



Hiding behind the shine, Karin Arink (2013)

ESSAY

EEN CASUS UIT DE TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY

Mila Remijsen beschrijft een behandeltraject vanuit de *Transference Focused Psychotherapy* (*Overdrachtsgerichte Psychotherapie*). Het betreft een complexe casus van een vrouw met chronisch ernstig zelfbeschadigend gedrag. Na een introductie van de casus gaat Remijsen in op het behandelverloop. Uitgaande van de wisselwerking tussen klinische praktijk en vakliteratuur bespreekt ze de twee kernthema's: 'taal en mentaliseren' en 'functies van zelfbeschadigend gedrag'. 'Ik kan als psychotherapeut niet werken als ik me niet laat raken.'

*Skin doesn't have roots, it peels away easy as paper*SYLVIA PLATH (1961), UIT HET GEDICHT: FACE LIFT

INTRODUCTIE CASUS

Lena¹ is bij de start van haar behandeltraject een getrouwde, kinderloze 53-jarige vrouw die sinds drie jaren niet meer werkt wegens psychische klachten. Haar werk binnen het bankwezen bood haar houvast en ze stelde hierbij hoge eisen aan zichzelf. Ze is vaker in behandeling geweest met enig doch beperkt effect, vaak met burn-outklachten als aanmeldredenen. Hierover vertelt ze dat ze meestal niet werkelijk deelde wat er in haar omging. Ze heeft problemen op het vlak van haar gevoelswereld, moeite met anderen nabij laten komen, ze is overwegend op haar hoede en reageert schrikachtig. Er is sprake van dissociatieve klachten en van chronisch zelfbeschadigend gedrag, bijvoorbeeld stukken huid wegnippen, haar huid schuren met schuurpapier, zich branden met een strijkijzer en haar huid snijden met bijvoorbeeld een stuk glas. Haar sociale netwerk is beperkt en ze is afhankelijk van haar partner die vanwege haar klachten vaak thuis werkt uit vrees dat Lena zich zodanig beschadigt dat haar leven in gevaar komt. Sinds drie jaren weet haar partner

van de psychische klachten die al jarenlang aanwezig zijn.

Kenmerkend is dat ze zichzelf beleeft als twee personen. Ze verwijst frequent naar deze delen van zichzelf. Ze weet echter dat anderen haar als één persoon beleven en dat haar huid ook één persoon omvat. Ze voelt zich niet verbonden met haar lichaam. Ze praat erover alsof het een voorwerp is dat niet met haar te maken heeft. Verder rapporteert ze soms de stem van een oudere vrouw te horen (geruststellend effect), een donker geklede man te zien (geruststellend effect), een jong huilend meisje te zien en bloed te zien (beangstigend effect). Ze kan goed onderscheid maken tussen datgene wat realiteit is en datgene wat haar beleving is.

In Lena's voorgeschiedenis is er sprake van traumatisering. In haar jeugd is ze langdurig ernstig mishandeld door haar oudere zus. Ze is bijvoorbeeld bewusteloos geweest en kon door de verwondingen soms niet naar school. Haar ouders wisten van de mishandeling en grepen niet in. Verder is ze tweemaal seksueel misbruikt door een volwassen familielid toen ze zeven en negen jaar oud was en eenmaal verkracht op haar twaalfde door meerdere adolescenten. Ongeveer dertig jaar geleden is de diagnose epilepsie gesteld en Lena is ingesteld op een anti-epilepticum. Van haar vijftiende tot twintigste is ze verslaafd geweest

aan cocaïne en tussen haar zeventiende en twintigste heeft ze zich geprostitueerd.

BEHANDELVERLOOP TIJDENS DE CONTRACT- EN BEGINFASE

Gedurende bijna twee jaren zag ik Lena tweemaal per week onder supervisie van een ervaren collega. Tijdens de contractfase besprak ik met haar onder meer hoe haar innerlijke problemen resulteren in problemen in contact met mensen. We zouden een intensieve behandelrelatie met elkaar aangaan. Binnen ons contact zou naar voren komen wat ook buiten de behandelkamer gebeurt. TFP heeft een duidelijk kader met afspraken omdat het moeilijk is deze dingen te voelen. Ik zou proberen te voldoen aan bepaalde afspraken en zij zou proberen te vertellen wat er in haar omging.

