

Func tiegerichte aanpak van de (forensische) borderline patient in het komende decennium

Oei, T.I.

Published in:

Forensische psychiatrische snippers

Publication date:

2008

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Oei, T. I. (2008). Func tiegerichte aanpak van de (forensische) borderline patient in het komende decennium. In T. I. Oei (Ed.), *Forensische psychiatrische snippers* (pp. 383-391). Nijmegen: Wolf Legal Publishers (WLP).

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright, please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Functiegerichte aanpak van de (forensische) borderline patiënt in het komende decennium

T.I. Oei

Inleiding en begripbepaling

Problemen van mensen met een ‘borderline persoonlijkheidsorganisatie’,¹ verder bpo's genoemd, zijn grofweg van tweeërlei aard. Zij kunnen psychisch de eigen persoon met moeite afgrenzen van die van anderen. Daarnaast hebben ze problemen met het relativeren. Zij bedienen zich afwisselend van de realiteit om zich heen: soms adequaat, soms minder. Zij zien wel de werkelijkheid zoals die is, maar kampen regelmatig met het ‘emotionele kokerzien’, een manier van kijken die emotioneel eenzijdig is, en hen daardoor vaak teleurstellend toeschijnt.

Vergelijken we hun gevoelsindrukken met het panorama van een stad, dan liggen ze regelmatig met zichzelf in de knoop met betrekking tot het bepalen van de overallvisie. Ze vragen zich dan af: zijn er alleen straten, pleinen, gebouwen, of zijn het de stoplichten, de verkeersagenten en de klanten in de winkels die het beeld van de stad bepalen.

Vanuit een analytische optiek, stellen de bpo's zichzelf vaak de verkeerde vraag om vervolgens het daar niet optimaal op aansluitende antwoord bij te bedenken en/of te voelen. Daardoor krijgen zij een wat onsamenhangende indruk van de realiteit en kunnen er maar nog net met de nodige inspanning uitkomen. Ze maken gebruik van de volgende afweermechanismen :

- **splitsen** het is alles of niets, goed of slecht, machtig of machteloos, en dergelijke;
- **projectieve identificatie** patiënt voelt niet wat zo akelig is voor de ander, maar omgekeerd denkt de patiënt, de ander heeft met mij iets slechts voor, en dus moet patiënt daar wat aan doen, met als gevolg dat de ander wel zó moet handelen, op de manier, juist waar patiënt bang voor is, namelijk patiënt bedreigen, afvallen, bekritisieren, enzovoort ;
- **vooringenomenheid** : bpo's koesteren tegenstrijdige beelden, verwachtingen en indrukken van de omgeving (personen en zaken) en kunnen daar emotioneel niet de broodnodige

¹ Kernberg, 1984.

prijkaartjes aan verbinden, waardoor de mate van waardering voor de omgeving daar vaak onvoldoende gevoelsmatig mee spoort;

- **omnipotentie en devaluatie** : bpo's koesteren (bij zichzelf) vaak enorme (grootheid) verwachtingen (jegens anderen), terwijl ze (al gauw) diepgaande tekorten bij anderen constateren. Deze percepties zijn veelal het gevolg van de projecties van hun eigen (negatieve) zelfaspecten op anderen.

Bpo's hebben een niet afgerond 'beeld' van zichzelf, en nog minder van dat van anderen. Zij hebben regelmatig het gevoel 'leeg' te zijn van binnen, vragen zich voortdurend af wat ze wel of niet behoren te doen, ervaren hun eigen handelen als tegenstrijdig, en beschouwen hun contact met anderen telkens als weinig bevredigend en vooral tekortschietend.

