

# Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie



Ontwikkeling,  
psychopathologie,  
diagnostiek en  
behandelvormen

M.H.M. de Wolf

uitgeverij  
coutinho

## Inleiding in de psychoanalytische theorie en behandelingen



# Inleiding in de psychoanalytische theorie en behandelingen

Dr. M.H.M. de Wolf

Derde, herziene druk

uitgeverij | **C**  
coutinho

bussum 2018

© 1998/2018 Uitgeverij Coutinho bv

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

Eerste druk 1998

Derde, herziene druk 2018

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

[info@coutinho.nl](mailto:info@coutinho.nl)

[www.coutinho.nl](http://www.coutinho.nl)

Omslag: René van der Vooren, Amsterdam

Noot van de uitgever

Wij hebben alle moeite gedaan om rechthebbenden van copyright te achterhalen. Personen of instanties die aanspraak maken op bepaalde rechten, wordt vriendelijk verzocht contact op te nemen met de uitgever.

ISBN 978 90 469 0594 4

NUR 777

# Vooraf

In dit boek zal de huidige stand van zaken binnen de psychoanalytische psychotherapie ter sprake komen. We richten ons daarbij op degenen die de basisopleiding tot psychotherapeut volgen, met als specialisatie individuele psychoanalytische psychotherapie. Om te beginnen zal de ontwikkeling van het psychoanalytisch referentiekader aan de orde komen. Ook gaan we in op de ontwikkeling van de theorie van de klassieke neurose en van de meer structurele pathologie, en op de afgrenzing daartussen. Ruim aandacht zal geschonken worden aan indicatiestelling. Ook de diverse behandelvarianten, van openlegend naar steunend en van langdurend naar kort, zullen aan bod komen. Tevens zullen de binnen de verschillende varianten gehanteerde therapeutische interventiemethodieken besproken worden.

## Bij de tweede druk, 2002

In vergelijking met de eerste druk is er een aantal toevoegingen.

Op de eerste plaats is in deel I, waar het gaat om het beschrijven van de ontwikkeling van het psychoanalytisch referentiekader, een hoofdstuk toegevoegd over de interactionele benadering binnen de psychoanalyse, waarbij het thema 'eenpersoons- en tweepersoonspsychologie' aan de orde komt (hoofdstuk 6). Ook is er in dit deel meer aandacht voor attachment, en komen moderne opvattingen binnen de egopsychologie aan de orde.

Ik hecht eraan twee mensen expliciet te bedanken. Zonder de vele gesprekken met Pieter de Beurs – en dat gold ook reeds voor de eerste druk – zou dit boek nooit geschreven zijn. En op de tweede plaats Marianne Ouwehand: zonder haar zou dit boek niet verder gekomen zijn dan een bonte verzameling van volgeschreven vellen papier.

## Bij de derde druk, 2018

Vergeleken met mijn boeken *Psychoanalytische behandelingen* (2011) en *Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5* (2015) is het onderhavige boek echt een *inleiding* in het psychoanalytische referentiekader. Daarmee richt het zich op al diegenen die belangstelling hebben voor hoe het innerlijk leven van mensen functioneert en hoe men daarin kan interveniëren, maar het boek is speciaal geschreven voor psychologiestudenten (masteropleiding) en zij die de GZ-opleiding doen. Centraal staat hoe de ontwikkeling van het innerlijk verloopt in procesmatige zin.

In vergelijking met de vorige druk is er meer plaats ingeruimd voor het proces van intake en indicatiestelling: hierover is een hoofdstuk toegevoegd, geschreven door C.R. Swagerman (hoofdstuk 13). Daarnaast is het hoofdstuk over M. Klein en W.R. Bion door M. van Veen geactualiseerd (hoofdstuk 5). Het hoofdstuk over de behandelvormen is verder uitgebreid en sluit aan bij de beschikbare evidentie (hoofdstuk 16). De polariteit tussen verbondenheid en autonomie, oftewel die tussen 'relatie' en 'interpretatie', komt

nu duidelijker naar voren dan voorheen. Ook het mentaliserend vermogen komt aan de orde: hoe kan het epistemisch vertrouwen worden vergroot?

