

Een toepassing van het metamodel van Gedo bij de behandeling van borderline-patiënten

door J.W. Hummelen

Gepubliceerd in 1995, no. 4

Samenvatting

Gedo beschrijft in zijn psychoanalytisch metamodel hoe elke ontwikkelingsfase een eigen model en samenhangende therapiemodaliteit vereist. Bij de behandeling van borderline-patiënten dient men met deze verschillende opeenvolgende niveaus rekening te houden. Als voorbeeld van een dergelijk sequentiële benadering wordt een focaal psychotherapeutisch gefaseerd klinisch behandelprogramma beschreven. Verder wordt ingegaan op de vraag hoe het model kan worden gebruikt als diagnostisch raamwerk bij met name persoonlijkheidsstoornissen en hoe het hierbij richting kan geven aan de behandeling.

Inleiding

Uitgangspunt bij het model van Gedo (1973, 1979, 1988) is dat er verschillende modellen nodig zijn om het verloop van de mentale ontwikkeling te beschrijven. Het is onmogelijk de gehele mentale ontwikkeling te beschrijven aan de hand van één model. In het drift-conflictmodel vormen bijvoorbeeld de libidineuze en agressieve ontwikkelingsstadia het ordeningsprincipe voor de gehele ontwikkeling. Dit uitgangspunt betekent ook dat verschillende vormen van psychopathologie die samenhangen met verschillende stadia in de mentale ontwikkeling, niet kunnen worden begrepen vanuit eenzelfde ontwikkelingsmodel.

In dit artikel zal worden ingegaan op de consequenties voor dit uitgangspunt voor de behandeling van borderline-patiënten. Alvorens dit te doen worden eerst kort de gangbare psychoanalytische visies op de behandeling van borderline-patiënten beschreven. Na een behandeling van het model van Gedo wordt aangegeven hoe de borderline-stoornis binnen dit model kan worden geplaatst. Ten slotte zal een beschrijving worden gegeven van een focaal-psychotherapeutisch gefaseerd behandelprogramma voor borderline-patiënten dat geënt is op Gedo's model.

Huidige psychoanalytische visies op de behandeling van borderline-patiënten

Eerst zal kort worden aangegeven welke theoretische veronderstellingen ten grondslag liggen aan de huidige psychoanalytische behandelmodellen betreffende de borderline-persoonlijkheidsstructuur, en de kritiek die vanuit Gedo's model hierop kan worden gegeven (Robbins 1983; zie ook Hummelen 1992).

Twee van de meest vooraanstaande theoretici met betrekking tot de conceptualisatie en behandeling van de borderline-stoornis zijn Kernberg en Masterson. Kernberg (1975, 1984) richt zich vooral op conflicten met betrekking tot agressie, zoals deze onder meer naar voren komen in de afweermechanismen 'splitsing' en 'projectieve identificatie'. Zijn therapeutische doelstelling is de integratie van deel-object en deel-zelfrepresentaties. Masterson (1981) heeft vooral oog voor de afweer van afhankelijkheidsbehoeften en richt zich op het doorwerken van de verlatingsdepressie uit de

rapprochementssubfase van het separatie-individuatieproces. Beide theoretici conceptualiseren de stoornis van de borderline-patiënt in termen van driften, conflicten en afweer. In essentie wordt binnen deze modellen van de borderline-persoonlijkeheidsstructuur dezelfde conceptformatie gebruikt als bij de neurose. Net zoals bij het neurosemodel wordt er gewerkt met het structurele model van een Es, een Ich (al dan niet met defecten) en een 'ber-ich, waarbij driften leiden tot conflicten die vervolgens afgeweerd worden. Bij het inzichtelijk maken van de psychopathologie van de borderline-patiënt probeert de behandelaar de patiënt te begrijpen in termen van conflict en afweer. Het valt dan ook te begrijpen dat de psychotherapeutische methodiek bij borderline-patiënten is afgeleid van die bij neurotische patiënten. Weliswaar omkleed met vele modificaties gaat het in wezen ook bij borderline-patiënten om het bewerken van de afweer en het hanteren van de conflicten.

Zoals reeds genoemd, kunnen volgens Gedo verschillende vormen van psychopathologie die samenhangen met verschillende stadia in de mentale ontwikkeling, niet worden begrepen vanuit eenzelfde ontwikkelingsmodel. Dit betekent dat de borderline-stoornis niet kan worden geconceptualiseerd aan de hand van hetzelfde model als de neurose, te weten: het driftmodel.

