

Inhoudsopgave

Voorwoord	blz. 2
Inleiding	blz. 3
Hoofdstuk 1: Het bio-psycho-sociale model	blz. 5
1.1: reductie	blz. 5
1.2: het bio-psycho-sociale model	blz. 6
Hoofdstuk 2: Borderline als biologisch en/of psychisch en/of sociaal fenomeen	blz. 8
2.1.1: <i>Persoonlijkheid</i>	blz. 8
2.1.2: <i>Persoonlijkheidsstoornissen</i>	blz. 9
2.2: de verschillende zienswijzen	blz. 11
2.2.1: <i>De descriptieve benadering</i>	blz. 11
2.2.2: <i>De structurele benadering</i>	blz. 12
2.2.3: <i>De klassieke gedragstherapie</i>	blz. 16
2.2.4: <i>De cognitieve gedragstherapie</i>	blz. 16
2.2.5: <i>De schemagerichte therapie</i>	blz. 17
2.2.6: <i>De dialectische gedragstherapie</i>	blz. 18
Hoofdstuk 3: Het ontstaan van Borderline	blz. 21
3.1: bio-psycho-sociale theorieën over het ontstaan van borderline	blz. 21
3.1.1: <i>De biologische factoren</i>	blz. 21
3.1.2.: <i>De psychosociale factoren</i>	blz. 22
Hoofdstuk 4: De Existentiële analyse	blz. 25
4.1: de existentiële filosofie	blz. 25
4.2: de dimensionale ontologie	blz. 26
Hoofdstuk 5: De existentiële aspecten van de borderline persoonlijkheidsstructuur	blz. 31
5.1: hypothese	blz. 31
5.2: noögene neurose	blz. 31
5.3: gevolgen voor de persoonlijkheid	blz. 33
5.4: existentiële kenmerken van borderline	blz. 35
Hoofdstuk 6: Het ontstaan van existentiële diffusie	blz. 36
6.1.: existentiële diffusie	blz. 36
Hoofdstuk 7: de therapeutische relatie	blz. 41
7.1: de biologische mogelijkheden	blz. 41
7.2: de psychosociale mogelijkheden	blz. 41
7.3: de existentiële ontmoeting	blz. 42
7.3.1: <i>Disidentificatie</i>	blz. 45
7.3.2: <i>Containment</i>	blz. 46
7.3.3: <i>Attunement:</i>	blz. 47
7.3.4: <i>Empowerment</i>	blz. 48
Nawoord	blz. 50
Literatuurlijst	blz. 51

Voorwoord

Deze thesis is geschreven in 2004/2005 voor de Mastersopleiding Integratieve Counseling en Psychotherapie (MA-CP) via het STIPO aan de Eureka Universität in Oostenrijk.

Momenteel werk ik ongeveer 25 jaar in de Geestelijke Gezondheidszorg. Ik heb bij veel verschillende instellingen in de intramurale zorg gewerkt, waarvan 7 jaar bij een therapeutische woonwerkgemeenschap te Driebergen, en verder bij een landelijke Arbo-dienst als maatschappelijk werker/ Psychotherapist ER®. Daarnaast heb ik nu 7 jaar een eigen praktijk als Psychotherapist ER® / Gestalttherapeut. Mijn opleiding Gestalttherapie volgde ik bij Multi-di-Mens. Mijn stijl van werken is daarnaast ook sterk beïnvloed door andere therapierichtingen, zoals de Existentiële therapie, de Cognitieve therapie en de Zijnsgeoriënteerde therapie. Met het afronden van de MA-ICP studie kan ik daar de Logotherapie en de Existentiële analyse aantoevoegen. Verder zijn er ook verschillende vakgenoten die me geïnspireerd hebben, waarvan ik Els Groenendijk en Sjef de Vries met name wil noemen. De grootste invloed echter hadden mijn cliënten, mijn grootste inspiratiebron. In ieder contact lieten zij zichzelf zien, en moest ik ook mijzelf weer onder ogen komen. Steeds bleven we zo samen in een zich verder ontwikkelend proces. Deze Thesis zou zonder hen niet geschreven kunnen worden. Ook wil ik graag mijn vrouw Jacqueline bedanken omdat ze het met me uitgehouden heeft terwijl ik vele uren onaanspreekbaar achter de computer zat.

Een belangrijk persoonlijk argument voor het schrijven van deze thesis is dat ik veel sympathie voel voor mensen met borderline. Zowel als hulpverlener als ook in mijn privé-leven ben ik veel mensen met borderline tegengekomen. Ook in mijn nabije familie zijn er mensen met deze diagnose. Stuk voor stuk mensen die de moeite waard zijn en goede begeleiding en zorg verdienen.

Het is nog van belang om te weten dat waar ik 'hij' of 'de cliënt' geschreven heb natuurlijk ook 'zij' of 'de cliënte' gelezen kan worden.

Inleiding

Deze thesis gaat over mensen met een borderline persoonlijkheidsstructuur, een complexe psychisch problematiek die veel lijden kan veroorzaken. Er is veel over geschreven, er zijn vele ontstaans- en behandeltheorieën. Momenteel is het bio-psycho-sociale model een veelgebruikte zienswijze. Hierin worden de biologische, psychische en de sociale factoren gecombineerd in een breed model om zo tot een 'dekkende' theorie te komen. Toch blijven veel van mijn vragen, gebaseerd op mijn ervaringen in contact met mensen met borderline, onbeantwoord. Ik wil onderzoeken of datgene wat ik waarneem in contact met mensen met borderline, en waarvoor ik geen verklaring kan vinden in het bio-psycho-sociale model, wellicht te verklaren is vanuit de existentiële visie, in dit geval het Dimensionaal Ontologische model van Frankl.

Hiermee kom ik tot de probleemstelling van deze thesis:

'Het bio-psycho-sociale model geeft geen afdoende verklaring voor het ontstaan van de borderline persoonlijkheidsstructuur'

In deze thesis wil ik de Dimensionale Ontologie van Frankl combineren met de bestaande theorieën en inzichten wat betreft borderline en zo komen tot het beantwoorden van de volgende onderzoeksvraag:

'Welke rol speelt de existentiële dimensie bij het ontstaan van een borderline persoonlijkheidsstructuur?'

Om tot beantwoording van deze onderzoeksvraag te komen moet ik de volgende subvragen beantwoorden:

- Wat is het bio-psycho-sociale model?
- Wat is borderline vanuit de klassieke theorieën (biologisch en/of psychisch en/of sociaal)?
- Wat zijn de bio-psycho-sociale theorieën over het ontstaan van borderline?
- Wat is Existentiële Analyse?
- Wat zijn de existentiële aspecten van de borderline persoonlijkheidsstructuur?
- Hoe ontstaat existentiële diffusie?
- Wat betekent dit voor de therapeutische relatie?

Iedere vraag wil ik in een eigen hoofdstuk beantwoorden.

Hierbij wil ik uitgaan van wat er in de literatuur geschreven staat en van mijn eigen ervaring in de begeleiding van mensen met borderline. Deze thesis is hierbij niet meer dan een momentopname, een eerste stap op weg naar het beantwoorden van deze vraag.

Ik zal hiervoor veelvuldig gebruik maken van metaforen. Ik ben me bewust dat een metafoor nooit 'de waarheid' is, maar slechts een hulpmiddel is om complexe theorieën op een eenvoudiger manier uit te leggen. Prof. Dr. Mia Leijssen (1998) schrijft over het gebruik van metaforen het volgende: 'Sommige ervaringen laten zich moeilijk vatten en verwoorden, maar kunnen wel uitgedrukt worden met behulp van metaforen of beelden. Deze meer poëtische taal is soms beter geschikt om de complexiteit van iets weer te geven dan de logisch-lineaire taal.'

Een metafoor kan voor de intuïtief functionerende geest een inzicht brengen dat anders niet bewust te vatten is. Veel grote kunstenaars in de psychotherapie hebben de gevoeligheid voor dit beeldend vermogen sterk ontwikkeld en getuigen van een onuitputtelijke voorraad anekdotes of verhalen waarmee ze menselijke ervaringen evocerend onder woorden brengen'.

Ik geloof dat ik de westerse fout heb gezien. Jullie zijn heel goed in staat dingen te onderscheiden, maar niet in staat alles samen te voegen. Daarom hebben al jullie wetenschappelijke concepten gaten en talloze incomplete principes worden vastgelegd.

Hsia Po-Yan, (in Holbrook, 2000)

Hoofdstuk 1: Het bio-psycho-sociale model

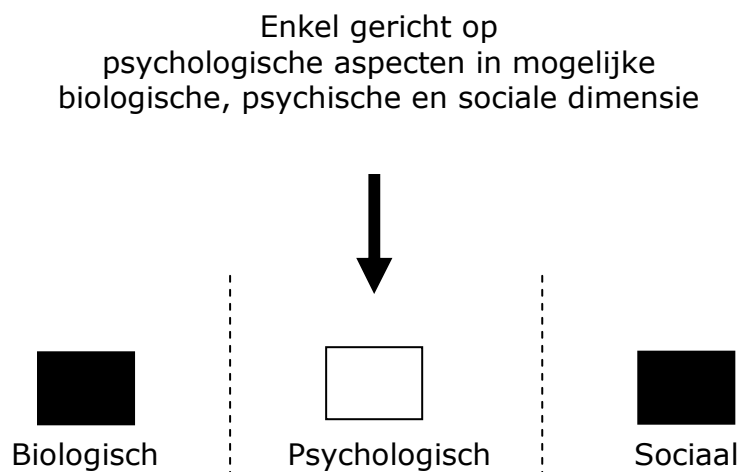
1.1: reductie

Bij een veelgebruikte term als borderline is het van belang eerst het kader te plaatsen van waaruit meestal naar borderline gekeken wordt. In eerste instantie was dit vanuit de biologische invalshoek, later vanuit de (intra)psychische en in de jaren '60 vooral de sociale invalshoek van waaruit borderline bekeken en verklaard werd. Momenteel lijkt de biologische invalshoek weer steeds meer invloed te krijgen. Doordat echter steeds slechts één van de mogelijke gezichtspunten (het biologische, het psychische óf het sociale) op de voorgrond staat en de andere mogelijkheden niet worden meegewogen is er sprake van reductie.

Een van de mensen die zich veel met het begrip reductie beziggehouden heeft is de Duitse filosoof Jurgen Habermas. Hij benoemde drie domeinen van de werkelijkheid, namelijk het objectieve, het subjectieve en het intersubjectieve domein. Hij ziet ze als gelijkwaardige en 'naast elkaar staande' aspecten van de werkelijkheid. Volgens hem is er sprake van reductie als een van deze gebieden niet meegenomen wordt in de beoordeling van een situatie of persoon. Reductie is een horizontale 'kwantitatieve reductie', waarbij een of twee van de drie 'gelijkwaardige' bestanddelen zijn vergeten.

Hieronder staat een schematisch weergegeven voorbeeld van reductie zoals Habermas dit ziet (figuur 1). Het lichte vakje is waar in dit voorbeeld wel rekening mee gehouden wordt, de zwarte vakjes zijn wat buiten het blikveld valt van de waarnemer.

Figuur 1: voorbeeld van een kwantitatieve reductie



1.2: het bio-psycho-sociale model

Het bio-psycho-sociale model, dat in de laatste decennia sterk in populariteit toenam, leek deze reductie op te heffen. Het is een model waarin verschillende visies over ontstaan en behandeling kunnen worden samengevoegd. Het kijkt naar alle zichtbare en onderliggende interactieve biologische, psychische en sociale factoren die in hun wisselwerking gezamenlijk borderline, maar ook andere psychische klachten kunnen doen ontstaan

Ik wil het model dat ontwikkeld werd, het bio-psycho-sociale model uitleggen aan de hand van een metafoer, vrij naar Plato en Gurdjieff (Ouspensky, 2002):

Je zou de mens kunnen vergelijken met een koets met paarden en een koetsier. De koets is het fysieke lichaam, het biologische menselijke aspect. Het biedt bescherming en is een fysiek voorwerp dat voortbewogen wordt. Dit gebeurt door de paarden, die in deze metafoer gelijk staan aan de gevoelens. Het is als het Es (Id) waar Freud over spreekt. De gevoelens/paarden zijn de motor van de mens, ze zijn driftmatig en bestaan uit trekkende behoeftes (lustprincipe) en remmende angsten. Ze leven vooral in het hier-en-nu en streven naar vermindering van spanning en het vermijden van pijn. Het is ons aangeboren instinct, de krachtbron van onze psychische energie.

Deze gevoelens worden in toom gehouden door de koetsier, ofwel het Ego. De koetsier leidt de driftmatige impulsen van het Es in juiste banen door de paarden in toom te houden en te verzorgen. Verder houdt hij contact met de omringende (sociale) wereld, hij kiest de te volgen route, verzorgt de paarden en de koets en houdt overzicht. De koetsier fungeert ook deels als Superego, namelijk het normatieve en aangeleerde beoordelen van goed en kwaad. Hij streeft naar het volbrengen van zijn taak binnen de geldende regels en normen. Hij probeert het geheel zo probleemloos mogelijk door de wereld te loodsen en heeft voor dieperliggende waarden, idealen en zingeving waarnaar gestreefd wordt (en binnen het gehele bio-psycho-sociale model) geen plaats. Deze vinden binnen het gehele bio-psycho-sociale model geen plaats. Hij doet gewoon zijn werk, net als de paarden en de koets. Het zijn bio-psycho-sociale middelen, gereedschappen.

Als de samenwerking tussen de koets, paarden en koetsier goed verloopt kunnen ze zich veilig in het (sociale) verkeer begeven, maar soms gaat het mis en wordt de koets een gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving. De paarden zijn moe of getraumatiseerd (emotionele problemen), de koets vertoont mechanische gebreken (lichamelijke ziekten), of de koetsier is niet in staat het geheel in toom te houden (controleverlies) zodat de paarden er ongericht met de koets vandoor gaan. Er is dan sprake van een crisis, de samenwerking tussen de bio-psycho-sociale elementen is verstoord. De aangeleerde copingmechanismen van de koetsier zijn ontoereikend, zijn controlerende vermogen schiet tekort. Indien dit niet zelfstandig op te lossen valt wordt er wellicht externe hulp ingeroepen. Wie heb je hiervoor nodig? 'De wegwacht' in de vorm van artsen, die zich bezighouden met het welzijn van de koets (het fysieke) en psychologen die zich bezighouden met de paarden, de koetsier, hun samenwerking en het contact met de omgeving (het psychosociale). Psychologie bestudeert gedrag en afwijkingen van paarden (gevoelens) en koetsiers (verstand en normen) en hun bewegingen in contact met hun omgeving (sociale omgang). Het ziet de mens als een individu, als een (on)aangepast deel van een 'koetsen' maatschappij. Psychologie helpt de maatschappij om mensen aan te passen door middel van normen en regels, waardoor de koetsen een 'passend' samenzijn kunnen vormen. Het bestudeert

het verkeer en zijn deelnemers, niet meer dan dat. Vanuit het bio-psycho-sociale model beschouwt zou je psychotherapeuten kunnen zien als gecombineerde 'hor-sewhisperers' voor de paarden, rij-instructeurs voor de koetsiers en verkeers-agenten voor de regels in het sociale verkeer.

Het bio-psycho-sociale model kijkt ook naar de onderliggende interactieve factoren, dus naar de onderlinge relaties en beïnvloeding van koets, paarden en koetsier en omgeving. Hierdoor lijkt de kwantitatieve reductie vermeden te zijn, alle zaken die er in het 'menszijn' toe doen, (gevoelens, verstand en sociale omgang) worden namelijk meegewogen.

*Wie een reden heeft gevonden om voor te leven
kan bijna alles aan...*

Friedrich Nietzsche

en wie geen reden heeft gevonden om voor te leven.....

Hoofdstuk 2: Borderline als biologisch en/of psychisch en/of sociaal fenomeen

In dit hoofdstuk wil ik aangeven welke theorieën er vanuit het bio-psycho-sociale model en de verschillende onderdelen daarvan zijn ontwikkeld om het begrip borderline te duiden, diagnosticeren en te verklaren.

2.1: het begrip borderline

Om uit te leggen wat borderline is wil ik beginnen met de historie ervan. Borderline is een begrip dat in het begin van deze eeuw ontstond onder invloed van de psychoanalytische theorievorming. Er ontstond steeds meer inzicht in de onderliggende psychodynamische (intrapsychische) structuren bij mensen met psychotische en neurotische problemen. Hierdoor kreeg men het idee dat alle mensen met psychische klachten door psychoanalyse goed behandelbaar waren. Er bleek echter een groep mensen te zijn die niet behandelbaar leek of waarbij de behandeling zelfs averechts leek te werken. Stern (1938) sprak over 'the Borderline group of neuroses', die zich zouden bevinden op de grens tussen het psychotische en het neurotische domein. In de verdere theorievorming rond borderline neemt verder Otto Kernberg en heel belangrijke plaats in. Onder invloed van de objectrelatie en de egopsychologie beschreef hij de 'Borderline Personality Organisation' (Kernberg, 1976). Kernberg was de eerste die borderline zag als een aan de persoonlijkheid gebonden gegeven.

2.1.1: Persoonlijkheid

Het begrip persoonlijkheid is ontstaan onder invloed van de persoonlijkheidspsychologie en van recenter datum dan het begrip 'karakter' (Derksen, 1994). Het karakter vormt zich in de eerste 5 levensjaren van het kind door de interactie tussen het aangeboren temperament en de sociale omgeving, door het samenkomen van aangeboren en aangeleerde factoren, 'nature en nurture'. Es, Ego, Superego en sociale omgeving komen samen en creëren zo een bepaalde stijl van functioneren. 'Karakter is een integratie van bio-psycho-sociale reacties op medebepalende gebeurtenissen in relatie tot de competenties' (Maas, 2002). Karakter wordt dus iets wat gedeeltelijk biologisch bepaald maar vooral ook ontwikkeld wordt. Karakter is dus niet een aangeboren 'staat van zijn'. De persoonlijkheid wordt gezien als het door het ego bepaalde deel van het karakter.

Om het begrip persoonlijkheid te verklaren is het allereerst nodig uitleg te geven over het driftmodel. Freud is de grondlegger van het driftmodel, een structureel model bestaande uit het Id, Ego en Superego, die onderling allerlei intrapsychische conflicten uitvechten. Het Id is bij geboorte reeds aanwezig en bevat de (onbewuste) driftmatige impulsen en wordt gedreven door lust en angst. Het Ego (gekoppeld aan 'de koetsier' in de metafoor) ontwikkelt zich door de interactie het Id en de externe realiteit en heeft als voornaamste functie het zelfbehoud.

Het sluit compromissen tussen de wensen van het Id en de eisen en beperkingen van de buitenwereld. Dan is er nog het Superego, de uiting van de gewetensfunctie. 'Het Superego is de innerlijke representatie van identificaties en conflicten die iemand meemaakt in zijn vroege kindertijd, vooral in relatie tot ouderfiguren of andere belangrijke personen.' (de Wolf, 2002).

De persoonlijkheid wordt in de vroege jeugd ontwikkeld. Het valt zo onder het psychisch functioneren van de persoon. Persoonlijkheidskarakteristieken kenmerken zich door het feit dat ze de persoon zelf vaak niet opvallen (ze zijn meestal ego-syntoon) maar wel sterk herkenbaar zijn voor de omgeving. 'De persoonlijkheid is een complex patroon van diep verankerde psychologische kenmerken die grotendeels onbewust zijn, niet gemakkelijk uitgewist kunnen worden en tot uitdrukking komen in alle facetten van het functioneren. Deze kenmerken komen intrinsiek en bij voortduring naar boven vanuit een gecompliceerde matrix van biologische disposities en geleerd gedrag en vormen het te onderscheiden individuele patroon van ervaren, voelen, denken en handelen.' (Millo in Verheul, van den Brink & van der Velden, 2000)

2.1.2: Persoonlijkheidsstoornissen

Mensen met bepaalde persoonlijkheidstrekken worden vaak ingedeeld (geclassificeerd) in persoonlijkheidstypen. De indeling van deze persoonlijkheidstypen kan in verschillende categorieën plaatsvinden, afhankelijk van de psychologie die men volgt. De DSM-IV beschrijft de persoonlijkheid als zijnde opgebouwd uit trekken: 'Persoonlijkheidstrekken zijn stabiele patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf en tonen zich in een breed scala van belangrijke sociale en persoonlijke situaties.' (APA, 1994). Paris noemt dat sociale en psychische invloeden de persoonlijkheidstrekken tot een persoonlijkheidsstoornis kunnen laten leiden (in Verheul & van den Brink, 1999). De DSM IV spreekt ook van stoornissen die in de persoonlijkheid kunnen optreden. Van een stoornis wordt meestal gesproken als er sprake is van extreme variaties van 'normale persoonlijkheidstrekken die bij iedereen voorkomen, zoals jaloezie, gevoeligheid voor kritiek, impulsiviteit, afhankelijkheid, nauwkeurigheid en verlegenheid. (Verheul, van den Brink & van der Velden, 2000).

Figuur 2. persoonlijkheidsstoornis volgens DSM IV (APA, 1994):

Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen.

Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- 1) cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
- 2) affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en adequaatheid van de emotionele reacties)
- 3) functioneren in het contact met anderen
- 4) beheersing van de impulsen

Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.

Het duurzame patroon leidt in significante mate tot lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.

Het duurzame patroon is niet toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

In de DSM IV zijn de persoonlijkheidsstoornissen opgedeeld in 3 clusters, met als globale hoofdthema's vertrouwen, woede en angst. Bij de classificatie wordt vaak duidelijk dat maar weinig mensen voldoen aan slechts één criterium, vaak is er eerder sprake van een combinatie van trekken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De categorieën geven dan ook eerder een aantal kenmerken aan dan dat ze duidelijk af te scheiden categorieën beschrijven.

Figuur 3: de verschillende clusters van persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM IV re (APA, 1994)

- Cluster A : Hierin bevinden zich de paranoïde, de schizotypische en de schizoïde persoonlijkheidsstoornissen. De nadruk ligt in dit cluster op de vervormingen en defecten in de waarneming (perceptie) en de cognities, wat vooral zichtbaar wordt op het sociale (intersubjectieve) vlak van vertrouwen en hechtingsrelaties
- Cluster B: Hierin bevinden zich de antisociale, de theatrale, de borderline en de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Wat zij gemeenschappelijk hebben is de instabiliteit die zich kan manifesteren op het gebied van zelfbeeld, emotieregulatie en impulscontrole. Zij vertonen (meestal in crisissituaties) gedrag dat als emotioneel, grillig, onevenwichtig en overdreven omschreven kan worden. Er is vaak een onderliggende woede voelbaar, die zich op de omgeving of op de persoon zelf kan richten.
- Cluster C: Hierin bevinden zich de ontwijkende, de afhankelijke en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. De kern van deze stoornissen is een gevoel van angst. Op allerlei manieren probeert men deze angst te verminderen, zoals door vermijding, hulpzoekend claimedgedrag en controle-drang (denk bijvoorbeeld aan perfectionisme).
-

2.2: de verschillende zienswijzen

In de jaren 60 was de sociale zienswijze erg populair, maar tegenwoordig wordt deze vooral nog in combinatie met de psychische zienswijze gebruikt. Dit is de reden waarom ik liever over één psychosociale zienswijze spreek.

2.2.1: De descriptieve benadering

In het voorafgaande stuk wordt vooral op een descriptieve wijze naar het begrip persoonlijkheid gekeken. Deze descriptieve (classificerende) wijze van onder andere de DSM IV richt zich op het beschrijven van de manifestatie van symptomen in het hier-en-nu. Een psychoanalyticus die aan de basis stond van de descriptieve benadering is Gunderson (2002). Hij haalde zijn descriptieve criteria uit de literatuur en ontwikkelde het '*Diagnostisch Interview voor Borderline-patiënten*'. Dit vormde deels de basis voor wat nu het meest gebruikte model is om borderline te classificeren, de DSM IV. Hierin staat een beschrijving van symptomen en gedrag. Als je voldoet aan de voorwaarden van de DSM IV (APA, 1994) dan spreek je over een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Dit zijn mensen uitingen hebben van ten minste 5 van de volgende symptomen:

Figuur 4: De criteria van de Borderline Persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV re

301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis
(F60.31) (Borderline Personality Disorder)

- Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:
- krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden
- een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisseling tussen overmatig idealiseren en kleineren
- identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld en zelfgevoel
- impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)
- recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
- affectabiliteit als gevolg van de duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen)
- chronisch gevoel van leegte
- inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijk vechtpartijen)
- voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

Bij 15 tot 40% van de patiënten met een psychische stoornis kan de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis' worden gesteld: dit percentage geldt voor zowel ambulante als klinische settings. Er zijn in Nederland 150.000 tot 200.000 mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, meer vrouwen dan mannen (Derksen, 1994). De stoornis komt meestal in volle omvang tot uiting aan het begin van de volwassen leeftijd, tussen het zeventiende en vijfentwintigste levensjaar. De borderline persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een uiterst grillig beloop met pieken en dalen, ups en downs. Een aantal patiënten komt vroegtijdig te overlijden door zelfdoding. Het is echter ook zo dat het na het dertigste á veertigste levensjaar met ongeveer de helft van de patiënten beter gaat. Het is alsof de stoornis uitdooft.

2.2.2.: De structurele benadering

Naast de descriptieve benadering is er ook een structurele (diagnostische) wijze om borderline te benaderen. Deze richt zich op de onderliggende psychologische structuren van borderline.

De belangrijkste vertegenwoordiger van de structurele benadering van borderline is de al eerder genoemde psychoanalyticus Otto Kernberg, die veel onderzoek gedaan heeft naar borderline. Hij kijkt naar de *persoonlijkheidsstructuur of -organisatie*. Hierin staat de wijze waarop het ego door middel van cognitieve functies en afweermechanismen een zekere mate van stabiliteit in het psychische apparaat tracht te handhaven (Derksen, 1994). De persoonlijkheidsontwikkeling neemt hierbij een centrale rol in. Het is belangrijk om te weten dat alle persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM IV dus in meerdere mate en soms geheel omvat worden door Kernberg's borderline persoonlijkheidsstructuur.

De mensen met de stoornis zijn slechts een deel van de groep mensen met een borderline persoonlijkheidsstructuur. Volgens dit bredere concept van Kernberg is er zelfs een prevalentie van 15% onder de gehele bevolking. (Ingenhoven & vd Brink, 1994).

Kernberg zoekt de kern van het ontstaan van persoonlijkheidsproblemen in de kwaliteit van de objectrelaties. In het objectrelationele model wordt onder 'object' verstaan 'de innerlijke representatie van (de relatie met) een (belangrijke) ander'. Dit 'object' is dus sterk subjectief gekleurd. Bij het zeer jonge kind is er volgens deze theorie nog geen sprake van een scheiding tussen het zelf en de objecten. De eigen identiteit is nog diffuus en vormt zich pas echt in het separatie / individuatieproces, het losmakingsproces dat het kind doormaakt naar zijn belangrijkste verzorgers toe. Dit gebeurt in de fase tussen de 5^e levensmaand en het einde van het 3^e levensjaar van het kind (Mahler, Pine en Bergman, 1975). Er ontstaan in deze fase schema's van de relaties met de belangrijkste objecten. Deze schema's worden verinnerlijkt, er ontstaat 'objectconstantie' en ze blijven van grote invloed op de manier van relateren met de omgeving gedurende de rest van het leven. Er vormt zich als het ware een innerlijke kaart en gebruiksaanwijzing van de sociale en innerlijke werkelijkheid en de wijze van ermee omgaan. Kernberg gaat ervan uit dat doordat bij mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen het vermogen om innerlijke representaties op te bouwen verstoord is de positieve en negatieve zelf- en objectrepresentaties niet goed geïntegreerd zijn. Ze worden gescheiden gehouden om het kwetsbare positieve tegen het negatieve te beschermen. Ook de waargenomen buitenwereld wordt door mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen krampachtig in positief en ne-

gatief opgedeeld. Door te splitsen, een primitief afweermecanisme, wordt de wereld overzichtelijk gehouden. Daarbij moet rekening gehouden worden met het feit dat datgene wat verinnerlijkt wordt altijd affectief gekleurd is door de eigen beleving en interpretatie van deze 'objectieve externe realiteit' en geen pure replica is van wat buiten in de externe realiteit aanwezig is. (De Wolf, 2002). Het gaat dus altijd om de subjectieve beleving van de persoon.

Kernberg spreekt van 3 vroege ontwikkelingsniveaus waarin verstoringen plaats kunnen vinden, het psychotische, het borderline en het neurotische niveau.

De psychotische fase is het vroegste niveau. Een zeer jong kind kan nog geen grens kunnen trekken tussen zichzelf en de omgeving, volgens de traditionele psychoanalytische ontwikkelingstheorie is er in eerste instantie bij zeer jonge kinderen in het geheel geen zelfgevoel, ze bevinden zich in een totaal symbiotisch/confluente toestand met hun omgeving. In deze omgeving staat voor hen vooral de belangrijkste zorggever (meestal de moeder) centraal. Door dit haast samenvallen van zelf en omgeving is er geen verschil tussen 'binnen en buiten'. Ofwel: er is geen duidelijke afgrenzing tussen de subjectieve en de objectieve wereld, de realiteitstoetsing is nog afwezig. Een volwassene die op dit niveau functioneert zal last hebben van hallucinaties en wanen.

Als de realiteitstoetsing adequaat functioneert kom je vervolgens in de borderline fase, waarin de persoonlijkheid wordt opgebouwd. Als dit niet adequaat verloopt bestaat de kans dat iemand een duurzame borderline persoonlijkheidsstructuur ontwikkelt. Dit komt tot uiting in het niveau van de afweer en de mate van identiteitsontwikkeling. Als de realiteitstoetsing adequaat is, maar de afweer op een 'primitief' niveau is en er gelijktijdig sprake is van een diffuus, onderontwikkeld identiteitsgevoel dan spreekt Kernberg van een borderline persoonlijkheidsstructuur. Om het niveau van de persoonlijkheidsstructuur te bepalen kijkt hij door middel van het door hem ontwikkelde '*Structurele Interview*' kijk hij naar de mate van de identiteitsontwikkeling en integratie, de kwaliteit van de afweermecanismen (concreet de aanwezigheid van primitieve afweer) en de realiteitstoetsing (de Wolf, 2002).

Belangrijk om te weten is dat alle in de DSM IV genoemde persoonlijkheidsstoornissen (dus niet alleen de borderline persoonlijkheidsstoornissen) bij Kernberg grotendeels vallen onder de mensen met een borderline persoonlijkheidsstructuur! Als zowel de realiteitstoetsing, de afweer en de identiteit voldoende ontwikkeld zijn spreekt hij van een neurotische persoonlijkheidsstructuur.

Figuur 5: De ontwikkelingsniveaus volgens Kernberg

	Realiteitstoetsing	Afweer	Identiteit
Psychotisch niveau	gestoord	primitief	diffuus
Borderline niveau	adequaat	primitief	diffuus
Neurotisch niveau	adequaat	ontwikkeld	stabiel

Voor het bepalen van een eventuele borderline persoonlijkheidsstructuur is het dus van belang om naast de realiteitstoetsing te kijken naar het niveau van de afweer en de aanwezigheid van identiteitsdiffusie. Ik wil hier eerst ingaan op het niveau van de afweer. Een van de meest kenmerkende eigenschappen van een primitieve afweer is het gebruik van het al eerder genoemde afweermechanisme *splitsing*. Dit ontstaat door het onvermogen om met ambivalente gevoelens om te kunnen gaan. Indien mensen niet het vermogen hebben om met elkaar in tegenpraak zijnde meningen (polen) over zichzelf of anderen te integreren houden ze deze tegengestelde polen gescheiden alsof ze niets met elkaar te maken hebben. Tussen de polen is niets (er is nog geen vermogen tot nuancering), maar ook de andere pool is niet in het bewustzijn aanwezig (enkel-poligheid: iemand is goed of slecht). Er is dus ook geen vermogen verder te kijken dan het hier en nu, ofwel: er is geen sprake van de al eerder genoemde objectconstantie. Dat wat er nu niet is bestaat als het ware niet. Ze zien zichzelf en hun omgeving niet als geïntegreerde vrij duurzame gehelen maar als bestaand uit 'losse delen', gefragmenteerd en geïsoleerd. Ieder fragment heeft zijn eigen positieve of negatieve gevoelslading. Via *projectieve identificatie*, een uit splitsing voortvloeiend primitief afweermechanisme, proberen ze zich los te maken van de negatieve zelf- en objectrepresentaties die ze niet kunnen verdragen. 'Projectieve identificatie is een proces waarbij agressieve of machteloze zelf- en objectrepresentaties in een ander worden geprojecteerd en in die interactie wordt bij de ander gedrag opgewekt dat past bij het geprojecteerde. Mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen dwingen anderen als het ware te denken, te voelen en zich te gedragen op een wijze die congruent is met de geprojecteerde zelf- en objectrepresentaties' (Cullberg, 1984).

Als tweede belangrijke kenmerk van een borderline persoonlijkheidsstructuur noemt Kernberg *identiteitsdiffusie*. De objectrelaties nemen ook hierbij een centrale plaats in, want onder identiteit verstaan we 'het vermogen van het individu om zichzelf en belangrijke objecten om hem heen op een geïntegreerde en emotioneel betekenisvolle wijze waar te nemen en te beschrijven' (de Wolf, 2002). Indien men hier niet toe in staat is, zoals bij mensen met borderline, dan noemt men dit identiteitsdiffusie.

De cliënt weet als het ware niet wie hij is en wat hij wil. Het zelfbeeld is vaag, tegenstrijdig en veranderlijk. Omdat ze niet weten wie ze eigenlijk zijn, weten ze ook niet wat ze willen en wat ze nodig hebben. Ze voelen hierdoor een grote innerlijke leegte, die met 'iets' gevuld moet worden. Dit heeft grote gevolgen voor de wijze waarop relaties aangegaan worden. Ze gaan vaak alleen relaties aan met mensen die voor hen iets leveren, de ander is in principe eerder leverancier dan iemand waar liefde voor gevoeld wordt, behoeftebevrediging en identiteitsversterking staan centraal. De ander wordt hierdoor niet in eerste instantie gezien als een persoon met eigen gevoelens. Wanneer iemand iets kan verschaffen, bijvoorbeeld hulp bij een probleem of materieel, dan zal de persoon met borderline hartelijk zijn, maar het is goed mogelijk dat een tijdje later de persoon die hulp geboden heeft weer volledig genegeerd wordt (hij heeft geleverd wat nodig was).

De identiteitsdiffusie zorgt er verder voor dat het zelfbeeld vaak ontleend wordt aan dingen, rollen of personen in de omgeving, bijvoorbeeld de partner. Het dreigende verlies van een object of factor die de identiteit ondersteunt (een goede baan, een relatie) kan dan gepaard gaan met de angst het zelfbeeld te verliezen en te desintegreren. De cliënt blijft functioneren op het niveau waarop de

ontwikkeling van zijn psychische structuur stagneerde, de separatie/individualisatiefase. Wat je eigenlijk ziet gebeuren is dat de cliënt ieder gevoel van stabiliteit verliest en emotioneel gaat reageren als een 2 jarige kind dat zijn moeder kwijt is. Een allesoverheersende angst en een totaal verlies aan rationaliteit zijn het gevolg (Cullberg 1984). Het is echter onmogelijk om mensen met borderline nu maar als een kind van die leeftijd te behandelen, waardoor alles weer goed komt. De volwassen cliënt functioneert in meerder of mindere mate ook op 'hogere' niveaus. Voor een kind is het geen probleem dat hij 'ik' en 'niet ik' nog niet kan onderscheiden, voor een volwassene is dit echter zeer verwarrend. Een ander verschil is dat het kind zich als het goed is aan het ontwikkelen is, groeit, terwijl de ontwikkeling van de volwassene stagneert. Hij kan zijn behoeften niet adequaat bevredigen waardoor hij in een frustrerende vicieuze cirkel terechtkomt en steeds meer gaat disfunctioneren. Kernberg zegt: 'het kind in de volwassene is vastgelopen en machteloos'.

Als ik in het vervolg in deze thesis spreek over mensen met borderline dan heb ik het over mensen met de persoonlijkheidsstructuur, niet de stoornis. Het is van groot belang dit onderscheid te maken. De belangrijkste reden hiervoor is dat ik er van uit ga dat niet iedereen met borderline de symptomen hoeft te vertonen zoals die in de DSM IV (figuur 2) genoemd worden, het is dan een te zeer symptoomgericht uitgangspunt. Bij een structurele kijk hoeft er bij een goede aanpassing aan de levenssituatie zelfs geen sprake te zijn van symptomen. Personen met een borderline persoonlijkheidsstructuur komen pas in een crisissituatie wanneer ze niet in staat zijn hun psychische stabiliteit te handhaven.

Ik wil dit uitleggen aan de hand van het draagkracht/draaglast model vanuit de sociale psychiatrie. Onder draaglast worden de acute momenten van stress en de chronische belasting verstaan, terwijl de draagkracht wordt onderverdeeld in *competence*, de persoonlijke (Ego) kwaliteiten en *resources*, de draagkracht en steun uit de context. (Cullberg, 1984). Bij mensen met borderline is er door de identiteitsdiffusie en primitieve afweer (een tekortschieten van de persoonlijke kwaliteiten) in de eerste plaats sprake van een chronisch draagkrachtprobleem. Zij hebben door het gebrek aan draagkracht als het ware geen vaste bodem onder hun voeten en zijn hierdoor vaak slecht in staat om de druk, de eisen en de inspanningen aan te kunnen die iemand normaal gesproken moet kunnen verdragen, er is weinig individuele belastbaarheid. Dit wordt zichtbaar in de vorm van:

Onvoldoende angsttolerantie, waardoor de cliënt al snel gevoelens als onprettig zal ervaren.

Onvoldoende impulsbeheersing, omdat spanning moeilijk te dragen is zal er snel en impulsief gekozen worden, zodat de spanning tijdelijk oplost. Vervolgens zie ik dan bij mijn cliënten dat ze blijven twijfelen of de keuze wel de juiste was.

Onvoldoende sublimeringvermogen, het is erg moeilijk om 'driftimpulsen' in een meer constructieve vorm te veranderen.

(Cullberg, 1984)

Zolang de draagkracht echter niet door de draaglast overschreden wordt is er geen sprake van een crisissituatie. 'Personen met een borderline-problematiek worden' psychiatrische patiënten wanneer hun angst of depressiviteit acuut is geworden of wanneer zij een zelfmoordpoging, vaak van een gewelddadig karak-

ter, hebben gedaan nadat zij in hun relatie mislukt zijn.' (Cullberg, 1984). Bij mensen met borderline ontstaat een verstoring van het systeem dus vaak in het sociale levensgebied. Uit onderzoek blijkt dat de meeste mensen met borderline voor het eerst in contact met de hulpverlening komen nadat een relatie beëindigd is (Vermeir, 1998). Intieme relaties zijn vaak het gebied waar bij mensen met borderline het meest kwetsbaar zijn. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. Gezien vanuit het draagkracht/draaglastmodel behoren de sociale relaties tot de resources, tot de factoren die draagkracht geven. De ander fungeert als het ware als een externe hulp-ik. Daarnaast ontlenen ze een groot gedeelte van hun zelfbeeld aan hun relaties, relaties geven identiteit. Ze zijn dus zeer afhankelijk van hun partner en als ze zich als een relatie stopt voelen ze zich als een klein kind dat zijn moeder kwijt is. Totaal ontreddert dus. Het verbreken van een relatie heeft dan ook grote gevolgen op het psychische vlak, denk aan depressie, eenzaamheid, suicidaliteit, extreme twijfel, verlies aan identiteit enzovoort. Tegelijkertijd hebben ze vaak veel moeite een relatie in stand te houden.

2.2.3: de klassieke gedragstherapie

De *klassieke* gedragstherapie heeft als uitgangspunt dat de 'gedragsafwijkingen' die mensen met borderline vertonen ontstaan zijn door de rol van stimuli en prikkels vanuit de omgeving, het is dus geleerd door ervaringen. Ze richten zich onder andere sterk op gedragsregulatie. Dit is een belangrijke methode bij het ontwikkelen en toepassen van strategieën om succesvol om te gaan met ongeconcentreerdheid en impulsiviteit. Bij de verschillende symptomen van borderline kunnen verschillende strategieën worden aangeleerd. Iedereen met borderline moet zelf uitvinden welke strategieën hem of haar het best helpen. Om de strategie zo effectief mogelijk te maken is oefening vereist. Door nieuwe vaardigheden te oefenen kan een aangeleerde strategie uiteindelijk deel gaan uitmaken van de dagelijkse routine.

2.2.4: de cognitieve gedragstherapie

De *cognitieve* gedragstherapie is ontstaan vanuit de gedragstherapie en is een belangrijke en momenteel zeer veel toegepaste benadering van borderline, die gedeeltelijk ook aansluit op de visie van de psychoanalyse en psychodynamische theorie, maar toch een heel eigen benaderingswijze kiest. In eerste instantie was de klassieke gedragstherapie uitsluitend gericht op observeerbaar gedrag. Onder invloed van onder andere A. Ellis en A.T. Beck werd echter steeds meer gekeken naar de onderliggende gedachten van mensen, die bepaald gedrag veroorzaakten. Mensen gedragen zich namelijk op basis van cognitieve aannames, die echter niet altijd realistisch hoeven te zijn. Dit zijn fundamentele opvattingen over de eigen persoon, over anderen en de wereld in het algemeen en over de toekomst, die als absolute waarheden beschouwd worden. Bijvoorbeeld: 'ik ben niet de moeite waard'. Deze aannames kleuren je zelfbeeld en daardoor je hele leven. Het gaat om de subjectieve beoordeling van de situatie en de daaruit voortvloeiende manier van ermee omgaan. Er wordt een constructie gemaakt van de situatie op basis van de leerprocessen die een gevolg zijn van eerdere ervaringen. Deze constructie of assumptie hoeft niet te kloppen met wat zich in de hier-en-nu situatie voordoet. Beck omschrijft een assumptie als 'een fundamentele aanname van de persoon over het zelf, de ander en de wereld. Het zijn basisveronderstellingen, die het handelen en de emotionele gedachten voortdurend sturen. Ze treden automatisch op en worden dus gevormd door eerdere levenservarin-

gen. De assumpties hebben een vooringenomenheid tot gevolg, die een objectieve beoordeling van de situatie onmogelijk maakt. Assumpties zijn volgens Beck disfunctioneel als ze tot ongewenste gevoelens leiden.