Dit boek is, net als de eerder genoemde boeken over het psychoanalytisch behandelen, geschreven vanuit de gedachte dat het psychoanalytische gedachtegoed zo veel mogelijk beschreven dient te worden in toetsbare termen. Het boek beschrijft kort de ontwikkeling van het psychoanalytisch referentiekader. Dit gebeurt aan de hand van de verschillende deeltheorieën binnen de psychoanalyse. Vervolgens zal worden ingegaan op de nadruk die binnen de psychoanalyse wordt gelegd op de structurele diagnostiek. Op dit punt onderscheidt zij zich van de DSM, die gebruikmaakt van descriptieve diagnostiek. Hierna volgt een hoofdstuk over intake en indicatiestelling, gevolgd door een aantal hoofdstukken met een beschrijving vanuit de psychoanalytische visie van de verschillende vormen van psychopathologie. Het laatste hoofdstuk beschrijft de diverse met elkaar samenhangende psychoanalytische behandelvormen. Daarin is een tweetal vignetten opgenomen. Het eerste vignet gaat over de behandeling van Esther en is van mijn hand, het tweede vignet gaat over de behandeling van Paulien en is van de hand van D. Philipszoon.

**Dr. M.H.M. de Wolf**

# Inhoud

|          |                                                                                                            |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>                                                                                           | <b>11</b> |
|          | Inleidend                                                                                                  | 11        |
| 1.1      | Psychoanalyse                                                                                              | 11        |
| 1.2      | Vooronderstellingen                                                                                        | 16        |
| 1.3      | De primaire relatie versus de overdrachtsrelatie                                                           | 17        |
| 1.4      | De binnen- en de buitenwereld                                                                              | 18        |
| 1.5      | Leeswijzer                                                                                                 | 19        |
| <br>     |                                                                                                            |           |
| <b>2</b> | <b>De deelttheorieën</b>                                                                                   | <b>21</b> |
|          | Inleidend                                                                                                  | 21        |
| 2.1      | Het drift- en het egopsychologisch model                                                                   | 21        |
| 2.2      | Het objectrelationeel model                                                                                | 22        |
|          | 2.2.1 Kernberg                                                                                             | 24        |
| 2.3      | Het zelfpsychologisch model                                                                                | 24        |
| 2.4      | Het interpersoonlijk model                                                                                 | 25        |
| 2.5      | Het attachmentmodel                                                                                        | 26        |
| 2.6      | Het mentaliseringsmodel                                                                                    | 27        |
| 2.7      | Samenvattend                                                                                               | 28        |
| <br>     |                                                                                                            |           |
| <b>3</b> | <b>Freud: het drift- en conflictmodel</b>                                                                  | <b>29</b> |
|          | Inleidend                                                                                                  | 29        |
| 3.1      | Algemeen                                                                                                   | 29        |
| 3.2      | Ontwikkeling van het drift- en conflictmodel bij Freud                                                     | 32        |
|          | 3.2.1 Affecttraumamodel: van herinneren naar afweer en verdringen                                          | 32        |
|          | 3.2.2 Het topografische model: intrapsychische wensen                                                      | 34        |
| 3.3      | Het structurele model: de tweede topografie                                                                | 42        |
| 3.4      | Conclusie                                                                                                  | 45        |
| <br>     |                                                                                                            |           |
| <b>4</b> | <b>A. Freud en M. Mahler: objectrelatietheorieën vanuit de egopsychologie</b>                              | <b>47</b> |
|          | Inleidend                                                                                                  | 47        |
| 4.1      | Van buiten naar binnen                                                                                     | 47        |
| 4.2      | A. Freud                                                                                                   | 49        |
|          | 4.2.1 Van afhankelijkheid tot emotioneel zelfvertrouwen en het kunnen aangaan van volwassen objectrelaties | 52        |
| 4.3      | M. Mahler                                                                                                  | 55        |
|          | 4.3.1 Separatieangst en persoonlijkheidsontwikkeling                                                       | 56        |
| 4.4      | Conclusie                                                                                                  | 62        |