Het model van Gedo

Men zou kunnen zeggen dat Gedo's model ontstaan is uit de heftige controversen binnen de psychoanalytische wereld in de jaren vijftig. In deze tijd streed vertegenwoordigers van de ego-psychologie, object-relatietheorie en het driftmodel om de hegemonie. Gedo (1993) constateerde dat elk van deze modellen zijn wortels had in de bestudering van een bepaalde populatie patiënten, maar de bevindingen wilde generaliseren naar alle vormen van psychopathologie. Anders gezegd: elk model wilde de gehele mentale ontwikkeling beschrijven vanaf geboorte tot volwassenheid. Om dit te kunnen doen moet elk theoretisch model de gehele mentale ontwikkeling conceptualiseren aan de hand van één organisatieprincipe, bijvoorbeeld de driftontwikkeling. Gedo, die sterk geïnspireerd is door Piaget, kwam tot de conclusie dat er tijdens de ontwikkeling sprake is van meer organisatieprincipes. Deze van elkaar verschillende organisatieprincipes, door Gedo ontwikkelingsmodi genoemd, worden vanaf de geboorte achtereenvolgens ontplooid. Hierbij blijft iedere ontwikkelingsmodus als functioneringswijze van het mentale apparaat in potentie aanwezig, waarbij steeds de nieuwe modi hieraan worden toegevoegd. De overgangspunten tussen de verschillende ontwikkelingsmodi worden gevormd door het tot stand komen van essentiële psychologische structuren zoals het onderscheid van de lichaamsgrenzen, de cohesie van de Zelf-organisatie, het tot stand komen van het geweten en het vormen van een verdringingsbarrière.

Gedo beschrijft de volgende modi:

Modus 1 - Vanaf de geboorte tot de differentiatie van de lichaamsgrenzen is er de prepsychologische fase waarin de sensori-motorische organisatie op de voorgrond staat. In deze periode wordt het gedrag van het kind bepaald door een soort reflexmechanisme. Het kind reageert op signalen van de buitenwereld met een beperkt aantal automatische gedragspatronen. Het doel hiervan is om de verzorgers te laten inspelen op de basale behoeften van het kind. Een voorbeeld van dit gedrag is het reageren op de komst van moeder met een samengesteld motorisch patroon van een bepaalde gelaatsuitdrukking en het gaan kirren. Belangrijk is om op te merken dat er wel sprake is van een vorm van affect, maar dat dit niet subjectief beleefd wordt. Anders gezegd: er bestaat een keten tussen waarnemen, affect en motoriek waarbij het kind geen onderscheid kan maken tussen deze verschillende elementen. Men zou dan ook kunnen spreken van een sensori-affectief-motorische organisatie (Robbins 1989). Zien is gelijk aan voelen is gelijk aan doen. Gedo noemt dit een biologisch organisatieprincipe, gericht op het voorkomen van overstimulatie van het cerebrum ten einde desintegratie te voorkomen.

Modus 2 - In deze periode zijn er op grond van het sensori-motorische patroon allerlei los van elkaar bestaande cognitief-affectieve kernen tot stand gekomen. Deze kernen, die tot stand zijn gekomen in reactie op bepaalde ervaringen vanuit de omgeving, vormen de bouwstenen van het toekomstig gedrag zoals het zoeken naar specifieke lustvolle ervaringen. Tijdens deze ontwikkelingsmodus gaat het erom dat al deze losstaande cognitief-affectieve kernen met bijbehorende motorische patronen integreren. Deze integratie berust op het principe van organismische integratie. Dit principe weerspiegelt de geneigdheid van het centraal zenuwstelsel om ordening te creëren. En deze ordening betekent dat er integratie dient te komen van al de losstaande cognitief-affectieve kernen met de daaraan gekoppelde strevingen tot een cohesieve Zelf-organisatie.

Naast deze organismische integratie is er in de tweede helft van de tweede modus, parallel aan de ontwikkeling van de taal, een overgang van het prepsychologische naar het subjectieve, symbolische domein. Er gaan zich affect-representaties ontwikkelen. Een affect-representatie kan worden gedefinieerd als een intermediaire construct tussen reflexmatig affectief gedrag en de subjectieve beleving van een emotie (Robbins 1993a). Dit betekent dat gevoel nu zelfstandig kan worden beleefd en is losgekoppeld van de waarneming en het gedrag. Anders gezegd: het kind kan nu een gevoel over een persoon hebben.

