

OBJECT - RELATIE - THEORIE

Kernberg: Wat is de relevantie van de object-relatie-theorie voor de sociale psychiatrie

Inleiding

Kernberg, who the hell is Kernberg. En wat heeft die Amerikaan Nederlandse hulpverleners in hemelsnaam te leren?

Laat ik eens beginnen met een opsomming van bezwaren, die we zouden kunnen inbrengen vanwege de beperkingen van zijn theorieën ten aanzien van ons dagelijks werk. Mijn intentie bij dit stuk is het verstrekken van relevante achtergrondinformatie over de door Kernberg gepropageerde object-relatie-theorie. Ik wil proberen het een en ander zo praktisch en pragmatisch mogelijk te houden. Het eerste nadeel van de artikelen en boeken van Kernberg is, dat hij ingewikkeld schrijft, op een bijna wiskundige manier. Aan de andere kant kan hij soms verbluffend simpel en helder uitleggen, zoals ik tijdens zijn meest recente workshop in Zon & Schild (1996) meemaakte. Een tweede bezwaar tegen Kernberg is de vraag wat een psychoanalyticus begrijpt van sociale psychiatrie. Een analyticus streeft nu eenmaal het liefst naar 'reconstructie' van de persoonlijkheid. En in de sociale psychiatrie zijn hulpverleners al blij als hun cliënten op hun afspraken komen! Een derde bezwaar wordt gevormd door het grote verschil tussen de Amerikaanse geestelijke gezondheidszorg en de Nederlandse situatie. De meeste Amerikanen moeten hun therapie zelf bekostigen. Uitzonderingen worden vaak gemaakt voor zwaar gesubsidieerde research instituten. Hetgeen natuurlijk zowel de motivatie van de cliënten beïnvloedt als de onderzoeksresultaten.

Tot zover de redenen niet verder te lezen.

Een klein theoretisch overzicht is hier op zijn plaats. Freud heeft bij zijn ontwikkeling van de psychoanalytische techniek verschillende denkmodellen geconstrueerd, die in de loop van de tijd door diverse theorie-bedenkers op hun

Douwe Bouma

Douwe is psychiater en werkt bij de Riagg Stad Utrecht, afdeling Acute en Sociale Psychiatrie.

eigen manier verder zijn ontwikkeld. Een en ander heeft geleid tot een aantal scholen binnen de psychoanalyse, die soms op voet van oorlog met elkaar stonden. Daar zal ik het hier niet verder over hebben. Ik zal wel kort bij enkele van de meest basale concepten stilstaan.

Het driftmodel

Het driftmodel is ongetwijfeld onmiddellijk bekend terrein, de belangrijkste 'bestanddelen' zijn Ego, Id alias Es en Superego. Het Id vuurt onophoudelijk impulsieve wensen af, die gericht zijn op onbeperkt lustbevrediging. Tijdens zijn ontwikkeling leert het Ego, dat er ook nadelen kleven aan altijd maar toegeven aan die wensen: met name angst voor straf functioneert als een krachtige rem. Op grond van ervaringen, die idealiter enigszins consistent

zijn, ontstaat er een soort geweten, het Superego, dat het Ego te hulp komt. Dit trio van Ego, Id en Superego zorgt ervoor, dat de betreffende persoon gaat lijden aan ambivalenties en schuldgevoelens: *'Ik heb zin in een koekje, maar ik pak het niet, want dat mag niet van Mama'*. Of: *'Ik heb zin in een koekje en ik pak het toch - maar het smaakt niet, want o wee als Mama er achter komt!'*

Indien tijdens de vroege kindertijd driftbevrediging teveel angst oproept ontstaat een neurotisch conflict. De overmaat aan angstgevoelens moet worden 'weggemaakt' met behulp van - onbewuste- afweermechanismen, zoals: verdringing, regressie, projectie, isolatie van het effect, overdekken door het tegendeel.

