteld wanneer beledigingen, vernielingen of respectloos gedrag voor-komen. Een zekere hoeveelheid verbale agressie moet de therapeut wel kunnen verdragen. De patiënt moet ervaren dat de therapeut haar niet straft of verlaat als zij boos is. Boosheid moet niet persoonlijk opgevat worden. Erkenning van het recht om boos te worden, begrip en com-passie met de Woedende Kindmodus zijn noodzakelijk om met dit deel om te kunnen gaan. De therapeut moet stevig staan en zich niet door deze stormen uit het veld laten slaan.

Het besef dat het hier gaat om een kind dat zich niet adequaat heeft leren uitdrukken, kan hierbij helpen.

Het onderdrukken van boosheid leidt tot plotselinge woede-uitbarstingen. In rollenspelen kan de patiënt leren hoe zij boosheid gepast kan uiten. In imaginaties van jeugdsituaties kan boosheid ten opzichte van ouders worden geuit. De therapeut begeleidt dit op een steunende en beschermende wijze. In het geïmagineerde beeld kan de therapeut een actieve rol innemen. De patiënt moet leren dat het voelen van boosheid niet verkeerd is, noch het gepast uiten ervan. Alleen bepaalde uitingen zijn niet functioneel en kunnen leiden tot ernstige verstoringen van relaties.

De Verlaten en Misbruikte Kindmodus

Deze modus is de kern van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het is bekend dat veel mensen met deze stoornis in hun vroege jeugd seksueel en ander misbruik hebben meegemaakt, vaak affectief tekort zijn gekomen en verlaten zijn. Op grond daarvan heeft de borderline patiënt de verwachting dat dit in alle situaties weer zal gebeuren. In deze modus is de patiënt dan ook wanhopig op zoek naar bescherming. Zij voelt zich hopeloos, leeg, depressief, angstig, ongeliefd, waardeloos en verloren. Zij doet heftige pogingen verlaten te voorkomen. De therapeut wordt geïdealiseerd en aangeklampt. Belangrijke aannamen zijn: 'Niemand is te vertrouwen, als ik mensen dichterbij me toelaat, maken ze misbruik van me. Ik ben hulpeloos en machteloos. De wereld is gevaarlijk.' De patiënt is volkomen overstuurd, als een klein, misbruikt en in de steek gelaten kind. Zij zoekt koestering, troost, geruststelling, steun en bijval.

Saskia slaat haar handen voor haar gezicht, buigt voorover en kan geen woord uitbrengen. Ze kan niet huilen, voelt zich wanhopig en mompelt: 'Hoe moet het nou als ik dadelijk weg moet' (als de zitting is beëindigd). Ze is ervan overtuigd dat het nooit meer goed komt, ze is nauwelijks in staat om te luisteren. Ze kan geen contact maken met de therapeut. Ze kan haar gevoelens niet onder woorden brengen. Ze moet geduldig worden ondersteund. De therapeut probeert een ontvankelijke houding aan te nemen. Hij moet laten merken dat voor deze gevoelens plaats is. Dat deze gevoelens reëel zijn en ongevaarlijk.

Regelmatig zien we dat een patiënt haar gevoelens overmatig uit en dat zij met veel misbaar geruststelling en koestering eist. Soms wordt grensoverschrijdende koestering geëist. Over haar gevoelens *praten* is echter heel moeilijk. De patiënt verwacht straf en afwijzing. De therapeut probeert de patiënt te leren gevoelens op een adequate wijze te uiten. Daarom moet de therapeut beschikbaar en bereikbaar kunnen zijn. De patiënt moet leren dat op een gepaste wijze met haar omgegaan *kan* worden als zij zichzelf ook respectvol uit. Om te leren dat het veilig is deze gevoelens te uiten, worden imaginaties en rollenspelen gebruikt. In imaginaties wordt bewust het beeld van de therapeut als steunende en veilige ander opgeroepen. De patiënt wordt gestimuleerd, in bijzijn van de geïmagineerde therapeut, haar gevoelens in een meelijwekkende situatie te uiten. Zij leert de oorzaken van deze heftige gevoelens kennen.

De Gezonde Volwassenenmodus

In de Volwassenenmodus is iemand 'gezond': in staat om problemen op te lossen door gebruik te maken van gevoelens. Gevoelens kunnen dienen om situaties aan te pakken. Men weet dat men kan veranderen, men heeft zelfvertrouwen en is in staat om hulp te vragen als men er alleen niet uitkomt. Plezierige activiteiten en relaties zijn gemakkelijk toegankelijk. Bij borderline patiënten is deze modus vaak afwezig of slecht ontwikkeld. Maar de therapeut appelleert aan deze modus en gaat er een werkrelatie mee aan. Juist in tijden van crises wordt de patiënt in deze modus aangesproken. Gedurende de therapie wordt deze kant gevoed door uitleg, huiswerk, rollenspelen en het benoemen van succes. Bij het afsluiten van de therapie heeft deze kant idealiter het overwicht. Men is dan in staat de regie te voeren over het eigen leven.