Het kind is voor de integratie van de Zelf-organisatie afhankelijk van de verzorgers. De kenmerkende angst in deze fase is dan ook separatieangst, waarbij het gevaar dreigt van fragmentatie van de Zelf-cohesie - en dat gaat gepaard met de terugkeer naar ongecoördineerde gedragspatronen.

Modus 3 - Na de totstandkoming van de consolidatie van de Zelf-organisatie spreekt Gedo van de derde ontwikkelingsmodus. Er bestaan nu persoonlijke strevingen die zich voornamelijk manifesteren als verlangens. Deze verlangens kunnen doelbewust worden nagestreefd. Anders geformuleerd: er bestaat nu de mogelijkheid tot kiezen. Regulatie van het gedrag treedt op door het lustprincipe. Het geweten gaat zich ontwikkelen en de kenmerkende angst in deze periode is die voor ouderlijke sancties.

Modus 4 - In deze periode wordt onder invloed van het geweten de hiërarchie van strevingen verder gestabiliseerd, zodat er sprake is van een toenemende autonomie ten opzichte van de omgeving. Tijdens deze fase komt de verdringingsbarrière tot stand. Het gedrag wordt nu gereguleerd door het realiteitsprincipe. Kenmerkende angst is de gewetensangst.

Modus 5 - In de laatste ontwikkelingsmodus worden de innerlijke strevingen optimaal op elkaar en op de omgeving afgestemd. Frustraties kunnen worden verdragen en er is ruimte voor creativiteit.

Relatie tussen ontwikkelingsmodus, psychopathologie en therapeutisch referentiekader

Het model van Gedo beschrijft de normale ontwikkeling, maar elke ontwikkelingsmodus is ook te relateren aan een bepaalde vorm van psychopathologie (Gedo 1979, 1988, 1993). Tevens kan elke modus worden gerelateerd aan een therapeutisch referentiekader.

Bij *modus 1* is het organisatieprincipe de regulering van de spanning door middel van de sensori-motorische organisatie van het cerebrum. Psychopathologie kan optreden bij overstimulatie, zoals bij een acute traumatische situatie of psychotische desintegratie. De leidende therapeutische interventie is pacificatie, dat wil zeggen: het begrenzen van de hoeveelheid prikkels ten einde de spanningsregulatie te herstellen.

Bij *modus 2* staat de organismische integratie centraal van de door ervaring tot stand gekomen cognitief-affectieve patronen tot een cohesieve Zelf-organisatie. Psychopathologie kan optreden bij fragmentatie van de cohesieve Zelf-organisatie, zoals men dat aantreft bij de borderline-patiënt. De

bijpassende therapeutische techniek is het faciliteren van de reïntegratie om zo tot unificatie van de persoonlijkheid te komen.

Modus 3 wordt bepaald door het lustprincipe met als psychopathologie de narcistische stoornissen. De therapeutische techniek richt zich op bewerking van de narcistische illusies door middel van non-traumatische ofte wel optimale desillusionering.

Bij *modus 4* levert het realiteitsprincipe de organisatiewijze van de persoonlijkheid. Psychopathologie uit zich hierbij in neurotische stoornissen. Bij de therapeutische techniek staat bewerking van de onbewuste conflicten door middel van interpretatie centraal.

Modus 5 wordt bepaald door de modus van creativiteit en het volwassen functioneren.

De borderline-stoornis binnen het model van Gedo

Het gaat hierbij met name om *low-level*-borderline-patiënten die binnen het borderline-concept van Gunderson e.a. (1975, 1981) vallen: daarbij staan impulsdoorbraken en kortdurende psychotische episoden centraal. Vooral Robbins (1983, 1989, 1993a, 1993b) geweest heeft zich beziggehouden met de plaats van dit type borderline-patiënt binnen het model van Gedo. Hij plaatst deze borderline-patiënten globaal in de tweede ontwikkelingsmodus. In het begin van deze fase bestaat er nog steeds het sensori-motorische organisatieprincipe en ontbreken er affect-representaties. Tevens is het de fase waar onder invloed van de taalontwikkeling de overgang plaatsvindt van biologische, prepsychologische strevingen naar symbolische, subjectieve strevingen. De biologische strevingen zijn vooral gericht op spanningsregulatie, de symbolische verlangens vooral op lustbevrediging. Kenmerkend is verder dat er nog geen cohesieve Zelf-organisatie bestaat, maar los van elkaar staande cognitief-affectieve kernen met bijbehorende motorische patronen. Aan de hand van deze conceptformatie maakt Robbins de psychopathologie van de borderline-patiënt inzichtelijk.