Het driftmodel richt zich vooral op het intrapsychisch beleven en neigt ook in zijn behandeling ertoe de buitenwereld zoveel mogelijk buiten beschouwing te laten. De therapeutische realiteit, zeker die van niet-analytische therapieën, heeft echter geleerd, dat veel patiënten niet zozeer lijden aan neurotische conflicten, maar last hebben van tekortkomingen, deficiënties, van hun persoonlijkheidsstructuur. Bij 'neuroten' is die structuur globaal wel intact, niet deficiënt. Deze twee onvolkomenheden in het driftmodel, namelijk het buiten beschouwing laten van de objectieve werkelijkheid en het zoeken naar conflicten in plaats van deficiënties, hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de object-relatie-theorie.

De object -relatie-theorie

Ik citeer De Wolf (1996): Onder 'object-relatie' wordt verstaan de innerlijke representatie van de relatie met een ander object c.q. persoon.

Datgene wat verinnerlijkt wordt is geen pure replica van wat buiten in de externe realiteit aanwezig is. Het innerlijke beeld is 'libidineus bezet', wat zoveel betekent als: er is een affectieve herinnering aan vast gekoppeld. Het is dus een interpretatie van de 'objectieve externe realiteit'.

In het begin van de ontwikkeling zijn de innerlijke beelden nog afwezig en lopen binnen-en buitenwereld door elkaar heen. Daarmee zijn aanvankelijk ook de delen van de representaties van zelf en de objecten nog diffuus.

Geleidelijk ontstaat er een zekere constantheid van de innerlijke beelden: het begin van de 'object-constancy'. Dat houdt in, dat een object c.q. persoon zowel slechte als goede kanten heeft, terwijl het nog steeds dezelfde persoon blijft.

Met andere woorden: een persoon is niet op het ene moment 'all good' en op het andere moment 'all bad'.

Ik heb het hier natuurlijk over het afweermechanisme 'splitting'. Voor de opbouw van object-constantie is een adequate moeder-kind-relatie noodzakelijk: het eveneens beroemde begrip 'holding'.

Indien er deficiënties in de persoonlijkheids-structuur zijn, kan de eventuele therapeut als een nieuw, reëel object, corrigerende emotionele ervaringen aanbieden.

Hiermee kan de patiënt proberen een betere vorm van autonomie te ontwikkelen.

De therapie tegen werkende angst is in dit geval niet zozeer angst voor straf, maar een veel primitievere, heftiger angst voor vernietiging door, dan wel fusie met de therapeut.

Op dit referentiekader kom ik zo dadelijk nog terug. Eerst zal ik ingaan op het derde theoretisch model.

De zelfpsychologie

Bij de zelfpsychologie draait de theorie om het zelf-gevoel. Ook hierbij gaat het niet om intrapsychische conflicten maar om tekorten. Bij 'zelfgevoel' denk je al bijna automatisch aan 'narcisme'. Opnieuw citeer ik De Wolf (1996): De leidende gedachte is, dat om te komen tot een veerkrachtig intern gereguleerd zelfgevoel, de behoefte aan spiegeling en idealisering van het kleine kind in voldoende mate bevredigd moet zijn.

Als voorbeeld van behoefte aan spiegeling noemt De Wolf. *'Ik ben groot en jij moet dat bevestigen'*. Idealisering is dan: *'Jij bent groot en omdat ik bij jou hoor ben ik ook groot'*.

Als bovengenoemde behoeften onvoldoende aan bod zijn gekomen zal het Zelf kwetsbaar blijven en afhankelijk zijn van externe 'voeding'. Voor de behandeling betekent dat de behandelaar zich moet laten gebruiken als hulp-zelfobject van de patiënt; hij is dan een narcistisch verlengstuk. Oneerbiedig: het 'oppoetsen' van het narcistisch zelfbeeld van de patiënt.

Een belangrijk tegenstander van Kernberg is Heinz Kohut, een bekend theoreticus van de zelfpsychologie. Hoewel ik heb beloofd om niet in te gaan op de roddels binnen de psychoanalytische wereld is het volgende misschien toch wel interessant. De strijd tussen de heren Kernberg en Kohut betreft vooral de behandeling van narcistische patiënten. Deze groep patiënten wordt bij Kernberg ingedeeld in de door hem gedefinieerde Borderline Persoonlijkheden Organisatie. Ik kom daar straks op terug.