Cognitieve gedragstherapie is er op gericht disfunctionele assumpties van mensen te veranderen in meer realistische. Dit door toepassing van gespreks- en gedragstechnieken. Door deze assumpties kritisch te bevragen (de Socratische dialoog) kan iemand eventueel tot nieuwe, meer realistische assumpties komen. Door de assumpties te veranderen veranderen ook de gevoelens en het gedrag van mensen. Het is een eenvoudige, praktische manier van werken die veel effect kan hebben.

2.2.5: De schemagerichte therapie

De schemagerichte therapie van Jeffrey Young is een hier op voortbordurende psychotherapeutische richting waarin belangrijke elementen van de cognitieve gedragstherapie gecombineerd worden met elementen uit de psychodynamische (objectrelationele) en Experientiële therapieën zoals Gestalttherapie. Hij mixt deze tot een geïntegreerde systematische theorie en aanpak. Een belangrijk verschil met de klassieke cognitieve gedragstherapie is dat hij ook kijkt naar het temperament, de ouderlijke stijl van opvoeden en de sociale invloeden. (Young, 1994) Young stelt niet de assumpties maar de schema's centraal. Een schema is een combinatie van de emotionele staat waarin iemand is in combinatie met de voor handen zijnde copingmechanismen. Het uitgangspunt van schemagerichte is, net als bij de cognitieve gedragstherapie, dat mensen hun leven vorm geven op basis van ideeën en gedachten uit de kindertijd over hoe zij zichzelf, hoe zij anderen en hoe zij de wereld waarnemen. Deze gedachten kunnen onrealistisch zijn, het zijn slechts subjectieve aannames die hun oorsprong vinden in de kindertijd. Deze cognitieve aannames doen, zeker in crisissituaties, automatische reacties ontstaan, vaste patronen of schema's. Volgens Young zijn deze schema's beschermende maar ook beperkende aanpassingen die ontstaan zijn naar aanleiding van het niet vervuld worden van een van wat hij ziet als een van de 5 basisbehoeften van het kind. Deze aanpassingen blijven als patronen en schema's bestaan en worden geactiveerd (getriggerd) in situaties die lijken op gebeurtenissen uit het verleden, de tijd waarin het schema als (nood)oplossing ontwikkeld werd. Het zijn dus vaak ogenschijnlijk onvolwassen copingmechanismen.

Schema's treden dus op in crisissituaties. Mensen met borderline kunnen een tijdlang goed functioneren, maar als zij in een crisis komen kunnen zij in een toestand komen waarbij het voelen, denken en het daaruit volgende gedrag worden bepaald door een combinatie van schema's. Deze toestand wordt dan een modus genoemd. Young heeft verschillende Modi (meervoud van Modus) benoemd. Hij ontwikkelde zijn ideeën rond de modi omdat hij enkel op basis van de vooral cognitieve schema's onvoldoende mogelijkheden had om het gedrag van mensen met borderline te verklaren.

Figuur 6: De Modi die bij Borderline een rol spelen volgens Young:

-
1. **Het verlaten kind:** de cliënt voelt zich hulpeloos en niet in staat om zelf bescherming te zoeken. Uitingvormen: depressief, hopeloos,

misbruikt, waardeloos, ongeliefd, verloren gevoel; krampachtig proberen verlaten te voorkomen; idealiseren van mensen die zorg bieden.

2. **Het woedende kind:** impulsieve acties gericht op onmiddellijke behoeftebevrediging; heftige, ongepaste emotionele uitbarstingen. Uitingvormen: intense woede, impulsief, eisend, devaluerend, controlerende, manipulerend, misbruikend of promiscue gedrag; suicidaliteit.
 3. **De bestraffende ouder:** bestraffende houding, gericht op afwijzen van gevoelens en behoeften en afstraffen van fouten. Vaak gaat het om verinnerlijkte houdingen van de opvoeders die geactiveerd worden wanneer meer 'kinderlijke' behoeften en gevoelens naar boven komen. Uitingvormen: zelfhaat, zelfkritiek, zelfontkenning, zelfbeschadiging of op zichzelf gerichte kwaadheid vanwege behoefte aan zorg
 4. **De onthechte beschermer:** geen contact met gevoelens en behoeften; teruggetrokken uit contact met anderen; aangepast gedrag om kritiek of straf te voorkomen. Deze modus kan gezien worden als een beschermende modus, gebaseerd op instrumentele assumpties. Hij bevat informatie over gevaarssituaties en overlevingsstrategieën. Uitingvormen: depersonalisatie, leegheid, verveling, middelenmisbruik, overeten, zelfbeschadiging, psychosomatische klachten, aangepaste opstelling.
 5. **De gezonde volwassene:** functioneel denken, voelen en doen.
-

Het uiteindelijke doel van de schemagerichte therapie is om de cliënt de achterliggende oorzaak en de beperkende invloed van zijn copingmechanisme in te laten zien en weer in contact te brengen met de onvervulde gevoelens die daaronder zitten en deze indien mogelijk (deels) te vervullen.

2.2.6: De dialectische gedragstherapie

Deze therapievorm, waarop door Marsha Linehan in de Verenigde Staten een vaardigheidstraining werd gebaseerd, is momenteel erg populair. 'Linehan' wordt steeds meer toegepast in verschillende psychiatrische behandelcentra. Dialectische gedragstherapie (DGT) is speciaal ontwikkeld voor mensen met borderline. Het is een multimodale behandelvorm waarbij je van verschillende methodes gebruik kunt maken om je doel te bereiken. Ik hoor over DGT zeer enthousiaste geluiden, zowel van behandelaars als van cliënten. DGT gaat uit van een bio-psycho-sociale visie op borderline. Het kernprobleem wordt gezien als een onvermogen om emoties te kunnen reguleren. Dit komt door biologische aanleg, de omgeving en de wisselwerking hiertussen gedurende iemands ontwikkeling. Er is een overgevoelig en overactief emotioneel reactiesysteem en een onvermogen om hiermee om te gaan.

De behandeling volgens DGT heeft de volgende kenmerken: Allereerst is er een *dialectische visie* op de werkelijkheid en op menselijke gedrag. Volgens deze visie bestaat de werkelijkheid steeds uit tegengestelde krachten, ook wel genoemd de these en antithese. Uit de combinatie ervan, de synthese, ontstaan nieuwe krachten. Bij mensen met borderline is er doorgaans sprake van een onvermo-

gen om tot een synthese te komen, er bestaat een zwart-wit denken. Bij de behandeling van borderline speelt er voorts een belangrijke tegenstrijdigheid, namelijk de noodzaak voor de cliënt om zichzelf te accepteren en de noodzaak om te veranderen. DGT probeert daarin een balans te vinden en maakt daarin gebruik van zowel Oosterse (Zen) technieken als Westerse psychologische technieken.

Ten tweede benadrukt de DGT om het gedrag in een grotere context te zien. Zo op het oog disfunctioneel gedrag, zoals zelfbeschadiging, kan op dat moment een functie hebben, namelijk het verminderen van een bepaalde emotionele instabiliteit. DGT zal proberen ander gedrag aan te reiken om hetzelfde doel te bereiken.

Ten derde wordt gesteld dat de werkelijkheid voortdurend verandert. Therapie richt zich niet op het in stand houden van een stabiele omgeving, maar probeert de cliënt te helpen om zich op zijn gemak te voelen bij verandering.

De behandeling bestaat uit twee onderdelen, namelijk een individuele therapie en een training psychosociale vaardigheden. Deze twee onderdelen worden apart aangeboden en dit is van essentieel belang. De individuele therapie is er voor het proces en daarbij is er ruimte voor crisissen en de gebeurtenissen van de dag. Dit maakt dat de vaardigheidstraining zich kan concentreren op het aanleren en oefenen van de vaardigheden. Deze vaardigheden zijn gericht op: emotieregulatie, interpersoonlijk functioneren, het goed waarnemen van zichzelf en het omgaan met crises. Het toepassen van deze vaardigheden zal voortdurend door de therapeut benadrukt worden. De therapeutische relatie wordt gekenmerkt door het feit dat de therapeut optreedt als coach voor de cliënt. De cliënt zelf blijft zelf voor een groot deel verantwoordelijk voor zijn keuzes.

Dialectisch cognitieve gedragstherapie richt haar vaardigheidstraining op vier probleemgebieden van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

- Het aanleren van *emotieregulerende vaardigheden*, de cliënt leert om te gaan met emotionele reacties. Vaak hebben mensen met borderline problemen met het op juiste wijze beheersen van boosheid, terugkerende depressie, angst en prikkelbaarheid.
- Het aanleren van *relationele vaardigheden*, relaties die door een persoon met borderline persoonlijkheidsstoornis aangegaan worden zijn gewoonlijk chaotisch, intens en worden gekenmerkt door moeilijkheden. Verlatingsangst speelt een grote rol in relaties. Mensen met borderline lijken goed te functioneren in een stabiele, positieve relatie. De meeste mensen met borderline lijken sociaal heel vaardig, ze praten veel en maken makkelijk contact. Toch zijn ze vaak niet in staat signalen uit hun sociale omgeving goed op te pakken. Aandacht voor hun sociale vaardigheden en eventueel een gerichte training kan de opmerkzaamheid voor (impliciete) signalen wellicht verbeteren.
- Het *verdragen van crisissen*. Mensen met borderline vertonen vaak patronen van gedragsdisregulatie, wat zowel blijkt uit extreme en problematische impulsieve gedragingen als uit hun pogingen zichzelf te verwonden, te verminken of te doden. Dit disfunctioneel probleemoplossend gedrag is het gevolg van het onvermogen een crisis zolang te verdragen totdat werkelijk effectievere oplossingen gezocht kunnen worden.
- *Oplettendheidsvaardigheidstraining*. Disregulatie van het zelfbesef is een regelmatig terugkerend item bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Zoals ik al zei heeft een cliënt vaak geen zelfbesef, voelt zich leeg en weet niet wie hij is. Oplettendheidsvaardigheidstraining leert de cliënt zichzelf en

gebeurtenissen in de directe omgeving bewust te ervaren en te observeren. In het individuele proces van behandeling is naast aandacht voor problemen die de uitingen van borderline met zich meebrengen ook aandacht nodig voor het vaak negatieve zelfbeeld dat de cliënt heeft. Mensen met borderline zijn zich vaak heel bewust van de zwakke kanten in zichzelf en hebben vaak jarenlang hun best gedaan zo te worden als anderen, een voorbeeldige student, een bekwame werknemer of een keurig nette partner, vader of moeder. Helaas zijn daardoor juist hun sterke kanten vaak onderbelicht gebleven. Het behoort tot de taak van de hulpverlener om deze sterke kanten naar voren te halen, te bekrachtigen en zichtbaar te maken voor de cliënt. (Linehan, 1993)

The essence of the Borderline's problem is that in order to survive a pathological home situation, the Borderline adapted by repressing the development of his or her true self, becoming whatever was necessary in order to survive childhood. Identity was sacrificed to survival in the hope of love.

Elinor Greenberg

Hoofdstuk 3 Het ontstaan van Borderline

3.1: bio-psycho-sociale theorieën over het ontstaan van borderline

3.1.1: De biologische factoren

Er zijn veel verschillende theorieën over het ontstaan en de manifestatie van borderline. Zoals ik in de inleiding al zei word er vanuit vele verschillende perspectieven naar borderline gekeken. Deze perspectieven zijn grotendeels in te delen in een biologische een psychische en een sociale zienswijze, of combinaties daarvan in het bio-psycho-sociale model, dat eclecticisch/multimodaal is.

Op het biologische niveau is de belangrijkste vraag: zijn er aangeboren en dus biologische (neurologische) factoren die van invloed zijn op het ontstaan van de borderline? In vele onderzoeken naar de prevalentie van borderline in de families van borderline- patiënten komt eigenlijk geen duidelijk beeld met betrekking tot de erfelijkheid of overdraagbaarheid van de borderline problematiek. Er lijkt wel verband te bestaan, maar onduidelijk is of dit komt door biologische dan wel psychische factoren. Wel is het aannemelijk dat borderline voortkomt uit biologische factoren, dat mensen met bepaalde aangeboren eigenschappen (constituti-onele disposities) eerder borderline ontwikkelen dan anderen. Heymans noemde 3 aangeboren karaktereigenschappen die een rol spelen bij persoonlijkheidsstoornissen (Heymans in Derksen, 1993):

Ten eerste is de mate van *emotionaliteit* van belang: sommige mensen zijn emotioneler dan anderen, ze trekken zich dingen meer aan, zijn hierdoor kwetsbaarder en gevoeliger voor borderline. Volgens de bio-psycho-sociale theorie is zelfs de kernstoornis van borderline een disregulatie van emoties. Disregulatie wordt gezien als een biologische aanleg. Mensen met borderline hebben volgens deze theorie problemen met het reguleren van bepaalde, zo niet alle emoties.

Ten tweede is de mate van *impulsiviteit* van belang: sommige mensen leven veel meer in het hier-en-nu dan anderen. Hierdoor wordt hun stemming veel vaker en sterker bepaald door de op dat moment actuele situatie. Ze hebben van nature sterker wisselende stemmingen en voorkeuren.

Als laatste is de mate van *activiteit* van mensen van belang: actieve mensen zijn veel eerder geneigd met nieuwe dingen bezig te zijn, zijn zoekend, terwijl anderen eerder vasthouden aan regelmaat, gewoontes en principes. Deze laatste groep leidt dus als het ware een stabielere leven.

Er is dus vrijwel altijd sprake van altijd een overschot aan energie, opwinding en beweging, zelfs zonder externe prikkels vanuit de omgeving. Iemand zei me eens dat je zou kunnen zeggen dat er sprake is van 'een kapotte thermostaat'.

Ook is duidelijk dat er bij borderline sprake is van 'rijping', meestal zal de ernst van de klachten afnemen naarmate men ouder wordt (rond de 40 jaar). Deze rijping lijkt ook een biologische oorsprong te hebben.

Wat de neurologische factoren betreft vertonen mensen met borderline vaak een afwijking in de regulering van de neurotransmitter Serotonine. Dit is een biologisch aspect, dat echter mede kan ontstaan door psychische factoren, zoals op grond van chronische, conflictueuze stress. Hierdoor gaat het immuunsysteem disfunctioneren en kan er bijvoorbeeld in onvoldoende mate serotonine gemaakt worden. Dit kan zorgen voor een veelheid aan klachten en symptomen, zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, agressiviteit, verhoogd verslavingsrisico, eetstoornissen en impulsief gedrag; een tekort aan serotonine verhoogt het risico op suïcide. De toediening van 'externe' geneesmiddelen helpt weinig omdat de chroniciteit en de aard en inhoud van het conflict niet worden aangeraakt (Maas, 2004). Over de biologische achtergronden van borderline is veel te zeggen, en uit onderzoek blijkt het ook een belangrijke factor is die meespeelt in het ontstaan van de persoonlijkheidsstoornis. Er is echter veel minder bekend over de invloed van biologische factoren op het ontstaan van de persoonlijkheidsstructuur, waar deze thesis zich vooral op richt. Daarom vallen de biologische factoren verder buiten het bereik van deze thesis.

3.1.2.: De psychosociale factoren

Kernberg kijkt vooral naar een bepaald niveau van functioneren en structuur van de persoonlijkheid, de cognitieve gedragstherapie kijkt naar de vroege aannames en schema's en de DSM IV legt het accent op de symptomen in het borderline syndroom. Wat betreft het ontstaan echter leggen ze praktisch allemaal de hoofdoorzaak bij een verstoring in het separatie-individueelproces. (Derksen, 1993). Om te kijken naar wat er in die plaats vindt wil ik de ontwikkelingstheoretische modellen van het kindonderzoek als basis nemen. Stern (1985, 1994) vindt het onderzoek naar de ontwikkeling in de vroege jeugd essentieel voor de verdere theorievorming en ontwikkeling van de psychoanalyse en ik denk dat dit voor alle psychologische en existentiële theorieën geldt. Hierbij moet in gedachten gehouden worden dat niet alle gedrag van kinderen naar het gedrag van volwassenen geëxtrapoleerd kan worden, maar de invloed van vroege ervaringen is duidelijk aanwezig (Derksen, Handboek).

Volgens vrijwel alle theorieën ontstaat borderline in de relatie tussen het jonge kind en de buitenwereld. Over het algemeen stellen ze dat het zijn oorsprong vindt in de leeftijd van 1 1/2 tot 3 jaar. Deze fase heet de separatie/individueel fase. Het is de fase waarin het 'ik' of 'Ego' zich begint te ontwikkelen. Dit gebeurt doordat het kind zichzelf leert kennen en vorm geeft door de interactie met zijn omgeving, vooral met de ouders. Het kind zou beginnen te beseffen dat het geen symbiotische eenheid vormt met zijn moeder/vader. Gelijktijdig trekt de buitenwereld ook, vraagt erom om ontdekt te worden. Er ontstaat een spanning tussen autonomie en verbondenheid, die het kind eigenlijk beide tegelijk wil ervaren. Dit vraagt om veel zorg en veiligheid. Ernstige problemen in de relatie met de ouders, zoals agressie of verwaarlozing kunnen psychische problemen tot gevolg hebben, maar ook 'verstikkende zorg' kan borderline tot gevolg hebben. Het kind is dan onvoldoende in staat een duidelijk 'ik' te ontwikkelen.

In het kader van het ontstaan van de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn er 3 manieren waarop het mis kan gaan tijdens deze zo belangrijke periode (Greenberg, 1996):

- Het kind wordt gescheiden van zijn moeder/vader voor de leeftijd van 3 jaar.
- De moeder/vader is koud en ongeïnteresseerd
- De moeder/vader weigert het kind toe te staan een eigen ik te ontwikkelen door het bij zich te houden en/of teveel te beschermen. De ouders staan geen autonomie toe.

In het eerste geval zal vooral de angst voor verlaten en afwijzing op de voorgrond staan, in het tweede geval is er een grote angst voor ontkenning, niet gezien worden. In het derde geval ontstaat vaak de angst 'verstikt' te worden. Ik noemde al eerder dat het hierbij gaat om de *subjectieve beleving* van het kind, het maakt voor de gevolgen niet uit of de gevoelens van separatie, verwaarlozing of verstikking reëel of gefantaseerd zijn. Het gaat erom hoe het kind het beleefd heeft.

In verschillende boeken en publicaties lees ik dat er nog een vierde factor is die borderline kan veroorzaken, namelijk (seksueel) geweld zoals incest en mishandeling. Het schijnt dat 80% van de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hiermee te maken heeft gehad (Derksen, 1993). Voor mij komt dan direct de vraag op of het seksueel geweld een oorzaak is of een gevolg van borderline. Doordat mensen met borderline als gevolg van hun vage zelfbeeld vaak moeilijk hun grenzen aan kunnen geven zullen ze veel eerder het slachtoffer worden van (seksueel) geweld. Als je niet weet wat je wilt ben je gemakkelijk te manipuleren. Je hebt het dan echter over gevolgen van borderline, niet over oorzaken.

In een uitgebreid empirisch onderzoek werd duidelijk dat er bij vrijwel alle gevallen een verband bestaat tussen de gezinsachtergrond en het ontstaan van de Borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit leidde tot een lijst van 15 factoren en het aantal keren dat ze in dit onderzoek aangetroffen werden (Derksen, Handboek)

Figuur 10: De familiefactoren toplijst

1	Stoornissen in de separatie-individuatiefase	(114)
2	Psychopathologie van de moeder	(80)
3	Psychopathologie van de vader	(55)
4	Psychopathologie van naaste familieleden	(35)
5	Gebruik van specifieke afweermechanismen in het gezin	(27)
6	Slechte handhaving van de regels	(25)
7	Relatie ouders is slecht en gaat ten koste van het kind	(20)
8	Ouders zijn teveel met het kind bezig	(17)
9	Ouders hebben problemen met hun eigen ouders	(15)
10	Verwaarlozing c.q. misbruik van het kind door de ouders	(13)
11	Afwezigheid van de vader	(12)
12	Somatische klachten in het gezin	(10)
13	Aanwezigheid van schizofrenie in de familie	(9)
14	Stress en trauma's in het gezin	(9)
15	Biologische, genetische en erfelijke oorzaken	(7)

Over het algemeen dus stelt men dat er bij het ontstaan van borderline dus sprake is van een als traumatisch beleefde gebeurtenis die plaatsvond tijdens de ontwikkeling van het Ego. Het kind offerde zijn 'ik' op om te kunnen overleven, waardoor het ontwikkelingsniveau van het 'ik' als het ware gedeeltelijk blijft stilstaan op dat van een kind van 2 of 3 jaar oud. Er ontstaat *ik-zwakte of Egozwakte*. Het zou niet sterk genoeg zijn om de het Id (de behoeften en angsten) te reguleren en controleren en is daardoor niet in staat om de druk, de eisen en de inspanningen aan te kunnen die het normaal gesproken moet kunnen verdragen.