Ook bij Saskia is deze kant zwak ontwikkeld. Zij is bijvoorbeeld nauwelijks in staat te geloven dat zij zelfstandig problemen kan oplossen. Wel spreekt zij deze kant aan als zij moedert over haar kinderen, als zij verwerkt raakt in een intellectuele discussie, of als zij vrijwilligerswerk verricht. Deze modus wordt versterkt met uitleg over haar behoeften. Zij wordt geholpen na te denken over sociale interacties. Met behulp van dagboekformulieren leert zij haar gevoelens, gedachten en eigen reacties te identificeren. Ze wordt gestimuleerd om patronen in haar eigen gedrag, maar ook in dat van anderen te gaan ontdekken. Op deze manier wordt zij gestimuleerd om van alternatieve mogelijkheden gebruik te gaan maken en starre gedragspatronen, de andere modi, los te laten. Zo kan zij autonomer functioneren.

Samenvatting behandeldoelen

Het doel van de behandeling is kort samengevat het bevechten van de Straffende Ouder; het flexibeler maken van de Beschermer; het ondersteunen en laten groeien van het Verlaten Kind; het aanleren van adequate manieren om zich te uiten door het Woedende Kind te erkennen maar ook te begrenzen; en het versterken van de Gezonde Volwassene door uitleg over normale menselijke behoeften, gevoelens en reacties, door huiswerk en door oefeningen.

Dit proces wordt gefaciliteerd door wat Young limited reparenting noemt. De therapeut dient als veilige basis. Dit gaat tegen de intuïtie van veel hulpverleners in. In de psychiatrieopleiding wordt bijvoorbeeld veelvuldig benadrukt dat men afstand moet houden, omdat men anders de pathologie versterkt. Afstand houden is waarschijnlijk een goed uitgangspunt als men geen therapeutische relatie wil of kan aangaan. Een neutrale houding voorkomt dat de patiënt al te afhankelijk wordt en ook dat zij vanuit destructieve modi gaat reageren. Maar in de praktijk is het de kunst om niet veroordelend of bestraffend te reageren. Zo'n reactie van hulpverleners heeft evengoed ontregeling tot gevolg, maar dan vaak zonder dat de hulpverlener daar getuige van hoeft te zijn. Als de therapeut zich betrokkener opstelt ten opzichte van deze patiëntengroep, behandelen zij de therapeut juist met respect, uit angst om de relatie te verbreken. Daarbij is het respectvol ind>/nd>stellen van grenzen aan de patiënt van groot belang, net als bij het opvoeden van kinderen. Nooit mag de patiënt worden beschuldigd van kwade intenties, als zij grenzen overschrijdt of dit dreigt te doen.

Tijdens imaginaties, of verbeeldingsoefeningen van situaties uit het verleden, wordt de patiënt aangemoedigd de therapeut als steunende en beschermende ander in de voorstelling te betrekken. Dit met het doel de patiënt in staat te stellen zichzelf in een interne dialoog te beschermen en te steunen. Adviezen ten aanzien van praktische zaken als werk, de omgang met partner en familie, worden niet uit de weg gegaan. Vaak zit de borderline patiënt zo gevangen in haar eigen vertwijfeling, dat ze ondersteund moet worden in het maken van keuzen. Als een borderline patiënt bijvoorbeeld is verwickeld in een destructieve relatie, is het belangrijk dat de therapeut zich uitspreekt tegen deze relatie en de patiënt ondersteunt zich los te maken uit dat destructieve patroon. Deze betrokkenheid van de therapeut is een wezenlijk onderdeel van deze aanpak – en ook het meest controversiële. ‘Borderliners zijn mensen die manipuleren, ze spelen jou tegen een ander uit, ze splitten, ze testen je uit, ze laten je nooit met rust, moet je op een afstand houden, hebben geen respect, zijn niet te helpen, veranderen nooit...’ Dergelijke vooroordelen maken dat borderline patiënten omzichtig worden behandeld. Meestal worden ze daardoor *niet* behandeld. Onze ervaring is dat deze vooroordelen van hulpverleners hardnekkig zijn. En als je te veel negatieve cognities hebt over een patiënt, ben je niet in staat haar te helpen.