Er zijn dus bij bpo's tekorten in :

- **de egofuncties** (gebrek aan impulsbeheersing, aan angsttolerantie, en een tekort aan sublimeringsmogelijkheden);

- **het superego** (hun normen en waarden zijn niet volledig uitgekristalliseerd, er zijn inconsistenties in de beleving en toepassing ervan: vaak tegenstrijdig en weinig maatschappelijk van aard);

- **hun relaties met anderen** (weinig diepgang, vluchtig van aard, regelmatig conflictbeladen en gekenmerkt door negatief gedrag door aanklampen - ze 'houden' de ander zo lang 'vast', dat die hen wel moet 'terugzetten')

De bejegening ten aanzien van de bpo

Afgeleid van wat we van de bpo weten, kunnen we de 'dragere' van deze 'organisatiestructuren' bejegenen volgens het model van een professionele organisatie. Het gaat er tenslotte om, dat er van een organisatie wordt verwacht dat er gemeenschappelijke (dat wil zeggen door haar leden gedragen) doeleinden worden nagestreefd.

Deze doelstellingen kunnen in de tijd worden aangepast. Gewoonlijk zijn deze aanpassingen alleen nodig, wanneer blijkt dat de structuur van zo'n organisatie niet meer aan de eisen van de tijd voldoet. Met het veranderen van doelstellingen kunnen dan ook de daarbij meest praktische structuren worden bepaald.

Als we omgekeerd uitgaan van de structuur van de bpo (volgens Kernberg o.c.) dan is de doelstelling kennelijk al van tevoren aangewezen. Deze luidt als volgt : het ontwikkelen van het vermogen om impulsen te beheersen, angst in voldoende mate te tolereren en gevoelens dusdanig te modelleren, waardoor de eigen behoeften kunnen worden gesublimeerd. De verwachting is dat er daardoor stabiele en bevredigende relaties, - waarbij intimiteit een grote rol speelt, - kunnen ontstaan.

Persoonlijkheidsprofiel als organisatie beschouwd

De persoon kan zichzelf beschouwen als een organisme, waarbij er sprake is van behoeften en mogelijkheden. Samenwerking tussen de behoeften van de verschillende instanties (ego, id en superego) enerzijds, en de mogelijkheden die de persoon in relatie tot de omgeving anderzijds heeft, vormt daarbij een uitdaging. In deze samenwerkingsoptie spreken problemen - zoals gebruikelijk in werkverbanden - een rol van betekenis.

Een en ander kan leiden tot een in zichzelf keren van de persoon. Hij is dan aan het tobben. Dit tobben is op zichzelf niet onproductief of af te wijzen. Het kan aanleiding geven tot een verdieping van bepaalde uitgangspunten in iemands bestaan. Tobben kan ook leiden tot een impasse, een vruchteloos bezig zijn met een inwendige maalstroom van terugkomende, vaak negatief gekleurde gedachten. Er ontstaat zo een neerwaartse beweging waarbij hulp van buiten af nodig is.

Samenwerken tussen de persoonlijke behoeften en de mogelijkheden, die vanuit de omgeving worden aangereikt, is dan noodzakelijk. De therapeutische relatie tussen psychotherapeut (psychoanalyticus) en patiënt is een voorbeeld van een dergelijke samenwerking. In zo'n relatie, staan twee vragen centraal :

1. Vanuit de patiënt gezien : kan ik me erin vinden, dat wij (ik en de therapeut) met elkaar, hier, in deze situatie, op deze manier, aan de doelen werken? (Individueel-situationele benadering).
2. Vanuit de therapeut gezien : worden de doelen door ons (ik en de patiënt) bereikt, op deze manier, hier, in deze situatie, met elkaar? (Inhoudelijk-structurele benadering).

Bij het nastreven van een verandering van de mogelijkheden én behoeften van de patiënt gaat het met name om het integreren van deze twee invalshoeken. Het gaat erom gebeurtenissen en voorvallen in het leven van de patiënt perspectief te geven. In het bijzonder door het

onderkennen van aanwijzingspunten voor ontwikkeling, zowel met betrekking tot de persoon als tot zijn problematiek. Het is de uitdaging van de patiënt om deze haaks op elkaar staande benaderingen met elkaar te verbinden, en dit in de eerste plaats bij zichzelf.