Door het sensori-motorische organisatieprincipe blijft het affect bij de borderline-patiënt sterk stimulus-afhankelijk. Voor de borderline is zien gelijk aan voelen en leidt dit tot een actie. Hierbij wordt de patiënt vaak overweldigd door dysforie en woede. Door het ontbreken van affect-representaties is de patiënt niet in staat te reflecteren op zijn gevoelens; hij heeft er geen woorden voor. Dit betekent ook dat de patiënt zijn gevoelens niet onder controle kan krijgen. Door het ontbreken van het symbolische, subjectieve niveau in de persoonlijkheid kent hij geen emotioneel geladen symbolische werkelijkheid. Hij kan niet vertellen *over* wat hij voelt en ervaart. Voor hem heeft alleen betekenis wat zich afspeelt op concreet gedragsniveau. De werkelijkheid wordt geconstrueerd aan de hand van gedragskenmerken. Abstractere betekenissen die niet direct gekoppeld zijn aan gedrag, zoals interpretaties door de therapeut, vallen buiten het gezichtsveld van de borderline-patiënt.

Door de keten van waarneming, voelen en doen bestaat er voor de patiënt ook geen keuze in zijn gedrag. Voor hem is het globale gevoel dat hij heeft - een gevoel dat het best kan worden aangeduid als een intense dysforie - de enige reactie die mogelijk is op de buitenwereld. Dit betekent ook dat voor de patiënt de oorzaak van zijn pijnlijke gevoel in de buitenwereld ligt. De reactie van de borderline-patiënt hierop is het aanvallen en controleren van het externe object. De borderline-patiënt verdraagt daarbij geen persoonlijk gerichte aandacht van de therapeut, aangezien deze aandacht leidt tot overstimulatie - en daarop reageert hij weer met een ongecoördineerde, aversieve reactie.

Ordering van therapeutische referentiekaders

Op basis van het werk van Gedo (1979, 1988) en Robbins (1983, 1989, 1993a) kan de relatie worden beschreven tussen vorengenoemde conceptualisatie van de psychopathologie van de borderline-patiënt en de ordening van de te hanteren theoretische referentiekaders (zie ook Hummelen 1992). Hierbij worden de toegepaste therapeutische principes gecorreleerd aan de ontwikkelingsmodi van Gedo. Deze therapeutische principes zijn eveneens epigenitisch gerangschikt, dat wil zeggen dat eerdere technieken niet geheel verdwijnen, maar dat latere technieken aan het therapeutisch repertoire worden toegevoegd op geleide van het bereiken van rijpere ontwikkelingsmodi. Na bespreking van deze therapeutische principes zal worden ingegaan hoe deze vertaald zijn in een concreet behandelprogramma voor borderline-patiënten.

a. het eerste therapeutische principe bestaat uit het zorg dragen voor spanningsregulatie door het beperken van de hoeveelheid prikkels ten einde overstimulatie en daarmee desintegratie te voorkomen.

b. Wanneer een adequaat prikkelniveau tot stand is gebracht, komt vervolgens de therapeutische focus te liggen bij het de patiënt leren onderkennen van de steeds optredende sensori-affectieve-motorische patronen. Zo wordt getracht de losstaande cognitief-affectieve kernen te integreren tot een cohesieve Zelf-organisatie. Het gaat erom dat de patiënt leert te herkennen hoe hij steeds op bepaalde situaties reageert met vastliggende gevoels- en gedragspatronen. Bijvoorbeeld: welke situaties leiden tot een gevoel van dysforie, dat vervolgens weer leidt tot automutilatie. Door de patiënt te helpen zijn gevoelens te benoemen en van elkaar te differentiëren, wordt de ontwikkeling gestimuleerd naar het tot stand komen van affect-representaties. Of anders gezegd: wordt aangemoedigd dat de patiënt het niveau bereikt waarbij gevoelens niet meer stimulusafhankelijk zijn. Het bij deze fase passende therapeutische referentiekader is dat van de cognitieve gedragstherapie.

c. Met het tot stand komen van een cohesieve Zelf-organisatie komt ook de narcistische problematiek meer in beeld. Het tekort aan zelfgevoel wordt gecompenseerd door lustvolle grootheidsfantasieën. De therapeutische benadering is die van tactvolle realiteitsconfrontatie. De patiënt wordt geconfronteerd met de consequenties van het meer in de realiteit willen gaan functioneren: dat hij voor een deel zijn grootheidsfantasieën zal moeten opgeven.

d. Met het tot stand komen van affect-representaties kan de patiënt nu ook conflicten tussen bepaalde gevoelens gaan beleven. In deze fase wordt het kenmerkende conflict van de separatie-individuatiefase als therapeutische focus genomen. Het gaat hierbij om de tegenstelling tussen symbiotische verlangens en het streven naar autonomie. Het therapeutische referentiekader berust op het drift-conflictmodel en de afweer wordt bewerkt door interpretaties te geven.

e. Na de ontwikkeling naar meer autonomie ligt de therapeutische focus op het gaan functioneren conform het realiteitsprincipe. Er wordt gestreefd naar resocialisatie, waarbij de therapeutische technieken vooral ontleend zijn aan het ego-psychologische referentiekader.

