

Ontwikkelingsniveauspecifieke Therapeutische Interventies

Bron: Abraham, R.E. (1997). Het ontwikkelingsprofiel. Een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid. H7: 85-102.

Elk ontwikkelingsniveau representeert een unieke belevingswereld, met specifieke sociale attitudes, objectrelaties, zelfbeelden, normen, behoeften, cognities en probleemoplossende strategieën. De therapeutische methoden die gebruikt worden, dienen aan te sluiten bij het te beïnvloeden gedrag. Dit hoofdstuk beschrijft het doel van behandeling op de verscheidene ontwikkelingsniveaus, en ter illustratie een aantal therapeutische interventies, die benut kunnen worden om de daarbij horende gedragspatronen te beïnvloeden. Hierbij worden vier categorieën van therapeutische interventies onderscheiden: Extern Structureren, indirect en direct en Intern Structureren, direct en indirect. Tevens wordt speciale aandacht geschonken aan de niveau-specifieke kenmerken van de therapeutische relatie: het invoegen, het betrekken en de tegenoverdracht.

Therapeutische Interventies:

Extern Structureren - indirect.

Bij extern structureren wordt het gedrag van buitenaf gestuurd. Dit is noodzakelijk, omdat onzeker is of en zo ja hoe lang de patiënt bereid of in staat is therapeutische richtlijnen te volgen. Bij indirecte externe structurering wordt niet de patiënt, maar zijn omgeving beïnvloed. Dat gebeurt bijvoorbeeld door te bevorderen dat zijn omgeving de patiënt niet meer, maar ook niet minder eisen stelt dan overeenkomt met zijn mogelijkheden. Ook preventieve activiteiten waarbij voorkomen wordt dat de patiënt in situaties komt die een grote belasting vormen, of die disadaptief gedrag in de hand werken, behoren tot deze categorie.

Extern Structureren - direct.

Interventies van dit type zijn: grenzen stellen, bijsturen en sociaal invoegen. Bij grenzen stellen wordt aangegeven welk gedrag onvereenigbaar is met het samenwerken in het kader van de handeling en/of van het functioneren in maatschappelijk verband, en hoe met grensoverschrijdend gedrag zal worden omgegaan. Bijsturing heeft in principe het karakter van het materieel of immaterieel belonen van gewenst- en bestraffen van ongewenst gedrag. Sociaal invoegen beoogt het vinden van werk, opleiding en eventueel ook relaties die het beste aansluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.

Intern Structureren - direct

Intern structureren beoogt verandering in de sturing van het gedrag van binnen uit. Direct gebeurt dit door interventies die de verandering van het habituele denken, voelen of handelen van de patiënt ten doel hebben. Interventies van dit type zijn bijvoorbeeld: zelf- symbolisatie en object- symbolisatie, het verbinden van afgesplitste belevingen, gedragsmodificatie en psycho-educatie. Bij zelf- en object-symbolisatie worden patiënten die de voorstelling van zichzelf of van anderen moeilijk kunnen vasthouden, hierbij geholpen door het verbaal of beeldend vastleggen van relevante kenmerken van zichzelf of van anderen. Dit gebeurt in de vorm van briefjes, foto's of tekeningen; bij voorkeur in een vorm die gemakkelijk kan worden meegenomen om te allen tijde beschikbaar te zijn. Het verbinden van afgesplitste belevingsinhouden komt tot stand door hierop te anticiperen, en door het vastleggen van belevingen, zodat later, als het allemaal anders lijkt te zijn, datgene wat geweest is minder makkelijk kan worden uitgewist. Bij gedragsmodificatie wordt de patiënt geleerd zijn destructieve, disadaptieve reacties te vervangen door constructieve strategieën en als dat onvoldoende lukt, zijn disadaptieve reacties beter te beheersen en zo nodig te compenseren. Bij psycho-educatie wordt de patiënt een verklaring voor zijn gedrag geboden, die dit begrijpelijk en daardoor beter hanteerbaar maakt.

Intern Structureren - indirect.

Indirecte interne structurering beoogt verandering van attitudes middels zelfreflectie waardoor de vaak onbewuste beweegredenen duidelijk worden.

Invoegen in de therapeutische relatie.

Invoegen geschiedt door de patiënt duidelijk te maken dat hij begrepen wordt, dat de therapeut 'op dezelfde golflengte zit of 'met hem meeloopt' in zijn belevingswereld. Dit doorbreekt het isolement waarin de patiënt meestal verkeerd.

Betrekken in de therapeutische relatie.

Betrekken geschiedt door het aanbieden van een interactiepatroon dat in overeenstemming is met de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Dit impliceert dat het defect of conflict waardoor de patiënt disfunctioneert, zich direct of indirect ook in de therapeutische relatie manifesteert, en daarin al doende bewerkt en zo mogelijk opgelost kan worden. Lukt het 'invoegen en 'betrekken' dan voelt de patiënt zich begrepen en vindt hij een manier om aan het werk te gaan.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie

Essentieel is dat de therapeut de regie van het therapeutische gebeuren in handen heeft en niet opgaat in het spel van de patiënt. Daartoe moet hij kunnen omgaan met alles wat in een relatie mis kan gaan, met idealisering, met devaluatie en vooral met onmacht. Want persoonlijkheidsstoornissen zijn aandoeningen, die ook met de meest adequate behandeling, en een grote persoonlijke inzet van de therapeut vaak slechts in zeer beperkte mate of helemaal niet te beïnvloeden zijn. Het accepteren van de beperkte mogelijkheden voor 'cure' en niet zelden ook de beperkte mogelijkheden voor een adequate 'care' impliceert geen therapeutisch nihilisme. De therapeut moet ervan overtuigd zijn dat het nuttig en belangrijk is om te doen wat mogelijk is. Om dit te kunnen doen moet hij zijn grenzen kennen en accepteren. Merkwaardigerwijs hebben psychotherapeuten hier meer moeite mee dan hun somatische collega's. Mogelijk heeft dit te maken met de collectieve norm in onze cultuur waarin de ernst van psychisch ziek zijn, als dit niet gepaard gaat met apert 'waanzinnig' gedrag, wordt ontkend.

Beïnvloeding van gedragspatronen op het niveau van Structuurloosheid (00)

Stabilisatie is het doel van de behandeling van gedragspatronen op dit niveau. Als regel zoeken patiënten die grotendeels op het niveau van Structuurloosheid functioneren behandeling, omdat hun toch al labiel evenwicht is verstoord. Het voornaamste doel van de behandeling is herstel, handhaving en waar mogelijk versterking van de voorafgaande status quo.

Wanneer patiënten grotendeels op dit niveau functioneren en geen hogere adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24'), zal stabilisatie door directieve maatregelen verwezenlijkt moeten worden. Zulke patiënten hebben gelijk wanneer ze zeggen dat 'inzicht' geen nut voor hen heeft. Ze zijn niet in staat om van deze informatie gebruik te maken, en behoeven andere maatregelen om hun lijden te verlichten. Patiënten die grotendeels op het niveau van Structuurloosheid functioneren, maar die ook adaptieve patronen hebben ontwikkeld, zijn vaak in staat om een confrontatie met hun gebreken aan te gaan, en na een eerste rouwfase deze gebreken te accepteren.

Het zal duidelijk zijn dat de eerste groep patiënten langdurige en vaak intensieve behandeling nodig heeft omdat ze onderhevig blijven aan externe invloeden. Voor de tweede groep zal de duur van de behandeling korter kunnen zijn, als het lukt de compenserende functies te herstellen. Het lijkt paradoxaal dat een patiënt in staat is om te rouwen over zijn eigen structurele gebreken, omdat rouwen structuur vereist. De patiënt wordt heen en weer geslingerd tussen de

ervaring van pijn en het reflecteren op wat het verlies voor hem betekent. Patiënten die patronen van het niveau van Structuurloosheid vertonen, maar die ook beschikken over hogere adaptieve patronen, functioneren inderdaad op zulk een tegenstrijdige manier. Ze zijn in staat om te rouwen over wat ze niet kunnen begrijpen, hetgeen tot een afname van hun disadaptief gedrag leidt.