De mens is niets anders dan tot wat hij zich maakt...

J.P. Sartre,

Nichts, was existiert, hat seine Existenz daher, dass es zusammengesetzt worden ist.

Leo Baeck.

Hoofdstuk 4: De Existentiële analyse

4.1: de existentiële filosofie

In het eerste hoofdstuk staat een beschrijving van de borderline persoonlijkheidsstructuur vanuit het zogenoemde bio-psycho-sociale model. In de afgelopen decennia is er binnen de psychotherapie eigenlijk steeds sprake geweest van een op het bio-psycho-sociale gebaseerde mensvisie, de mens wordt gelijkgesteld met zijn bio-psycho-sociale eigenschappen en gedrag. Hij wordt hierbij dan ook volledig bepaald door zijn biologische, psychologische en sociale mogelijkheden en beperkingen en *is* zo bijvoorbeeld lichamelijk invalide, borderliner of contactgestoord. Hij wordt gezien als beheerst door 'mechanismen' en de psycholoog en de arts zijn degenen die ervoor gestudeerd hebben om deze mechanismen, als zij gestoord zijn, weer in orde te brengen en de 'patiënt' te genezen. Er is sprake van 'psychotechnisch' handelen, de mens wordt benaderd als een gedepersonaliseerde machine. Deze machine bestaat uit afzonderlijke, elkaar vaak bestrijdende innerlijke mechanismen. De mens is in deze zienswijze in principe niet vrij en heeft geen mogelijkheid tot kiezen. Hij wordt bepaald door mechanismen als driften (Freud), een behoefte aan macht (Adler), door conditioneringen in de vorm van automatische reflexen (Klassieke gedragstherapie'), cognitieve schema's (Cognitieve therapie), combinaties daarvan (Linehan) en ga zo maar door. De mens is onderworpen aan zijn bio-psycho-sociale ontwerp en wetmatigheden en er is sprake van een op zijn minst vergaande vorm van determinisme. Hij is hierdoor feitelijk ook niet verantwoordelijk voor wie hij is en wat hij doet. Het is dit denken waar de existentiële filosofie zich sterk tegen afzet.

De existentiële filosofen, waaronder Kierkegaard, Husserl (fenomenologie), Heidegger en Sartre beseften de grenzen en de beperkingen van de objectieve wetenschappelijke kennis. Kenmerkend voor deze filosofie is dat geprobeerd wordt door zuiver beschouwen (fenomenologisch) het menselijk bewustzijn te doorgronden. Fenomenologisch betekent dat er gestreefd wordt naar een analyse, die zoveel mogelijk vrij van alle vooroordelen onderzoekt wat aan het bewustzijn verschijnt, naar wat het wezen van iets is. Terwijl de fenomenologie de wereld bekijkt zoals deze aan ons verschijnt stelt het existentialisme het menselijk bestaan, de existentie centraal. Deze zienswijze heeft tot gevolg dat de mens in hun ogen 'een zijn is, dat zich over het heden heen in de toekomst ontwerp; hij is wezenlijk door zijn mogelijkheden bepaald'. (Sesam Atlas van de Filosofie, 1996). Kenmerkend aan de mens is dus dat hij in feite *is wat hij nog niet is*, hij is wat hij van zichzelf maakt. Het unieke van de mens gelegen in de vrijheid die hij heeft in de mogelijkheid en plicht zichzelf te verwerkelijken door middel van de richting die hij op ieder willekeurig moment kiest in het leven. De mens is een *intentioneel* wezen.

4.2: de dimensionale ontologie

De existentiële filosofie had ook invloed op de psychotherapie, waar Frankl onder invloed hiervan en door zijn ervaringen in het concentratiekamp zijn methode van de Logotherapie en de Existentiële Analyse ontwikkelde. Een belangrijk onderdeel van deze theorieën is de dimensionale ontologie (zijnsleer). Frankl gaat uit van een dimensionale opbouw van de menselijke bestaan. Hierin is volgens hem de existentiële dimensie van een hogere orde dan de biologische en psychosociale dimensies. Hij spreekt van de geestelijke persoon die zich in de existentiële dimensie bevindt en die de mens maakt tot meer dan een sociaal zoogdier dat bepaald wordt door zijn instincten.

Het beeld van de koets dat ik in een vorig hoofdstuk als metafoor gebruikte is namelijk niet compleet, het beschrijft allemaal *eigenschappen* waar een mens over beschikt en niet wat hij *is*: want wat is het nut van een koets, paarden en een koetsier als er niemand in de koets zit! De koets hangt dan doelloos rond, rijdt misschien wat heen en weer tegen de verveling, maar het geheel is betekenisloos, zinloos en richtingloos. Er is dan sprake van een innerlijke leegte, een afwezigheid van dat wat betekenis geeft. De persoon die in de koets zit, degene die op weg is, hij is het slechts die zin geeft aan het geheel. Frankl noemt deze reiziger 'de geestelijke persoon', anderen spreken over ziel of geest. Hij is degene die de richting bepaalt door het vervullen van de meest zinvolle mogelijkheid in de gegeven situatie. Deze zin is dus altijd iets in de toekomst, een persoon of situatie waar je je op kunt richten en dus altijd buiten jezelf. Deze gerichtheid is wat de passagier, de geestelijke persoon, zijn reis (zijn leven) doet ondernemen. De geestelijke persoon *is* het wezenlijk menselijke in de mens, terwijl hij zijn biologische en psychologische aspecten *heeft*. De koets, koetsier en paarden (het bio-psychosociale geheel), het zijn als het ware slechts 'hulpmiddelen' om deze 'reiziger' op zijn weg te helpen.

Waar de koets, koetsier en paarden zich altijd bevinden in een beperkende door wetten en wetmatigheden gedetermineerde wereld is de passagier, de geestelijke persoon altijd vrij en daardoor in staat zelf te kiezen welke houding hij aanneemt tegenover de vragen die het leven aan hem stelt. Dit geeft hem ook de verantwoording voor zijn handelen. De mens heeft een keuze, kan altijd anders. De mens *heeft* niet het vermogen hiertoe, maar *is* het vermogen tot kiezen. Omdat de koets, koetsier en de paarden 'in functie zijn' van de persoon in de koets, is die persoon van een hogere orde of dimensie. De persoon in de koets is existentieel en overstijgt het psychische, het sociale en het somatische. De geestelijke persoon kan ook niet 'ziek' worden. De geestelijke persoon kan zich echter alleen in de bio-psycho-sociale elementen van zijn menszijn uitdrukken (Ausdruck personaler Existenz) en zichtbaar worden, zodat het bio-psycho-sociale mede de grenzen en mogelijkheden van de reis van de koets bepaalt. Met een oude koets, angstige paarden of een gebrekkige koetsier zijn moeilijk te bereiken doelen in het leven misschien buiten het bereik. Bijvoorbeeld een psychose is een aantasting van het psychofysieke organisme, niet een aantasting van de geestelijke persoon. Die laatste wordt als het ware door de psychose wel gekerkerd, 'ingemetseld'. Hij leidt wel door de psychose, zonder zelf door de psychose ziek gemaakt te zijn (Frankl, 1998). Wat we in de lagere dimensie vinden is slechts geldig in diezelfde dimensie. De persoon valt nooit samen met de pathologie van de bio-psycho-sociale dimensie. Pathologie is onvrijheid. (Maas, 2004)

De geestelijke persoon heeft altijd een vermogen tot kiezen. Het bijzondere is dat deze vrijheid om te kiezen de mogelijkheid geeft om de grenzen van het reisplan te ervaren. Vrijheid en begrenzing gaan altijd hand in hand en bestaan slechts door en in elkaars aanwezigheid. Vrijheid is de oneindige hoeveelheid keuzes die je kan maken binnen het domein van de bio-psycho-sociale mogelijkheden. Met een koets kan je bijvoorbeeld wel ergens heenrijden, maar niet vliegen, zonder eten en drinken kun je de paarden geen lange reis laten maken en een koetsier die slaapt terwijl je op weg bent is vragen om moeilijkheden. Naast zijn bio-psycho-sociale beperktheid is de mens ook in tijd gebonden, 'zijn' is altijd 'in-de tijd-zijn'. Verder is het een gegeven dat de mens altijd met de wereld en met andere mensen verbonden is. Het in de wereld zijn is altijd met-anderen-zijn.

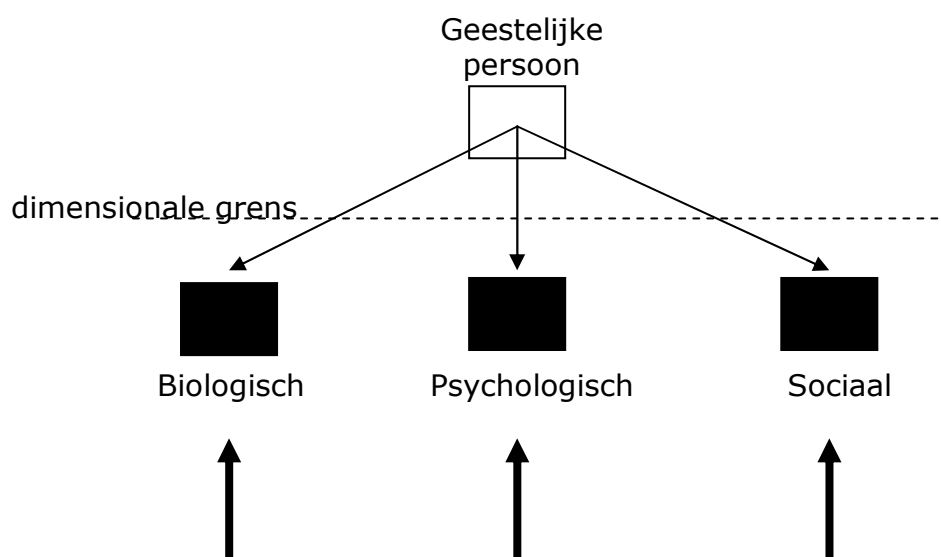
Frankl stelt zichzelf vervolgens de vraag: wat maakt je tot mens? Frankl spreekt hier van 'der Trotsmacht des Geistes'. Dit is het vermogen van de mens om te weer te stellen tegenover zorgwekkende psychosociale en omgevingsfactoren. Hierin staan volgens hem twee fundamenteel antropologische karakteristieken van de menselijke existentie centraal, namelijk de vaardigheden van de zelfdistantie (Frankl, 1949) en de zelftranscendentie (Frankl, 1959). Zelfdistantie is het vermogen om afstand te nemen van je biologische, psychische en sociale factoren en hiernaar van een afstand te kijken. Het is een vermogen tot zelfreflectie en doorbreekt de identificatie met de bio-psycho-sociale aspecten. Frankl zegt het zo:

'In plaats dat de mens zich identificeert met zijn driften, distantieert hij zich ervan - hij kan, vanuit een zekere distantie - ook 'Ja' zeggen tegen die driften. Tenslotte betekent dit juist het menselijke aan de mens: dat de mens zich van driften kan distantiëren en zich er niet mee hoeft te identificeren - iets dat het dier nooit zal kunnen, alleen al omdat het dier zich niet kan identificeren - het is identiek aan. Het dier 'heeft' zijn driften niet- het dier 'is' zijn driften. Daarom kent het dier dat antagonisme niet, maar moet het noodzakelijk altijd in zijn eigen psychofysiek parallellisme leven - altijd alleen maar uit het totale psychofysicum. De mens begint echter precies daar mens te zijn, waar hij zich tegenover zijn eigen psychofysicum kan opstellen'(Frankl,1998).

Zelfoverstijging of zelftranscendentie is het vermogen om vanuit zelfdistantie keuzes te maken die een hoger doel dienen dan enkel het in stand houden van jezelf. Het is de vrijheid van de mens om stelling te nemen ten opzichte van zich zelf; om tegenover zichzelf te gaan staan en op te treden. Een belangrijke vraag is nu wat onder dit zelf verstaan wordt. Het zelf is in dit voorbeeld het bio-psycho-sociale instrumentarium van de mens, er is dus dimensioneel gezien sprake dat er vanuit de hogere noölogische of geestelijke dimensie gereflecteerd kan worden op het lagere bio-psycho-sociale gebied. Zelfdistantie is dus niet naast, maar boven je 'zelf' gaan staan en daar een mening over te hebben. Deze vrijheid om ten opzichte van onze psychologische conditie een instelling te kiezen noemt Frankl het Noö-Psychisch Antagonisme (Frankl, 1998)

Bij de bespreking van de biologische, psychische en sociale factoren en het bio-psycho-sociale model in hoofdstuk 1 kwam het begrip reductie naar voren. Ik noemde dit een kwantitatieve reductie. Frankl heeft het echter over een heel andere vorm van reductie, een verticale vorm die ik hier 'dimensionale reductie' wil noemen. Frankl (1959) zegt dat de (psychoanalytische) psychotherapie mensen vooral help het bewustzijn te vergroten van hun psychische inhoud. Door dit tot hoofddoel te maken van therapie wordt de typisch menselijke capaciteit van mensen, namelijk de mogelijkheid tot het nemen van de verantwoording voor de omstandigheden van het leven, vaak verwaarloosd. De overstijgende existentiële dimensie waaraan de bio-psycho-sociale aspecten slechts ten dienste staan, wordt niet gezien. Er is sprake van een *dimensionale reductie*:

Figuur 7: dimensionale reductie



Enkel gericht op bio-psycho-sociale aspecten zonder de existentiële dimensie te zien= *dimensionale reductie*

Aangezien de psychologie en de somatische wetenschappen slechts bio-psycho-sociale delen van de mens bestuderen, zich beperken tot de koets, koetsier of de paarden en niet kijken naar het geheel van wat de mens is, is er sprake van reductie. Maar ook als gelijktijdig naar het geheel aan bio-psycho-sociale aspecten gekeken wordt is er nog sprake van reductie, omdat de blik dan nog steeds gericht is op de afgeleide dimensie en de bovenliggende dimensie van de geestelijke persoon niet gezien wordt.

De geestelijke persoon, de passagier van de koets, bevindt zich dus in een hogere dimensie en overziet hierdoor de mogelijkheden van de koets en weegt deze mee in het stellen van zijn doelen. Bij een verticale zelfdistantie (b.v. het ego dat zich 'boven' de gevoelens stelt) zou er eerder sprake zijn van opsplitsing van gelijkwaardige delen, met een groot gevaar van reductie. Frankl spreekt dan ook van 'Transsubjectiviteit' en onderstreept het belang ervan dat de mens zich boven zichzelf verheft, dit *door de zin* die hij aan iets geeft. Die zin 'is anders dan hijzelf, het is meer dan louter een expressievorm of projectie van zichzelf '(

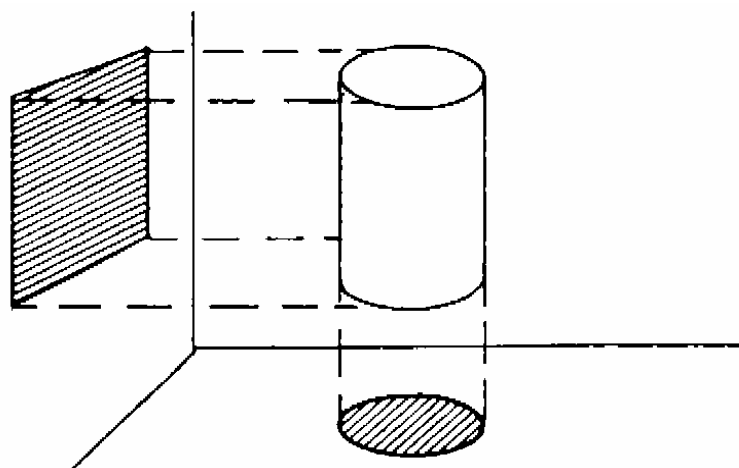
Frankl, 1980). Zelftranscendentie markeert dus het fundamenteel antropologische feit, dat het menselijke bestaan altijd naar iets verwijst, dat het nooit 'zelf' is. Het verwijst naar iemand of iets, namelijk naar een zijn-in-ontmoeting of naar een zin, die vervuld moet worden. Werkelijk mens wordt iemand dus eerst dan en helemaal zichzelf is hij slechts daar, waar hij zich in overgave aan een opgave geeft; in dienst van een zaak treedt of in liefde voor iemand anders aan zichzelf voorbij gaat en zichzelf vergeet (Frankl, 1998). Zin is dus een gerichtheid op iets buiten jezelf. Het reisdoel of manier van reizen van de geestelijke persoon.

Wanneer hogere dimensies worden geprojecteerd op lagere dimensies is er altijd sprake van reductie. Denk aan een driedimensionale bol, die afgebeeld wordt op een tweedimensionaal oppervlak. Wat er van de bol overblijft is een cirkel, een soort dwarsdoorsnede van de bol. De dwarsdoorsnede van de bol kan in vele verschillende richtingen en op verschillende plaatsen worden gemaakt, waardoor er steeds andere 'plakken' ontstaan, die toch allen iets over de bol zeggen.

Als je vanuit het 2-dimensionale over het 3-dimensionale denkt kunnen er dus vele volstrekt verschillende beweringen worden gedaan die echter in het 3-dimensionale allen kunnen kloppen. En voor het verstand en de geestelijke persoon geldt hetzelfde. Je zou kunnen zeggen dat bij het denken vanuit de 2-dimensionale cirkel (het bio-psycho-sociale) de 3-dimensionale bol (de geestelijke persoon) niet bestaat, maar in werkelijkheid betekent het alleen dat bollen niet door cirkels kunnen worden begrepen (Wilber, 2001). Frankl heeft de gevolgen van projecties in lagere dimensies beschreven in zijn dimensioneel-ontologische wetten.

De eerste dimensioneel-ontologische wet luidt: Een en hetzelfde ding dat vanuit zijn eigen dimensie in verschillende andere dimensies wordt geprojecteerd die lager zijn dan de eigen, geeft soms afbeeldingen die elkaar lijken te weerspreken. (figuur. 8). Als je de geometrische cilinder, bijvoorbeeld het drinkglas uit afbeelding 1 op de volgende bladzijde, projecteert vanuit een drie-dimensionale ruimte in het twee-dimensionale ruimte van het grondvlak en het zijvlak, dan ontstaan er respectievelijk een cirkel en een rechthoek. De tegenspraak van de projectie laat bovendien zien dat het hier 'wel om een gesloten figuur' moet gaan, terwijl het drinkglas toch een 'open vat' is.

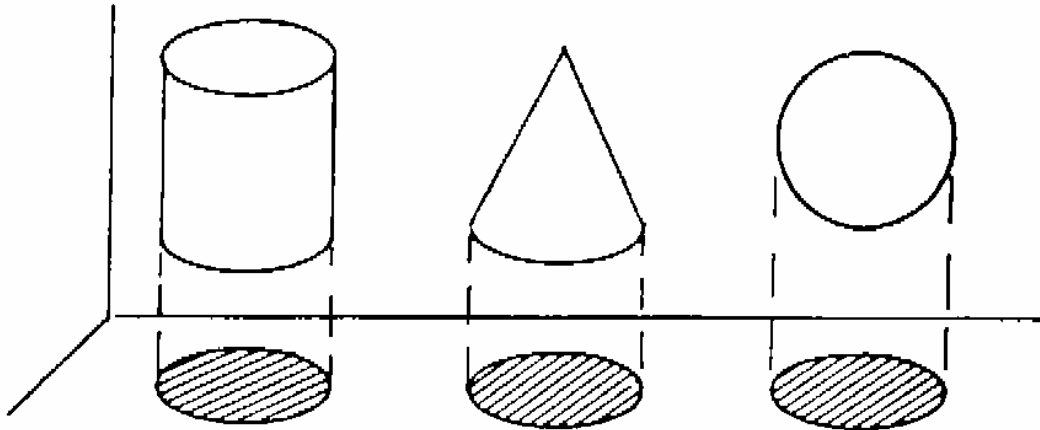
Figuur 8: De 1^e dimensionale wet



De tweede dimensioneel-ontologische wet luidt: Voorwerpen van een verschillende vorm die je vanuit hun eigen dimensie projecteert in een lager gelegen di-

mensie, vertonen zich op een zodanige wijze dat de projecties elkaar niet tegen spreken, maar meerduidig kunnen zijn. Als je bijvoorbeeld in figuur 9 de cilinder, de kegel en de kogel vanuit de drie-dimensionale ruimte in de tweedimensionale ruimte van het grondvlak projecteert krijg je drie maal dezelfde cirkel. De projecties zijn dus meerduidig, want je kan er niet uit opmaken of oorspronkelijk het om een kogel, een cilinder of om een kegel gaat.