Meer verzoenende theoretici hebben overigens aannemelijk gemaakt, dat Kernberg en Kohut verschillende uitersten van het 'narcistisch spectrum'

beschrijven.

De narcisten van Kernberg zijn van het opvallende soort: de exhibitionistische, arrogante macho's: *'Kijk eens hoe geweldig ik ben'*. *'Ze hebben een zender maar geen ontvanger'*, zegt Gabbard (1989).

De Kohut'se variant is wat ik de 'stiekeme' narcist noem. Ze zijn zo extreem gevoelig voor (vermeende) kritiek van anderen. Bij ieder spoortje kritiek trekken ze zich onmiddellijk terug in hun innerlijke grandioze fantasiewereld.

Van beide typen is op grond van de beschrijving al te voorspellen, dat ze zich niet vaak zullen aanmelden voor behandeling - tenzij onder druk van externe factoren of personen.

De borderline persoonlijkheidsorganisatie

Het begrip Borderline Persoonlijkheden Stoornis (BPS) volgens de DSM is ongetwijfeld bekend. Inmiddels beschikken we over de vierde editie.

Wat is nu het verschil tussen een Borderline Stoornis en een Borderline Organisatie?

De DSM is ontwikkeld als een descriptief, dat wil zeggen beschrijvend 'systeem', bedoeld om verschillende soorten hulpverleners eenduidig met elkaar te laten communiceren. Het is bovendien ontworpen op basis van consensus, dus alle 'scholen' moesten zich erin kunnen vinden. Zoveel eisen stellen impliceert automatisch, dat er ook beperkingen moeten zijn. En die zijn er dan ook volop.

Ik zal kort zijn met mijn samenvattend oordeel: De DSM beschrijft een patiënt uitsluitend van de buitenkant. Net zoals de As I de ziektebeelden symptomatisch beschrijft, behandelt de As II de persoonlijkheidsstoornissen

volgens direct aan de buitenkant waarneembare symptomen of gedragingen. En dat is niet een erg geschikte manier om patiënten te beschrijven. Zeker niet als je ook een verband wilt leggen met aan te bieden therapiemogelijkheden.

Ik leg er graag de nadruk op, dat de DSM niet bedoeld is om te diagnosticeren, maar om te classificeren. Dat wil zeggen: de juiste patiënten in de juiste hokjes stoppen. Je kunt het vergelijken met het typeren van een muziekstuk naar de toonsoort. Als je zegt, dat Beethoven een bepaald stuk heeft geschreven in F grote terts, weet je nog steeds niet hoe het klinkt. Laat staan of het mooi is.

Ik ben me bewust, dat ik het een en ander aanzienlijk vereenvoudigd voorstel.

Een psychodynamische diagnose heeft in tegenstelling tot, of beter, in aanvulling op een classificatie tot doel om een patiënt als persoon te typeren. De structurele diagnostiek, zoals Kernberg die heeft ontwikkeld, onderscheidt drie niveaus van persoonlijkheidsorganisatie: de neurotische, de borderline en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Hij sluit daarbij aan op het oorspronkelijk borderline begrip, namelijk het grensgebied tussen psychose en neurose. Het gaat om een onderliggende, onbewuste structuur. In de praktijk betekent dit, dat deze structuur van belang wordt in tijden van stress. Zonder stress kan ook een patiënt met een zwakke persoonlijkheidsorganisatie een adequate aanpassing van de realiteit hebben en dus zonder symptomen functioneren. Denk aan de schizofrene patiënt, met een psychotische

persoonlijkheidsstructuur, die onder stabiele omstandigheden niet psychotisch is en betaald werk heeft. Maar bij toenemende spanningen of 'life events' wordt er een beroep gedaan op het fundament van zijn persoonlijkheid.

Kernberg beschouwt een drietal bouwstenen als kenmerkend voor de kwaliteit van het fundament van de persoonlijkheid: identiteit, afweer en realiteitstoetsing.