Extern Structureren (indirect) door beïnvloeding van de omgeving.

De beïnvloeding van de omgeving beoogt het voorkomen van gebeurtenissen, die tot disadaptief gedrag leiden. Bij patiënten die door oninvoerbaar gedrag onbereikbaar zijn, moet worden nagegaan in hoeverre zij deze autistische bescherming (Mahler 1974) nodig hebben als stimulusbarrière om desintegratie te voorkomen. Bij patiënten die inderdaad onvoldoende in staat zijn zich ten opzichte van hun omgeving af te grenzen kan arousalreductie door terughoudendheid van hun omgeving met betrekking tot het uiten van emoties belangrijke symptomatische verbetering opleveren. Bij deze patiënten is het betrekken van het systeem, voor zover aanwezig, essentieel voor het welslagen van de behandeling. Bij patiënten die zich gemakkelijk laten 'meenemen', is het belangrijk er voor te zorgen dat zij in 'goed gezelschap' zijn, zowel thuis als op het werk, en vooral tijdens vrijetijdsactiviteiten. Ook is het belangrijk om frustratie te vermijden, omdat dit onaangepast plezier-zoekend gedrag bevordert. Zo kan het nodig zijn om er voor te zorgen dat de patiënt niet al zijn geld in één keer uitgeeft, omdat hij dan later in staat is letterlijk alles te doen om zijn behoeften te bevredigen. Omdat het onmogelijk is alles te voorzien, is begeleiding door betrouwbare sleutelfiguren uit de onmiddellijke omgeving van de patiënt, die in staat zijn om in een vroegtijdige fase onaangepast gedrag te onderkennen en hier mee om te gaan, belangrijk. Ook hulp van leeftijdgenoten en zelf-hulp groepen blijken effectief te zijn. Dergelijke interventies zijn met name van belang bij pre-reflectief gedrag, omdat de patiënt hierbij de consequenties van zijn gedrag niet overziet, of er in elk geval geen rekening mee houdt.

Extern Structureren (direct) - grenzen stellen.

Op dit niveau zijn dit als regel maatregelen als farmacotherapie of hospitalisering.

Extern Structureren (direct) - bijsturen.

Bijsturing geschiedt door het onmiddellijk belonen van wenselijk, en de onmiddellijke bestrafing van ongewenst gedrag. Dit kan inhouden dat de patiënt niet per week of per maand voor zijn werk wordt betaald, maar per dag of zelfs per activiteit. Het niet nakomen van verplichtingen wordt onmiddellijk gestraft door intrekking van voorrechten of het opleggen van boetes. Pre reflectief, impulsief gedrag kan echter niet of slechts in beperkte mate door dit soort interventies worden beïnvloed.

Extern structureren (direct) - sociaal invoegen.

Bepaalde lacunes in het psychosociaal functioneren kunnen functioneel zijn voor het vervullen van bepaalde maatschappelijke functies. Eenmansposten, nachtwerk of thuiswerk bijvoorbeeld kunnen mensen die geen contacten kunnen aangaan of deze als bedreigend ervaren, de mogelijkheid bieden om toch productief te zijn.

Intern Structureren (direct) - zelf-symbolisatie.

Het zich geen organische eenheid voelen kan bestreden worden door cognitieve herstructurering. Een manier om dit te doen is het opstellen van een lijst met kenmerken die de patiënt als karakteristiek voor zichzelf ziet. In een bepaald geval was het resultaat een foto van de patiënt waarop deze een grote vis had gevangen, met op de achterkant de tekst: 'Ik ben een man. Ik ben zesentwintig jaar oud. Ik heb de lagere school afgemaakt. Ik hou van vissen, lezen en lopen. Ik ben nu werkeloos, maar ik ga op zoek naar werk. Het maakt niet uit wat voor werk.' Het structureren van de

belevingswereld van de patiënt kan ook bevorderd worden door te schrijven over die wereld, bijvoorbeeld in een dagboek.

Intern Structureren (direct) - object-symbolisatie.

Wanneer er onvoldoende object-constantie aanwezig is, betekent elke onderbreking van de behandeling het totaal verdwijnen van de therapeut. In de ogen van de patiënt komt de therapeut die op vakantie is, nooit meer terug en heeft deze eigenlijk nooit bestaan. Anders dan bij de behandeling van patiënten met stoornissen op hogere ontwikkelingsniveaus, zal de therapeut deze patiënt vertellen waar hij met vakantie naar toe gaat, of zijn terugkomst markeren door de patiënt een briefje te geven met de datum van de volgende afspraak. Patiënten die in een kliniek verblijven en die het moeilijk vinden om tijdens weekendverlof de voorstelling van de kliniek als een bestaande realiteit vast te houden, kan worden geadviseerd om een voorwerp bij zich te dragen dat voor hen de kliniek representeert, de kliniek te bellen, of als ze niet al te ver van de kliniek wonen, langs te komen om vast te stellen dat de kliniek er nog staat.

Intern structureren (direct) - psycho-educatie.

Hierbij wordt de patiënt feitelijke informatie geboden over wat er aan de hand is, hoe hij zich gedraagt en zo mogelijk waarom hij dit doet. De verwerking van het moeten leven met een handicap is vaak moeilijk en kan gepaard gaan met depressie en suïcidaliteit. Klinische begeleiding van de patiënt in de fasen van ontkenning, protest en machteloosheid kan dan nodig zijn.

Invoegen in de therapeutische relatie - het respecteren van realiteitsvervalsing.

Een belangrijk kenmerk van Loochening, Waanachtige Ideeën en Hypochondrische Ideatie is dat dit pre-operationele cognitieve structuren zijn. Dat betekent dat de patiënt per definitie niet in staat is om ten aanzien van deze ervaringen een reflectieve attitude aan te nemen en dat deze dus niet openstaan voor discussie. De therapeut moet de manier waarop de patiënt zijn werkelijkheid ziet accepteren, ook al beschouwt hij deze als onjuist. Een geschikte reactie kan zijn: 'Ik begrijp dat U dit op deze manier ziet/ervaart'.

Invoegen in de therapeutische relatie - het begrijpen van lichaamstaal.

De manifestatie van psychische problemen in lichamelijke klachten dient geaccepteerd en als zodanig behandeld te worden. Dit betekent dat de interventies tot doel hebben lichamelijke symptomen als 'een gevoel van druk in het hoofd', 'maagkrampen' en 'rugpijn' te beïnvloeden. De psychologische betekenis van de symptomen en de interventies gericht op de afname van de onderliggende problemen worden hierbij, in elk geval in eerste instantie, niet besproken.

Betrekken in de therapeutische relatie - therapie op kritische afstand.

De therapeut die in staat is de desintegratie-angst van de patiënt te onderkennen en adequate maatregelen te nemen ter vermindering hiervan, biedt niet alleen directe hulp, maar geeft tevens een voorbeeld waarin hij duidelijk maakt dat bestrijding van deze existentiële dreiging mogelijk is. In het contact met deze patiënten is het belangrijk om zich bewust te zijn van het gevaar van fusieangst, het gevoel jezelf in een contact te verliezen, op te lossen, of te verdwijnen. Een 'warme' therapeut activeert deze fusie-angst en wordt dan als een bedreiging ervaren (Adler, 1985). De therapeut moet ervan verzekerd zijn dat het niveau van intimiteit niet uitgaat boven wat de patiënt aankan. De juiste afstand kan worden bepaald door de patiënt letterlijk toe te staan om de afstand tussen zichzelf en de therapeut te bepalen. In geval van extreme angst kan een grenslijn worden getrokken door aan weerszijden van een tafel te gaan zitten. Het is ook mogelijk om de angst voor contact in de therapie te reduceren door de afspraken kort te houden.