|           |                                                                           |            |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>5</b>  | <b>M. Klein en de objectrelatietheorie</b>                                | <b>63</b>  |
|           | Inleidend                                                                 | 63         |
| 5.1       | M. Klein                                                                  | 63         |
| 5.2       | W.R. Bion                                                                 | 74         |
| 5.3       | Conclusie                                                                 | 77         |
| <b>6</b>  | <b>Balint en Winnicott</b>                                                | <b>79</b>  |
|           | Inleidend                                                                 | 79         |
| 6.1       | De Independents                                                           | 79         |
| 6.2       | M. Balint                                                                 | 80         |
| 6.3       | D.W. Winnicott                                                            | 83         |
| 6.4       | Conclusie                                                                 | 89         |
| <b>7</b>  | <b>Kohut: de zelfpsychologie</b>                                          | <b>91</b>  |
|           | Inleidend                                                                 | 91         |
| 7.1       | Kohut en het zelf                                                         | 91         |
| 7.2       | De zelfpsychologie                                                        | 94         |
| 7.3       | Pathologische vormen van het zelf                                         | 98         |
| 7.4       | Conclusie                                                                 | 100        |
| <b>8</b>  | <b>Kernberg: integratie van het drift- en het objectrelationele model</b> | <b>103</b> |
|           | Inleidend                                                                 | 103        |
| 8.1       | Kernberg                                                                  | 103        |
| 8.2       | Innerlijke structuur                                                      | 104        |
| 8.3       | Ontwikkelingsfasen bij Kernberg                                           | 105        |
| 8.4       | Structurele pathologie                                                    | 107        |
|           | 8.4.1 Verschillende persoonlijkheidsorganisaties                          | 108        |
| 8.5       | Het borderline-persoonlijkheidsorganisatiespectrum                        | 112        |
| 8.6       | Kenmerken van structurele pathologie                                      | 115        |
| 8.7       | Conclusie                                                                 | 118        |
| <b>9</b>  | <b>Bowlby en D. Stern: attachment en intersubjectiviteit</b>              | <b>121</b> |
|           | Inleidend                                                                 | 121        |
| 9.1       | Algemeen                                                                  | 121        |
| 9.2       | J. Bowlby                                                                 | 122        |
| 9.3       | D. Stern                                                                  | 129        |
| 9.4       | Slot                                                                      | 134        |
| <b>10</b> | <b>Van differentiatie naar integratie: Fonagy</b>                         | <b>137</b> |
|           | Inleidend                                                                 | 137        |
| 10.1      | Op weg naar een integratie: toewending tot de research                    | 137        |
| 10.2      | Intersubjectiviteit                                                       | 140        |
| 10.3      | Reflectief functioneren                                                   | 142        |
| 10.4      | Het mentale proces en mentale representaties                              | 143        |
| 10.5      | Ontwikkeling van de mind                                                  | 146        |
| 10.6      | Het onbewuste, het geheugen en de herinnering                             | 152        |
| 10.7      | Behandelpraktijk                                                          | 154        |