Figuur 9: De 2^e dimensionale wet



Een van de therapierichtingen die Frankl naar aanleiding van zijn dimensionale theorieën ontwikkelde is de Existentiële Analyse. Het doel van de Existentiële analyse is de geestelijke persoon die de kern van het menszijn is aan te spreken en zo tot het bewustzijn van zijn vrijheid en verantwoordelijkheid te brengen. Van hieruit kan de zin van het bestaan gevonden worden, die voor ieder mens verschillend is en die gezien kan worden als het antwoord op de vragen die het leven je stelt.

*The significant problems we face can never be solved
at the level of thinking that created them.*

Albert Einstein

Hoofdstuk 5: De existentiële aspecten van de borderline persoonlijkheidsstructuur

5.1: hypothese

Zoals duidelijk werd in hoofdstuk 1 is er bij Borderline op het bio-psycho-sociale vlak sprake van een groot aantal symptomen, die de ervaren kwaliteit van het leven sterk negatief beïnvloedt. Het is echter belangrijk om te kijken of borderline kenmerken vertoont van een existentiële problematiek. Dit zou betekenen dat er bij exclusief gebruik van een bio-psycho-sociaal verklaringsmodel een dimensionale reductie plaatsvindt, de existentiële dimensie wordt hierbij namelijk buiten beschouwing gelaten. In het voorafgaande hoofdstuk beschreef ik de dimensionale ontologie en ik wil nu uitleggen waarom borderline naar mijn mening duidelijk een existentieel probleem is. Dit door gebruik te maken van de metafoor van de koets die ik daar al eerder gebruikte.

Hypothese: het centrale kenmerk van mensen met een borderline persoonlijkheidsstructuur is een verstoring in het contact met de geestelijke dimensie.

5.2: noögene neurose

Een existentieel probleem kenmerkt zich doordat het mede gerelateerd is aan de passagier, de geestelijke persoon in plaats van dat het zich enkel op het bio-psycho-sociale niveau van de koets, koetsier en paarden afspeelt. Er is sprake van een verstoring in het contact tussen de existentiële en de bio-psycho-sociale dimensie. Door de diffusie van de passagier blijft de existentiële 'zijns'dimensie diffuus. Het leiden aan het gevoel van existentiële leegte dat hiervan een gevolg is noemt Frankl een *Noögene neurose*. Noögene neurosen ontstaan doordat de existentiële dimensie zich onvoldoende uit kan drukken in de bio-psycho-sociale dimensie.

Door deze diffusie van de geestelijke persoon vormen mensen met borderline zich een identiteit waarin niet de geestelijke persoon die ze zijn centraal staat. Ze vormen zich een identiteit op basis van hun gevoelens, verstand en/of lichaam, er is geen sprake van een 'Ausdruck personaler Existenz'. In plaats van dat ze de bio-psycho-sociale aspecten herkennen als functies, als 'hulpmiddelen' om de in een hogere dimensie gelegen geestelijke persoon tot uitdrukking te laten komen, verwarren ze de hulpmiddelen met het existentiële 'zijn'. De kaart (het hulpmiddel) wordt als het ware voor de werkelijkheid aangezien. Ik wil wederom gebruik maken van een metafoor om het verder te verduidelijken:

Een speelfilm is een 2-dimensionale projectie van de 3-dimensionale werkelijkheid. De (3-dimensionale) werkelijkheid poogt zich hierbij in de (2-dimensionale) filmwerkelijkheid uit te drukken. Wij mensen zijn als acteur in de film, de 2-dimensionale werkelijkheid, actief.

Als acteur speel je je eigen rol in de film. Het verhaal, je leven, ontvouwd zich aan je, de film voert je mee in zijn vastliggende verhaal. Je hebt als acteur geen

keuzevrijheid of invloed op de afloop. Ook geen verantwoordelijkheid dus, zolang je je rol maar speelt. De acteurs vormen het verhaal niet, zij acteren slechts. De vraag is: wie maakt de film, wie laat het zo plaatsvinden? Wie maakt de keuzes en geeft het verhaal vorm?

De leidende figuur in het hele proces rond de film is de regisseur. Hij is degene die weet wat de bedoeling is. Degene die zich in de werkelijkheid kan laten gelden. Hij draagt de verantwoordelijkheid en toch: hij is nooit te zien in de film. De regisseur is allesbepalend, maar in de film onzichtbaar. Hij wordt zichtbaar in wat er zich op het scherm afspeelt, in het resultaat. In de keuzes die hij gemaakt heeft, want als het goed is wordt de acteur door hem aangestuurd. De acteurs zijn slechts de pionnen op zijn schaakbord. Als mens ben je acteur en regisseur tegelijkertijd, je speelt in opdracht van je 'hogere zelf', de regisseur.

Iemand met borderline zou je kunnen zien als iemand die de film voor de enige realiteit aanziet. Hij is het contact met zijn regisseur verloren (of heeft dit nooit gehad) en is volledig geïdentificeerd met zijn acteur. Hij kent zichzelf enkel als een van buiten bepaalde 2-dimensionale projectie van de 'vrije' 3-dimensionale werkelijkheid buiten de film. Hij speelt maar een rol en is zich niet van zijn fundamentele mens-zijn bewust. Hij speelt mee in iets waar hij de zin niet van begrijpt. Hij ervaart zich als slachtoffer van de gebeurtenissen, want hij heeft geen keuze. Zonder contact met de regisseur gaat een film nergens over. De acteurs doen maar wat, er is begin noch eind, richting noch verband, enkel zinloosheid.

Neurotische problemen (in de psychoanalytische zin, dus niet de Noögene Neurosen) hebben te maken met een identificatie met de menselijke problemen die spelen in het 2-dimensionale bio-psycho-sociale vlak, bijvoorbeeld conflicten tussen gevoel en verstand, verlangen en angst. Psychotherapie kan hier op verschillende manieren mee omgaan, het kan zich beperken tot het zoeken van een oplossing die binnen dit bio-psycho-sociale vlak blijft (het verstand wint het bijvoorbeeld van het gevoel), maar ook zoeken naar de existentiële boodschap die eronder verborgen ligt. Een neurose is dan een tijdelijk onvermogen om vanuit de geestelijke persoon tot zelfdistantie en zelfoverstijging te komen. Door therapie wordt de identificatie doorbroken en kan de mens in zichzelf de oplossing vinden. Dit wat betreft de mensen met een neurose.

Mensen met borderline ervaren hun leven echter haast uitsluitend vanuit de lager gelegen dimensies van de bio-psycho-sociale functies, ze zijn ermee geïdentificeerd en dus vrijwel opgesloten in hun bio-psycho-sociale werkelijkheid. Een dimensioneel gereduceerde, gedetermineerde en daardoor zinloze wereld. De 'Ausdruck personaler Existenz', ofwel de projectie van de geestelijke persoon op de bio-psycho-sociale wereld is verstoord, de 'wezenlijke' dimensie van de mens (de geestelijke persoon) blijft vaag/uit zicht. Deze existentiële diffusie die ervoor zorgt dat de geestelijke persoon zich moeilijk in het bio-psycho-sociale kan uitdrukken en staat aan de basis van de *identiteitsdiffusie* die volgens Kernberg een kenmerk is van de borderline persoonlijkheidsstructuur. Door de existentiële diffusie wordt de identiteit bij gebrek aan kennis van het diepere zijnsniveau enkel opgebouwd op basis van de bio-psycho-sociale factoren. De identiteit van mensen met borderline is dus vooral gereduceerd en enkel diffuus wat de existentiële dimensie betreft.

Tot nu toe gaat het steeds over de borderline persoonlijkheidsstructuur. De Borderline persoonlijkheidsstoornis kan mogelijk ontstaan als gevolg van traumatische gebeurtenissen in de separatie/individuatiefase bij mensen met een al aan-

wezige borderline persoonlijkheidsstructuur en is dan ook een secundaire problematiek. De primaire oorzaak ligt in de diffuse aanwezigheid van de geestelijke persoon, de stoornis is een mogelijk gevolg (trauma's) van de diffusie van de existentiële dimensie in de bio-psycho-sociale dimensie.

De existentiële diffusie heeft uiteraard verstrekkende gevolgen voor de kwaliteit van leven tot gevolg, het leven wordt ontdaan van zijn diepste kern, de existentiële dimensie kan zich niet uitdrukken. Het gaat om (over)leven! Dit heeft bij mensen met borderline allerlei overlevings- of schijnzingevingstrategieën tot gevolg. Ik wil dit opnieuw uitleggen met de metafoer van de koets:

Door de existentiële diffusie (de schijnbare afwezigheid van de passagier) weet de koetsier (het verstand) niet waar hij aan toe is, is er voor hem geen reisdoel. Er vindt tussen de koetsier en de passagier geen goede 'interne' dialoog plaats, een van de kenmerken van borderline. De interne dialoog dient er voor om te overleggen met jezelf: is het de juiste beslissing die ik neem, waar ben ik nu mee bezig, wat is mijn doel. Het doet de keuzes die gemaakt worden ontstijgen aan het niveau van de behoeftes, angsten en normen. De koetsier krijgt echter geen reisdoel (levensdoel), hij is startklaar maar blijft als het ware in afwachting van een zingevende opdracht van de passagier. Met de afwezigheid van contact met de passagier (wie ben ik) is ook het ijkpunt van waar je bent onduidelijk. De plaats van de koets, paarden en koetsier zijn eigenlijk pas van belang in functie van de te volgen reis, ten opzichte van een beoogd doel (zingeving).

5.3: gevolgen voor de persoonlijkheid

In de bio-psycho-sociale theorie wordt borderline vooral gezien als een Ego-probleem, dus liggend in de psychische structuur (de persoonlijkheid) en dus vooral bij de koetsier. Het is ik-zwakke ofwel 'koetsierszwakte'. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstructuur (bijvoorbeeld de meer narcistische en obsessief compulsieve typen) vertonen echter vaak allerlei gedragingen die juist wel in sterke mate Ego-bepaald zijn, zoals controledrang, zwart/wit denken, (ver)oordelen, egocentrisme, egoïsme, grenzen zoeken enkel gericht zijn op overleven etc., allemaal verkrampingen rond het Ego. Deze patronen en schema's die zo kenmerkend zijn voor mensen met borderline zijn dus juist bij het Ego passende mechanismen. Er is soms dus eerder een onvermogen om zich van het ego en het daarbij behorende patroon/schema te distantiëren en dus is er vaker sprake van een sterke identificatie met het ego door de schijnbare afwezigheid van de geestelijke persoon. Het ego hoeft dus niet zwak te zijn, het is bij persoonlijkheidsproblemen soms juist zeer overheersend en centraal aanwezig om het hoofd boven water te houden:

De afwezigheid van een reisdoel heeft in eerste instantie gevolgen voor de paarden. Er ontstaat een grote onrust, ongerichte energie die niet gebruikt kan worden. De doelloosheid van het bestaan (er wordt geen reis ondernomen) kan er toe leiden dat een sterke koetsier (het Ego) ervoor kan kiezen de paarden strak aangelijnd en onder controle te houden. Het Ego controleert zoveel mogelijk de gevoelens. De paarden worden in toom gehouden. Ze staan stil, worden strak aangelijnd. Behoeftes en angsten worden zo gecontroleerd. Het geheel vertoont weinig beweging en houdt afstand van de omgeving om prikkels te voorkomen. De spanning zal zich meestal kortdurend in explosieve vorm ontladen als de prikkels te hoog

oplopen en de koetsier tijdelijk de controle verliest. Als de controle van de koetsier sterk genoeg is zullen de paarden uiteindelijk hun vitaliteit verliezen en de gevoelens zo vervlakken. Het gevolg is een beeld met eventueel (controlerende) obsessief compulsieve trekken die kunnen leiden tot depressie en vermijdend gedrag / isolement, eventueel met wantrouwen en achterdocht tegenover de omgeving. Trekken die in de DSM IV omschreven staan als kenmerken van verschillende persoonlijkheidsstoornissen.

Het kan ook zo zijn dat de paarden te sterk zijn voor de koetsier, zodat hij ze loslaat en door de paarden geleid wordt. Er is geen geestelijke persoon om je mee te identificeren, maar ook het Ego is te zwak om deze rol op zich te nemen. Er ontstaat een beeld dat overeen komt met de borderline persoonlijkheidsstoornis, de mens is geïdentificeerd met zijn gevoelens (de paarden):

De gevoelens zijn sterker dan het verstand, de paarden gaan met de koetsier aan de haal en de mens die dit overkomt komt rusteloos en stuurloos over. Er is een overschot aan ongestuurde beweging die enkel gericht is op behoeftebevrediging en het vermijden van angst en er is geen onderliggend 'plan'. Er is een zoeken zonder enig idee wat er gezocht wordt. Hierdoor is er ook een sterke gerichtheid op het hier en nu, zich uitend in impulsiviteit en een onvermogen behoeftebevrediging uit te stellen. De paarden rennen ongecontroleerd rond en maken veelvuldig brokken. Een beeld van grenzeloosheid, rusteloosheid, impulsiviteit en confluentie (samenvloeiing) en overspoeling. Ze reageren vanuit een impulsiviteit waar haast geen gedachte aan vooraf gaat. Mensen met dit beeld vertonen in crisissituaties kenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornis (DSM IV).

Een andere mogelijkheid is het ontwikkelen van een 'vals zelf':

De koetsier creëert als het ware een gefingeerde geestelijke persoon in de koets waaraan de zingeving ontleend wordt. Dit valse zelf stelt zich doelen in de toekomst, gaat vol energie op reis en kan hierin zelfs uitermate succesvol zijn en heel ver komen. Aangezien het reisdoel echter iedere diepere menselijke betekenis mist is er geen echte voldoening bij het behalen van het doel. Door het ontbreken van een existentieel reisdoel is er eigenlijk toch sprake van doelloos rondzwalen. Zogauw het doel behaald is komt namelijk al snel het onderliggende gevoel van zinloosheid boven aangezien het behaalde doel geen existentiële waarde vertegenwoordigde. Meestal wordt deze confrontatie met de onderliggende existentieel leegte zo snel mogelijk opgelost door het opnieuw stellen van 'valse' doelen.

Mensen met een dergelijk vals zelf kunnen een uitermate krachtige en doelgerichte indruk maken. Ze zijn echter zeer kwetsbaar en hebben veel behoefte aan bevestiging, het valse zelf is niet bestendig en moet extern en intern constant ondersteund worden en zoekt ook bevestiging voor zijn prestaties. Ze vertonen trekken die voorkomen bij de Narcistische en Theatrale persoonlijkheidsstoornissen in de DSM IV.

5.4: existentiële kenmerken van borderline

Het voorafgaande verhaal is een hypothese, een mogelijk verklaringsmodel voor het verschijnsel borderline. Centraal hierin staat mijn aanname dat borderline een existentiële problematiek is die in de bio-psycho-sociale werkelijkheid tot uiting komt. Ofwel: alle theorieën rond borderline die uitgaan van een medisch, een psychisch, een (psycho)sociaal of zelfs een bio-psycho-sociaal model kloppen eventueel wel, maar zijn altijd gereduceerd. Ze verklaren slechts de mogelijke gevolgen van borderline in het bio-psycho-sociale vlak, en juist niet waar het vooral om gaat: het existentiële probleem. De bio-psycho-sociale kenmerken zijn niet onbelangrijk, integendeel zelfs. De borderline persoonlijkheidsstoornis zoals die beschreven staat in de DSM IV, is grotendeels veroorzaakt door allerlei traumatische ervaringen tijdens de opbouw van het Ego, dus rond de separatie-individueelheidsperiode (tussen de 1 ½ en 3 jaar). Alleen is de impact van deze traumatische ervaringen zo ingrijpend omdat het existentiële vermogen tot zelf-overstijging en zelfdistantie ontbreekt en zo kunnen de traumatische ervaringen tot de ontwikkeling van deze zeer ernstige persoonlijkheidsstoornis leiden. De stoornis kan dus ontstaan doordat er traumatische gebeurtenissen plaatsvinden bij een persoon met existentiële diffusie (de borderline structuur), maar iemand met deze diffusie hoeft niet te gaan leiden aan de stoornis (afhankelijk van het al dan niet optreden van traumatische gebeurtenissen in het latere leven).

Een aantal belangrijke kenmerken, zoals identiteitsdiffusie, ontbreken innerlijke dialoog, depressie, dwangmatigheid, angst en behoefte aan controle zijn goed in de bovenstaande hypothese in te passen. Fragmentatie bijvoorbeeld is een begrip wat ik nog niet genoemd heb, maar dat veel in verband wordt gebracht met borderline. Het gevoel van fragmentatie is voor mij goed verklaarbaar en passend bij mensen die opgesloten zitten in hun bio-psycho-sociale werkelijkheid. De bindende factor, de geestelijke persoon, ontbreekt namelijk. Je ervaart dan een gevoel uit losse onderdelen en impulsen te bestaan, die iedere gemeenschappelijke grond missen.

De neiging tot dissociatie is een ander kenmerk van in ieder geval de borderline persoonlijkheidsstoornis. Enerzijds is dit te verklaren vanuit het niet kunnen verdragen van de trauma's die in de separatie-individueelheidsfase plaatsgevonden hebben, anderzijds omdat ook hier het gebrekkige vermogen tot zelfdistantie meespeelt: indien er geen distantie kan worden genomen van de bio-psychische gevolgen van ernstig traumatische gebeurtenissen ben je er dus als het ware toe veroordeeld ermee geïdentificeerd te blijven. Bij situaties die herinneringen aan het trauma triggeren zal de identificatie tot gevolg hebben dat de ooit onverdraagbare situatie opnieuw optreedt, een soort herbeleving. Als er geen disidentificatie door zelfdistantie mogelijk is blijft als enige mogelijkheid over de disidentificatie van de gehele gebeurtenis door het bewustzijn daarover volledig te vermijden. Dit gebeurt door het typische borderline mechanisme 'splitting'. Door middel van splitting worden de onverdraaglijke gedachten over traumatische gebeurtenissen buiten het bewustzijn gehouden.

Verder spreken mensen met borderline ook vaak over het gevoel van een innerlijke leegte. Mensen met borderline verkeren eigenlijk in een constante leegte, een afwezigheid van 'zin'. Een constant aanwezig existentieel vacuüm, van waaruit geen groei noch bloei mogelijk is. Een onvruchtbare leegte. Duidelijker kan je volgens mij niet omschrijven hoe het moet zijn om zonder contact met je geestelijke dimensie te moeten leven.

*Je kan pas van jezelf houden als er van je gehouden is,
je kan jezelf pas zien als je gezien bent*

J. Bowlby

Hoofdstuk 6

Het ontstaan van existentiële diffusie

6.1: existentiële diffusie

De kernvraag is nu: Hoe en wanneer ontstaat de existentiële diffusie die zo kenmerkend is voor de borderline persoonlijkheidsstructuur? De borderline *stoornis* ontstaat in de separatie-individuele fase, maar waar is het dat de geestelijke persoon diffuus raakt en zo tot een borderline persoonlijkheidsstructuur kan leiden? Het gaat dan om de periode die hieraan vooraf gaat en waarin de psychische structuren nog niet opgebouwd zijn. De geestelijke persoon gaat aan de psychische structuur vooraf, is in zijn authenticiteit al bij de geboorte aanwezig. Het gaat dus om het eerste levensjaar van het kind.

Binnen de oudere psychoanalytische modellen is het idee dat aan de individuatie een periode van symbiose vooraf gaat vrij algemeen aanvaard. Er is tijdens de veronderstelde symbiose-periode voor het jonge kind geen onderscheid tussen ik en moeder. Kohut (1971) bijvoorbeeld gaat uit van een staat van confluentie (samenvloeiing) die tijdens de eerste levensjaren steeds meer overgaat in een meer dialogisch/geïndividualiseerd contact. De baby leeft versmolten met moeder in een ongeorganiseerde, chaotische wereld en is passief, afhankelijk en volkomen weerloos en primair gericht op de bevrediging van de behoeften.