Ik zal deze begrippen achtereenvolgens toelichten (zie het schema achter dit artikel). Ik citeer nogmaals De Wolf. Onder 'identiteit' wordt verstaan het vermogen om zichzelf en belangrijke andere mensen op een geïntegreerde en emotioneel betekenisvolle wijze waar te nemen en te beschrijven.

Iemand met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie is daartoe in staat. Als iemand daartoe niet in staat is, is er sprake van identiteitsdiffusie. Dat geldt voor een patiënt met een borderline persoonlijkheidsorganisatie. De beelden, die dergelijke patiënten van zichzelf hebben, zijn tegenstrijdig en hun gedrag inconsistent. Het verschil met neurotische patiënten is, dat een borderline-patiënt in eerste instantie zich niet bewust is van de tegenstrijdigheden. Als ze er mee geconfronteerd worden kunnen ze het echter wel herkennen. Ik zal straks nog iets meer zeggen over de techniek van het confronteren. Een psychoticus kan tegenstrijdigheden sowieso niet onderkennen; voor hem kunnen tegenstrijdige aspecten naast elkaar bestaan. Een paar voorbeelden. Een schizofrene patiënt kan overtuigd zijn van het waanidee, dat hij Napoleon zelf is, terwijl hij als computer-fanaat zich bezighoudt met internet.

Een borderline ervaart zichzelf op het

ene moment als perfecte moeder, beter dan alle andere vrouwen. Op het andere moment vindt ze zichzelf waardeloos en wil zich suïcideren. Een neurotische patiënt kan zichzelf ook heel wisselend waarderen, maar kan zich daarvan ook bewust zijn.

Over het begrip afweermechanisme zijn boeken vol geschreven. Ik zal me beperken tot een paar kernbegrippen. Ten eerste: Het doel ofwel nut van de afweermechanismen is gelegen in het beschermen van het Ik tegen te hoog oplopende angstgevoelens of zelfs desintegratie onder invloed van onverdraaglijke gedachten of impulsen. Ik heb daar al iets over gezegd bij de bespreking van het driftmodel. Tijdens de normale ontwikkeling tot min of meer gezonde, 'neuroten' krijgt het Ik de beschikking over steeds meer afweermechanismen. Vandaar, dat er onderscheid wordt gemaakt tussen zogeheten 'vroeg' en 'late' ofwel 'primitieve' en 'rijpe' afweervormen. Zoals al te verwachten is, ligt het accent bij de borderline-patiënt op de vroeg afweervormen. De meest in het oog springende zijn wel: splitting, in het Nederlands vaak 'splitsen', en projectieve identificatie. Kernberg noemt ook rekening met primitieve idealisering, met de tegenhanger devaluatie en seksualisering.

Een kleine uitleg bij projectieve identificatie is hier op z'n plaats. Het afweermechanisme projectie is natuurlijk bekend: het waarnemen van een bepaalde eigenschap of gedrag bij een ander, wat eigenlijk bij jezelf hoort, maar wat je jezelf -onbewust- niet toestaat. Bijvoorbeeld: Je komt thuis na een dag vol gesprekken met lastige borderline--patiënten. Je partner is druk met de

voorbereiding van het avondeten en wil nog even in de pan roeren, voordat hij of zij je omhelst. Je zegt dan: "*Wat ben jij chagrijnig!*"

Het afweermechanisme projectieve identificatie is aanzienlijk gecompliceerder, maar tegelijkertijd voor hulpverleners erg belangrijk om te onderkennen. Het gaat ongeveer als volgt:

Een borderline-patiënt projecteert een ongewenst gevoel op de hulpverlener, bijvoorbeeld boosheid. Let wel, het gaat om een afweermechanisme, dus het gebeurt onbewust! Vervolgens identificeert de hulpverlener zich met dat geprojecteerde gevoel.