Focaal-psychotherapeutisch gefaseerd behandelprogramma

Op basis van de hiervoor beschreven ordening van therapeutische principes is vormgegeven aan een klinische behandelsetting voor borderline-patiënten. Het betreft de afdeling Venne 3, die in september 1991 werd opgezet en deel uitmaakt van het Psychiatrisch Centrum De Wellen te Apeldoorn. De afdeling biedt plaats aan 24 patiënten, onderverdeeld in drie therapiegroepen van acht. In twee van de groepen wordt het hier gepresenteerde model gehanteerd (zie voor een uitgebreidere beschrijving van deze afdeling met illustraties van de concrete werkwijze Hummelen 1994). De inrichting van het leefmilieu is in grote lijnen afgeleid van de principes van een sociotherapeutische gemeenschap. Dit houdt in dat het leven in een therapiegroep en in de leefgroep van de 24 patiënten een belangrijke plaats inneemt. In deze setting voltrekt zich een behandelprogramma dat wordt gekenmerkt door een gefixeerde opnameduur van 19 maanden. Daarbinnen wordt de psychopathologie benaderd aan de

hand van een zevental fasen, elk met een vaste tijdsduur. Op grond van eerdere ervaringen met de klinische behandeling van borderline-patiënten is bij de start van de afdeling voorlopig gekozen voor een behandelingstermijn van 19 maanden.

Deze fasen zijn:

1. Wat is mijn probleem? (2 maanden)
2. Aan welk deel van mijn probleem wil ik werken? (2 maanden)
3. Welke prijs moet ik betalen om mijn probleem op te lossen? (2 maanden)
4. Wil ik werkelijk veranderen? (4 maanden)
5. Hoe wil ik nu anders met mensen omgaan? (3 maanden)
6. Wat moet ik in mijn leefwereld actief veranderen? (3 maanden)
7. Ontslagfase. Hoe geef ik mijn afscheidnemen van de afdeling vorm? (3 maanden)

De patiënt krijgt tijdens de intakefase dit behandelprogramma op schrift mee, waarop ook de volgende toelichting staat.

‘De behandeling biedt u een programma waarbij u een tweetal kernproblemen waarvan u het meeste last heeft, bijvoorbeeld moeilijkheden met sociale contacten, kunt doorwerken. Het is dus niet mogelijk alle problemen waar u last van heeft op te lossen. Maar de twee problemen die u in overleg met de staf uitkiest worden door middel van een aantal fasen in de behandeling wel fundamenteel aangepakt. Hierdoor wordt het mogelijk anders in het leven te gaan staan zonder dat alle problemen hoeven te zijn opgelost.’

Er zal nu worden beschreven hoe de vorengenoemde ordening van therapeutische principes in de behandelopzet is verwerkt.

Het eerstgenoemde principe was dat van spanningsregulatie. Dit is vormgegeven door in het behandel aanbod te streven naar zo veel mogelijk overzichtelijkheid en structuur. De patiënt weet in principe langs welke fasen de behandeling verloopt en kent op de dag van opname zijn ontslagdatum. Een andere belangrijke therapeutische benadering om overstimulatie te voorkomen behelst dat in deze behandelopzet de werkrelatie van de patiënt primair wordt gedefinieerd in relatie tot het fasenprogramma. Anders gezegd: de nadruk ligt er steeds op hoe de patiënt omgaat met de actuele fase waarin hij verkeert. Veel minder aandacht wordt geschonken aan de relatie tussen patiënt en behandelaars. Het therapeutisch vehiculum is primair de werkrelatie met de daarbij behorende doelstellingen en afspraken, en niet de overdrachtsrelatie. De groepspsychotherapie is primair de plaats waar de patiënt zijn problematiek bespreekt binnen het kader van de actuele fase. De patiënt levert één week voor het aflopen van de fase schriftelijk zijn visie in. Binnen het team wordt dit deze geherformuleerd aan de hand van zowel de inbreng van de patiënt als aan de binnen het team aanwezige kijk op de kern van de problematiek. Als richtsnoer voor deze herformulering geldt dat de patiënt zo veel mogelijk ‘aanspreekbaar’ dient te blijven in de verdere behandeling van zijn problemen. In deze gehele procedure wordt steeds getracht de problematiek van de patiënt zo veel mogelijk in een werkrelatie met het behandelprogramma te brengen. Er wordt aldus actief gestreefd naar het indammen van overdrachtsrelaties. Hierbij hoort ook dat er geen individuele psychotherapie wordt gegeven vóór de vierde fase van het behandelprogramma. Deze benadering is congruent aan het