Zelf was ik me in deze fase bewust van mijn kant van het contract. Dit betekende onder meer dat ik bezig was met vragen als 'wil ik deze mevrouw meerdere jaren tweemaal per week zien?' en 'hebben we een klik?' Het gaf me een vrij gevoel prioriteit te maken van of ik me als persoon voldoende op mijn gemak voelde om adequaat te kunnen reflecteren. Als ik niet goed kan nadenken over mijn patiënt, gaat de kwaliteit van de behandeling achteruit. Tijdens de contractfase merkte ik dat ik Lena als mens mocht. Los van haar ernstige klachten vond ik haar

1 Het behandeltraject vond van 2015 tot 2017 plaats bij Centrum Intensieve Behandeling in Den Haag waar ik in opleiding was tot psychotherapeut. Dit stuk is tot stand gekomen met toestemming van patiënte Lena (niet haar echte voornaam).

onder meer gemotiveerd en intelligent.

Lena en ik gingen tijdens de contractfase in op verschillende specifieke thema's (onder meer op tijd komen, op tijd vertrekken, geen drugs), waarvan ik hier de afspraak rond zelfbeschadigend gedrag zal noemen. Ik legde aan Lena uit hoezeer het van belang was dat wat er in haar omgving aan bod kwam tijdens de sessies. Door zelfbeschadigend gedrag komen (onder meer) gevoelens tot uitdrukking in een handeling. Om de kans van slagen van de behandeling te vergroten, wilde ik de afspraak met haar maken dat ze haar uiterste best zou doen zichzelf niet te beschadigen. Er volgde geen enthousiaste instemming. Wat Lena als problematisch beleefde, was niet zozeer het zichzelf beschadigen; andere zaken stonden voor haar hoger op het lijstje van zaken waarvan ze hinder ondervond. Zelfbeschadigend gedrag ervoer ze hoofdzakelijk als een manier om verlichting te vinden wanneer ze overstuur was en het overzicht verloor. Lena begreep echter de rationale van de afspraak wel en realiseerde zich dat het moeilijker was om te delen wat ze voelde wanneer ze haar gevoelens reguleerde met behulp van zelfbeschadigend gedrag. We spraken verder af dat als ze zich niet aan deze afspraak had gehouden (en zichzelf toch beschadigd had), ze dit uit eigen beweging in de eerstvolgende sessie zou inbrengen, zodat we zouden kunnen onderzoeken wat er zich voorafgaand aan het zichzelf beschadigen had afgespeeld.

TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY

Transference Focused Psychotherapy (TFP) is een intensieve psychoanalytische psychotherapie die eind vorige eeuw is ontwikkeld door Otto Kernberg en de staf van het Personality Disorder Institute in New York. Als indicatiegebied omvat TFP grofweg de borderline persoonlijkheidsstructuur. De effectiviteit ervan, niet enkel in termen van symptoomreductie maar ook van de persoonlijkheidsstructuur, is in meerdere randomized controlled trials vastgesteld.

In de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen is TFP opgenomen als één van de aanbevolen behandelingen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. Behandelaar en patiënt zien elkaar tweemaal per week gedurende twee, drie jaar. Beoogd wordt zowel de persoonlijkheidsstructuur als het gedrag van de patiënt te veranderen. Het doel van TFP is patiënten te helpen alle aspecten van hun binnenwereld te integreren zodat ze zichzelf en anderen beleven op een coherente, gebalanceerde wijze. In het hier en nu wordt de relatie tussen behandelaar en patiënt onderzocht, hierbij is er expliciet oog voor het non-verbale. TFP is ontstaan vanuit het object-relationale denken. Zie voor een uitgebreide beschrijving Yeomans, Clarkin & Kernberg (2015).

De eerste behandelfase bij TFP is de contractfase en heeft betrekking op de totstandkoming van een behandelkader. Het woord 'contract' verwijst naar de afspraken die worden gemaakt tussen patiënt en therapeut over de minimale voorwaarden voor het op gang komen van een psychotherapeutisch proces. Het betreft de verschillende vormen van acting-out, die de patiënt hanteert om moeilijke en pijnlijke ervaringen buiten de bewuste beleving te houden, te beteugelen. Na de contractfase volgen de begin-, midden- en eindfase. De belangrijkste vaardigheid tijdens een TFP-behandeling is het meekijken met de patiënt, vooral hoe de patiënt de behandelaar ziet. Datgene wat de patiënt waarneemt, kan vervolgens onderzocht en verhelderd worden.