Het organisatieprofiel van de persoonlijkheid

Het organiserend vermogen binnen een samenwerkingsverband zoekt bepaalde uitgangspunten.² Deze betreffen :

- het doelgericht werken (welk product wil ik, als producent maken?);
- het oplossingsgericht werken (ik ben als specialist verantwoordelijk voor mijn eigen bijdrage);
- situatiegericht werken (kan ik mijn eigen visie naast die van (de) andere persoon (collega's) leggen en er samen in deze situatie uitkomen?);
- probleemgericht werken (voel ik de verantwoordelijkheid tegenover mijn organisatie?
- ontwikkelingsgericht werken (verantwoordelijkheid tegenover mijzelf).

Zie Tabel 1.

Deze wijze van werken is naar de structuur, gericht op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt binnen de therapeutische relatie. Indien we kijken naar de situatie als richtlijn, komen er vragen vanuit :

- het doelgericht werken : ‘kan ik nu aan mijn doel werken?’
- het oplossingsgericht werken : ‘is mij duidelijk wat ik moet oplossen?’;
- situatiegericht werken : ‘is er voldoende draagvlak (bij mijzelf en bij de ander(en))?’;
- probleemgericht werken : ‘zit ik ergens in vast in deze situatie?’;
- ontwikkelingsgericht werken : ‘waarbij of wanneer kom ik hier in de problemen?’

Zie Tabellen 2 en 3.

² Van Veen & Oei, 1993.

Tobben en haar gevolgen

Het malen kan leiden tot een nadere uitwerking van de structuur waarmee men als individu te werk gaat. In welke vorm ben ik bezig? Op welke manier wil ik een doel bereiken? Ook kan het inwendige doornemen van de eigen situatie vruchtbaar zijn. Welke afhankelijkheidsgevoelens koester ik in mijn functioneren jegens wie? Leg ik het emotionele en programmatische (**wat ik wil**) zwaartepunt voornamelijk (of vaak) bij mezelf of bij de ander(en)?

Het tobben over moeilijke zaken resulteert soms in een revisie van de eigen persoonlijke opvattingen en overtuigingen, van de eigen wensen en verlangens, behoeften en idealen. Deze revisie kan een gevolg zijn van de vraag : waar kom ik niet uit voor mijzelf?, of wanneer leg ik de eigen problemen bij mijzelf? en wanneer leg ik ze ergens buiten mij, eventueel bij een ander?

De analyse van de persoonlijke ontwikkeling kan - indien de probleemanalyse niet leidt tot besef en inzicht in eigen (on)mogelijkheden, waardoor het tobben als bezigheid onproductief wordt - de natuurlijke volgende stap zijn voor het individu. En dienen zich dan vragen voor als : waar sta ik?, wat heb ik tot nu toe in deze behandeling bereikt? (evaluatie). De behandeling kan dus een concreet werkdoel (ik wil beter functioneren, als collega), maar ook een persoonlijke doelstelling (ik wil flexibeler reageren op situaties, die ik onverwacht tegenkom) betreffen. (zie figuur op p. 9)

Het therapeutische proces

De aanloop van het therapeutische proces bestaat uit het telkens aftasten (en eventueel daarop inspelen) van eigen en elkaars wensen, verlangens, behoeften enerzijds, en de wijze van probleemstelling en - inventarisatie (waar gaat het om? welke punten moeten of kunnen worden behandeld?) anderzijds. Deze overwegingen spelen zowel bij (de manier waarop) de patiënt (zich uit) als bij de therapeut een rol. Het gaat erom een kader (een gemeenschappelijke communicatiemiddel) te scheppen, waarin therapeut en patiënt elkaar kunnen vinden en elkaar erop kunnen aanspreken. Indien er aldus een sfeer is ontstaan van veiligheid en vertrouwdheid, kan de 'working alliance' zich voltrekken. Wel is het zo dat deze gemeenschappelijkheid van gevoel (veiligheid, vertrouwdheid) en doelstelling (wat willen we bereiken?) binnen de behandeling pas kan ontstaan wanneer beiden (psychotherapeut en patiënt) elkaar 'in de ogen durven kijken.' Problemen hierbij die zich kunnen voordoen zijn die van overdracht- en tegenoverdrachtgevoelens.