Momenteel zijn deze modellen eigenlijk zo goed als achterhaald. De onderzoeken van o.a. Stern wijzen uit dat er sprake is van een ik-gevoel al voor het symbiotische wij-gevoel. In andere woorden, het 'ik' is er al voor het 'wij'. Ook Buber spreekt van de 'Urdistanz und Beziehung', eerst is er de afstand van waaruit in relatie gegaan kan worden. De gerichtheid op de relatie met anderen is primair in het bestaan van baby's. Ze zijn als het ware voorgeprogrammeerd om relaties met anderen aan te gaan. De hele ontwikkeling van het kind ontstaat door de interactie met de omgeving (Stern, 1985). Het blijkt dat baby's vlak na de geboorte al over veel meer competenties beschikken dan men aangenomen had. Ze zijn al snel actief in het organiseren van wat ze waarnemen, er is geen sprake van chaos. Na 2 weken herkennen ze het gezicht van de moeder al en reageren ze op de menselijke taal. Ze reageren echter niet enkel passief, maar nemen ook actief deel aan het contact. Al zeer snel hebben ze bijvoorbeeld al de neiging om de ander te imiteren, is er sprake van een non-verbale vorm van dialoog. Voor deze vroege dialoog is wel een complementaire partner (meestal de moeder) nodig die de intenties van het kind weet te interpreteren. Als het goed is voelt de moeder haar kind empathisch aan waardoor ze in staat is te voelen wat het kind voelt. Ze is in staat de intenties van kind te verstaan en geeft zo in haar reactie (het spiegelen) zin en betekenis aan de uitingen van haar kind (Winnicott, 1967). Deze interactieve vorm van communiceren wordt mogelijk door de aangeboren capaciteiten van het kind, zoals de mogelijkheid om al op zeer jonge leeftijd de gezichtsuitdrukkingen van volwassenen te imiteren (Meltzoff & Moore, 1983 uit Fonagy) en te interpreteren. Baby's zijn er van nature op gericht om dit type communicatie bij hun verzorgers uit te lokken en te onderhouden. Ze volgen met hun ogen het gezicht dat ze tegenover zich zien en draaien hun hoofd in de rich-

ting van een stem. Het kind maakt contact en ziet zichzelf vervolgens als het ware gespiegeld in het gezicht en de andere reacties van de moeder, die de eigen affectieve toestand van het kind aan het kind teruggeeft, waar het kind weer op reageert enzovoort. Die uitwisselingen kunnen op meerdere vlakken plaatsvinden: door oogcontact, gezichtsexpressies, vocalisaties, hand-, arm- en hoofd Bewegingen en tast (Riksen-Walraven, 2002). Wat opvalt is dat de moeder bijna altijd in dezelfde modaliteit communiceert als het kind. Als het kind geluid maakt doet moeder hetzelfde. Als het kind een gezicht trekt, doet de moeder dat ook. Het is eigenlijk onduidelijk wie wie imiteert, het is een interactief gebeuren waarin beide partners op elkaar inspelen.

Uit onderzoek blijkt verder dat een baby na 6 weken oogcontact kan onderhouden en dat hij zal proberen de blik van de ander steeds langer vast te houden. Vanaf deze leeftijd lijken ze een grote behoefte te hebben aan dit soort interacties. Als de moeder niet reageert dan zal de baby de aandacht trekken en zo proberen de haar te betrekken in het contact (Stern, 1985). Gelijktijdig zal ook de moeder als het goed is niet afwachten tot kind iets doet, maar zelf het kind ook uitnodigen om contact te maken. Het contact begint dus met imitatie, maar geleidelijk aan ontwikkelen moeder en kind omgangsvormen die steeds beter op elkaar worden afgestemd en in complexer worden. Moeder gaat steeds vaker contact maken dat niet enkel meer imitatie is, maar dat op een bepaalde manier antwoord geeft op de 'vragen' van het kind. Dit wordt empathische responsiviteit genoemd. Dit is het vermogen van zowel het kind als de moeder om 'de signalen en communicaties die impliciet liggen ingebed in het gedrag van de ander waar te nemen en nauwkeurig te interpreteren en vanuit dit inzicht met een prompte en geschikte respons te komen' (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974) Er ontstaat een face-to-face dialoog waarbij zij hun gezichtsuitdrukkingen, gebaren en geluiden verbazingwekkend subtiel synchroniseren met die van de ander. Hoe primitief het ook lijkt, deze 'portoconversaties' zijn de eerste dialoog. (Riksen-Walraven, 2002). Door ontmoet te worden en te kunnen ontmoeten wordt de bestaande (inter)subjectiviteit door het kind steeds duidelijker ervaren en groeit het besef van "Ik en Gij".

De *kwaliteit* van de interacties speelt hierbij een doorslaggevende rol. Stern (1986) toonde aan dat in het contact tussen het kind en de moeder de sensitiviteit van de moeder voor de toestand van het kind zeer belangrijk is en noemde dit 'affect attunement', ofwel gevoelsafstemming. Dit is een vorm van emotioneel 'mee-resonerend' met de gevoelens en emoties van het kind. Attunement wordt gezien als de eerste ontwikkeling in de richting van een gemeenschappelijke taal. Attunement is de kern van iedere ontmoeting. Het is het in contact brengen van een gevoel, waarna degene die dit ontvangt er een interne representatie van maakt en van hieruit reageert. De ontvanger denkt het gevoel namelijk te herkennen en reageert daar op eigen wijze op. Het spiegelen en imiteren van het kind door de moeder wordt zo vervangen door meer persoonlijke interacties. Er nemen patronen van vraag en antwoord vorm aan die ook de functie hebben van het elkaar bekrachtigen. Deze interactiepatronen worden geïntegreerd in een betekenisstelsel, er ontstaat een 'shared meaning' (Brinich, 1989), een veilige thuishaven waarin het kind welkom is. Dit wordt door Winnicott (1985) uitgewerkt in het begrip containment. De moeder biedt containment door als een container te fungeren voor de spanningen van het kind. Ze moet aanvoelen wat er in het kind omgaat, dit zelf 'verteren' en van een betekenis voorzien en vervolgens het resultaat gedoseerd teruggeven aan het kind. Hierdoor is het kind in staat de

voor zichzelf nog onverteerbare zaken in een 'hapklaar' formaat tot zich te nemen en te duiden. Het welkom zijn en de omhulling van de baby door lichamelijke en affectieve zorg en aandacht ziet Winnicott als fundamenteel om tot zelfgevoel en contact met de andere te komen. Er ontstaat een gevoel van 'continuity of being': er is continuïteit in het leven van de baby, het leven gaat door en er ontstaat een besef van existentie. Hij toont aan dat dit bij afwezigheid heel bedreigend is. Bion (1962) noemt dit dragende milieu de 'holding environment'. Holding is anders dan containment. Holding speelt zich meer op het emotioneel ondersteunende vlak af. Het legt meer nadruk op zorg en het bieden van een vaste structuur door beschermende grenzen en de continuïteit van de beschikbaarheid te waarborgen. Containment en holding zijn basisvoorwaarden voor een goede zorg. Het zijn in eerste instantie faciliterende en dus volgende processen, die enkel vanuit de zorggever aangeboden worden. Attunement is daarentegen primair een actief wederzijds wisselwerkend gebeuren, een vorm van wederzijds contacteren. Dit interactieve aspect is essentieel voor de ontwikkeling van de geestelijke persoon en dus authentiek 'mens in de wereld' zijn.

In zijn hechtingstheorie gaat Bowlby (1969) uit van een universele menselijke nood om nauwe affectieve banden aan te gaan. Hij omschrijft gehechtheid als een type sociale relatie, aanvankelijk tussen baby en de verzorgers, die een emotionele band inhoudt. Het kan ook als de context beschouwd worden waarbinnen het menselijke kind leert emoties te reguleren. De sensitiviteit van de ouder is hierbij de belangrijkste factor in de mate van gehechtheid van het kind. Dit is het vermogen van de ouder om 'de signalen en communicaties die impliciet liggen ingebed in het gedrag van het kind waar te nemen en nauwkeurig te interpreteren en vanuit dit inzicht met een prompte en geschikte respons te komen' (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). Dit antwoorden neemt vorm aan in de moederlijke gevoeligheid, snel antwoorden op verdriet, gemiddeld stimuleren, niet-opdringerigheid, voldoende synchronisatie van interactie en warmte, betrokkenheid en antwoorden (Fonagy & Target, 1997). Het eerste contact tussen ouder en kind vormt de basis voor alle latere interacties met andere mensen. Uit onderzoek bleek dat als moeder in de eerste maanden van het leven van het kind niet beschikbaar was en het attachment-proces onderbroken werd dit kon leiden tot allerlei emotionele en gedragsmatige problemen zoals borderline op latere leeftijd.

Alles wat in dit hoofdstuk tot op nu gezegd is wordt gezien vanuit een biopsychosociale visie, het beschrijft lichamelijke en psychische gedragingen en behoeften. Deze worden als op zichzelf staande gegevens gezien, maar zijn feitelijk slechts de zichtbare gevolgen van de geestelijke persoon die zich in de biopsychosociale wereld wil uitdrukken. Het zijn beschrijvingen van een gereduceerde werkelijkheid. Wat valt er te zeggen over de geestelijke persoon, die het wezen uitmaakt van het kind dat hiervoor beschreven werd?

De eerste glimlach waardoor de baby door het oogcontact een actieve partner wordt in de communicatie is het eerste contact van de geestelijke persoon met de wereld. (Winnicott, 1997). Wie ooit een kind heeft opgevoed herinnert zich dat ogenblik, het moment waarop de geestelijke persoon zich voor het eerst meldt. Frankl (1998) zegt hierover:

"Wie herinnert zich niet dat schokkende moment... de schok van het eerste lachje van het kind... als daar plots is - iemand die al die tijd lijkt te hebben moeten wachten, op dat ene ogenblik, dit waarachtig lucide moment

waarin iets op licht; al was het maar voor een ogenblik, een fractie van een seconde; om meteen ook weer te verdwijnen en om weer terug te treden achter het organische psychofysicum”.

De geestelijke persoon drukt zich uit, maakt contact. Dit is bewust, maar nog ongerefleeteerd, er zijn geen gedachten over. Hier begint de ontwikkeling van wat mogelijk zal leiden tot het onderscheiden van 'Ik en Gij' (Hoekstra, 1999). Een liefdevolle omgeving is hiervoor wel een voorwaarde. Liefde is het directe ingesteld- zijn op de geest van de ander. De mens die liefheeft kijkt als het ware door het fysische en het psychische 'gewaad' van een mens heen, tot op hem zelf (Frankl, 1959). Hij ziet zo de waarde-mogelijkheden van het kind, dat wat het aan nog niet verwerkelijkte persoonlijke mogelijkheden in zich draagt (Frankl, 2004), en in het wederzijdse contact maakt zo ook het kind in de ontmoeting met de ander voor het eerst kennis met zijn eigen persoonlijke mogelijkheden.

Maar stel nu dat niemand reageert als het kind glimlacht, als de ander afwezig of ongeïnteresseerd is. Of niet weet hoe te reageren...? Winnicot (1997) schreef:

'Wat ziet de baby als hij of zij kijkt in het gezicht van de moeder?...gewoonlijk, is de moeder aan het kijken naar de baby en hoe ze kijkt is gerelateerd aan wat ze daar ziet...(maar wat van) de baby wiens moeder haar eigen gemoed reflecteert, of nog erger, de rigiditeit van haar eigen verdedigingen....Ze kijken en ze zien niet zichzelf...wat ze zien is het gezicht van de moeder'.

De 'Ausdruck personaler Existenz', het contact van de geestelijke persoon met de bio-psycho-sociale wereld, wordt niet door een andere geestelijke persoon opgemerkt. Er wordt geprojecteerd maar er is geen goed afgestemde (geen at-tunement) ontvanger. De geestelijke persoon ziet zichzelf dus ook niet in de wereld geprojecteerd en blijft hierdoor diffuus. Er ontstaat geen besef van de 'Ik' van 'Ik en Gij'.

In het voorafgaande ontbrak de reactie op de projectie van de geestelijke persoon. Wat echter ook kan ontbreken in het contact is de reflectie van de ouder zelf. Voor een werkelijke ontmoeting zijn 'Ik' en 'Gij' beide nodig. Als moeder teveel afstemt en daardoor zelf onzichtbaar wordt ontstaat er ook geen echt contact, want contact refereert aan de kwaliteit van de transacties tussen twee personen: het gewaarzijn van zowel jezelf als de ander. Contact kan enkel plaatsvinden in een situatie waarin er sprake is van verschil, van 'eigenheid'. Winnicott ontwikkelde het begrip 'good enough mother'. De 'too good mother' verdwijnt zelf in het contact met haar kind, waardoor er geen existentiële ontmoeting plaats kan vinden. Als iemand confluent is, is deze zich niet gewaar van de verschillen, zodat hij zijn gevoel voor autonomie, contact en grens heeft verloren. Als iemand geïsoleerd is, heeft hij het gewaarzijn van de ander verloren, zodat hij het gevoel voor relatie, contact en grens heeft verloren. (Yontef, 1993). Winnicott vindt dat een moeder 'good enough' moet zijn, ze moet de overeenkomst én het verschil tussen haar en haar kind ervaarbaar kunnen maken.

De vroegste interactie tussen de baby en zijn omgeving vindt dus plaats door middel van een preverbale, prepersoonlijke (de persoonlijkheid heeft zich nog niet ontwikkeld) vorm van communiceren. Het kind reageert vanuit zijn diepste,

nog onbeschermd bestaan/existentie op zijn omgeving. Er zijn nog geen psychische afweermechanismen, enkel een nieuwsgierig steeds verder naar buiten reiken met alle zintuigen. Het zelfbewustzijn ontstaat door de aanraking met het andere, door verschil en overeenkomst te bespeuren. De vraag 'wie ben jij?' is synoniem met de vraag 'wie ben ik?' en vindt al plaats vanaf dit eerste prille ontmoeten. Het gevoel zelf en zelfwaardering vloeien voort uit contact in relatie met de omgeving. Bowlby (1969,1973,1980) benadrukt het belang van gebondenheid met anderen om te kunnen komen tot een gevoel van kern, van waaruit de ervaring van het zelf en de ander kan voortkomen. Het maakt je bewust van je bestaan, er wordt 'een vonk van bewustzijn' gecreëerd. Dit bewustzijn is het bewustzijn van het bestaan van jezelf als geestelijke persoon. In zijn boek "The feeling of what happens" schrijft Damasio over de ontwikkeling van dit bewustzijn. Hij ziet dit als de meest basale vorm van bewustzijn, het 'core consciousness'. Volgens hem is dit niet continu aanwezig is, maar moet het steeds opnieuw opvonken in de ontmoetingen met 'externe objecten', elke keer als het verband tussen jezelf en een ander ervaren wordt. Hierdoor ontstaat wat Daniel Stern een gevoel van "agency" noemt, een "sense of ownership of one's own actions" dat de basis vormt voor het ontstaan van het eerste *bewuste* "zelf"-gevoel rond de leeftijd van 8 weken.

Als het bewustzijn van de geestelijke persoon, het 'core consciousness', van buitenaf niet 'opgevonkt wordt' en zich niet ontwikkeld blijft deze existentiële geestelijke persoon diffuus. Dit heeft verstrekkende gevolgen voor het bewustzijn van het 'in de wereld zijn' van de geestelijke persoon. Buber zegt: 'wat gebeurt er als de ander geen jij tegen mij zegt: dan is er geen 'ik'. De mens is in staat zin te geven aan het 'zijn' in de wereld, maar we kunnen dit niet als de wereld ons niet hiertoe uitgenodigd. We moeten welkom worden geheten. Als een baby niet welkom wordt geheten in deze vroege fase van zijn leven ervaart hij er als persoon niet te mogen zijn omdat de benadering hem of haar feitelijk reduceert tot een 'het' en geen 'gij'. Zijn authentieke, diepste wezen wordt niet ontmoet, gezien of gehoord. De passagier in de koets, degene waar alles uiteindelijk om draait, is niet in staat zich uit te drukken. De (ogenschijnlijke) leegte die hier een gevolg van is neemt een overheersende plaats in in de existentie van het kind en dat zal eventueel zo blijven in de rest van zijn leven. Dit gevoel van existentiële leegte is de kern van wat zich, afhankelijk van de verdere gebeurtenissen in het leven, kan ontwikkelen tot een borderline persoonlijkheidsstructuur en zelfs een borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor alle duidelijkheid: "De geestelijke persoon is zelf nooit ziek en deze kan ook geen psychische stoornis krijgen. Al kan niet worden ontkennd dat die persoon soms nog zo ver weg lijkt, zo is gebarricadeerd door de zich op de voorgrond dringende stoornis. Op de achtergrond is die geestelijke persoon er altijd, al is deze machteloos en onzichtbaar. Machteloos ten opzichte van het instrument, het bio-psycho-sociale organisme. Onzichtbaar - op een enkel ogenblik na, waarin de geest als een bliksemschicht door het alles afsluitende pantser van de psycho- fysieke laag heen breekt" (Frankl, 1998). Bij mensen met borderline zal dit laatste sporadisch gebeuren, als het al ooit plaatsvindt.

*Een therapeut is iemand die bezig is er te zijn.
Iemand die op een vaardige manier bezig is met er te zijn.
Niet iemand die bezig is vaardig te zijn.*

Walter Kempler

*Wenn wir die Menschen nur
nehmen wie sie sind,
so machen wir sie schlechter*

*Wenn wir sie behandeln als
waren sie, was sie sein sollten,
so bringen wir sie dahin,
wohin sie zu bringen sind.*

Goethe

Hoofdstuk 7: De therapeutische relatie

In dit laatste hoofdstuk wil ik aangeven wat de gevolgen zijn voor de therapeutische relatie, er van uitgaande dat borderline in de eerste plaats een existentieel probleem is. Hiervoor wil ik eerst in het kort aangeven hoe vanuit het bio-psycho-sociale model naar de *behandeling* van mensen met borderline wordt gekeken.

7.1: de biologische mogelijkheden

Ten eerste is daar de biologische insteek. Hierbij wordt vanuit een biochemische visie naar de problematiek gekeken en op basis hiervan worden biochemische aan de mens toegediend om de problematiek op te lossen. Dit gebeurt door toediening van psychofarmaca in de vorm van pillen en injecties. Deze middelen zijn vaak zeer effectief in het onderdrukken van een aantal symptomen, maar lossen de problematiek niet op. Het leiden wordt minder intens, maar de onderliggende zingevingsvragen blijven onaangeroerd.

7.2: de psychosociale mogelijkheden

Hetzelfde geldt in zekere mate ook voor de psychosociale behandeling van mensen met borderline. Hierbij wordt gekeken naar de symptomen die optreden in het psychosociale handelen en vervolgens wordt geprobeerd hierin verandering aan te brengen door het vergroten van inzicht, het aanleren van nieuwe coping-mechanismen, het veranderen van gedrag en afhankelijk van de gekozen invalshoek nog vele andere manieren van behandelen. Zeker de laatste decennia is hierbij sprake van een toenemende technisch rationele houding. Hierbij wordt de cliënt tot het object van de behandeling en dit gaat ten koste van de relatie. (van Unen, 2001). 'Men spiegelt zich aan het medisch model waarin voor elke klacht een specifieke behandeling wordt gezocht. Deze opvatting sluit ook het meest aan bij een tijdgeest die alle heil verwacht van methodisch-technische oplossingen' (van Kalmthout 1997). De 'patiënt' wordt behandeld, maar de psychosociale dimensie wordt nooit overstegen. Je kunt de geestelijke persoon echter niet behandelen, een (bio-psycho-sociale) ziekte behandel je, een persoon kun je als de persoon in kwestie dat toestaat, ontmoeten (Maas, 2004). Mensen met borderline hebben behoefte aan een ontmoeting op existentieel niveau. Wat voor de dia-

gnose geldt moet namelijk ook voor de therapie gelden, ook die moet multidimensionaal (en daardoor mede op het existentiële) georiënteerd zijn (Frankl, 1980). Omdat het existentiële niveau echter gelijktijdig onbekend gebied is voor mensen met borderline blijven ze gevangen in het bio-psycho-sociale: het contact is sterk rationeel of juist erg door behoeften en angsten bepaald. De zeer heftige gevoelens en controlerende denkpatronen die mensen met borderline kunnen ervaren hebben vaak tot gevolg dat ze hier volledig mee geïdentificeerd raken. In plaats van dat ze een probleem hebben *zijn* ze het probleem geworden. Ze proberen er van af te komen, maar dit lukt niet door angst en gebrek aan afstand. Ze ontstijgen hierdoor de bio-psycho-sociale werkelijkheid niet, ze zitten vast in een dimensionaal gereduceerde wereld. Dit is het ware probleem waar het bij mensen met borderline om draait.

7.3: existentiële psychotherapie

'Therapie gaat niet om het vervullen van behoeften of het wegwerken van angsten, het doel van therapie is mensen helpen met het besef bijbrengen en actualiseren van de spirituele persoon, die staat voor de ware menselijke natuur' (Verduin, 2000). De eventuele behandeling 'op reductieniveau', zoals vaardigheden aanleren, inzicht in psychologisch functioneren vergroten etc. komt altijd pas op de 2e plaats. Je moet cliënten in de eerste plaats zover brengen dat zij jou willen *ontmoeten*. Bij ontmoeten gaat het om persoonlijk (persoons-) contact. Volgens Whitaker (1982) komt het meest productieve klinische werk tot stand wanneer de therapeut spontaan en vindingrijk zichzelf als persoon uitdrukt. Het gaat dus vooral om het persoonlijke betrekkningsniveau, de inhoud is minder belangrijk. Een van de fundamentele existentiële principes is dat 'zijn' altijd 'samenzijn' is. Het *vormgeven van de relatie* met de ander is de kern van psychotherapie. Hoe kan de cliënt authentiek zichzelf zijn in relatie tot zijn omgeving.