|           |                                                                          |            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>11</b> | <b>Blatt: autonomie en verbondenheid</b>                                 | <b>157</b> |
|           | Inleidend                                                                | 157        |
| 11.1      | S. Blatt: algemeen                                                       | 157        |
| 11.2      | Ontwikkeling van de persoonlijkheid                                      | 158        |
| 11.3      | De organisatie van de persoonlijkheid                                    | 164        |
| 11.4      | Pathologie                                                               | 166        |
| 11.5      | Behandeling                                                              | 167        |
| <b>12</b> | <b>Descriptieve versus structurele diagnostiek</b>                       | <b>169</b> |
|           | Inleidend                                                                | 169        |
| 12.1      | Pathologie                                                               | 170        |
| 12.2      | Het psychoanalytisch referentiekader en de descriptieve diagnostiek      | 172        |
| 12.3      | DSM: descriptieve versus structurele diagnostiek                         | 173        |
| 12.4      | DSM-5: een nieuw evenwicht tussen descriptieve en structurele pathologie | 181        |
| 12.5      | Structurele diagnostiek                                                  | 183        |
| 12.6      | DSM-5                                                                    | 184        |
| <b>13</b> | <b>Intake en indicatiestelling</b>                                       | <b>187</b> |
|           | <b>C.R. Swagerman</b>                                                    |            |
|           | Inleidend                                                                | 187        |
| 13.1      | Algemeen                                                                 | 187        |
| 13.2      | Doelen                                                                   | 188        |
| 13.3      | Setting                                                                  | 189        |
| 13.4      | Houding                                                                  | 190        |
| 13.5      | Het narratief                                                            | 193        |
| 13.6      | Afweermecanismen                                                         | 194        |
| 13.7      | Zelf                                                                     | 196        |
| 13.8      | Objectrelaties                                                           | 198        |
| 13.9      | Persoonlijkheidsorganisatie                                              | 200        |
| 13.10     | Gehechtheid                                                              | 202        |
| 13.11     | Mentaliseren                                                             | 205        |
| 13.12     | Diagnose                                                                 | 210        |
| 13.13     | Indicatiestelling                                                        | 211        |
| 13.14     | Indicatie                                                                | 214        |
| <b>14</b> | <b>Psychopathologie: klachten en symptomen</b>                           | <b>219</b> |
|           | Inleidend                                                                | 219        |
| 14.1      | Angst                                                                    | 219        |
| 14.1.1    | Freud                                                                    | 220        |
| 14.1.2    | Klein: de paranoïde-schizoïde positie en de depressieve positie          | 222        |
| 14.1.3    | Angst en ontwikkeling                                                    | 224        |
| 14.1.4    | Fobieën                                                                  | 225        |
| 14.1.5    | Conclusie                                                                | 226        |
| 14.2      | Depressie                                                                | 228        |

|           |                                                                     |            |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>15</b> | <b>Psychopathologie: persoonlijkheidsstoornissen</b>                | <b>233</b> |
|           | Inleidend                                                           | 233        |
| 15.1      | Schizoïde- en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis               | 233        |
| 15.2      | Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis                                  | 234        |
| 15.3      | Borderline-persoonlijkheidsstoornis                                 | 236        |
| 15.4      | Narcistische-persoonlijkheidsstoornis                               | 240        |
| 15.5      | Antisociale-persoonlijkheidsstoornis                                | 243        |
| 15.6      | Het continuüm histrionisch versus hysterisch                        | 246        |
| 15.7      | Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis                                | 252        |
| 15.8      | Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis                                | 254        |
| 15.9      | Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis                               | 255        |
| <b>16</b> | <b>Psychoanalytische behandelvormen: eenheid in verscheidenheid</b> | <b>257</b> |
|           | Inleidend                                                           | 257        |
| 16.1      | Algemeen                                                            | 257        |
| 16.2      | Wat is psychoanalyse?                                               | 258        |
| 16.3      | Revisie van het innerlijk werkmodel                                 | 259        |
| 16.4      | Psychoanalyse als continuüm                                         | 260        |
| 16.5      | Psychoanalyse en ontwikkeling                                       | 260        |
| 16.6      | De diverse behandelvormen                                           | 261        |
| 16.7      | Waar staat de psychoanalyse?                                        | 264        |
| 16.8      | Psychoanalytische behandelingen en setting                          | 266        |
| 16.9      | Containment, relatie en interpretatie                               | 267        |
| 16.10     | Psychoanalytische behandelvormen                                    | 269        |
| 16.11     | Setting als intermediaire ervaringsruimte of containment            | 273        |
| 16.12     | Werken aan identiteit                                               | 274        |
| 16.13     | Samenvattend                                                        | 278        |
|           | <b>Literatuur</b>                                                   | <b>280</b> |
|           | <b>Register</b>                                                     | <b>292</b> |
|           | <b>Over de auteur</b>                                               | <b>293</b> |