Het begrip 'dyade' is hierbij relevant en verwijst naar het rollenpaar waarin behandelaar en patiënt terechtkomen in combinatie met het verbindende affect. Tijdens een sessie komen vaak meerdere rollenparen voorbij. Deze komen naar voren in de behandelkamer omdat ze ook breder in het leven van de patiënt aanwezig zijn. De onbewuste activering van iemands belangrijkste dyades in relatie met de behandelaar wordt overdracht genoemd. De afweermechanismen bij de borderline persoonlijkheidsstructuur zijn georganiseerd rond het begrip 'splitsen'. Dat verwijst naar de kloof tussen een dyade met positief affect en een dyade met negatief affect. Beide dyades bestaan naast elkaar, maar zijn niet met elkaar in verbinding.

Door middel van de afspraken die in de contractfase werden gemaakt, kwam centraal te staan dat Lena zelf verantwoordelijk was voor haar veiligheid en gezondheid. Tijdens de contractfase kwam haar partner eenmaal mee zodat het behandelkader ook voor hem helder was. Nog steeds kon ze bij haar partner aankloppen als het

niet goed met haar ging, maar de verantwoordelijkheid voor haar leven lag in haar handen. Na een moeilijke periode was het niet makkelijk voor haar partner om een andere positie in te nemen. Hij maakte zich zorgen en werkte vaak thuis om preventief in de buurt te zijn, mocht het niet goed gaan. We maakten tijdens de contractfase

ook een crisissignaleringsplan met afspraken over wat Lena kon doen wanneer het niet goed ging.

Vervolgens ging de beginfase van start. Zowel verbaal als non-verbaal deelde Lena wat er in haar omgng. Ik poogde woorden te geven aan de dyades die ik zowel vanuit het meekijken als vanuit mijn tegenoverdracht beleefde. Wat ik hieromtrent richting Lena verwoordde, was steeds een hypothese. Lena is immers eigenaar van haar binnenwereld. In de behandeling werden de ingrijpende ervaringen uit Lena's levensgeschiedenis gereactiveerd in de overdracht, bijvoorbeeld in de slachtoffer-daderdyade. Het zicht krijgen op en verdragen van haar eigen agressie waren van groot belang om greep te krijgen op haar zelfdestructie. Stap voor stap kwam aan bod hoe beangstigend afhankelijkheid, kwetsbaarheid en intimiteit voor haar waren.

TAAL EN MENTALISEREN

Zoals weergegeven door Fonagy et al. (1991) is het denken over zichzelf en anderen – mentaliseren – bij getraumatiseerde patiënten met een borderline persoonlijkheidsstructuur niet tot ontwikkeling gekomen. Mentaliseren gaat over het begrijpen dat de ander een eigen innerlijke wereld heeft en dat diens gedrag wordt gestuurd door motieven en intenties die we niet altijd en niet volledig kennen.

Als reden voor de niet op gang gekomen ontwikkeling noemen Fonagy et al. (1991) dat het onverdraaglijk is om zich een mentale voorstelling te maken van de mentale toestand van hun ouders, vaak naasten, verzorgers of ouders. Op basis van gehechtheidsonderzoek blijkt dat het tot ontwikkeling komen van de psychische functie mentaliseren in sterke mate voorspeld wordt door een veilige hechting aan een ouder(figuur) (Deben-Mager, 2003).

Bij de start van de behandeling had Lena weinig woorden om haar binnenwereld weer te geven. Haar verbale uitdrukingsvaardigheid was aanzienlijk maar ze was onvermogen op het vlak van mentaliseren. Ze werd zich tijdens de beginfase enerzijds bewust van de ontoereikendheid van haar taal, anderzijds merkte ze hoe ze vaak zelfs niet eens wist wat ze voelde. Aan bod kwamen haar lichaams-sensaties, de afwezigheid ervan in bepaalde situaties en wat ze in het hier en nu in de behandelkamer opmerkte aan lichaamssensaties. Deze fase in de behandeling verliep langzaam. Ze zocht naar woorden die haar beleving weerspiegelden door bijvoorbeeld op internet een lijst met gevoelswoorden op te zoeken en te kijken welke mogelijk in de buurt kwamen van haar beleving. Het riep bij mij de associatie op van voor het eerst een gerecht proeven.

Nieuwsgierig en gefrustreerd zocht ze naar woorden die de lading dekten van haar lichamelijke gewaarwordingen. Binnen de therapie ontstond er een kader om samen te observeren en te zoeken naar wat aan haar beleving raakte.