7.3.2: persoonskenmerken van de therapeut

De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar wat nu de werkzame bestanddelen zijn van psychotherapie. Hierdoor is vast komen staan dat het niet gaat om de technieken, methodes of de therapeutische oriëntatie van therapeuten, maar om de hun persoonlijke eigenschappen (Crits-Christoph & Mintz 1991; Goldfried e.a. 1990; Luborsky e.a. 1986). Ook blijkt het niveau van opleiding weinig invloed te hebben op het slagen van de behandeling (Beutler e.a. 1994), soms blijkt zelfs dat onervaren of niet-professionele hulpverleners betere resultaten behalen dan hun collega's (Hattie, Sharpley & Rogers 1984; Dumont 1991). Wellicht bezaten sommige hulpverleners vóór hun scholing van nature essentiële persoonlijke en relationele kwaliteiten, die echter door de traditionele opleidingen ontmoedigend worden. Professionaliteit kan dus een natuurlijke wijze van optreden in de weg gaan staan en zo de therapie minder succesvol maken. Van groot belang is de attitude van onvoorwaardelijk positieve aanvaarding, want een van de belangrijkste voorwaarden om als therapeut succesvol te zijn is door het hebben van een warme, ondersteunende, niet-veroordelende houding (Beutler e.a. 1994). 'Er zijn weinig factoren in de psychologie die zo sterk bewezen zijn als de noodzakelijkheid van de therapeutische condities, zijnde: empathie, respect, warmte en echtheid.' (Patterson, 1984). In een ander onderzoek werden effectieve met niet-effectieve (psychodynamische) therapeuten vergeleken. Vastgesteld werd dat effectieve therapeuten over het algemeen een vriendelijke, bevestigende, begrijpende, beschermende en hartelijke manier van optreden hebben (Najavits en Strupp, 1994). Ook werd duidelijk dat studenten die theoretisch

zeer goed presteerden uiteindelijk toch slechte therapeuten worden als zij over onvoldoende relationele vaardigheden beschikken (Karon, 1995). Het belangrijkste instrument van de therapeut is dus zijn eigen persoon. 'De therapeut gebruikt geen technieken; hij past zichzelf toe in en op de situatie, met alle professionele kennis en levenservaring die hij verworven en geïntegreerd heeft. Zo doende verrast hij voortdurend niet alleen de cliënt maar ook zichzelf' (Perls 1992).

Uit een ander onderzoek is duidelijk geworden dat vooral de wijze waarop de therapeut het therapeutische contact aangaat een belangrijke factor is voor het slagen van de therapie (Gurman, 1977). Wat de therapeut tegen de cliënt in enige vorm moet zeggen is: "Je mag er zijn, je bent welkom. Niet dat ik alle patronen die je hebt en je gedrag altijd goedkeur, misschien heb ik soms zelfs moeite mee, maar je bent welkom". Ik en jij. Dit is wat een contact tot een succesvol, existentiële gebeurtenis kan maken. Doordat deze existentiële ontmoeting in het contact met een (bio-psycho-sociale) therapeut meestal niet plaatsvindt krijgen zeker mensen met borderline vaak het gevoel iets essentieels te missen, waardoor ze gefrustreerd op zoek gaan naar een andere hulpverlener die ze wel biedt wat ze zoeken. Feitelijk zijn ze op zoek naar liefde in zijn zuivere vorm. Vaak verwarren ze het begrip liefde met 'nodig hebben'. 'Ik hou zo van je' is zo synoniem aan 'Ik heb je zo nodig'. Nodig hebben ligt weer op het vlak van de behoeftes, terwijl liefde op het vlak van 'ik-gij' ligt. Liefde is de ander waarlijk zien, de ander waarlijk ontmoeten. Iemand die werkelijk liefheeft bemint geen eigenschappen of eigenaardigheden van de ander, zijn liefde is niet gericht op wat de ander 'heeft', doch op datgene wat de ander in zijn uniciteit 'is' (Frankl, 1998). Liefde heeft altijd betrekking op de geestelijke persoon. 'Liefde, zo zou men kunnen zeggen, geeft ons een inzicht in de te verwezenlijken waarden van een mens. Datgene, wat de liefde kan 'zien' is dus niets meer of minder dan deze mogelijkheid van een mens'. (Hattingberg in Frankl, 1966). De liefdevolle relatie met de geestelijke persoon is de hoogst mogelijke vorm van betrokken-zijn. Degene die liefheeft wordt ook zelf niet meer in zijn eigen lichamelijke of in zijn eigen emotionaliteit geraakt door de ander, maar hij wordt geestelijk getroffen door de kern, de uniciteit van diens wezen (Frankl, 1959). Datgene, wat liefde kan 'zien' is niets meer of minder dan deze mogelijkheid van een mens. Liefde helpt hierdoor de ander om datgene te verwerklijken, wat degene die hem liefheeft in hem ziet. Therapie in zijn zuiverste vorm is toegepaste liefde.

In de praktijk betekent dit dat er liefde in me moet zijn voor de ander, dan pas is er ontmoeting met de geestelijke persoon. Dit is dus het cruciale punt van therapie, niet van *psycho(gerichte)*therapie maar *existentiële* therapie. De therapie van het (er mogen) *zijn als mens*. In liefde overstijgt je jezelf, 'liefde' en 'overstijgen' zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Liefde is een van de meest centrale begrippen in een mensenleven, we lezen er onze eigenwaarde, ons gevoel van geluk, ons gevoel van gewenst zijn, eigenlijk alles wat er echt toe doet, aan af. Zonder liefde geen leven. En toch is het een van de meest onbesproken onderdelen van de relatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Dit is eigenlijk het enige wat mensen met borderline zoeken, waar ze gelijktijdig zo bang voor zijn, wat ze zo verward. Liefde is de onbekende en nooit ervaren 'vitamine' die ze zo missen en die hun groei daardoor zo belemmerd. Eigenlijk is het zo voor de hand liggend, ze vragen er constant om of zijn ervoor op de vlucht, liefde (en vooral de schijnbare afwezigheid daarvan) is het centrale begrip in hun leven. Als therapeuten worden we vervolgens wel met een groot probleem geconfronteerd: we redden het dus niet met onze vakkundige rol als therapeut alleen. Want mensen

met borderline zoeken eigenlijk helemaal niet naar een psychotherapeut. Die leert ze bio-psycho-sociale vaardigheden om te overleven, maar dat kunnen ze vaak al (ondanks hun 'vitaminetekort'). Ze zoeken een MENS tegenover zich. Ze zijn steeds op zoek naar de mens achter de therapeut, willen door het vakmatige pantser dringen, willen echte betrokkenheid. Voor mensen die psychotherapie als een 'vak' zien is dit vaak schokkend, ze verschuilen zich liever in hun professionele houding, maar de mensen met borderline zijn vaak hardnekkig, ze weten de ander altijd te vinden. Psychotherapeuten hebben dus een sterke neiging voorzichtig en alert te zijn bij mensen met borderline, er wordt gekozen voor een professionele koele, afstandelijke en gecontroleerde houding. Een afwijzende houding, waarin je de ander impliciet laat weten dat hij niet welkom is. Een liefdeloze houding ook, waarin de ander niet echt ontmoet kan worden omdat de therapeut niet authentiek in het contact deelneemt. En zo wordt de therapie voor hen tot een bevestiging van wat ze al wisten: voor de ander mag *ik* (de geestelijke persoon die ik ben) er niet zijn. De therapie krijgt door enkel het professionele als uitgangspunt te nemen een contra-indicatieve werking. Ook dit is onderzocht: Wanneer therapeuten een afstandelijke professionele houding aannemen blijkt dat ten nadele te gaan van het proces. De groei van de cliënten raakt hierdoor geblokkeerd (Berenson e.a. 1968; Bandura e.a. 1968; Greenberg & Dom-pierre 1981). Het feit dat sommige therapie-opleidingen zich sterk toespitsen op theoretische en technische vaardigheden en daarbij uit het oog verliezen dat daarmee natuurlijke en persoonlijke uitingsvormen worden vervangen door afstandelijkheid, overdreven controle en soms dogmatische betweterigheid is hierdoor zeer verontrustend (Leijssen, 1998).

Therapie voor mensen met borderline moet uiteraard wel professioneel zijn, maar moet vooral ook menselijk zijn. De professionaliteit/vakkundigheid is belangrijk, maar komt niet op de eerste plaats. Een moeder voedt haar baby toch ook niet enkel vakkundig op? Ze doet dit als het goed is in de eerste plaats *liefdevol*. Vanuit die liefdevolle houding worden de mogelijkheden van de ander gezien, begrepen en welkom geheten. Mag de ander er in zijn ware vorm zijn. Voor therapie is dat niet anders. Cuvelier (1996, in Leijssen 1998) zegt het als volgt: 'De psychotherapeut die voor elke cliënt een gepersonaliseerde therapie ontwerpt, op diens maat gesneden, aan diens mogelijkheden aangepast, voelt zich als een kunstenaar die zich verwondert over wat er voor zijn ogen als kunstwerk geboren wordt...'

Er zijn hierbij wel een aantal zaken waarmee rekening gehouden dient te worden: 'De instelling van de therapeut dient wel wezenlijk doordrongen te zijn van verantwoordelijkheid, betrouwbaarheid en belangeloos engagement. De cliënt moet erop kunnen rekenen dat de therapeut in staat is een duidelijke en veilige relatie aan te bieden. Van de therapeut wordt verondersteld dat hij het behandelingscontract - heldere afspraken over frequentie, duur en betaling van zittingen en eenduidige grondregels over wat wel en niet tot de therapeutische relatie behoort - expliciet uitlegt aan de cliënt en de naleving ervan nauwlettend bewaakt. Vaste grenzen en ondubbelzinnige afspraken zorgen immers voor een 'veilige arena' waarin hartstochtelijke gevoelens van liefde, angst, woede en teleurstelling plaats kunnen hebben zonder dat de therapeutische relatie eraan kapot gaat. Door deze zorg, overdenking, structurering, beheersing en begrenzing onderscheidt therapie zich van een liefdesrelatie, een ouder-kindrelatie, een vriendschap of een andere relatie waarin mensen op elkaar betrokken zijn.' (Leijssen, 1998).

Is het werken aan inzicht geven en het aanleren van vaardigheden in de bio-psycho-sociale dimensie dan onbelangrijk voor mensen met borderline, speelt deze geen rol? Die rol is er wel degelijk. Het bio-psycho-sociale is namelijk de dimensie waardoor de geestelijke persoon zich kenbaar kan maken (Ausdruck personaler Existenz). Alle ontmoetingen van de geestelijke persoon met de wereld nemen vorm aan doormiddel van de bio-psycho-sociale instrumenten. Een functioneel goed werkend psychosomatisch organisme is hierdoor sterk medebepalend voor de ontplooiing van de geestelijke persoon. Het gaat er om dat de psychosomatiek dus mede bepalend is voor een de geestelijke ontplooiing, maar deze niet kan veroorzaken of oproepen. Bovendien blijkt, dat een psychosomatische functiestoornis op zichzelf in staat is, om de achter deze stoornis schuilgaande geestelijke persoon weg te drukken, te verhinderen dat hij zich uit. (Frankl, 1959). Zonder filmdoek geen projectie, zonder koets geen reis.

7.3.1: *Disidentificatie*

Omdat mensen met borderline geïdentificeerd zijn met hun bio-psycho-sociale eigenschappen moet voor een wezenlijke aanpak van de problematiek de disidentificatie van de bio-psycho-sociale dimensie centraal staan in de hulpverlening. Disidentificatie dus met het voor hen bekende, dat wat vastligt en vastlegt, van 'overleven' tot 'leven' zien te komen. Het is het loskomen van de aangeleerde copingmechanismen, het doen ontstaan van 'het niet meer weten'. Het is de impasse, een existentiële moment. De impasse is stilte, stilstaan bij wat er echt aan de hand is en loskomen van je bio-psycho-sociale patronen. De copingstrategieën verliezen hun werkzaamheid en het diepere existentiële inzicht kan mogelijk aan de oppervlakte komen. Copingmechanismen zijn *overlevings*mechanismen. Met het wegvallen van de copingmechanismen kan het 'overleven' van de bio-psycho-sociale dimensie overgaan in het 'leven' vanuit de existentiële dimensie. Deze 'coping'loze impasse moet dus indien mogelijk worden opgezocht in therapie. De afwezigheid van het bekende, deze leegte kan voor mensen met borderline echter zeer bedreigend zijn. Het voelt zeker voor mensen met borderline aan als een existentiële leegte, een 'niet bestaan'. Het is de leegte 'onder' de bio-psycho-sociale eigenschappen, de ruimte waarin identificatie met persoonlijkheid en patronen niet meer mogelijk is dus een 'ik-loze' ruimte. Het 'ik' of Ego heeft hier geen controle meer. Mensen met borderline verwarren het bio-psycho-sociale 'ik' met hun existentiële 'zijn', dus zij kunnen het gevoel hebben volledig te verdwijnen in een zwart gat als deze existentiële en voor hen schijnbaar onvruchtbare leegte ervaren wordt.

Ook al is er angst, toch is het zaak deze leegte op te zoeken. De schijnbare leegte is namelijk de plek waar het leven pas echt kan beginnen, het is geen ónvruchtbare maar een vrúchtbare leegte. Door de leegte heel voorzichtig en met zorg te exploreren kan er namelijk contact ontstaan met de kern van de existentie, de geestelijke persoon. De geestelijke persoon kan hierdoor zichtbaar en erbaar worden en zo een herkansing krijgen om zijn positie in de kern van het menselijk 'zijn' in te nemen. Als therapeut moet je de dus mens met borderline leren zijn bio-psycho-sociale rollen en maskers te laten vallen en de geestelijke persoon als het ware brengen tot een nieuwe 'eerste glimlach' naar de wereld om hem heen. Hierbij moet hij liefdevol en respectvol welkom geheten worden, zodat hij als het ware een 2^e kans geboden krijgt om kennis te maken met de ander en met zichzelf, met Gij en Ik.

Zo kan de mens 'waarlijk tot leven' komen in plaats van dat hij veroordeeld blijft tot overleven. Leven is vernieuwen, overleven is vasthouden. In de bio-psycho-sociale dimensie zijn er enkel aangeleerde 'patronen' om met situaties om te gaan, copingmechanismen. Dingen om je aan vast te houden. Deze copingmechanismen en patronen verwijzen naar het verleden, naar een bekende, gede-termineerde realiteit. Omdat de aangeleerde patronen geen goede oplossingen meer bieden, eerder de veroordeling tot borderline in zich houden, moet er naar iets 'nieuws' gezocht worden, naar een nieuwe, zinvolle en creatieve manier van in het leven staan. In creativiteit richt je je op de open, vrije toekomst, op dat wat nog gemaakt of gedaan moet worden. Het is de geestelijke persoon die spreekt en die met een vernieuwende creatieve en vooral zinvolle oplossing komt. De passagier in de koets die zin geeft aan het bestaan. 'Het is creatief zelfbewustzijn meer dan wat dan ook dat het individu het gevoel geeft dat het leven waard is geleefd te worden' (Winnicott, 1991).

Gezien de angst die mensen met borderline hebben voor het opzoeken van de existentiële leegte en de impasse moet dit gebeuren vanuit een gecontainde situatie, analoog aan hoe die zou moeten zijn (maar bij hen vaak niet was) tussen het jonge kind en zijn of haar moeder. Als therapeut moet je deze veilige situatie creëren om van daar uit door desidentificatie naar de leegte, een gecontainde impasse te gaan. Het aanbieden van structuur, regelmaat en afstemming op de mogelijkheden en behoeften van de cliënt speelt hierbij een belangrijke rol.

7.3.2: Containment

Containment is een belangrijk begrip in relatie tot borderline. Containment behoort samen met attunement en empowerment tot de kernvoorwaarden om tot een vruchtbare ontmoeting te kunnen komen. Containment is het vermogen de ander te omhullen en te (ver)dragen, een emotionele beschikbaarheid door het bieden van een psychische ruimte, waarin allerlei heftige gevoelens van de cliënt, hoe ondraaglijk ook, door de therapeut opgevangen en vastgehouden kunnen worden. Door ze kunnen verdragen en te containen houdt de therapeut de ondraaglijke gevoelens als het ware vast en hij nodigt vervolgens de cliënt uit de gevoelens mee te bekijken vanuit een nu meer veilige, afstandelijkere positie. De therapeut heeft het monster als het ware onder controle en biedt zo veiligheid. In zijn onderzoek naar de noodzaak van containment zegt Holmes (1993): er moet een veilige basis zijn van waaruit de cliënt zichzelf kan beginnen te onderzoeken. De therapeut mag wel een oordeel hebben over alles wat hij tot zich te neemt, maar moet de lading wel kunnen verdragen. De therapeut kan ook beschrijven wat hij waarneemt op een geruststellende, beschrijvende manier. Dit kan de cliënt geruststellen en zijn angst verminderen. De nadruk ligt hierbij op een cognitief en ordenend aspect. Ze worden door de therapeut a.h.w. 'mentaal verteerd', terug met elkaar in verband gebracht, gedifferentieerd en in een meer 'behapbare en overzichtelijke vorm aan de cliënt teruggegeven, zodat ze een plaats kunnen krijgen in de belevingswereld van de cliënt (vrij naar Cluckers, 1989).

De therapeut richt zich hierbij op de beleving van de reële hier-en-nu problemen van de cliënt, op dat wat voorgrond is. De cliënt verwoordt zijn probleem en de bijbehorende gevoelens. De houding van de therapeut is hierbij ondersteunend (ik versterkend) en volgend (in tegenstelling tot explorerend en directief). Hij kan verder geruststellen, aandacht en erkenning geven, informatie en erkenning geven, gevoelens van schaamte en schuld wegnemen etc. en als een soort hulp-ik fungeren. Door containment kan de therapeut vorm geven aan de gevoelens

van de cliënt, die zich hierdoor begrepen en geaccepteerd kan voelen. Door nu met verminderde angst te kijken naar zijn probleem kan de cliënt zijn probleem letterlijk beter onder ogen komen en op zijn juiste waarde schatten. Ze krijgen ook een naam. (bv. O, je bent dus *boos!*) Er ontstaat disidentificatie, vanuit me-tapositie kan gereflecteerd worden op wat er in op het bio-psycho-sociale vlak aan de hand is.

Door deze vorm van contact zal de cliënt zich gezien voelen en zal hij zich minder alleen voelen staan. Hij is belangrijk voor iemand, hij mag er zijn en wordt ontmoet. Dit is de basis voor een positief gevoel van zelfwaarde. Het uiteindelijke doel is dat de cliënt leert zijn gevoelens te verdragen en ermee om te gaan en ze te ontstijgen en dat hij zo de containmentfunctie en het overstijgingsvermogen weet te verinnerlijken.

7.3.3: *Attunement:*

Hierbij kom ik op het 2^e begrip dat een centrale rol speelt in een existentiële ontmoeting en wel *attunement*. Zoals *attunement* in de vroege jeugd een centrale plaats inneemt in het 'in de wereld komen' van de geestelijke persoon, zo geldt dit ook tijdens de therapie van mensen met *borderline*. Het gaat bij *attunement* om de afstemming op elkaar, de kwaliteit van het samenzijn. Zonder *attunement* is er eigenlijk van een ontmoeting geen sprake. Heidegger zei: 'Da-sein ist Mitsein'. De ander is altijd nodig om onszelf te zien en te ervaren, zonder de ander kunnen we onszelf niet ervaren. De cliënt ziet zichzelf en zijn mogelijkheden als het goed is 'weerspiegeld in de ogen van de therapeut'. Doordat de therapeut er als mens is en door hoe hij de cliënt in zijn aanwezigheid waarneemt, ervaart de cliënt hoe hij zelf aanwezig is. De geestelijke persoon kan als het ware opvallen in zijn bewustzijn. Hiermee komt de cliënt steeds dichterbij het antwoord op zijn kernvragen: wie ben ik? De existentiële dimensie wordt ervaarbaar, er ontstaat een toenemend vermogen tot betekenisgeving, zingeving, de eigen richting van de cliënt wordt als het ware bevrijdt. De existentiële leegte blijkt minder leeg en onvruchtbaar dan gedacht werd, de geestelijke persoon is in de stilte aanwezig, eerst voorzichtig, onzeker, misschien weifelend, maar op den duur zal hij steeds nadrukkelijker zijn plaats in het bestaan van de cliënt innemen. Dit zijn echter geen processen die in korte tijd te volbrengen vallen. Het gaat bij *attunement* om een proces dat keer op keer herhaald en daarnaast *gradueel* opgebouwd dient te worden. Het ijs groeit ongemerkt millimeter na millimeter aan, tot het magische moment dat het voldoende draagkracht heeft om de persoon te kunnen dragen en hij op weg kan gaan over de duistere diepe zee van het bestaan, in een voor hem zingevende richting.