# Inleiding

## INLEIDEND

In dit hoofdstuk zullen we kort een overzicht geven van de ontwikkeling van het psychoanalytisch referentiekader. Waar komt de psychoanalyse vandaan, waar gaat ze over, en wat zijn de belangrijkste vooronderstellingen van de psychoanalyse? Aan het slot van dit hoofdstuk blikken we kort vooruit op de overige hoofdstukken in dit boek.

### 1.1 Psychoanalyse

Wij gaan ervan uit dat de psychoanalyse zich bezighoudt met het functioneren van de menselijke *mind* en met de ontwikkeling daarvan. De psychoanalyse bestaat uit een netwerk van verschillende theorieën:

- over de normale en de afwijkende ontwikkeling;
- over de manier waarop mensen de informatie die op hen afkomt organiseren, en over hoe zij hieraan in innerlijke werkmodellen betekenis en vorm geven;
- over de wijze waarop eventuele disfunctionele aspecten van die innerlijke werkmodellen kunnen worden bijgesteld.

Theorie en klinische praktijk zijn daarbij nadrukkelijk met elkaar verbonden. Normaliteit en pathologie liggen in elkaars verlengde. Met betrekking tot de diverse behandelvormen wordt uitgegaan van een continuümgedachte.

Er wordt wel gezegd dat de psychotherapie, waarvan de psychoanalyse een specifiek onderdeel vormt, 'een oude kunst en een nieuwe wetenschap' is. Als *kunst* gaan de wortels van de psychotherapie terug naar de oude Grieken (Hippocrates). De psychotherapie als *wetenschap* heeft zich in de tweede helft van de negentiende eeuw ontwikkeld vanuit twee belangrijke scholen, namelijk die van Liébeault en Bernheim in Nancy en van Charcot en Janet in Parijs (Salpêtrière). Beide scholen hielden zich bezig met suggestie en hypnose. Freud ging in zijn beginjaren bij beide op bezoek.

Etchegoyen (1991) laat zien dat het verschil tussen Liébeault en Janet vooral ligt in het feit dat de behandelmethode van Liébeault niet interpersoonlijk was. In de behandelwijzen van Janet te Parijs en van Breuer te Wenen komt voor het eerst het belang van de interpersoonlijke relatie naar voren. We zullen nu kort ingaan op het gedachtegoed van Charcot, Bernheim en Janet.

Voor Charcot was de hypnotische toestand een vorm van pathologisch reageren, te vergelijken met een shocktoestand als reactie op een traumatische gebeurtenis.

Charcot maakte een onderscheid tussen organische en hysterische verlammingen. Vervolgens reproduceerde hij, op basis van suggestie onder hypnose, het optreden van verlammingen, en hij wist die verlamningsverschijnselen ook weer ongedaan te maken. Hij was de mening toegedaan dat de hysterische verlammingen, oftewel *conversies*, samenhangen met mentale concepten. Charcot demonstreerde de heilzame werking van de hypnotische suggestie in zijn wekelijkse colleges, waar ook Freud aan heeft deelgenomen. Charcot onderscheidde de *dynamische* en de *organische* amnesie: in het eerste geval was het mogelijk om met gebruikmaking van hypnose datgene wat was vergeten weer in de herinnering terug te brengen; in het tweede geval was dat onmogelijk.