Het oplossen van problemen

De patiënt kan problemen, die afkomstig zijn van alle functieniveaus (doelgericht, structuurgericht, situatiegericht, probleemgericht, ontwikkelingsgericht werken) ter sprake brengen. Deze betreffen onderwerpen als vertrouwdsheid, regels, normen, waarden, inzichten, visies, bezwaren, tegenwerpingen, overtuigingen en idealen. Veelal hangen ze samen met de eigen voorgeschiedenis.

Het gaat erom, de problemen van de patiënt het liefst te bespreken op dát functieniveau dat er vlak boven ligt. Als het gaat om de vraag wat de behandeling moet opleveren, dient er een samenspraak te zijn tussen therapeut en patiënt teneinde hun gemeenschappelijkheid in deze te toetsen (naar welke doelen streven we?).

In geval van persoonlijke problemen van de patiënt (ik voel me zo angstig bij het inslapen) kan in de overdrachtsituatie bekeken worden welke rol de therapeut daarbij speelt.

Slechts in gevallen van ontwikkelingsgerichte problematiek (bijvoorbeeld 'ik voel me leeg') kan een (gidsend) duiden door de therapeut mogelijk oplossend werken.³

Een casuïstisch voorbeeld

Een mannelijke patiënt vertelt aan zijn psychoanalyticus : van de week hoorde ik de telefoon beneden vijf keer achter elkaar afgaan en ik waagde het niet mijn vriendin Ankie te vragen wie het was. Zij was in de keuken bezig en ik boven op mijn werkkamer. Ik dacht, heel even zeker dat het óf Piet, mijn collega, óf Kees, mijn tennisleraar was. Maar later dacht ik, dat het ook U had kunnen zijn en ik durfde het me niet verder af te vragen, want ik wilde deze illusie houden. Ik maakte mezelf wijs dat U het geweest was en met die fantasie, had ik meer rust in mijzelf, alsof U naast me stond en mij zei : 'Het is goed zo, ga maar door met je werk.' Ik bleef over mijn studieboek gebogen zitten, en ik realiseerde me na een uur, dat U het helemaal niet was geweest, want U belt me nooit op, - vanaf het eerste moment dat ik in therapie ben. Daarna voelde ik me weer erg onrustig worden van binnen. Ik hoopte U op onze volgende afspraak te kunnen begroeten, maar ik was ook bang dat ik U niet zou spreken, omdat U misschien geen tijd meer zou hebben voor mij. Op dat moment werd ik razend op U en begon een aantal keren hardop te schelden. Mijn vriendin snelde naar boven, en vroeg mij - bezorgd als ze altijd is - wat er aan de hand was. Op dat moment realiseerde ik me dat ik even 'weggeweest' was uit die kamer, en ik zei heel rustig, doodnuchter haast, - dat ik zo boos was omdat ik mijn gedachten er niet bij kon houden. Ankie

³ Oei, 1992.

moet gevoeld hebben, dat ik haar daarmee heb afgescheept, maar wat kon dat mij schelen - zij begrijpt het toch niet, wat er werkelijk met mij aan de hand is, en ik schaamde me voor wat er was voorgevallen.

Bovengenoemd voorbeeld illustreert in een notendop de gevarieerde stemmingen, angsten en onzekerheden waarmee een borderline patiënt kampt. Gevoelens van aantrekken en loslaten die gepaard gaan met illusies en/of desillusies, zo het vaak wisselende prestatiepatroon van de bpo bepalen. De grenzen van realiteit en fantasie, van de eigen persoon en van die van de ander, worden door de bpo regelmatig overschreden, omdat een stabiele zelf(organisatie) ontbreekt.