Patiënten in de kliniek, die de contacten als extreem bedreigend ervaren, voelen zich vaak veiliger wanneer ze de therapeut in de eetzaal of in een gang ontmoeten. In tegenstelling tot de gebruikelijke

gang van zaken, moet de therapeut terughoudend zijn in het uiten van zijn begrip voor de patiënt, omdat dit geïnterpreteerd kan worden als een binnendringen in diens belevingswereld. Wanneer de therapeut de patiënt feedback wil geven, is het dan ook van belang om duidelijk te maken hoe deze feedback tot stand kwam: 'Ik begrijp uit wat U me heeft verteld dat'. Als de patiënt in de war lijkt te zijn over wat de therapeut zegt en wat hij zelf denkt, kan het nuttig zijn de bijdrage van de beide partijen expliciet te maken: 'U zegt dit. Nu geef ik daar antwoord op' of 'Nu zeg ik dat ...'.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie - het omgaan met onbereikbaarheid.

Voor de therapeut kan het moeilijk zijn om te accepteren dat sommige mensen letterlijk in een andere wereld leven, en daarin niet te bereiken of zelfs niet te begrijpen zijn. Irreële therapeutische doelen, het meer willen dan mogelijk is, leiden onherroepelijk tot machteloosheid en het als onbehandelbaar afstoten van de patiënt, of tot 'burn-out' van de therapeut.

Beïnvloeding van gedragspatronen op het niveau van Fragmentatie (10)

Integratie is het doel van de behandeling dat op dit niveau wordt nagestreefd. Het gedrag van deze patiënten wordt gekarakteriseerd door onvoorspelbare veranderingen, die vaak grote schade kunnen toebrengen aan de patiënt en aan degenen die met hem in contact staan. Bovendien staat dit gedrag niet open voor discussie. De patiënt wil of kan de betekenis of de functie van zijn gedrag niet onderkennen. Het voornaamste doel van de behandeling is integratie, het bij elkaar brengen van de van elkaar geïsoleerde ervaringen. Maar voordat dit gedaan kan worden, moet de therapeut erop toezien dat de patiënt niet zijn eigen ergste vijand wordt, en in chaos ten onder gaat (Vaillant 1992). Niet alleen de patiënt moet overleven, maar ook de therapeut en, indien mogelijk, de therapie. Dit is gemakkelijker gezegd dan gedaan, omdat we te maken hebben met patiënten die geen afspraken kunnen nakomen, adviezen vaak niet opvolgen en die niet zelden de therapie als oorzaak van hun problemen aanmerken.

Voor patiënten die grotendeels op het niveau van Fragmentatie functioneren en die geen adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24b), is opnieuw het herstellen, handhaven en, indien mogelijk, versterken van de status quo het voornaamste doel van de behandeling. Het vermogen om een referentiekader te creëren voor de eigen wisselvalligheid voorkomt niet alleen een escalatie van de problemen, maar is op zich een belangrijke structurele verworvenheid.

Wanneer patiënten die grotendeels op het niveau van Fragmentatie functioneren, ook adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24C), is het mogelijk om een therapeutisch verbond te sluiten met het gezonde deel van de patiënt, om zijn problemen te begrijpen, en te zoeken naar minder disadaptieve gedragsalternatieven. Over de mogelijkheid om daadwerkelijk een proces op gang te brengen, waarin de betekenis en de oorsprong van gedragspatronen op het fragmentatieniveau ontdekt worden, zijn de meningen verdeeld. Patiënten met een borderline-persoonlijksorganisatie kunnen met reconstructieve psychotherapie behandeld worden. Maar het is onduidelijk of dit ook mogelijk is voor de meer ernstige gevallen (Waldinger, 1987).

Extern Structureren (direct) - grenzen stellen.

Als het gedrag van de patiënt behandeling onmogelijk maakt, kan de therapeut niet gewoon doorgaan. Hij zal moeten eisen dat de patiënt zijn gedrag verandert en wanneer hij dat niet doet, zal hij de behandeling moeten onderbreken. Wanneer de patiënt niet in staat is om controle over zichzelf uit te oefenen, zal hij moeten meewerken aan het nemen van stappen om schadelijk gedrag te voorkomen of tenminste te reduceren. Het weigeren van behandeling zolang de patiënt niet doet wat hij kan, maakt een hervatting onder betere condities mogelijk. Dat is minder schadelijk dan het voortzetten van een behandeling, die geen uitzicht op verbetering biedt. Het stellen van grenzen wordt door de patiënt vaak als verlating of bestraffing ervaren. Om deze reden is het belangrijk om

aan de patiënt duidelijk te maken dat zijn gedrag niet getolereerd kan worden omdat het schade toebrengt aan hemzelf of aan anderen. 'Ik bewijs U geen dienst als ik alleen maar zou blijven kijken hoe U uw eigen ruiten ingooit.' De therapeut die grenzen stelt, moet dit op een begrijpelijke, sympathieke en respectvolle manier doen. 'Ik begrijp dat U zich zo boos en machteloos voelt dat u alles kapot wilt maken, maar laten we kijken of we geen andere oplossing kunnen vinden.' Het is het destructieve gedrag dat niet geaccepteerd kan worden, niet de patiënt zelf.

Extern Structureren (direct) - bijsturen.

In overleg met en met instemming van de patiënt kunnen belonende- en bestraffende- afspraken in het behandelplan worden opgenomen. Maar pre-reflectief gedrag als ageren, reageert niet goed op deze strategie.

Extern Structureren (direct) - sociaal invoegen.

Het doel van sociaal invoegen is het creëren van een sociale context, die een kader biedt voor de veranderlijkheid van de patiënt. In onze maatschappij zijn er vele banen beschikbaar met een grote afwisseling van contacten, taken en werkplaatsen. Afhankelijk van zijn specifieke geschiktheden, kan de patiënt overwegen om stands te bouwen op beurzen, of om te werken als vertegenwoordiger of reisgids. Het kan ook belangrijk zijn om voor de patiënt minder disadaptieve vormen van sensatie zoeken te vinden, bijvoorbeeld door het autoracen op openbare wegen te vervangen door lessen parachutespringen.

Intern Structureren (direct) - het verbinden van afgesplitste belevingen.

'All-good' en 'all-bad' -ideeën worden in perspectief gezet door de correctie van negatieve- en idealiserende overdracht. Bij ongefundeerde kritiek op, of een extreem positieve waardering van de therapeut wordt onmiddellijk ingegrepen: 'Ik begrijp dat U teleurgesteld en boos bent, maar het is niet zo dat ik onverschillig ben of dat ik weiger U te helpen.' Of 'Het is goed dat deze gesprekken U goed doen. Maar we zijn nog niet klaar en we kunnen nog best flinke problemen tegenkomen'. Bij het behandelen van een patiënt die in het verleden mensen die belangrijk voor hem waren heeft afgewezen, moet bij voorbaat duidelijk gemaakt worden dat dit ook in deze therapie zal kunnen gebeuren. Gebeurt dit later inderdaad, dan heeft het feit dat het eerder besproken is een de-escalerend effect. Het vastleggen van belevingen, bijvoorbeeld in een dagboek, kan er ook toe bijdragen dat deze later minder gemakkelijk door tegengestelde ervaringen worden uitgewist.

Intern Structureren (direct) - psycho-educatie.

De therapeut kan de patiënt uitleggen dat, om verscheidene redenen, sommige mensen falen in het ontwikkelen van een consistent referentiekader. Dit kan te wijten zijn aan de omgeving die onduidelijke of tegenstrijdige informatie geeft, of aan traumatische ervaringen in het verleden. Het beeld dat deze mensen van zichzelf en van de wereld rondom hen hebben, is daarom onderhevig aan plotselinge veranderingen, wat het voor hen moeilijk maakt om te begrijpen wie ze zijn en wat er gebeurt. Deze uitleg geeft de patiënt een referentiekader voor zijn gevoelens van onzekerheid (Vaag Zelfbeeld 13). Splitsing (Vervorming 17) kan ook uitgelegd worden in termen van een gebrek aan een referentiekader, waarin goed en slecht tegen elkaar kunnen worden afgewogen. Als je niet in staat bent iemand te haten van wie je houdt, of van iemand te houden wie je haat, kun je alleen liefhebben of haten.

Intern Structureren (indirect) - zelfreflectie.