Therapeut zijn is als mens in relatie zijn met een ander mens. De authenticiteit van de therapeut is hierbij zeer belangrijk. Authenticiteit is een menselijke, existentiële houdingsvoorwaarde voor een ontmoeting, de therapeut moet dus als authentieke persoon zelf ook zichtbaar zijn. Door zichtbaar te worden en de eigen kwetsbaarheid en zelfs intense gevoelens te delen, nodigt de therapeut de cliënt uit tot hetzelfde (Kottler, 1986). Yalom (1997) zei: 'Nog nooit is een analytisch proces verstoord door openhartigheid over mezelf. Integendeel, het wordt erdoor versterkt'. Deze zelfonthullingen moeten echter wel steeds ten dienste staan van het proces van de cliënt. Een therapeut moet de persoonlijke relatie aangaan met voor de cliënt duidelijke begrenzingen. De behoefte van mensen met *borderline* aan grenzen is eigenlijk ook een behoefte aan ontmoeten. Daar waar geen grenzen zijn is er geen contact, is er vervloeiing. Een te samenvloei-

ende (confluente) houding doet de grens tussen therapeut en cliënt vervagen, wat een prettig en veilig gevoel bij de cliënt (en de therapeut) kan creëren, maar het is geen werkelijke ontmoeting. Om van 'een ontmoeting' te kunnen spreken moeten zowel cliënt als therapeut zichtbaar, zichzelf en daardoor begrensd zijn. Er moet sprake zijn van voldoende attunement, maar deze moet niet zo perfect zijn dat de therapeut daardoor onzichtbaar wordt. 'Onder een goede therapeut moet niet iemand worden verstaan die lief en zacht is. Integendeel, een goede therapeut heeft de ondankbare taak de cliënt te confronteren met zijn pijn, niet overigens als doel op zich, maar als onvermijdelijke voorwaarde voor genezing' (van Kalmthout, 1991). Het gaat erom dat de verbondenheid (het samenzijn) en de autonomie (het jezelf zijn) in een evenwichtige dialoog vorm kunnen krijgen. Analoog aan wat Winnicott de 'good enough mother' noemt zou je van een 'good enough therapist' kunnen spreken. De 'good-enough therapist' heeft een optimale balans tussen steunen en uitdagen, containen en confronteren, congruentie en discongruentie, kortom, hij is in staat tot een menselijk ontmoeten.

7.3.4: Empowerment

Het laatste begrip dat in een ontmoeting meespeelt is empowerment. Empowerment is een proces waarbij de invloed van mensen op voor hun belangrijke gebeurtenissen en situaties versterkt wordt (Zimmerman, 1995). Het Engelse 'to empower' betekent letterlijk 'in staat stellen tot' en wordt ook wel omschreven als 'mensen helpen zichzelf te helpen'. Het benadrukt de kracht die mensen hebben in plaats van hun tekortkomingen en zou gezien kunnen worden als een positieve en ondersteunende grondhouding met als doel de authenticiteit en de autonomie van de ander te bevestigen en te versterken. Dit door de ontwikkeling en stimulering van het geloof en vertrouwen in de eigen capaciteiten en mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de omgeving. Door empowerment wordt de geestelijke persoon gestimuleerd zich kenbaar te maken en actief de verantwoording voor de zin van het leven op zich te nemen. Empowerment is vergelijkbaar met het toedienen van energie aan de cliënt om zijn proces op gang te brengen. Empowerment eist dan ook een actieve en onvoorwaardelijk steunende houding van de therapeut ten opzichte van de persoon van de cliënt. Het succes van nieuwe therapieën is volgens Cuvelier (1996) dan ook te danken aan het feit dat de therapeut hierbij vaak geestdrift uitstraalt en zo stimulerend aanwezig is. Cliënten blijken er ook baat bij te hebben als de therapeut een aanstekelijke, levenslustige en enthousiaste persoon is (Leijssen 1995, 1996). Het aanstekelijke effect dat zo'n therapeut heeft is een duidelijke vorm van empowerment.

Er zijn verschillende therapierichtingen die van de empowermentgedachte uitgaan. Ze zijn qua methode gericht op het bio-psycho-sociale, maar hebben toch vaak een uitwerking die veel dieper gaat en aan de geestelijke dimensie raakt. Een van de best uitgewerkte methoden is de Kortdurende Oplossingsgerichte Therapie (K.O.T.). Kenmerkend is de zeer respectvolle houding van de therapeut naar zijn cliënten, hun wensen en hun mogelijkheden. De therapeut blijft altijd binnen het referentiekader van de cliënt. De cliënt wordt gezien als competent en hij is de expert over zijn eigen situatie. Hij weet welke hulpverleningsdoelen relevant voor hem zijn, welke vaardigheden, krachten en hulpbronnen hij heeft en welke oplossingen voor hem zullen werken. De hulpverlener helpt de cliënt met gerichte vragen, ondersteuning en stimulatie zodat hij zijn eigen krachten, expertise en krachtbronnen kan gaan ontdekken, waarderen en gebruiken. De the-

rapeut neemt hierbij een houding aan van geïnteresseerd en oordeelloos 'niet-weten' (een Socratische dialoog), waardoor de ander tot zijn eigen antwoorden kan komen. Hij richt zich op de mogelijkheden in plaats van op de problemen en kijkt niet naar het gedetermineerde verleden maar naar de vrije mogelijkheden van de toekomst. Hij confronteert niet, maar complimenteert eerder, de hulpverlener laat zijn waardering blijken voor wat de cliënt doet of gedaan heeft. Het geven van complimenten komt enerzijds voort uit echte bewondering voor wat cliënten doen en wordt anderzijds gebruikt om de gedachten van de cliënt die hem kunnen steunen te bekrachtigen en te versterken. Het is een uiting van een visie op mensen waarin hun mogelijkheden, inzet en creativiteit als essentieel gezien en gewaardeerd worden. Het bekrachtigt en versterkt het gevoel er te mogen zijn en de moeite waard te zijn. Het is vergelijkbaar met een moeder die haar kleine kind prijst als dit voor het eerst zelf probeert te eten met een lepel: ook al valt de helft op de tafel, voor het kind is het een heel grote stap en moeder zal waarschijnlijk verrukt reageren. Hiermee stimuleert zij haar kind om verder te gaan in het proces waar het in zit.

In het contact met cliënten gaat het net zo: de mogelijkheden van de cliënt krijgen de aandacht, hij wordt gestimuleerd deze te vergroten en in te zetten in een door hemzelf gewenste richting (de Vries, 2004).

Liefde, uitgedrukt in containment, attunement en empowerment, en dit alles binnen een veilige en gestructureerde omgeving. Dit zijn de belangrijke items in de therapie van mensen met borderline. Door containment ben je veilig, door attunement worden je mogelijkheden gezien, door empowerment gestimuleerd.

Het is een schandaal is dat je voor het bestaan van de werkelijkheid een bewijs nodig hebt.

Martin Heidegger

Nawoord

Het heeft enige tijd nodig gehad voor deze Thesis zijn huidige vorm kreeg. Ik heb er met veel collega-therapeuten, docenten en hulpverleners over gesproken en heb ze om kritieken en tips gevraagd. Ik kreeg vooral kritische vragen, die steeds weer om een bijstelling in het verhaal vroegen. Toch bleef de kern steeds overeind.

In mijn werk met (borderline) cliënten zijn veel dingen me meer duidelijk geworden. Ik kreeg meer zicht op de onderliggende processen die zich bij hen afspeelden. Opvallend is dat juist mensen met borderline zeer goed begrepen waar ik het over had als ik ze over mijn hypothese vertelde. Ze ervoeren het stuk voor stuk als zeer herkenbaar, en konden vandaar uit heel waardevolle toevoegingen geven.

Uiteraard is deze Thesis slechts een tussenstation, het is eigenlijk pas het begin van de beantwoording van al mijn vragen betreft borderline. Ik zou graag in een hermeneutisch onderzoek, door middel van diepte-interviews bij mensen met borderline, uit willen zoeken of mijn bevindingen kloppen.

Literatuurlijst

Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M & Stayton, D.J. (1974). *Infant-mother attachment and social development: 'Socialisation' as a product of reciprocal responsiveness to signals*. London: Cambridge University Press.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Aufenanger, J., (1985), *Filosofie*, Het Spectrum, Utrecht

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Beck, (1996), *Sesam Atlas van de Filosofie*

Belsky, J. (2001). *Further explorations of the detected effects of quantity of early child care on socio-emotional adjustment*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Belsky, J. (2001). *Emmanuel Miller Lecture: Developmental risks (still) associated with early child care*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42.

Berenson, B.G., K M Mitchell & J A Moravec (1968), *Level of therapist functioning, patient depth of self-exploration and type of confrontation*'. In: *Journal of Counseling Psychology*, 15.

Beutler, LE., M. Crago & T.G. Arizmendi (1986), *'Therapist variables in psychotherapy process and outcome'*. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York.

Beutter, L.E. e.a. (1991), *'Predictors of differential and self-directed psychotherapeutic procedures'*. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59.

Beutler, LE., P.P. Machado & S. Alistetter Neufeidt (1994), *'Therapist variables'*. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York.

Binswanger, L., (1957). *Reminiscences of a Friendship*, New York

Bion, W. R. (1962a). *Learning from experience*. London: Heinemann.

Bion, W.R. (1962b), *A Theory of thinking*. *International Journal of Psychoanalysis* 43

Blatt, S.J. e.a. (1996), *'Characteristics of effective therapists. Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program'*. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64

- Bowlby, J. (1960). *Grief and mourning in infancy and early childhood*. Psychoanalytic Study of the Child.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation Anxiety and anger*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. III: Loss: sadness and depression*. Harper Collins: Basic Books.
- Brinich, E., Drotar, D., & Brinich, P. (1989). *Security of attachment and outcome of preschoolers with histories of nonorganic failure to thrive*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2).
- Buber, M. (1959). *Ik en Gij*, Bijleveld, Utrecht.
- Crits-Christoph, P. & J. Mintz (1991). *'Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies'*. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59.
- Cullberg, J., (1998): *Moderne psychiatrie*, Ambo, Baarn.
- Cuvelier, F. (1996), *'Hoe een klinisch psycholoog tot integratie komt'*. In: J. Vereycken, B. Cools & M. van Gael (Red.), *De psyche als zorg. Klinische psychologie in Vlaanderen*. Pelckmans, Kapellen.
- Damasio, A., (2000), *The Feeling of What Happens: Body, Emotion and the Making of Consciousness*. Vintage
- Derksen, J.J.L., (1993), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*, De Tijdstroom, Utrecht
- Derksen, J.J.L. & Groen, H., (1994) *Handboek voor de behandeling van borderline patiënten*, , eds., De Tijdstroom, Utrecht.
- Epstein, E. (1995), *'The narrative turn. Postmodern theory and systemic therapy'*. In: *Gestalt Theory. An International Multidisciplinary Journal*. jrg. 17, nr. 3.
- Dumont, F. (1991), *'Expertise in psychotherapy: inherent liabilities of becoming experienced'*. In: *Psychotherapy*, 28
- Fonagy, M. Target, G. Gergely, J.G. Allen, and A. Bateman (2003) *The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence*. *Psychoanalytic Inquiry*, 23
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Levinson, A., & Kennedy, R. (1997). *Morality, disruptive behavior, borderline personality disorder, crime and their relationship to security of attachment*.
- Frankl, V.E. (1959), *Medische zielzorg. Inleiding tot logotherapie en existentie-analyse*. Uitgeverij Erven J. Bijleveld, Utrecht.

- Frankl, V. E. (1963). *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*. New York: Washington Square Press.
- Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and Existentialism : Selected Papers on Logotherapy*. New York: Simon and Schuster.
- Frankl, V. E. (1973), *The Doctor and the Soul* (Vintage Books, New York, 1973
- Frankl, V.E. (1998), *Der unbedingte Mensch. Metaklinische Vorlesungen'* in: *Der leidende Mensch*, Hans Huber Verlag, Bern
- Frankl, V.E., *De wil om zinvol te leven*. Rotterdam, Lemniscaat, 1980.
- Frankl, V.E., (1959) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, München
- Frankl, V.E., (1949), *Der unbedingte Mensch*, Wenen
- Frankl, V.E., 2004, *De onbewuste God, Humaniteit van de menselijke vrijheid - Spiritualiteit en verantwoordelijkheid in Psychotherapie*. Portugaal 2004 NILEA 1e druk Serie: Frankliana Neerlandice nr.1
- Friedman, P.T. (1987). *The Making of a Communicative Psychoanalytic Psychotherapist*. Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy 2
- Gluckers, G., (1989), *Containment in de therapeutische relatie: De therapeut als drager en zingever*.
- Goldfried, M.R., L.S. Greenberg & C. Marmar (1990), *'Individual psychotherapy: process and outcome*. In: *Annual Review of Psychology*, 41, pp. 659-688.
- Greenberg, L.S. & L.M. Dompierre (1981), *'Specific effects of Gestalt two-chair dialogue no intrapsychic conflict in counseling'*. In: *Journal of Counseling Psychology*, 28
- Greenberg, E. (1996), *Healing the Borderline*, The Gestalt Journal No XII. No.2
- Gunderson, J.G., (2001) *Borderline personality Disorder – A Clinical Guide*, American Psychiatric Publishing Inc. Washington
- Gurman, AS. (1977), *'Therapist and patient factors influencing the patient's perception of facilitative therapeutic conditions'*. In: *Psychiatry*, 40
- Hanna, F.J. & A.J. Ottens (1997), *'De rol van wijsheid in de psychotherapie'*. In: *Psychotherapie*, 4.
- Heidegger, M. (1963), *Sein und Zeit*. 10^e druk, Tübingen. Max Niemeyer.
- Habermas, J.(1981), *Theorie des kommunikativen Handelns* (2 delen), Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Hattie, J.A., C.E. Sharpey & H.J. Rogers (1984), *'Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers'*. Psychological Bulletin, 95
- Hattingberg, H. von, (1966) *Über die Liebe. Eine ärztliche Wegweisung*. Kindler, München.
- Heymans, G (1929), *Inleiding in de speciale psychologie*. Bohn, Haarlem.
- Hoekstra, P., (1999) *De menselijke dimensie en humaniteit in de psychotherapie*, Bulletin Logotherapie en Existentieele analyse jaargang 9, nummer 3
- Holbrook, B., (2000), *The Stone Monkey: An Alternative, Chinese-Scientific, Reality*
- Holmes, C.A.V. (1998). *There is No Such Thing As a Therapist*. London, Karnac Books.
- IJzendoorn, M. H. van, (1995). *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment*
- Ingenhoven, Th. & Brink, W. v. d. (1994), *Borderline persoonlijkheidsstoornis: diagnostiek en epidemiologische aspecten,"*
- Ingenhoven, T.J.M, Abraham, R.E. en Hartman, J (2000), *Persoonlijkheidsstoornissen*.
- Johnson-Laird, P. N., and R. M. J. Byrne. (1991). *Deduction*. Hills-dale, NJ : Erlbaum.
- Johnson-Laird, P.N. & Byrne, R.M.J. (1993). *Precis of Deduction*. Behavioral and Brain Sciences, 16
- Karon, BP. (1995), *'Becorning a first-rate professional psychologist despite graduate education*. In: Professional Psychology. Research and Practice, 26
- Kalmthout, M. van (1991), *Psychotherapie. Het bos en de bomen*. De Tijdstroom, Utrecht
- Kalmthout, M. van (1997), *Persoonsgerichte psychotherapie*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Kernberg, O., (1976), *Object-relations: theory and clinical psychoanalysis*. New York, Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984) *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., et al (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books.

- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders.*, New York: Int. Univ. Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self.*, New York: Int. Univ. Press.
- Kohut, H., Wolf, E.S. (1978). *The disorders of the self and their treatment: an outline.*, *Int. J. Psychoanal.*
- Kohut, H. (1984) *How Does Analysis Cure?* Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kolk, B. A. van der, Hostetler, A., Herron, N., et al (1994) *Trauma and the development of borderline personality disorder.* *Psychiatric Clinics of North America*, no. 17
- Kottler, JA. (1986), *On being a therapist.* Jossey-Bass, San Francisco.
- Leijssen, M. (1995), *Gids voor gesprekstherapie.* De Tijdstroom, Utrecht.
- Leijssen, M, (1998): *De therapeut* in: Trijsbrug, W., e.a., *Handboek Integratieve Psychotherapie.* Maarssen, Elsevier / De Tijdstroom
- Linehan, M. M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford Press.
- Luborsky, L.P. e.a. (1986), 'Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies'. In: *American Journal of Ortho-psychiatry*, 56
- Maas, W.J. (2002), *Pathologie, spanning tussen keuze en noodlot.* Artikel in *Bulletin Logotherapie & Existentiële Analyse*, vol.12, No.2
- Maas, W.J. (2004/2005) *Collegestof MA-ICP opleiding*, Stipo
- Mahler, M. (1975). *The psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation.* N.Y., Basic Books.
- Mee, W. van der, *De ideale therapeut*, *Bulletin Logotherapie en Existentieel Analytische psychotherapie*
- Meekeren, E. van, (1998), *De borderline stoornis, crisis in hechten en onthechten.* Syn-Thesis uitgevers, Amsterdam
- Meltzoff, A.N. en Moore, M.K., (1983) *Newborn infants imitate adult facial gestures* in *Child Development* nr.54, p.702-709. En idem: *The origins of imitation in infancy: paradigm, phenomena, and theories* In: *Advances in infancy research*, nr. 2
- Menzies, D & Davidson, B, *Authenticity and Belonging: The Experience of Being Known in the Group*

Najavits, L.M. & H.H. Strupp (1994), *Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study*. *Psychotherapy*, 31.

Nietzsche, F. (1994) *Sprüche und Pfeile*, in: *Götzendämmerung*, Werke in drei Bänden, Könnemann, Köln, 1994

Ouspensky, P.D., (2002) *Op Zoek Naar Het Wonderbaarlijke*. Miranda Synthese.

Patterson, M.L. (1983), *Nonverbal behavior: afunctional perspective*. Springer Verlag, New York.

Perls, L. (1992), *Living at the Boundary*. Gestalt Journal Press, Highland.

Philippson, P, *Working with early-disturbed clients - A mini-lecture* (website Manchester Gestalt Institute)

Riksen-Walraven, (2002), *Wie het kleine niet eert . . . , Over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*, Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de ontwikkelingspsychologie in het bijzonder de vroeg-kinderlijke ontwikkeling aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen

Stern, A. (1938), *Psychoanalytical investigation and therapy in the borderline group of neuroses*.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books / London: Karnac Books Books.

Trevarthen, C. (1993). *The self born in intersubjectivity. The psychology of an infant communicating*. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: ecological and interpersonal sources of self-knowledge* New York: Cambridge University Press.

Unen, C. van, (2001) *Rewriting professionalism*, in bulletin Logotherapie en existentieele analyse Jaargang 11 nummer 1.

Verduin, P.J.M., (2000) *logotherapy ans communicative psychotherapy*, bulletin logotherapie en Existentiële Analyse jaargang 10, nummer 2, juni/juli

Verheul, R ., Van den Brink, W. & Van der Velden, K. (2000) *Persoonlijkheidsstoornissen*. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp, P.M.G. (Eds). *Handboek psychopathologie: deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verheul, R. & van den Brink, W. (1999). *Persoonlijkheidsstoornissen*. In: A.D. Jong, W. van den Brink, O. Ormel & D. Wiersma (Eds.), *Handboek psychiatrische epidemiologie*. Maarsen: Elsevier/de Tijdstroom.

Verhulst, J., (2001): *Therapie – de zoektocht naar d e juiste therapeut* in: *Psychologie Magazine* (mei 2001)

Verzaal, H. (2002). *Empowerment in de jeugdzorg. Onderzoek naar empowerment bevorderend gedrag van hulpverleners*. Amsterdam: UvA.

Whitaker, C.A. (1982), 'Hypnosis and family depth therapy'. In: J.L. Zeig (Ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. pp. 491-504, Brunner/Mazel, New York.

Whitehead, A.N., (1997), *Science and the modern world*, Free Press

Wilber, K., (2001) *Integrale psychologie*, Ankh-Hermes

Winnicott, D. (1960). *The Theory of the Parent – Infant Relationship*. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. New York: International Universities Press.

Winnicott, D. W. (1960) 'Ego distortion in terms of true and false self', in D. W. Winnicott (1965) *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, London: Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment* London: Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1967). *Mirror-role of the mother and family in child development*. In P. Lomas (Ed.), *The predicament of the family: A psycho-analytical symposium* (pp. 26-33). London: Hogarth.

Winnicott, D.W. (1979). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

Winnicott, D.W. (1986). *Delinquency as a sign of hope*. In C. Winnicott, R. Shepard, & M. Davis (Eds.), *Home is where we start from: Essays by a psychoanalyst* (pp. 90-100). New York: W.W. Norton.

Winnicott, D.W. (1989). *Holding and Interpretation*. Karnac Books. London.

Winnicott, D.W. (1991). *Playing and reality*. London: Tavistock/Routledge. (Original work published 1971)

Wit, H.F. de, (2000) *Contemplatieve psychologie*, Agora, 4e herziene druk

Wit, H.F. de, (2003) *De verborgen bloei*, Agora, 11e druk

Wolf, M.H.M. de, (2002) *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*, Coutinho, Bussum

Yalom, ID. (1989), *Scherprechter van de liefde. Tien ware verhalen uit een psychotherapeutische praktijk*. Contact, Amsterdam.

Yalom, ID. (1997), *De therapeut*. Balans, Amsterdam.

Yalom, I.D., (2001) *Therapie als geschenk*, Leuven, Balans.

Yontef, G.M.(1993) *Awareness, Dialogue & Process*

Young, J. E. (1994) *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focussed Approach* (2nd edn). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Zimmerman, M.A. (1990). *Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment*. *Journal of Research in Personality*, 24.

Zimmerman, M.A. (1995). *Psychological empowerment: issues and illustrations*. *American Journal of Community Psychology*, 23(5).