Dit zoeken naar een eigen taal is een belangrijk voordeel van TFP. Ik heb in mijn loopbaan gewerkt vanuit diverse methodieken (en mengvormen) en ik heb gemerkt hoe patiënten in hun taal kunnen worden aangetast – zo beleef ik dat tenminste – door de behandelmethodode waarmee ze in aanraking zijn gekomen. Wanneer iemand dan verschillende behandelingen achter de rug heeft, ontstaat er geregeld een 'taal' die bij mij als behandelaar een zekere verbazing en vervreemding oproept.

De taal uit haar geschiedenis nam Lena ook mee naar onze behandelrelatie. Ze had bij Centrum Intensieve Behandeling na haar intakegesprek ongeveer een jaar gewacht op diagnostiek naar de dissociatieve problematiek. Haar voormalig behandelaar sprak haar in deze periode ter overbrugging en had de hypothese dat er sprake was van een dissociatieve identiteitsstoornis. Bij het psychodiagnostisch onderzoek werd er een (low level) borderline vastgesteld. In de terminologie van DSM-IV werd er een persoonlijkheidsstoornis en een depersonalisatiestoornis benoemd. Er was geen sprake van dissociatieve amnesie en het realiteitsbesef was intact.

Als ik niet goed kan nadenken over mijn patiënt, gaat de kwaliteit van de behandeling achteruit

FUNCTIES VAN ZELF- BESCHADIGEND GEDRAG

Tijdens de behandeling werd duidelijk dat het zelfbeschadigend gedrag niet één maar diverse functies had. Binnen Lena's psychische dynamiek had het zelfbeschadigend gedrag zowel op de korte termijn een regulerend effect als op de lange termijn een in standhoudend effect. De volgende vijf functies van zelfbeschadigend gedrag staan niet los van elkaar maar overlappen en lopen in elkaar over:

1. Bick (1986) gaat in op hoe cruciaal de huid van een baby en diens primaire verzorgers is, hoe aanraken en vasthouden de meest primitieve manier is om delen van de persoonlijkheid van de baby samen te houden. Reeds vroeg in een mensenleven worden de blauwdrukken van kenmerkende interactiepatronen die verband houden met hechting geïnternaliseerd. Bij Lena leek er zich een gehechtheid aan zelfbeschadigend gedrag te hebben ontwikkeld. Zelfbeschadigend gedrag was in haar ontwikkeling een altijd aanwezige bron van troost geworden.

2. Ferenczi (1933) geeft het volgende aan over de dynamiek bij seksueel misbruikte kinderen. Dit is ook van toepassing op de dynamiek van andere patiënten. Hij schrijft hoe dwang een kind kan beroven van zijn zintuigen. Dat een kind uiteindelijk aan de wil van de agressor gehoorzaamt en zich identificeert met de agressor. Door identificatie met de agressor verdwijnt deze in de externe realiteit en wordt deze onderdeel van de intrapsychische

realiteit. Ferenczi benadrukt dat het in deze situatie problematisch is dat het kind geen bescherming ontvangt van een volwassene, meer bepaald een ouder (figuur). Dus niet enkel het trauma is ingrijpend maar met name dat men vervolgens klaarblijkelijk bij niemand terecht kon. Bepaalde manieren van Lena om zichzelf te beschadigen, zoals het zichzelf branden met een strijkijzer, riepen bij mij de associatie op van zichzelf bestraffen, van zich identificeren met een agressor.

3. Zelfbeschadigend gedrag was een manier om te beleven dat haar lichaam het hare was, als een teken van autonomie of een manier om controle te ervaren (over haar lichaam, over pijn). Ze was meer tevreden over een beschadiging als deze aan bepaalde criteria voldeed. Ze moest nog een tijd na de beschadiging pijn ervaren om zodoende herinnerd te worden aan haar daad. Een snel helende wond was een teleurstelling, haar genezende lichaam leek dan te bepalen wat er met haar gebeurde. Heel vaak kwam ter sprake dat ze haar geest ervoer als haar zelf en haar lichaam als een ander: steeds opnieuw de splitsing tussen lichaam en geest. Het besef en de beleving dat lichaam en geest één zijn, waren onverdraaglijk hoewel ze wist dat het zo was.