Zelfreflectie leidt tot een confrontatie met innerlijke tegenstrijdigheden en zo mogelijk met de traumatische ervaringen die hieraan ten grondslag liggen. Vaak leidt dit in eerste instantie tot toename van ageergedrag. Als dit de continuïteit van de behandeling beïnvloedt, kan het raadzaam zijn om met twee verschillende therapeuten te werken, één die de patiënt helpt om de crisis het

hoofd te bieden, en één om de achtergronden hiervan verder te exploreren. Deze therapeuten moeten zich er wel bewust van zijn dat de patiënt eventueel de ene therapeut als de 'goede' en de andere als de 'slechte' zal ervaren en hen als zodanig tegen elkaar zal uitspelen.

Invoegen in de therapeutische relatie - het begrijpen van actietaal.

Omdat hij de pre-reflectieve aard van Wisselvalligheid (11), Prikkelhonger (15) en Ageren (18) begrijpt, weet de therapeut dat praten over de betekenis van deze acties zelden zinvol is. Deze gedragingen moeten beïnvloed worden door het voorkomen van luxerende momenten, sociaal invoegen, en als dat niet lukt, grenzen stellen en bijsturen.

Betrekken in de therapeutische relatie - therapie als infrastructuur.

Zijn relatie tot belangrijke anderen is vaak de enige richtlijn die de patiënt heeft. Met andere woorden, deze interactie is tevens de infrastructuur voor zijn intrapsychisch functioneren. Het verlies van deze relatie leidt tot een verlies van de innerlijke structuur en dus tot desintegratie. Of, zoals een patiënt zei: 'Geen werkelijkheid zonder een relatie.' Dit verklaart waarom het verlaten worden voor deze patiënten desastreus is. In enkele gevallen zijn ze zelfs bereid hun partner te doden om deze maar niet te verliezen. De therapeut moet zich bewust zijn van zijn rol als 'referentiekader'. Dit betekent dat hij beschikbaar moet blijven zolang de patiënt hem als zodanig nodig heeft. Niet zelden is dat meerdere jaren. Het wordt als een wenselijke ontwikkeling beschouwd wanneer de patiënt de therapeut als een ondersteunend introject ervaart. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer de patiënt in moeilijke situaties aan de therapeut denkt en dan zijn angst voelt afnemen.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie - het omgaan met uitstoting.

Een therapeut die bereid is om alles te doen wat noodzakelijk en mogelijk is, en die het vertrouwen behoudt in zijn competentie ook als de patiënt hem 'waardeloos' en de therapie een 'totale mislukking' vindt, laat de patiënt zien dat het mogelijk is uitstoting te overleven (Winnicott 1962). Als een correctieve emotionele ervaring kan dit een bijdrage leveren aan het verbinden van afgesplitste ervaringen.

Beïnvloeding van gedragspatronen op het niveau van Egocentriciteit (20)

Contact is het primaire doel van de behandeling van gedragspatronen op dit niveau. Als regel komen deze patiënten in behandeling, omdat de buitenwereld hun wensen frustreert. Van de behandeling verlangen zij dat deze een einde maakt aan deze frustratie door verandering van de buitenwereld. Bij patiënten die in belangrijke mate volgens patronen op het niveau van Egocentriciteit functioneren en die geen adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24d), is het primaire doel van de behandeling het invoegen in de wereld van de patiënt en het binnen diens referentiekader ontwikkelen van minder disadaptieve gedragspatronen. Voor patiënten die ook op lagere niveaus functioneren gelden bovendien de aldaar geformuleerde doelen.

Bij patiënten die in belangrijke mate volgens patronen op het niveau van Egocentriciteit functioneren, maar die wel enige adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24e), behoort inzichtgevende psychotherapie tot de mogelijkheden. Deze patiënten kunnen zich bewust worden van de antisociale of narcistische aard van hun gedrag en van de verwaarlozing en exploitatie die daaraan ten grondslag ligt. Kenmerkend voor deze patiënten is dat zij zelf onder de Kilheid (29) van hun relaties lijden en zich schuldig voelen over het leed dat zij anderen berokkenen.

Extern structureren (indirect) - beïnvloeding van de omgeving.

Deze interventies hebben een preventief oogmerk en beogen het voorkomen van situaties die tot antisociaal gedrag leiden zoals het beheeren van grote sommen geld zonder veel controle, of het bekleden van machtsposities die corruptie in de hand werken.

Extern structureren (direct) - grenzen stellen en bijsturen.

Daar waar de patiënt de orde ondermijnt door zich niet aan algemeen aanvaarde normen te houden, dient hieraan paal en perk te worden gesteld, zo nodig gecombineerd met sancties. Deze sancties moeten bij voorkeur een constructief karakter hebben, zoals activiteiten die schade compenseren of het algemeen belang dienen.

Extern structureren (direct) - sociaal invoegen.

Chaotische situaties, of een destructieve machtsstrijd vergen een 'egocentrische' leider die zonder bereidheid tot compromissen onverkort vasthoudt aan zijn eigen visie. En sommige van deze patiënten beschikken inderdaad over capaciteiten die hen in staat stellen innoverend te zijn, en een eigen nieuwe wereld te scheppen.

Intern structureren (direct) - gedragsmodificatie.

Het gebrek aan respect roept bij anderen verzet en woede op die de patiënt niet kan begrijpen of accepteren, met als gevolg escalerende conflicten en het verloren gaan van contacten. Zonder de opstelling van de patiënt ter discussie te stellen kan met hem worden nagegaan hoe dergelijke situaties voorkomen kunnen worden. Een rationalisatie die de positie van de patiënt intact laat en toch enige ruimte schept om rekening te houden met de wensen van anderen, is dat sturing het meest effectief is als gebruik wordt gemaakt van beloning. De patiënt wordt gestimuleerd na te gaan op welke 'positieve prikkels' zijn omgeving het beste reageert. Patiënten die veel irritatie oproepen door het benadrukken van hun superioriteit, kan de mogelijkheid worden voorgelegd om 'incognito' door het leven te gaan, en hun superioriteit voor zichzelf te houden om anderen niet nodeloos te frustreren.

Intern structureren (indirect) - zelfreflectie.

Bij patiënten die in belangrijke mate egocentrisch functioneren, maar die ook adaptieve patronen ontwikkeld hebben, is reconstructieve psychotherapie (psychoanalyse, psychoanalytische- of 'client-centered' psychotherapie) aangewezen. Hierbij moet voortdurend in het oog worden gehouden hoeveel frustratie de patiënt kan verdragen. Alterneren tussen confronteren en spiegelen is vaak noodzakelijk. Behalve woede over de afbraak van de superioriteit kan, juist als deze benadering slaagt, woede worden verwacht over het vroeger door sleutelfiguren niet gezien, niet gerespecteerd en vaak psychologisch misbruik zijn.

Invoegen in de therapeutische relatie - het begrijpen van egocentriciteit.

De enige mogelijkheid om contact met de patiënt te maken is het aanpassen van doelen en middelen van de behandeling en vooral ook van de therapeutische relatie aan zijn wereldbeeld. Hulp krijgen betekent dat je iets niet kan en dat een ander iets kan wat jij niet kunt. Dat is in strijd met het superieur zijn en dus voor deze patiënten onaanvaardbaar. Wil de therapeut invoegen, dan moet hij zich expliciet presenteren als het verlengstuk van de patiënt. Verwijzing naar het feit dat juist wijze en machtige mensen zich door adviseurs omringen kan acceptatie van de behandeling bevorderen. Vaak wordt de therapeut op zijn beurt ook geïdealiseerd. Dat heeft niets met zijn feitelijke kwaliteiten te maken, want als persoon bestaat hij voor de patiënt niet. Hij moet zich realiseren dat hij een instrument is waaraan bijzondere kwaliteiten worden toegekend, omdat zijn eigenaar zo bijzonder is. Relativering van de eigen betekenis is tevens relativering van de betekenis van de patiënt en dus onaanvaardbaar.

Betrekken in de therapeutische relatie - therapie als zelfspiegeling.

De superioriteit van de patiënt wordt als een gegeven geaccepteerd en gerespecteerd (Kohut 1968, Kohut en Wolff 1978). Waar mogelijk wordt het unieke en bijzondere van zijn gedrag bevestigd. Deze

attitude komt overeen met hetgeen bij het omgaan met waanachtige ideeën is beschreven. De realiteit zoals de patiënt deze ervaart wordt niet ter discussie gesteld, wat niet betekent dat de therapeut deze als juist erkent.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie - omgaan met ontmenselijking.