reeds genoemde feit dat persoonlijk gerichte aandacht bij de borderline-patiënt snel leidt tot overstimulatie. Het spanningsniveau wordt verder gereguleerd doordat het afdelingsklimaat functioneert als een 'holding environment', waarbij er sprake is van 'containment' van intense affecten. Tevens kunnen psychofarmaca, met name neuroleptica, dienstig zijn bij het beperken van het spanningsniveau.

De tweede therapeutische invalshoek betreft het cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader. In met name de eerste twee fasen staat deze benadering expliciet centraal. In *fase 1* ('Wat is mijn probleem?') wordt met de patiënt in kaart gebracht hoe de keten tussen waarneming van de situatie, affect en reactie steeds weer verloopt. Getracht wordt woorden te geven aan zijn innerlijke belevingen en de manier waarop deze het gedrag bepalen. Telkens opnieuw blijkt dat een pas opgenomen borderline-patiënt in wezen totaal niet weet wat zijn probleem is. Hij constateert slechts dat hij op alle fronten in zijn leven vastloopt. De patiënt is vrijwel uitsluitend bezig te trachten de consequenties van zijn disfunctioneren aan te pakken, maar kan niet stilstaan bij de vraag hoe dit disfunctioneren steeds verloopt.

In *fase 2* ('Aan welk deel van mijn probleem wil ik werken?') gaat het om het leren ordening aan te brengen in de chaos van problemen. Het slechts twee problemen kunnen kiezen, dwingt de patiënt onderscheid en ordening in zijn chaotisch functioneren aan te brengen. Vooral het leren differentiëren in zijn affect-huishouding is hierbij van belang. De cognitief-gedragstherapeutische benadering reflecteert ook in de wijze waarop het gehele fasenprogramma wordt gehanteerd. Het leidende principe tijdens de behandeling is dat alle therapeutische interventies geordend worden aan de hand van de fase waarin een patiënt zich bevindt. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt in fase 1 als een probleem gaat onderkennen dat hij steeds bij andere mensen afwijzing afdwingt en dat wil veranderen, wordt hierop door de behandelaars gereageerd met de opmerking dat hij zich nog niet hoeft bezig te houden met de vraag hoe hij anders met mensen wil omgaan, aangezien dat pas in fase 5 aan de orde komt en hij nu juist de ruimte heeft goed na te gaan hoe dit gedragspatroon in elkaar zit. De patiënt wordt op deze wijze steeds weer geconfronteerd met de fase waarin zijn behandeling zich bevindt. Problemen die niet met de actuele fase samenhangen kunnen wel door de patiënt worden verwoord, maar er wordt in de regel door de behandelaars niet op ingegaan. In eerste instantie geeft dit een verhoging van het angstniveau, maar al vrij snel gaat de patiënt dit als een opluchting ervaren: de wereld wordt als het ware overzichtelijker en daardoor ook minder beangstigend. Na verloop van tijd ziet men dat de patiënt zich gaat identificeren met het behandelprogramma. Hij begint dan zelf te zeggen: 'Dit hoort eigenlijk niet thuis in de fase waar ik nu in zit.' Vaak is dat een mijlpaal in de behandeling: de patiënt heeft zich losgemaakt van het sensori-motorische patroon en impulsen kunnen nu worden uitgesteld. Anders geformuleerd: door de identificatie met de werkrelatie is er een structurele verandering in het Ego tot stand gekomen.