Hij is dan -ook weer onbewust- geneigd om boos te reageren op het verhaal of het gedrag van de patiënt. Hetgeen voor de patiënt op haar beurt reden is om zich afgewezen te voelen, zoals dat al zo vaak is gebeurd in haar leven. Omdat de identificatie met de geprojecteerde boosheid in principe onbewust verloopt, is dit een zeer moeilijk proces om te hanteren voor de therapeut. De kunst, of misschien wel de kunde, is om te leren onderkennen als je boos wordt, terwijl je eigenlijk niet boos bent. Dat is uiteraard veel makkelijker gezegd dan gedaan. Vaak mag je al blij zijn als je na afloop van zo'n contact een onbestemd gevoel hebt, dat er 'iets' met je is gebeurd tijdens het gesprek. Dat is meestal een eerste en soms de enige aanwijzing, dat er sprake is (geweest) van projectieve identificatie.

Idealiseren en devalueren als afweermechanisme van de patiënt zijn over het algemeen wat gemakkelijker te herkennen.

Idealiseren komt geregeld voor bij het begin van een behandeling of begelei

ding van een borderline-patiënt: de patiënt heeft -en geeft- het gevoel nog nooit zo goed begrepen te zijn. Heel vaak kan dit gevoel op een onverwacht moment omslaan in devaluatie, terwijl de hulpverlener toch dezelfde persoon gebleven bent. Als dit fenomeen zich voordoet, moet de therapeut zich afvragen of hij de patiënt hiermee moet confronteren. Ik kom daarop terug bij de therapie.

Eerst wil ik kort het derde referentiepunt van de BPO noemen: de realiteitstoetsing. Die is intact bij zowel 'neuroot' en 'borderline' en gestoord bij de 'psychoot'. Een kleine kanttekening is, dat onder stress de realiteitstoetsing van de borderline-patiënt kortdurend tekort kan schieten: de zogeheten micropsychosen.

Met het door hemzelf ontwikkeld structureel interview probeert Kernberg zicht te krijgen op het niveau van functioneren op de drie bovengenoemde gebieden: identiteit, afweermechanismen en reality testing. Daarmee probeert hij de patiënt te classificeren als psychotisch, borderline of neurotisch, omdat dat consequenties heeft voor het behandelaanbod. Aan het begin van het structureel interview vraagt de therapeut of de patiënt een korte samenvatting kan geven van de geschiedenis van zijn problemen en zijn verwachtingen van de therapie. De manier van reageren op een dergelijke 'open' vraag geeft onmiddellijk uitgebreide informatie over de eerder genoemde items, die selectief kunnen worden uitgediept. Hoewel het structureel interview een belangrijk hulpmiddel is bij de structurele diagnostiek zal ik er hier niet verder op ingaan.

Therapie

Voor een adequate behandeling is een adequaat behandeldoel nodig, bestaande uit een diagnose en een hulpvraag.

Het voordeel van een gedetailleerd inzicht in het theoretisch referentiekader van Kernberg is, dat na het stellen van de diagnose bijna automatisch duidelijk wordt hoe de behandeling van borderline-patiënten er bij voorkeur uitziet.

De kern van de theorie van Kernberg draait om het afweermechanisme 'splitting', dat in allerlei gedaanten voorkomt, doordat patiënten met een borderline persoonlijkheidsorganisatie andere mensen (maar ook zichzelf) niet als een geheel hebben leren waarnemen.

De behandeling is er dus op gericht om daarin verandering te brengen, zodat de patiënt ambivalenties kan gaan herkennen en verdragen. De belangrijkste technische vaardigheden, die een rol spelen zijn opnieuw af te leiden uit het beschreven model.

Als het gaat over therapie op psychoanalytische grondslag, denken we bijna automatisch aan inzichtgevende psychotherapie. De laatste tijd zijn ook de meeste analytici ervan doordrongen, dat er sprake is van een continuüm tussen inzichtgevende en steunende therapie. Bij patiënten met 'vroege stoornissen' zoals de borderline persoonlijkheidsstructuur is de klassieke psychoanalyse meestal niet geschikt vanwege de noodzaak van voldoende angst- en frustratie-tolerantie en impulscontrole. Een aantal steunend-structurerende maatregelen is vaak wenselijk. Ook Kernberg heeft geleidelijk zijn

techniek aangepast aan een cliënten-populatie met veel ageergedrag.