Niet iedere therapeut kan het verdragen als een instrument te worden behandeld. Met name therapeuten met narcistische trekken hebben hier grote moeite mee (Kernberg 1974). Nog moeilijker is het om zonder enig respect als waardeloos afgedankt te worden, als succes uitblijft. Ook hier is de beste en soms de enige dienst die de therapeut de patiënt kan bewijzen, gelegen in het behouden van zijn gevoel van eigenwaarde, zonder de patiënt te devalueren of af te wijzen.

Beïnvloeding van gedragspatronen op het niveau van Symbiose (30)

Separatie is het doel van de behandeling bij patiënten die in belangrijke mate op dit niveau functioneren. Het centrale thema is het onvermogen van de patiënt om te functioneren zonder 'emotionele voeding' in de vorm van aandacht, betrokkenheid of genegenheid vanuit de omgeving. Fysiek is de patiënt 'afgenaveld'. Psychologisch is hij dat niet. Paradoxaal kunnen deze patiënten vaak actief en 'zelfstandig' optreden, zolang zij zich voldoende gesteund voelen. Hun gedrag is vergelijkbaar met die van een peuter die enthousiast in de zandbak bezig is en opeens in paniek raakt als blijkt dat moeder niet meer op de bank zit. Als de moeder, die enkele meters verderop met een vriendin staat te praten, het contact herstelt, is de paniek over en kan het spel worden voortgezet. Deze patiënten komen in behandeling als de bron van hun emotionele voeding wegvalt, of als hun compensatoire overlevingsstrategieën onvoldoende blijken. Separatie beoogt het vergroten van hun zelfstandigheid, al was het maar door het beter kunnen omgaan met het gebrek hieraan. Bij patiënten die in belangrijke mate volgens gedragspatronen op het niveau van symbiose functioneren en geen adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24f), is overleven het doel van de behandeling. Het vinden van alternatieve verzorgers, het versterken van compensatoire activiteiten en, voor zover nodig en mogelijk, directe steun. Bij patiënten die wel adaptieve gedragspatronen hebben ontwikkeld (Tabel 24g), behoren gedragsmodificatie, psycho-educatie en eventueel ook reconstructieve psychotherapie tot de mogelijkheden.

Extern structureren (direct) - grenzen stellen.

De patiënt moet begrip voor zijn nood krijgen en alle hulp die mogelijk is. Niet minder, maar ook niet meer. Overmatige verzorging en andere ziekte-winst moet worden vermeden. Van de patiënt kan en moet worden verlangd dat hij alles doet wat binnen zijn mogelijkheden ligt. Grenzen stellen is ook nodig bij het voor deze patiënten kenmerkende 'probleem oplossende' gedrag als passieve spanningsreductie door alcohol of drugs en het wegblijven als het moeilijk wordt.

Extern structureren (direct) - sociaal invoegen.

Patiënten met een grote passieve liefdesbehoefte zijn vaak in staat deze te bevredigen door anderen te geven wat zij zelf zouden willen ontvangen. Zij functioneren daarom goed in verzorgende beroepen, vooral als hun activiteiten met dankbaarheid worden beloond.

Intern structureren (direct) - gedragsmodificatie.

Omdat zij overvragen, worden deze patiënten vaak afgewezen en gemeden. Manieren om dit te voorkomen zijn het spreiden van de hulpvraag over meerdere hulpverleners en een training in het 'liefde verkrijgen'. Bij het laatste wordt de patiënten geleerd dat positieve stimuli beter werken dan negatieve, en dat blijken van waardering effectiever zijn dan klachten of verwijten. Zo nodig kan door

assertiviteitstraining de ontwikkeling van hierbij noodzakelijke sociale vaardigheden worden bevorderd. Belangrijk hierbij is het zo nodig in stand houden of aangaan van steunende relaties.

Intern structureren (direct) - psycho-educatie.

Met name bij patiënten die zo gepreoccupeerd zijn met hun onvervulde behoeften, dat zij niet in staat zijn tot enige constructieve activiteit, is voorlichting over de aard van hun probleem zinvol. Hen kan worden uitgelegd dat ieder mens in het begin van zijn ontwikkeling zijn zekerheid en welzijn ontleent aan de buitenwereld. Een boom is een boom, omdat ouders een boom een boom noemen. Zouden ouders een boom een moob noemen, dan waren alle bomen, moben. Op dezelfde wijze is spinazie gezond, moet je op een bepaald moment naar school en ben je een goed kind, of niet. Kinderen weten nog niet hoe de wereld in elkaar zit en zijn ook niet in staat oplossingen voor hun problemen te vinden. Dat moeten daarom ouders of verzorgers voor hen doen. Geleidelijk leren kinderen wat de betekenis van gebeurtenissen of situaties is en wat je kunt doen om hier zelf invloed op uit te oefenen. Dit proces van het in toenemende mate zelf kunnen doen wordt verstoord, als je te weinig, maar ook als je te veel beschermd wordt. In het eerste geval moet je dingen doen die je nog niet kan. In het tweede leer je niet zelfstandig te functioneren, omdat alles voor je gedaan wordt.

De oplossing voor de eigen machteloosheid en de hieruit voortkomende afhankelijkheid is om de draad weer op te vatten en vanuit een veilige positie de eigen mogelijkheden te ontwikkelen. Dat is beangstigend, want je moet de veiligheid van het bekende opgeven voor het onbekende nieuwe, zonder zekerheid over het welslagen van deze onderneming. Bovendien is zelfstandig zijn niet alleen bevredigend. Het betekent ook een loslaten van de positie waarin je veilig en geborgen was, en waarin voor je gezorgd werd en je zelf niets hoefde. 'De wereld van de volwassene winnen betekent het paradijs van het kind verliezen'. Een manier om met deze (separatie-) angst om te gaan is alternerend er op uit te trekken en op de 'home base' terugvallen om bij te komen. Een mogelijk struikelblok hierbij is een gebrek aan basisvertrouwen, het niet kunnen geloven dat er goed op je zal worden gelet en dat je geholpen zult worden, als je het zelf niet redt. Dan is elke verandering een existentiële bedreiging en het handhaven van de bestaande toestand de 'beste' oplossing. Verandering vergt dan meer tijd, omdat eerst het vertrouwen moet ontstaan dat er iets anders en iets beters mogelijk is.

Intern structureren (indirect) - zelfreflectie.

Zelfreflectie impliceert confrontatie met de existentiële dreiging van het verloren zijn, zonder redding ten onder te gaan, en de wanhoop en woede over het verlaten zijn, om vervolgens te ervaren dat je zelf wel degelijk kunt overleven en dat hulp hierbij mogelijk is. Hierbij hoort ook het rouwen om het 'verloren paradijs', het besef dat het onbevredigde verlangen naar volledige geborgenheid nooit zal worden bevredigd.

Invoegen in de therapeutische relatie - het begrijpen van hulpeloosheid.

Het onderkennen van het onvermogen van de patiënt om zelfstandig te functioneren is de basis voor de therapeutische relatie. Een veel gemaakte fout is het stimuleren van patiënten die onvoldoende op eigen benen kunnen staan, een onhankelijkheidsrelatie te beëindigen. Omdat dergelijke patiënten ook afhankelijk zijn van hun therapeut en deze niet willen teleurstellen uit angst hem te verliezen, volgen zij een dergelijk advies op. Zij verlaten het huis van hun liefdevolle, dominerende ouders of beëindigen een sado-masochistische relatie met als regel desastreuze gevolgen. Bij waarneming in verband met afwezigheid of bij het overdragen van de behandeling is bij deze patiënten een 'hand-tot-hand' -verwijzing noodzakelijk om de continuïteit van de behandeling te waarborgen. De therapeut stelt dan persoonlijk zijn waarnemer aan de patiënt voor of begeleidt deze zelf naar de kliniek, als opname noodzakelijk is.