In *fase 3* staat de vraag centraal welke prijs de patiënt moet betalen om zijn problemen op te lossen. In deze fase wordt expliciet aandacht gegeven aan de affectbeleving van met name angstgevoelens. De doelstelling van deze fase is de angst cognitief te structureren doordat de patiënt leert onderkennen dat zijn angst samenhangt met bepaalde situaties. Dit is eveneens conform het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader. Tegelijkertijd speelt echter in deze fase het therapeutische principe van optimale desillusionering van narcistische fantasieën. De patiënt wordt geconfronteerd met de realiteit dat hij, wil hij veranderen, bepaalde veilige en ook lustgevend fantasieën moet opgeven. In feite is dit aspect reeds voorbereid in de intakefase door expliciet te benoemen dat niet alle problemen kunnen worden opgelost. Op deze wijze wordt er een cognitief kader klaargelegd waarmee later, met name in de derde fase, narcistische fantasieën kunnen worden bewerkt.

In fase 4 gaat het om de vraag: 'Wil ik werkelijk veranderen?' Deze fase, waarvoor de langste tijdsduur (4 maanden) staat, fungeert als scharnier in het gehele behandelprogramma. De eerste drie fasen zijn erop gericht de ontwikkeling op gang te brengen van een gefragmenteerde cognitief-affectieve beleving naar het gaan integreren tot een cohesieve Zelf-organisatie. Pas wanneer de patiënt zichzelf kan gaan ervaren als een samenhangende persoon die over de tijd heen een zekere continuïteit kent, kan hij een keuze maken in zijn leven. De keuze die de patiënt in deze fase wordt voorgelegd is of hij zich al dan niet wil separeren. Werkelijke verandering vereist altijd een toename van de autonomie en deze is slechts te bereiken wanneer de patiënt, althans voor een deel, afstand wil doen van zijn afhankelijkheidsbehoeften. Met het conceptualiseren van het separatieproces als een conflict tussen afhankelijkheids- en autonomiestrevingen wordt ook duidelijk dat er in deze fase wordt gewerkt vanuit het klassieke drift-conflictmodel. Het accent verschuift dan ook van cognitief-gedragstherapeutische technieken naar methoden die ontleend zijn aan het neurosemodel, met name het doen van interpretaties.

De opzet van deze fase is de patiënt in contact te brengen met zijn altijd aanwezige wens om zich behalve *wel* ook juist *niet* te separeren. In deze fase wordt de patiënt dan ook duidelijk dat zijn wens om werkelijk te veranderen slechts de halve waarheid is. Het eerste deel van deze fase is erop gericht de patiënt bewust te maken van zijn afhankelijkheidsbehoeften, waarbij het geven van interpretaties centraal staat. Als bijvoorbeeld de patiënt in deze fase automutileert, wordt daarop niet meer zozeer cognitief-gedragstherapeutisch ingegaan ten einde het sensori-motorische patroon te verhelderen, maar wordt er geduid dat het effect van automutileren eruit bestaat dat groepsleden bezorgd worden en dat deze zorg erg bevredigend kan zijn voor de patiënt. Bij het bewust maken van de afhankelijkheidsbehoeften ligt het accent dus op het bewerken van de afweer door middel van interpretaties. Pas wanneer beide polen van afhankelijkheidsbehoeften en autonomiestrevingen bewust zijn gemaakt, kan er een rouwproces op gang komen, waarbij de wens naar volledige bevrediging van afhankelijkheidsbehoeften wordt opgegeven. De doorwerking van dit type conflict vereist een voortdurende en pijnlijke alternatie tussen deze twee polen (Kris 1984, 1988). Hierdoor kan er geleidelijk een proces op gang komen waarbij de afhankelijkheidsstrevingen een andere, op hoger niveau staande, bevrediging kunnen krijgen. Hierdoor kan de binding aan de primaire objecten worden losgelaten. Dit proces heeft parallellen met het doorwerken van de verlatingsdepressie zoals beschreven door Masterson (1981).

In fase 5 en 6 gaat het om de doorwerking van de structurele verandering in de persoonlijkheidsstructuur naar concrete gedragsveranderingen. Hierbij staat adaptatie aan de realiteit centraal. Vanuit het ego-psychologische referentiekader staat het aanleren van adequate sociale vaardigheden en *coping*-mechanismen op de voorgrond.

In fase 7 gaat het om een herhaalde doorwerking van het separatieproces, nu in relatie tot de secundaire objecten van therapiegroep en afdeling.