Voor Bernheim daarentegen was hypnose, in het verlengde van Liébeault, niet per definitie een vorm van pathologie, maar een mate van suggestibiliteit variërend van normaal tot pathologisch. Voor hem was de suggestie van belang. Bernheim maakte steeds minder gebruik van hypnose, omdat hij van mening was dat door middel van suggestie in wakende toestand vergelijkbare effecten behaald konden worden. Deze laatste procedure werd door de leden van de Nancy School 'psychotherapeutisch' genoemd.

Bij Janet ging het over het tekortschieten van de synthetiserende functie van het Ego, waardoor specifieke gebeurtenissen afgesplitst werden beleefd. Een verstoring van de synthetiserende functie van het Ego leidt tot mentale automatismen. In een dergelijke situatie blijven psychische inhoud en autonoom naast elkaar bestaan. Janet beschrijft het verschijnsel van de *dissociatie*. Dissociatieve verschijnselen hangen dus samen met handelingen die onbewust waren en dat ook blijven. Bij Janet is het onbewuste datgene wat zich aan de synthetiserende functie van het Ego onttrekt. In het onbewuste zoals Janet zich dat voorstelt, gaat het om automatismen en niet om een vorm van dynamiek. Er is geen sprake van betekenisverlening, maar van processen die procedureel verlopen en vastliggen. We stoten bij Janet op een onderscheid dat te vergelijken valt met dat tussen de *Aktualneurose* en de *Psychoneurose* bij Freud (waarover verderop meer), en dat tussen *ongementaliseerde processtoornissen* en *gementaliseerde representatiestoornissen* bij Fonagy.

Het was Breuer die de werkwijze van Charcot in zijn behandelvorm opnam door gezond gedrag te induceren en de patiënt uit te nodigen diens verhaal met betrekking tot het gebeurde zo gedetailleerd mogelijk te vertellen, om daarmee het vergeten op te heffen. Psychotherapie is daarmee een behandeling ter genezing geworden, gericht op de menselijke binnenwereld en gebruikmakend van de interpersoonlijke relatie – dit alles tegen de achtergrond van een wetenschappelijke theorie over de persoonlijkheid en het psychisch (dis)functioneren (Eagle, 1984; Etchegoyen, 1991).

In 1895 introduceert Freud het onderscheid tussen wat hij noemt de *Aktualneurose* (of *Angstneurose*) en de *Psychoneurose* (Freud, 1895b). In het geval van de *Aktualneurose* is de stap naar de mentale representatie (nog) niet gemaakt. Freud (1895b) spreekt ook wel over het onderscheid tussen *Aktualangst* en *Signalangst*: in het eerste geval is de angst onmiddellijk en direct verbonden aan de angst oproepende stimulus, en in het tweede geval is de angst een signaal dat er iets dreigends staat te gebeuren. De *Signalangst* heeft dus een anticiperende kant. In het geval van de *angstneurose* is gedrag wat het is. Angst is angst, en nog puur somatisch van aard; hij is niet gerelateerd aan een onderliggende dynamiek, en is daar dus ook geen signaal van. De angst heeft (nog) geen

signaalfunctie. Vandaar dat Freud stelt dat de angstneurose zich buiten de reikwijdte van de psychoanalytische behandeling bevindt. De psychoneurose daarentegen kan door middel van de psychoanalytische methode worden bewerkt, want hier is het uiteindelijke gedrag gerelateerd aan een onderliggende conflictueuze dynamiek. Angst heeft hier wel de functie gekregen van een signaal in relatie tot achterliggende conflicten. Anders gezegd: in het geval van de psychoneurose gaat het om conflicterende mentale representaties, dus om *representatiestoornissen*; er is sprake van *conflictpathologie*. In het geval van de angstneurose gaat het om het (nog) niet gementaliseerde; hier is sprake van *processtoornissen* en dus van *ontwikkelingspathologie*. Vanaf de publicatie van *Hemmung, Symptom und Angst* (1926) zal Freud zich steeds meer richten op de behandeling van conflicterende representatiestoornissen; de behandeling van processtoornissen raakt meer op de achtergrond. Dit heeft er onder meer toe geleid dat de behandeling van externe traumata en van psychosomatische stoornissen steeds meer uit beeld is geraakt. De psychoanalyse was toenemend de psychoanalyse van het conflict geworden, en steeds minder die van het 'tekort', ofwel van stagnaties in de ontwikkeling. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat binnen de psychoanalytische wereld het 'tekort' nooit geheel weg is geweest, zoals we verderop zullen zien bij onder anderen A. Freud, M. Klein, Winnicott en Kohut. Heden ten dage, met de ontwikkeling van het mentaliseringsmodel, lijkt het onderscheid tussen processtoornissen en representatiestoornissen of tussen ontwikkelingspathologie en conflictpathologie weer volop aanwezig.