Betrekken in de therapeutische relatie - de therapie als levensvoorwaarde.

Als hen steun en vooral begrip geboden wordt, voelen deze patiënten zich vaak al veel beter. Niet zo veel dat behandeling niet meer nodig zou zijn, maar het herstel is toch wonderbaarlijk. Deze zogenaamde overdrachtsgenezing berust op een zich geborgen voelen in de therapeutische relatie. Ervaren therapeuten zijn helemaal niet zo blij met dergelijke wondergenezingen. De patiënt is dan vaak weinig geneigd daadwerkelijk iets aan zijn toestand te doen, omdat dit tot verlies van de als zo waardevol ervaren therapeutische relatie leidt. Op het ogenblik dat het einde van de behandeling aan de orde komt, knapt hij dan ook even hard af als hij in het begin opknapte. Maar confrontatie met deze realiteit biedt, met name aan de patiënten die onvoldoende adaptieve patronen hebben ontwikkeld, geen alternatief. Zij kunnen het immers echt niet zelf. Een mogelijke uitweg is het onbesproken laten van de positieve overdracht en het gebruiken van de door symptoomreductie ontstane ruimte voor adaptieve activiteiten als het ontwikkelen van contacten buiten de therapie of het hervatten van werk, gecombineerd met een optimale frustratie. Het laatste houdt in dat de therapeut zo veel als de patiënt verdraagt de betekenis van de behandeling relativeert en af en toe de eindigheid hiervan aanduidt, 'ook al is dat nu in het geheel nog niet aan de orde'. Net als in de vroegkinderlijke ontwikkeling manifesteert het op gang komen van de separatie zich soms door het gebruik van transitionele objecten, voorwerpen die de patiënt geborgenheid of troost kunnen bieden, zoals een knuffeldier of een lekker warm jack.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie - het verdragen van onverzadigbaarheid.

Patiënten die in belangrijke mate volgens gedragspatronen van het symbiotische niveau functioneren, hebben een onbevredigbare behoefte aan aandacht en steun. De therapeut moet zich realiseren dat deze symbiotische behoefte aan betrokkenheid en steun inderdaad een levensbehoefte is. De patiënt spreekt de waarheid als hij claimt niet zonder te kunnen. En het is ook reëel dat symbiotische behoeften onbevredigbaar zijn. De nood begint op het ogenblik dat de hulp ophoudt. Het kenmerkende voor het symbiotische gedrag is immers het onvermogen om op zichzelf terug te vallen. Niemand en zeker niet de therapeut zal de nood van de patiënt volledig kunnen lenigen. Maar de therapeut die deze nood kent, zal minder moeite hebben met het doen wat hij kan, en voor de patiënt is begrip voor zijn lijden al een hele steun. Daar waar de patiënt de hoop op hulp heeft opgegeven, of deze uit angst voor afhankelijkheid afwijst, zal de therapeut door begrijpend beschikbaar blijven moeten bewijzen dat zijn hulp aanbod betrouwbaar is. De therapie biedt aldus de mogelijkheid voor een correctieve emotionele ervaring.

Beïnvloeding van gedragspatronen op het niveau van Verzet (40)

Bevrijding is het doel van de behandeling bij patiënten die in belangrijke mate op dit niveau functioneren. De oorsprong van hun disadaptief gedrag is innerlijke machteloosheid. Dit lijkt in strijd met hun frequent optreden als virulente bestrijders van onrecht, of omgekeerd, hun gedrag als machtswellusteling of tiran. Maar de strijder tegen het onrecht blijkt vaak slecht in staat om voor zijn eigen belangen op te komen. En de machtsbehoefte van de tiran blijkt zijn oorsprong te vinden in de angst zelf overheerst of vernietigd te worden. In feite gaat de patiënt er van uit dat anderen hem kunnen voorschrijven hoe te denken, te voelen of te handelen. Het probleem is dus niet een vermeende of eventueel zelfs reële externe dwang, maar de onderworpen attitude van de patiënt jegens zijn omgeving. Daarom verzet hij zich terwille van het verzet. Ook tegen plannen die overeenkomen met zijn eigen ideeën of behoeften. Het doel van de behandeling is dan ook het bevorderen van de innerlijke keuzevrijheid.

Bij patiënten die in belangrijke mate volgens gedragspatronen van het niveau van Verzet functioneren en die bovendien op het niveau van Structuurloosheid (00) functioneren moet ernstig rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat hun gedrag, bijvoorbeeld een overmatige en

rigide behoefte aan controle, desintegratie moet voorkomen (Tabel 24h). Steunen en structureren is dan het doel van de behandeling.

Bij patiënten die in belangrijke mate volgens gedragspatronen van het Verzets-niveau functioneren, en die geen adaptieve patronen hebben ontwikkeld, is directe vermindering van het disadaptieve gedrag het doel van de behandeling. Dat geldt ook voor patiënten die wel adaptieve patronen hebben ontwikkeld, maar geen relatie ervaren tussen hun klachten of problemen en de wijze waarop zij functioneren, dat wil zeggen geen ziektebesef hebben.

Bij patiënten die in belangrijke mate volgens gedragspatronen van het Verzetsniveau functioneren, maar die ook adaptieve patronen hebben ontwikkeld en bovendien een verband ervaren tussen hun klachten of problemen en de wijze waarop zij functioneren (Tabel 24i), behoort reconstructieve psychotherapie tot de mogelijkheden.

Extern structureren (direct) - grenzen stellen.

Het probleem waardoor de patiënt in zijn dagelijks leven is vastgelopen, manifesteert zich vroeger of later ook in de therapie. Bij deze patiënten uit zich dit als een vaak indirect, maar altijd massaal en volhardend verzet tegen de behandeling. Gesprekken worden rationele betogen of 'ja-maar discussies'. Voor elke oplossing wordt een probleem gevonden. Werkafspraken worden 'vergeten', 'verkeerd begrepen' of om een andere reden niet nagekomen. Grenzen stellen heeft hier het karakter van het, in opdracht van de patiënt, breken van zijn weerstand. Waar het om gaat is niet zozeer wat de patiënt doet, maar zijn werkinstelling. Is hij bereid de therapeut en daarmee zichzelf een kans te geven? Of investeert hij alle tijd en energie in het saboteren van de behandeling? Deze zogenaamde strijd om de spelregels vergt een eveneens massale en volhardende confrontatie van de patiënt met zijn verzet, en zo nodig het onderbreken van het contact.

Extern structureren (direct) - sociaal invoegen.

Het gaat hierbij om activiteiten waarbij precisie en controle belangrijk zijn, en die zelfstandig kunnen worden uitgevoerd. Sociale aanpassing alleen is als regel onvoldoende, omdat deze patiënten dit meestal zelf al geprobeerd hebben.

Intern structureren (direct) - gedragsmodificatie.

Herstructureren beoogt het vervangen van disadaptieve defensieve strategieën door constructieve en meer offensieve. Meteen zeggen als er iets gebeurt wat je niet bevalt en geen machteloze woede uitbarstingen, nadat je over je heen hebt laten lopen. Niet alleen zeggen wat je niet bevalt, maar ook wat je wel prettig vindt of waardeert. Niet alleen nee zeggen, maar ook aangeven wat je eventueel wel wilt en vooral dat ook doen.

Intern structureren (direct) - psychoeducatie.

Hierbij wordt de patiënt duidelijk gemaakt dat hij niet machteloos is, als hij zich niet machteloos laat maken. Zelfs bij een confrontatie met een reële overmacht heb je nog de keuze tussen een (tijdelijke) onderwerping en het aangaan van de strijd in het besef dat je deze zult verliezen.

Intern structureren (indirect) - zelfreflectie.

Thema's die hierbij als regel aan de orde komen, zijn de behoefte van de patiënt aan controle, de overmatige strengheid van de eisen die hij zichzelf stelt, zijn verzet tegen alles en iedereen en de daaraan ten grondslag liggende machteloosheid en de reden hiervan. De rigide controle en de irreële, overmatig strenge (Conventioneel verinnerlijkte 44) normen dienen met name om de heftige, met onderwerping en machteloosheid verband houdende agressie in toom te houden.