Van belang zijn allereerst de zwaarwegende contra-indicaties voor iedere vorm van ambulante (psycho)therapie. Kernberg beschouwt als contra-indicatie: op de voorgrond staande antisociale tendensen, chronisch liegen en hardnekkig niet op afspraken komen, misbruik van middelen. Daarnaast moet ook een lange voorgeschiedenis met 'negatieve therapeutische reacties' en agressief automutilerend gedrag de therapeut doen bezinnen alvorens te beginnen. Want een onjuist geïndiceerde of uitgevoerde behandeling kan ook tot verslechtering leiden.

Kernberg sluit tegenwoordig tijdens de intakefase een behandelcontract met zijn patiënt, waarin onder meer de vorm van de therapie wordt vastgelegd.

Bovendien moet van tevoren worden besproken wat er moet of kan gebeuren in geval van bepaald destructief gedrag van de patiënt. Bijvoorbeeld in geval van automutilatie, suicidaliteit of gewelddadig gedrag.

Maar ook gedrag, dat de voortgang van de therapie in gevaar kan brengen.

Daarnaast, niet onbelangrijk, bevat het contract een intentieverklaring van de patiënt in de vorm van de expliciete wens tot verandering. Het opstellen van het contract is een zeer belangrijk deel van de behandeling geworden.

Wat betreft het ageren wil ik er andermaal op wijzen, dat acting out van oorsprong een afweermechanisme is, dus onbewust verloopt. In de loop van de tijd is de benaming uitageren in zwang geraakt bij het benoemen van allerlei ongewenst gedrag. Net zoals het woord 'borderline' bij hulpverleners, 'onbewust' is verworpen tot scheldwoord

voor moeilijke of vervelende patiënten. Met uitageren wordt bedoeld het gedrag, dat een patiënt vertoont om een bepaalde emotie te vermijden, dus buiten het bewustzijn te houden.

Als uitageren voorkomt binnen het kader van de therapie is het absoluut noodzakelijk voor de hulpverlener om grenzen te stellen: het begrip 'limit setting'. Heel belangrijk daarbij is de toon en de houding van de hulpverlener. En dat heeft alles te maken met projectie en projectieve identificatie van de kant van de patiënt. Voor je het weet ben je inderdaad precies de ouder (let wel: niet 'net als', maar je bent op dat moment voor de patiënt de ouder), die de patiënt op een autoritaire, of soms zelfs sadistische manier terechtwijst.

Het actief in de therapie bespreekbaar maken van ageergedrag is derhalve een belangrijk aspect van de techniek.

Een tweede punt is de noodzaak om de negatieve overdracht aan te pakken. In principe geldt dat ook voor de idealiserende overdracht, omdat die gemakkelijk in devaluatie kan omslaan. De achtergrond voor deze regel is vergelijkbaar met die ten aanzien van acting out: de kans is groot dat bij voortduren de patiënt de therapie beëindigt of afbreekt. Met negatieve overdracht bedoel ik de door de patiënt waargenomen, maar niet reële tekortkomingen in het gedrag van de therapeut. Let wel: hierbij moet de hulpverlener enigszins bekend zijn met zijn eigen tekortkomingen en daar ook mee kunnen omgaan.

Als de patiënt vroeger te weinig aandacht heeft gekregen en in de therapie boos wordt op de therapeut, omdat die tien minuten te laat is, zal de therapeut zich eerst moeten afvragen of 'te laat komen' een probleemgebied van hemzelf is. Zo ja, dan mag hij daaraan

niet voorbijgaan als hij de kritiek van de patiënt in verband wil brengen met haar verleden.

Het classificeren, punt drie, wordt door Kernberg gedefinieerd als het op cognitief niveau (dus niet op emotioneel niveau) met een begripsvolle houding (dus niet kritisch) doorvragen ter verduidelijking van vaagheden. Daarmee moet duidelijk worden voor patiënt én therapeut hoe bepaalde gedragingen of bepaalde gebeurtenissen zijn verlopen.