Bij de analyse van wat deze patiënt eigenlijk zegt, zijn er de volgende benadering mogelijkheden. Uitgaande van het doelgericht werken, zou je je, als psychotherapeut, kunnen afvragen of de patiënt zichzelf voldoende toegankelijk heeft gemaakt. Is het verhaal dusdanig 'doorzichtig' dat we er als toehoorder voldoende greep op kunnen hebben.

Het verhaal op zich lijkt inzichtelijk, maar hoe past het bij de non-verbale positie en houding van de patiënt? Vertelt hij zijn verhaal, terwijl hij erbij schaterlacht, of uit hij zich zichtbaar teleurgesteld? Misschien lijkt het verhaal van de patiënt meer een relaas over zijn gevoelens, of wil hij de therapeut ergens van overtuigen? Indien de psychotherapeut nog onvoldoende hiervan weet, is structuurgericht werken mogelijk. Hij zal dan via doelgericht vragen en met behulp van de psychoanalytische structuur zich moeten beraden op de positie van de patiënt, maar ook die van hemzelf. Vertelt de patiënt dit verhaal van zichzelf om zich duidelijker te profileren, of heeft zijn verhaal juist een afweerfunctie?

Zijn de posities van patiënt en psychotherapeut in het hier en nu duidelijk genoeg, dan kan er situatiegericht worden gewerkt. De psychotherapeut oordeelt dan in hoeverre het verhaal van de patiënt een betekenis kan hebben voor hun relatie.

Het situatiegericht werken is overigens een dagelijks terugkerend activiteit, omdat het werk zich gewoonlijk afspeelt in de psychoanalytische situatie, dat wil zeggen die belevingsruimte die de psychotherapeut en de patiënt met elkaar delen. Een analytische ruimte waarin er een affectieve basis van éénheid bestaat.

Bovendien wordt de psychoanalytische situatie gevormd door bewustzijn, en omvat alles wat bewust wordt (zowel bij de patiënt als bij de psychotherapeut).

Persoonlijke problemen van de patiënt vormen doorgaans het overgrote deel van de te bespreken thema's in het situatiegericht werken.

In bepaalde gevallen - en zeker bij een psychoanalyse - zullen ontwikkelingsgerichte problemen van de patiënt het accent krijgen tijdens de (situatiegerichte) interacties (met het gidsend duiden door de psychotherapeut/psychoanalyticus) tussen patiënt en psychotherapeut (psychoanalyticus).

Beschouwing

In deze bijdrage hebben wij de 'borderline persoonlijkheidsorganisatie' volgens Kernberg (1984) besproken. Accenten zijn daarbij gelegd op die typerende kenmerken van de bpo die van groot belang zijn voor het interactionele verkeer tijdens de psychoanalytische therapie. De psychoanalyticus heeft door zijn psychologische kennis, zijn technische bagage, zijn toepassing van de grondregel, het luisteren met een vrij zwevende opmerkzaamheid, en zijn zelfkennis de mogelijkheden om vrij te staan en niet gecontamineerd te raken door zijn persoonlijke problemen en eigenaardigheden.

De psychoanalyticus werkt als deskundige, met behulp van de analytische structuur en de analytische situatie van een (met de patiënt gedeelde) gemeenschappelijke doelstelling, namelijk ernaar streven dat de patiënt zoveel als mogelijk zijn eigen vrijheid en beperktheid weet te accepteren en te toetsen. Daarbij heeft de psychoanalyticus weet van de eigen problematiek en heeft door zijn leeranalyse inzicht in zijn eigen (on)bewuste wensen en verlangens.

De persoonlijke problemen van de patiënt kunnen worden behandeld in de situatie waarin de patiënt en zijn psychotherapeut (psychoanalyticus) zich bevinden. Deze situatie heeft een bewuste en een onbewuste, affectieve kant. Beide dienen met elkaar te sporen, waardoor er een aansluiting plaatsvindt tussen de behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de psychotherapeut(psychoanalyticus).