‘De verwachting er samen uit te komen’, is misschien de meest behulpzame cognitie om deze therapie te kunnen uitvoeren. De overtuiging dat het hier een in de jeugd misbruikt, verlaten of gemanipuleerd kind betreft, stuurt de betrokkenheid. Zowel zorg als grenzen zijn daarbij van belang. Grenzen worden door borderline patiënten vaak ervaren als afwijzing. Het is daarom van het grootste belang om deze op een zorgvuldige manier te stellen. Sommige borderline patiënten kunnen ver gaan in het aanklampen van een hulpverlener. Het is uiteraard niet de bedoeling dat de therapeut volledig opgeslokt wordt door de patiënt. Het betrokken stellen van grenzen is voor beide partijen noodzakelijk. Grenzen worden vanuit een persoonlijke behoefte en niet vanuit regels gesteld. De therapeut dient bij zichzelf na te gaan welke persoonlijke behoefte geschaad wordt door welk gedrag van de patiënt, en deze behoefte als uitgangspunt te nemen bij het formuleren van die bepaalde grens.

Behandelaars hebben vaak geen visie op de borderline problematiek. Dat leidt tot inconsistent gedrag van behandelaars en dientengevolge ook van hun patiënten. Een duidelijk en eenvoudig model is een handvat om de behandeling te organiseren en patiënten te begrijpen zonder ze af te keuren. Dit kan voorkomen dat de therapeut te zeer gevangen raakt in negatieve cognities. Gedrag van patiënten met als doel de afstand te vergroten, wordt geplaatst in een begrijpelijk cognitief kader. De therapeut kan met zijn model gedrag voorspellen en de therapie structureren.

De betrokkenheid van de therapeut dient een duidelijk doel, namelijk de autonomie van de patiënt, en niet allerlei behoeften van de therapeut. Men moet niet verzanden in een wederzijdse afhankelijkheid. Zoals men een kind opvoedt om het later weer los te laten. Daarom is doorlopende intervisie van belang, om de valkuilen zichtbaar te houden. Valkuilen die in iedere borderline behandeling naar voren komen, en die het werken met borderline patiënten ook tot een uitdaging maken.

Beschouwing

Het toepassen van schemagerichte cognitieve therapie bij borderline patiënten is een nieuwe ontwikkeling. Het houdt een radicale breuk in met de heersende tradities, waarin therapeutisch negativisme en afstand houden overheersen. Het is natuurlijk de vraag of deze nieuwe benaderingswijze vruchten zal afwerpen. Kunnen we borderline patiënten zo werkelijk 'genezen', of resulteert deze werkwijze alleen in een hogere zorgconsumptie en pathologische afhankelijkheid van de hulpverlener? Gevalsbeschrijvingen kunnen onvoldoende antwoord geven op deze belangrijke vragen. Alleen gecontroleerd onderzoek kan dat. Inmiddels is aan de Universiteit Maastricht een onderzoek gestart, waarbij twee psychotherapieën voor borderline patiënten met elkaar worden vergeleken. De ene behandeling is de *transference focused* therapie volgens Kernberg en Yeomans (zie bijvoorbeeld Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999), de andere is de hier beschreven behandeling volgens Young. De behandelingen worden in verschillende centra verricht: Amsterdam, Leiden en Maastricht. De behandelperiode is drie jaar. Ook geruime tijd na de behandelperiode zullen de patiënten gevolgd worden. Uit de behandelingen van de pilotfase is inmiddels bekend dat de traditioneel hoge vroegtijdige drop-out uit psychotherapie (> 50%) sterk verbeterd wordt met deze benadering (10%). Ook is gebleken dat deze behandeling een groot beroep doet op de behandelaar. Niet iedereen is in staat, of voelt ervoor, om een dergelijk intensieve band met een patiënt aan te gaan, ervoor te vechten dat de band blijft bestaan, en zich zoveel jaren aan de patiënt te binden. Het is juist dit aspect dat het scherpste contrast met andere behandelingen vormt, en de meeste theoretische, klinische en praktische vragen oproept.

Abstract

The schema-focused cognitive approach developed by Young is used with patients with a borderline personality disorder. Five schema-modes are postulated as the focus of therapy. These schema-modes have typical behavior patterns and need a tailored therapeutic attitude. The treatment philosophy is outlined. On the basis of a case-history the different schema-modes and some matching therapeutic techniques will be described. Special emphasis is put on the therapist role and limited reparenting as a shaping concept. The attitude of the therapist is critical in this therapy.

Referenties

- Arntz A., & Kuipers, H.I. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz, *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beck, A.T., & Freeman, A.M. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Dawson D., & MacMillan H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient*. New York: Brunner/Mazel.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York/Londen: The Guilford Press.

- Meekeren, E. van (2000). De regievoering in de behandeling van borderlinepatiënten; context en eenheid van behandeling. *Directieve therapie*, 20, 216-219.
- Young, J.E. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.