Ik heb deze splitsing geregeld beleefd als een cocon waarin ze

zich sinds jaar en dag had teruggetrokken. Als ze enkel een zelf had en geen lichaam (een onmogelijkheid), kon ze nooit in de kwetsbare positie van mishandeld persoon terechtkomen. Daarnaast verwoordde ze hoe ze verslaafd was aan de kick van het zichzelf schade toebrengen. Verslaving hangt samen met een gebrek aan controle. Lena had meegemaakt wat het betekent om verslaafd te zijn aan harddrugs. Wat kon ze wanhopig worden van geen uitweg weten met haar heftige gevoelens. Zelfbeschadigend gedrag fungeerde als een snelle fix.

4. De self-made fantasie die Lemma (2010) beschrijft, komt erop neer dat het zelf zich terugtrekt in de gedachte dat het zelf kan herscheppen. Als een mens zichzelf kan scheppen (een onmogelijkheid), betekent dit dat deze niet afhankelijk is (geweest) van een ander. De fantasie van zichzelf scheppen kan zich vertalen in het veranderen van de huid, bijvoorbeeld littekenweefsel creëren, door middel van zelfbeschadigend gedrag. Als ware het een poging om zich het eigen lichaam toe te eigenen, een ritueel dat de overgang van de ene toestand naar de andere markeert.

5. Bloed en pijn kunnen worden gezien als zintuiglijke prikkels die de grens tussen binnen en buiten markeren. Biven (in Anzieu, 2016) beschrijft hoe het beschadigen van

*Stap voor stap kwam aan bod hoe
beangstigend afhankelijkheid, kwetsbaar-
heid en intimiteit voor haar waren*

Patiënten kunnen in hun taal worden aangetast door de behandelmethode waarmee ze in aanraking zijn gekomen

de huid een drastische zelfregulerende poging is om de grenzen van het lichaam te handhaven en om een gevoel van heelheid te herstellen. Zodoende resulteert het zelfbeschadigend gedrag in een tijdelijke afname van innerlijke chaos.

CONCLUSIE

Het TFP-kader hielp mij om bij de heftige problematiek een behandelplan vast te houden gericht op wezenlijke verandering. Mezelf laten raken ervaar ik als cruciaal aspect van mijn werk. Sterker: ik kan als psychotherapeut niet werken als ik me niet laat raken. Wat ik nodig heb om op deze wijze contact te maken, is een samenhangend theoretisch kader. En dat

kader hoeft uiteraard niet persé TFP te zijn.

Gedurende de bijna twee jaren dat ik Lena zag, nam haar zelfbeschadigend gedrag langzaam af in frequentie en ernst. Ze kreeg meer zicht op haar binnenwereld – onder meer op haar agressie – en ze sprak allengs nieuwsgieriger en in minder absolute bewoordingen. Ze beleefde zichzelf op het eind van het traject nog steeds als twee personen, maar ze gaf aan dat beide kanten van haar persoonlijkheid beter samenwerkten. Opvallend was dat beide kanten gedifferentieerder waren geworden.

Aan het einde van de behandeling sprak Lena overwegend vanuit de ik-persoon. Verder ontstond er meer ruimte voor de interactie

tussen ons. In de laatste maanden dat ik haar zag, startte ze met vrijwilligerswerk, een belangrijke stap waardoor ze meer in verbinding kwam met de wereld.

OVER DE AUTEUR

Mila Remijssen is psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, GZ-psycholoog, woonachtig in Berlijn, werkzaam in eigen praktijk en als docent voor de Parnassia Groep Academie.
E-mail: mila.remijssen@live.nl

Literatuur

- Anzieu, D. (2016). *The Skin-Ego*. London: Karnac Books.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object Relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-86.
- Deben-Mager, M. (2003). Psychoanalytische ontwikkelingstherapie voor volwassenen. In: R. A. M. Erdman e.a. (red.), *Psychoanalytische psychotherapie en nieuwe perspectieven* (pp.19-29). Assen: Van Gorcum.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child – the language of tenderness and of passion. In: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis* (pp.156-167). London: Hogarth Press, 1955. Reprinted in Karnac Books, 1980.
- Fonagy, P., Steel, M., Moran, G. & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states, the reflective self in parent as child and its significance for the security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Plath, S. (1998). *Sylvia Plath. A selection* by Diane Wood Middlebrook. Everyman's Library.
- Lemma, A. (2010). *Under the Skin. A Psychoanalytic Study of Body Modification*. London: Routledge.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide*. American Psychiatric Association.