Confronteren, clarificeren, (gidsend) duiden, interpreteren, inventariseren en evalueren zijn psychotherapeutische technieken in het hier en nu. Zij kunnen echter slechts tot hun recht komen, indien zij inpasbaar zijn binnen de doelstelling van de door de psychotherapeut(psychoanalyticus) gepleegde interventie. Bovendien kunnen zij slechts productief worden indien de interventie van de psychotherapeut (psychoanalyticus) reëel aansluit op de belevingsmodaliteit van de patiënt. Dit belevingsniveau kan worden aangevoeld met de nodige empathie van de psychotherapeut (psychoanalyticus). Hulpmiddelen van de psychotherapeut (psychoanalyticus) om zijn empathische vermogen zelf te vergroten zijn de vijf functieniveaus van organisatie van de persoonlijkheid, die we hebben besproken.

TABEL 1

B E L E I D S N I V E A U S

doelgericht werken

DOELEN

oplossingsgericht werken

STRUCTUREN

situatiegericht werken

SITUATIES

probleemgericht werken

INDIVIDUEN

ontwikkelingsgericht werken

ONTWIKKELEN

TABEL 2

ontwikkelingsgericht werken	probleemgericht werken	situatiegericht werken	oplossingsgericht werken	doelgericht werken
verantwoordelijkheid tegenover mijzelf	verantwoordelijkheid tegenover mijn organisatie	verantwoordelijkheid als teamlid voor afstemming bijdragen onderling	verantwoordelijkheid als specialist voor mijn eigen bijdrage	verantwoordelijkheid als producent voor mijn eigen bijdrage
waarbij kom ik hier in problemen?	of ik zit ik ergens in vast in deze situatie	is er voldoende draagvlak?	is mij duidelijk wat ik moet oplossen?	kan ik nu aan mijn doel werken?
wat belemmert mij daarbij in mijzelf?	waar kom ik niet uit voor mijzelf?	waar heb ik in deze situatie last van?	waar leg ik mijn grenzen?	wat wil ik bereiken?
mijn weerstanden	mijn betekenissen	mijn visies	mijn maatstaven, criteria	mijn streven

TABEL 3

DOELEN	ontwikkelingsgericht werken	probleemgericht werken	situatiegericht werken	oplossingsgericht werken	doelgericht werken
STRUCTUREN	verantwoordelijkheid tegenover mijzelf	verantwoordelijkheid tegenover mijn organisatie	verantwoordelijkheid als teamlid voor afstemming bijdragen onderling	verantwoordelijkheid als specialist voor mijn eigen bijdrage	verantwoordelijkheid als producent voor mijn eigen bijdrage
SITUATIES	waarbij of wanneer kom ik hier in de problemen?	zit ik ergens in vast in deze situatie?	is er voldoende draagvlak?	is mij duidelijk wat ik moet oplossen?	kan ik nu aan mijn doel werken?
INDIVIDUEN	wat belemmert mij daarbij in mijzelf?	waar kom ik niet uit voor mijzelf?	waar heb ik in deze situatie last van?	waar leg ik mijn grenzen?	wat wil ik bereiken?
ONTWIKKELINGEN	mijn weerstanden	mijn betekenissen	mijn visies	mijn maatstaven, criteria	mijn streven

Aangehaalde literatuur

Fonagy & Target 2003

P. Fonagy & Mary Target. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from developmental psychopathology*. Brunner-Routledge, New York, p. 194-198.

Hoffman 1998

I.Z. Hoffman. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process*. The Analytic Press, Inc., Publ., Hillsdale, New Jersey.

Kernberg 1984

O.F. Kernberg. (1984). *Severe personality disorders; psychotherapeutic strategies*. York University Press, New Haven.

Oei 1992

T.I. Oei. (1992). Met de kont tegen de krib. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, no. 7, 10, p. 33-54.

Van Veen & Oei 1993

A.P.R. van Veen & T.I. Oei (1993). Samenwerking en problemen in de professionele organisatie. *Ruim Baan* 1993, 1, p. 4-11.