Confronteren wordt door Kernberg beschreven als het met een neutrale onderzoek-houding aan de patiënt voorleggen van tegenstrijdigheden of inconsistenties in zijn verhaal. De reacties van de patiënt leveren belangrijke informatie. Bijvoorbeeld: De eerder genoemde patiënt, die zichzelf beschouwt als Napoleon, wordt angstig als je hem erop zou wijzen, dat Napoleon en internet elkaar nooit hebben kunnen ontmoeten. Een 'neuroot', die eerst zijn partner als 'lief' beschrijft en even later heftige kritiek formuleert, is in staat om een invoelbare toelichting te geven, waarbij hij tevens met nieuwe informatie komt. Een borderline-patiënt zit hier tussen in, maar is in principe in staat ervan te leren, zeker als het mogelijk is om verbindingen te leggen met andere situaties.

Tot slot is er nog de psychoanalytische techniek van de duiding, waarbij de

therapeut een verband legt tussen het onbewuste, afgeweerde gevoel en het onderhavige conflict. In de sociale psychiatrie zal de behandelaar daar vaak niet aan toe komen.

Samenvatting

Het concept Borderline Persoonlijkheden Organisatie, zoals dat is ontwikkeld door de Amerikaanse psychoanalyticus Kernberg, past binnen de object-relatie-theorie.

Kernberg heeft dit model toepasbaar gemaakt voor patiënten met vroege, pre-oedipale ontwikkelingsstoornissen. Dit theoretisch model kan van grote steun zijn bij de patiënten populatie in de sociale psychiatrie. Ook als er geen sprake is van een psychotherapeutisch contact, biedt het model veel handvatten om overdracht te helpen hanteren, zodat ook een begeleidend contact therapeutische momenten kan krijgen. Daarbij zijn twee aspecten essentieel: een goede, heldere uitgangspositie met een duidelijk beeld van de kernproblemen en een zorgvuldig, met de patiënt overeengekomen behandelingsplan. Daarbij moet dan ook ruimte zijn voor super- of intervisie, want juist door de vroegkinderlijke oorsprong van de borderline-problematiek doen de patiënten een bijzonder krachtig appel op ons als hulpverlener en als mens. Als je dat voor ogen kunt houden kan ieder contact met een borderline-patiënt een uitdaging betekenen.

Literatuur

Akhtar S. (1995). *Quest for Answers. A Primer of Understanding and Treating Severe Personality Disorders*. Northvale: Jason Aronson.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: APA.

Gabbard G. O. (1989) : Two Subtypes of Narcissistic Personality Disorder. Bulletin of the Menninger Clinic, 53, 527-532.

Kernberg O.F. (1984). Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven: Yale University Press.

Kernberg O.F., Selzer M.A., Koenigsberg H.W., Carr A.C., Appelbaum A.M. (1989) Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York : Basic Books.
Russell G.A. (1985) : Narcissism and the

narcissistic personality disorder. A comparison of the theories of Kernberg and Kohut. British Journal of Medical Psychology, 58, 137-148.

Wiersma E. (1997). Kernberg over borderline. Een interview. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1, 19-32.

Wolf M.H.M. de (1996). Psychoanalytische behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen. Amersfoort: Zon & Schild.

De Borderline Persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg omvat:

DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen cluster B.

- Borderline persoonlijkheidsstoornis
- Theatrale persoonlijkheidsstoornis
- Narcistische persoonlijkheidsstoornis
- Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Tevens:

- 'As if' persoonlijkheid
- Hypomane persoonlijkheid

Belangrijke aspecten van de therapie bij BPO volgens Kernberg:

- Neutrale grondhouding
- Classificeren
- Behandelcontract
- 'Limit setting'
- Confronteren
- Duiden (indien mogelijk)
- Corrigerende emotionele ervaringen

Structurele Persoonlijkheidsorganisatie volgens Kernberg (1984):

	Reality Testing	Afweer	Identiteit
Neurotische niveau	intact	rijp	geïntegreerd
Bordeline niveau	intact	primitief	diffuus
Psychotisch niveau	gestoord	primitief	onsamenhangend