Deze patiënten voelen zich vaak een 'kruitvat' of een 'wandelende atoombom'. Ze zijn bang dat anderen in hun reactie net zo destructief zullen zijn als zijzelf, of dat zij 'als de vlam in de pan slaat'

alles en iedereen, inclusief zichzelf zullen vernietigen. Duiding van het overmatige karakter van de eisen die zij zichzelf stellen doorbreekt de vicieuze cirkel van zelfbeperking: toename van innerlijke onvrijheid, toename van spanning, met als reactie meer zelfbeperking.

Essentieel is dat de patiënt zich realiseert dat zijn haat tegen autoriteiten, onafhankelijk van wat deze doen en zijn verzet tegen eisen, ook al zijn deze redelijk, manifestaties zijn van een zich bij voorbaat onderworpen hebben. Het is vooral deze onderwerping waartegen de patiënt rebelleert, niet de reële onderdrukking.

Invoegen in de therapeutische relatie - het begrijpen van de behoefte aan macht.

Zoals eerder werd betoogd komt de behoefte aan macht voort uit angst voor onderwerping en machteloosheid.

Betrekken in de therapeutische relatie - therapie als machtsstrijd zonder destructie.

De weerstand tegen de behandeling manifesteert zich in het begin van de behandeling als een openlijke machtsstrijd, of later in de behandeling als een verborgen verzet. In het begin van de behandeling heeft deze ten doel de totstandkoming van een therapeutische alliantie te voorkomen, omdat dit voor de patiënt gelijk staat met overheerst worden, cq. onderworpen zijn. In deze fase heeft de patiënt 'nog niets te verliezen' en voert hij openlijk strijd. Later is dat anders. Strijden in een als betekenisvol ervaren relatie is juist wat de patiënt niet durft. Hiervoor zijn meerdere oorzaken. De cumulatie van frustratie en van de daaraan verbonden woede is meestal de belangrijkste reden waarom de patiënt niet voor zichzelf durft op te komen. 'In een magazijn vol dynamiet hou je geen schietoefeningen'. Een andere veel voorkomende reden is separatieangst. Als je verwacht het alleen niet te kunnen redden, dan durf je geen eigen, afwijkende mening te hebben of 'nee' te zeggen. In het Ontwikkelingsprofiel komen Symbiotische- en Verzet-patronen dan ook vaak samen voor. Bij reconstructieve psychotherapie manifesteren de conflicten van de patiënt en de oplossingen die deze hiervoor vindt, zich in de therapie. Bij patronen van het Verzet-type ervaart de patiënt hoe woedend en hoe angstig hij is. Dat hij het niet durft te zeggen als hij de visie van de therapeut niet deelt, of dat hij tijdens de zitting' niet uit zijn stoel durft op te staan. De opluchting die hij ervaart als hij deze dingen wel doet, en merkt dat de wereld niet vergaat, is een belangrijke correctieve emotionele ervaring.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie - omgaan met sadisme .

Niet zelden draait de patiënt de rollen om en probeert hij de therapeut machteloos te maken en kleineren: 'We zijn nu al vier maanden bezig, wanneer begint de therapie'; 'Hebt u wel eens eerder een dergelijke behandeling gedaan?' Een voor de hand liggende reactie is de patiënt met zijn gebrek aan medewerking te confronteren: 'Het is uw schuld dat '. Gebeurt dit, dan wordt hiermee het zelfbeperkende scenario van de patiënt versterkt. Er is weer iemand die hem vertelt wat hij moet doen. En als hij niet doet wat van hem verwacht wordt, dan blijft hij in gebreke, zeker omdat de directieven verstandig, realistisch en 'voor zijn eigen bestwil' zijn. De therapeut is 'damned right'. Essentieel bij confrontatie van de patiënt met zijn verzet is het vermogen van de therapeut om de interactie te onderkennen en aan de orde te stellen, zonder medespeler in de machtsstrijd te worden. Tegenwerking en agressie worden opgevat als signalen die naar een achterliggende betekenis verwijzen. 'U komt te laat. U laat me niet uitpraten. U vraagt om hulp en u maakt deze onmogelijk' In een 'benevolent ordeal' wordt de patiënt zonder boosheid of kritiek geconfronteerd met het disadaptieve karakter van zijn gedrag. Met als boodschap dat deze een reden moet hebben. 'Niemand gooit voor zijn plezier zijn eigen ruiten in'.

Beïnvloeding van gedragspatronen op het niveau van Rivaliteit (50)

Gewoon zijn is het doel van de behandeling van patiënten, die in belangrijke mate op dit niveau functioneren. Kenmerkend voor het gedrag van patiënten op het niveau van Rivaliteit is hun behoefte aan succes. Zij willen steeds meer, of zij moeten altijd de beste zijn, Zij komen in behandeling als het hen niet lukt om hun ambities waar te maken, of als ze merken dat het realiseren hiervan hen niet gelukkig maakt. Het doel van de behandeling is dan ook een levensinstelling waarbij 'gewoon zijn' letterlijk en figuurlijk voldoende is.

Bij patiënten die ook volgens patronen op de laagste twee niveaus functioneren moet wederom rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat het bijzonder zijn, de enige structuur is, die zij hebben kunnen ontwikkelen. Aantasting hiervan kan dan desintegratie ten gevolge hebben. Steunen en structureren zijn dan de aangewezen interventies.

Bij patiënten die tevens in belangrijke mate gedragspatronen van de niveaus van Egocentriciteit (20) of Symbiose (30) vertonen, zal de behandeling overwegend bestaan uit structurerende interventies (Tabel 24i). Hebben deze patiënten tevens enige adaptieve patronen ontwikkeld dan een combinatie van structurerende interventies en zelf-exploratie aangewezen.

Bij patiënten die overwegend volgens patronen van het niveau van Rivaliteit functioneren en die bovendien adaptieve patronen hebben ontwikkeld (Tabel 24k), behoort reconstructieve psychotherapie tot de mogelijkheden.

Intern structureren (indirect) - zelfreflectie.

Het kernconflict bij deze patiënten is onzekerheid over hun kwaliteiten als volwassen man of vrouw. Zij reageren hierop door een streven zichzelf te bewijzen, vaak door anderen te overtreffen. Een vruchtbaar thema in de behandeling is confrontatie met de overmatige (Conventioneel-innerlijke 54) normen, die de patiënt zichzelf stelt. 'Voldoende is onvoldoende', 'Het kan altijd beter', met als gevolg een hoge taakspanning, faalangst en een kans op mislukkingen waar dit niet nodig zou zijn. De behoefte om anderen te overtreffen mobiliseert bovendien (castratietangst om uit wraak afgebroken of zelfs vernietigd te worden. Bewustwording van de onzekerheid over de eigen competentie kan deze vicieuze cirkel doorbreken.

Invoegen in de therapeutische relatie - het begrijpen van de behoefte om te excelleren.

'Zijn' is voor deze patiënten 'meer zijn'. Gewoon of normaal zijn betekent deel uitmaken van de 'grouwe middelmaat', van 'mensen die niet meetellen'. Besef van dit referentiekader maakt het existentiële karakter van de behoefte om uitzonderlijk te zijn begrijpelijk.

Betrekken in de therapeutische relatie - competitie zonder verliezers.

De rivaliteit manifesteert zich ook in de therapeutische relatie. Het patiënt-zijn wordt als een bewijs van inferioriteit ervaren. De therapeut wordt een superieure positie toegekend. Deze instelling manifesteert zich ook in het streven om de rollen om te draaien en de therapeut tot een minderwaardig wezen te devalueren waar de patiënt triomfantelijk boven kan staan.

Tegenoverdracht in de therapeutische relatie - het omgaan met degradatie.