Het model van Gedo als diagnosticum

In dit artikel staat centraal hoe, uitgaande van de diagnose 'low level borderline persoonlijkheidsstoornis' met Gedo's model de sequentie van therapeutische principes kan worden geordend. Het model heeft echter ook waarde als diagnosticum bij met name persoonlijkheidsstoornissen. In het diagnostisch proces staat dan de vraag centraal op welk niveau een patiënt qua ontwikkelingsmodus functioneert. Aan de hand van vragen als 'Is de patiënt in staat om gevoelens als entiteit te beleven?' (affect-representatie) en 'Wordt het gedrag interactioneel bepaald of bestaat het uit vastliggende stimulusafhankelijke patronen?' (sensori-motorische patroon), kan de patiënt binnen het model worden geplaatst. Het wordt dan bijvoorbeeld mogelijk een narcistische persoonlijkheidsstoornis (modus 3) te differentiëren van een narcistische stoornis met een

onderliggende borderline-structuur (naast modus 3 ook modus 2). Naarmate het functioneren van de patiënt binnen een vroegere ontwikkelingsmodus wordt geplaatst, verschuift het therapeutisch referentiekader van werkend vanuit het neurosemodel met centraal staan van interpretaties naar cognitief-gedragstherapeutische technieken.

Gedo's model geeft zo ook een handvat voor de behandeling van patiënten met een posttraumatische stress-stoornis als gevolg van seksueel misbruik, waarbij er tevens sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Onze ervaring is dat een specifiek op het seksueel misbruik gerichte behandeling pas zinvol is wanneer het niveau is bereikt waarbij affect-representaties tot ontwikkeling zijn gekomen. Wanneer dat nog niet het geval is, levert zo'n behandeling slechts een overdaad van stimuli op die via het sensori-motorische patroon leiden tot regressie en desintegratie. In een dergelijke situatie dient eerst de sensori-affectieve-motorische keten te worden bewerkt vanuit het cognitief-gedragstherapeutische kader. Na deze therapeutische fase kan dan worden overgegaan tot een specifiekere traumabehandeling gecentreerd rond bewerking van de afweermechanismen en herbeleving.

Literatuur

Gedo, J., en A. Goldberg (1973), *Models of the mind*,

University of Chicago Press, Chicago.

Gedo, J. (1979), *Beyond interpretation*, International Universities Press, New York.

Gedo, J. (1988), *The Mind in disorder*, Analytic Press, Hillsdale, N.J.

Gedo, J. (1993), The hierarchical model of mental functioning: sources and applications. In: A. Wilson en J. Gedo (eds.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis*, Guilford Press, New York.

Gunderson, J.G., en M.T. Singer (1975), Defining borderline patients: an overview. *American Journal of psychiatry*, 132, p. 1-10.

Gunderson, J.G., J.E. Kolb en V. Austin (1981), The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, p. 896-903.

Hummelen, J.W. (1992), Het cognitieve organisatieniveau van de borderline patiënt. Implicaties voor de psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 18, p. 59-69.

Hummelen, J.W. (1994), Een focaal-psychotherapeutisch gefaseerd behandelprogramma voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. In: J.J.L. Derksen en H. Groen (red.), *Handboek voor de behandeling van borderline patiënten*. De Tijdstroom, Utrecht.

Kernberg, O.F. (1975), *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, New York.

Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders. Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press, New Haven.

Kris, A.O. (1984), The conflict of ambivalence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, p. 213-34.

Kris, A.O. (1988), Some clinical applications of the distinction between divergent and convergent conflicts. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, p. 431-41.

Masterson, J. (1981), *The narcissistic and borderline disorders. An integrated developmental approach*. Brunner/Mazel, New York.

Robbins, M. (1983), Toward a new model for the primitive personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 64, p. 127-48.

Robbins, M. (1989), Primitive personality organization as an inter-personally adaptive modification of cognition and affect. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, p. 443-59.

Robbins, M. (1993a), Disturbances of affect representation in primitive personalities, In: A. Wilson en J. Gedo (eds.) *Hierarchical concepts in psychoanalysis*. Guilford Press, New York.

Robbins, M. (1993b), The psychopathological spectrum and the hierarchical model. In: A. Wilson en J. Gedo (eds.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis*. Guilford Press, New York.

Summary: Application of Gedo's metamodel in the treatment of borderline patients

Gedo describes in his psychoanalytic metamodel how each developmental stage requires its own theoretical model and therapeutic modality. These therapeutic modalities have to be taken into account in the treatment of borderline patients.

This article describes as an example of such a sequential approach a psychotherapeutic treatment program.

It also describes how Gedo's model can be of use as a diagnostic (and therapeutic) framework especially in the differentiation of personality disorders.

Dit artikel is een bewerking van een voordracht, gehouden op het 22e Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Lunteren, 21 april 1994.

J.W. Hummelen, psychiater, is als A-opleider verbonden aan het P.C. De Wellen te Apeldoorn. Correspondentieadres: Postbus 9028, 7300 EL Apeldoorn.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 15-09-1994.