In 1904 publiceert Freud, in een boek van Löwenfeld over de obsessieve neurose, een bijdrage waarin hij een overzicht geeft van de doelstelling van en indicaties voor een psychoanalytische behandeling (Freud, 1904). Het liggen van de patiënt op de bank is op dat moment het enige overblijfsel van de hypnotische behandeling die hij eerder voorstond. In *Die freudische psychoanalytische Methode* wordt het raamwerk geschetst van de tot op heden gehanteerde psychoanalytische methode. Voor het eerst wordt hier de psychoanalyse beschreven als duidelijk onderscheiden en afgegrensd van de cathartische methode. De ontwikkeling van de cathartische methode kunnen we kort weergeven in een aantal stappen. In het begin wordt suggestie gebruikt om 'gezond gedrag' bij de patiënt op te wekken. Dat gedrag komt in de plaats van 'ongewenst gedrag', dat daarmee als het ware 'overgeschilderd' wordt. Dit verandert later onder invloed van Breuer: die hanteert hypnose niet zozeer om de patiënt te laten vergeten, maar om hem of haar in staat te stellen verborgen gevoelens te exploreren. Spreken en herinneren worden dan de basis van de cathartische methode.

In *Über Psychotherapie* (1905b), een lezing voor Weense medici, gaat Freud verder in op de specifieke moeilijkheden van de psychoanalytische methode en op de eisen die de behandeling stelt aan de analyticus en de patiënt. Naast indicaties komen hier vooral ook de contra-indicaties naar voren. Om het onderscheid tussen de door hem ontwikkelde methodiek en de suggestieve cathartische methode te markeren en te verhelderen, gebruikt hij Leonardo da Vinci's formules *per via di porre* en *per via di levare*.

- Als voorbeeld van de *via di porre* beschrijft Da Vinci de schilderkunst. De schilder bedekt het lege doek met kleur en laagjes verf, net zoals suggestie en overreding iets toevoegen teneinde verandering dan wel genezing te bewerkstelligen.

- Daartegenover staat de beeldhouwkunst. Het beeld zit opgesloten in het marmer en de beeldhouwer verwijdt de steen die het beeld aan het zicht onttrekt. Dit is wat Da Vinci aanduidt met de *via di levare*. Evenals de beeldhouwkunst wil de psychoanalyse niet iets toevoegen; zij wil juist iets weghalen, om daarmee het individu te bevrijden en zijn authenticiteit naar voren te laten komen.