Net als bij de behandeling van patiënten met een Narcistische Persoonlijkheidsstroomis die op het niveau van Egocentriciteit (20) functioneren moet de therapeut in staat zijn om idealisatie en devaluatie te hanteren. Hij is natuurlijk de allerbeste therapeut die er is. Maar de patiënt die hem als zodanig kenschetst, beschrijft daarmee zijn verlangens en helaas niet de realiteit. In tegenstelling tot de idealisatie op lagere niveaus wordt deze hier wel als zodanig aan de orde gesteld. Ook devaluatie is een toets voor het gevoel van eigenwaarde van de therapeut. Vaak subtiel, maar altijd meedogenloos wordt hij met zijn gebreken geconfronteerd: Topspecialisten wonen toch in een andere buurt. Zijn inrichting voldoet eigenlijk niet meer aan de eisen van deze tijd. Is hij niet te jong of te oud om de problemen van de patiënt te begrijpen. 'Ik wil niet onaardig zijn. Maar hoe kan iemand die zelf niet zo succesvol is anderen helpen 'het te maken?'

Het zal duidelijk zijn dat alleen een therapeut, die de confrontatie is aangegaan met zijn eigen behoefte om te excelleren, in staat zal zijn adequaat op dergelijke frustraties te reageren en de behoefte van de patiënt om hem te degraderen zonder boosheid aan de orde te stellen.

Beïnvloeding van gedragspatronen op de niveaus van Individuatie en Verbondenheid (60, 70)

Zelfverwerkelijking is het doel van de behandeling bij patiënten die in belangrijke mate op deze niveaus functioneren. Individuatie en Verbondenheid impliceren een handelend ontwikkelen van je mogelijkheden in het ontdekken en realiseren van je doelen.

Bij patiënten die naast adaptieve- ook disadaptieve patronen vertonen gebeurt behandeling van de laatsten volgens de eerder aangegeven richtlijnen. Hierbij kan een alliantie met het gezonde of adaptieve deel van de patiënt worden aangegaan om iets aan het zieke of disadaptieve deel te doen. Bijvoorbeeld: 'Mijn vrienden vragen me tegen te houden als ik met mijn dronken kop wil gaan vechten' (Onsamenhangend gedrag 01), 'Mijn zus bellen als ik weer met de eerste de beste vent in bed wil duiken (Ageren 18), 'Het tot tien tellen of een blokje omgaan, voordat ik weer ruzie met mijn baas ga maken' (Bevrijding 42), of 'Met mijn therapeut bespreken waarom zo ontzettend uit het veld geslagen ben als me iets niet lukt' (Potentie 55).

Intern structureren (direct) - gedragsmodificatie.

Ook mensen die wel adaptieve en weinig of geen disadaptieve patronen hebben ontwikkeld, kunnen in moeilijkheden komen. Ze kunnen noodzakelijke kennis of vaardigheden missen, bij voorbeeld niet weten wat ze als bestuurslid moeten doen, onvoldoende op een nieuwe levensfase, het alleen leven als student of het gepensioneerd worden zijn voorbereid, of belast worden

door traumatiserende ervaringen, zoals een gedwongen ontslag door faillissement van hun bedrijf of door het slachtoffer zijn van een geweldsmisdrijf. Hen moet de mogelijkheid worden geboden hun gevoelens te uiten, hun mening te vormen en plannen te ontwikkelen, zo nodig aangevuld met voorlichting en training. In tegenstelling tot psychotherapie gaat het hierbij om het appelleren aan beschikbare, niet door conflict geblokkeerde of anderszins beperkte mogelijkheden. In feite gaat het hierbij meer om counseling dan om behandeling.

Intern structureren (indirect) - zelfexploratie.

Als de zelfverwerkelijking belemmerd wordt door disadaptieve gedragspatronen is exploratie hiervan geïndiceerd (Tabel 24 I, m, n).

Beïnvloeding van gedragspatronen op de niveaus van Generativiteit en Rijpheid (80, 90)

Decentreren is het doel van de behandeling bij patiënten die in belangrijke mate op deze niveaus functioneren. Generativiteit en Rijpheid impliceren decentrering, het niet meer primair stellen van eigen belangen. Het is een afscheid van het IK, op weg naar het AL. Het opgeven van het leven, maar deel blijven uitmaken van de schepping. Zoals elke nieuwe levensfase leidt ook deze tot confrontatie met 'onafgemaakte zaken', omdat de manieren om deze te compenseren in de nieuwe situatie niet meer van toepassing zijn. Verder gaat het om de onafwendbare confrontatie met de grenzen van weten en zijn, van het vermogen te begrijpen wat er gebeurt, en van het bestaan als individu. Veel mensen gaan deze confrontatie niet aan. Het einde van hun leven overkomt ze: 'Zij sterven zonder de dood onder ogen te zien'. Degenen die dat wel doen kunnen steun nodig hebben om hierbij hun eigen weg te vinden.

Intern structureren (direct) - gedragsmodificatie.

Ook hier biedt het contact met een betrokken ander de ruimte om jezelf te vinden. Religieuze en andere visies op leven en dood en de voorbeelden van grote voorgangers kunnen helpen om tot een eigen positiebepaling te komen. Ook hier is er meer sprake van counseling dan van behandeling.

Zoals uit de bespreking van de therapeutische interventies op de verschillende ontwikkelingsniveaus naar voren is gekomen, wordt het doel van de behandeling bepaald door de mate waarin de patiënt op verschillende ontwikkelingsniveaus functioneert, dat wil zeggen door het hele ontwikkelingsprofiel (Freeman 1975). Uitgangspunten zijn de doelen en methoden van behandeling behorend bij het laagste niveau waarop maximaal is gescoord. Bijvoorbeeld bij patiënten die in belangrijke mate volgens patronen van het Symbiotische niveau (30) functioneren (Tabel 24f en g) wordt vervolgens bezien in welke mate zij onder respectievelijk boven dit niveau functioneren. Bij patiënten die ook op lagere niveaus functioneren, in het gegeven voorbeeld (Tabel 24f) het Fragmentatie niveau (10) en eventueel het niveau van Structuurloosheid (00), worden de hierbij behorende doelen en methoden in het behandelprogramma opgenomen.

Dus het bevorderen van separatie door acceptatie van positieve overdracht. Sociale aanpassing van het disadaptieve gedrag en eventueel psycho-educatie, maar ook integratie door het hanteren van de therapeutische relatie als infrastructuur voor het psychisch functioneren van de patiënt, correctie van al te idealiserende overdracht, verbinden van afgesplitste belevingsinhouden, en zo nodig bevordering van zelforiëntatie. Functioneert de patiënt behalve op het Symbiotische (30) ook op hogere niveaus (Tabel 24g) dan behoort zelfexploratie tot de mogelijkheden.

Bij het functioneren op de laagste twee niveaus Fragmentatie (00) en Structuurloosheid (10) wordt overwegend uitgegaan van het deficit-model. Het gaat hier om het ontbreken van mogelijkheden die ook niet, of in elk geval niet op korte termijn ontwikkeld kunnen worden. Het doel is structureren en integratie. Dit geschiedt in belangrijke mate van buiten door beïnvloeding van de omgeving, het stellen van grenzen, en zo nodig farmacotherapie of hospitalisatie (Tabel 25). Bij het functioneren op de niveaus van Egocentriciteit (20) en Symbiose (30), ook wel de vroegneurotische stoornissen genoemd, is afhankelijk van de rest van het profiel het deficit-model en of het conflict-model van toepassing. Contact en separeren worden bevorderd door intern structuren middels gedragsmodificatie, het aanleren van meer adaptieve gedragspatronen, en vooral door invoegen en betrekken in de therapeutische relatie (Tabel 25). Bij het functioneren op de niveaus van Weerstand (40) en Rivaliteit (50), de zogenaamde laat-neurotische problematiek, wordt het conflict-model gebruikt. Bij de behandeling wordt vooral gebruik gemaakt van interventies die directe- en/of indirecte interne structureren beogen, zoals gedragsmodificatie, psycho-educatie en zelfreflectie (Tabel 25). Bij patiënten die op adaptieve niveaus (60 en hoger) functioneren, is het achterstands- of trauma-model uitgangspunt voor behandeling. Deze patiënten hebben onvoldoende de gelegenheid gehad om zich te ontwikkelen of zijn hierin geblokkeerd door externe stress. Aangenomen wordt dat zij voldoende in staat zijn zich verder te ontwikkelen als hen hiertoe alsnog de gelegenheid wordt geboden middels voorlichting, training en andere vormen van counseling.