Zowel *Die freudische psychoanalytische Methode* (1904) als *Über Psychotherapie* (1905b) impliceert een sterke verwevenheid van de theorie en de techniek van de psychoanalyse. De interactie tussen de theorie en de techniek is hierbij dan ook essentieel. We zetten nu die samenhang uiteen. In de psychoanalyse gaat het Freud om de relatie tussen vergeten en herinneren. Vergeten wordt opgevat als een *actief* vergeten: patiënten vergeten die zaken die te pijnlijk zijn om onder ogen te zien. 'Vergeten' betekent voor Freud 'niet willen herinneren'; het wordt opgevat als een beveiligingsmechanisme tegen pijnlijke herinneringen. Vervolgens ontwikkelt Freud dan het concept 'weerstand'. Hij postuleert een conflict tussen de wens om te herinneren en de wens om te vergeten. Zo wordt begrijpelijk dat dwang, suggestie en stimulering geen geschikte technieken zijn: men stuit daarbij immers op de weerstand, waarvan de functie juist is om dit herinneren te beletten. De patiënt dient juist vrij te kunnen spreken. De theorie over de weerstand leidt zo dus tot de techniek van de vrije associatie. De wijze waarop omgegaan wordt met weerstand, en het hanteren van de techniek van de vrije associatie, zijn tot op heden typerend voor de psychoanalyse. Ze zijn vastgelegd in wat 'de grondregel' genoemd wordt.

In *Studien über Hysterie* stellen Freud en Breuer reeds dat de seksualiteit als bron van dromen en als motief van afweer een hoofdrol speelt in het ontstaan van de hysterie (Freud, 1895a). Steeds meer gaat Freud de seksualiteit zien als *de* etiologische factor in de neurose. Daarmee is het centrale conflict in de psychoanalyse niet langer het conflict tussen vergeten en herinneren, maar dat tussen instinctieve krachten enerzijds en verdringende krachten anderzijds. Het woord 'instinctief' is hier overigens misleidend, want het gaat niet om een biologisch concept maar om een mentaal begrip. Beter zou zijn te spreken over een conflict tussen krachten die expressie nastreven en krachten die uit zijn op verdringing dan wel vermijding.

Vanaf dat moment ontwikkelt de psychoanalyse zich snel in de richting die wij kennen. Theorieën over de infantiele seksualiteit, het oedipuscomplex en de overdracht worden geformuleerd. Binnen de geschetste context wordt de interpretatie het therapeutisch instrument bij uitstek. Immers, vanaf dit moment is het noodzakelijk geworden de patiënt voor te leggen dat hij aan het vermijden is, waarom hij dat doet, en wat hij daarmee beoogt. De 'weerstandstheorie' leidt enerzijds tot een specifieke interpretatie van het concept van het onbewuste als datgene wat verdrongen is (met zijn eigen wetmatigheden en inhouden), en anderzijds tot een theorie over de overdracht, waarmee de relatie tussen patiënt en behandelaar wordt gedefinieerd. Het onbewuste, opgevat als 'niet bewust' in die zin dat het nooit bewust is geweest, komt steeds meer op de achtergrond te staan. Daarmee gaat de psychoanalyse steeds meer de kant op van een theorie en behandelvorm voor wat we tegenwoordig 'representatiestoornissen' zouden noemen. Deze theorie wordt gekenmerkt door concepten als *affect* en *conflict*.

In *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung* (1912) en *Zur Einleitung der Behandlung* (1913b) wordt de theorie met betrekking tot de overdracht door Freud vertaald in een aantal aanbevelingen aan de therapeut voor de behandeltechniek. Zo schrijft Freud dat de analyticus een spiegeelfunctie dient te vervullen: de behandelaar spiegelt primair wat door de patiënt in de behandelaar wordt geprojecteerd. In 1915, wanneer Freud de gevoelens van liefde in de overdracht bespreekt, zegt hij dan ook dat de psychoanalyse moet plaatsvinden in een sfeer van 'abstinentie' (Freud, 1915b). De therapeut hoort de wensen van de patiënt niet te gratificeren. Zoals eten de honger wegneemt, zo neemt het gratificeren van de wens de bereidheid weg om stil te staan bij die wens, aangezien die, met de bevrediging ervan, ophoudt te bestaan. Gratificatie betekent het einde van het psychoanalytisch proces in de zin zoals Freud het tot op dat moment omschreef. Gratificatie realiseert het verlangen. Daarmee wordt het vermogen tot symboliseren afgeremd, en wordt de scheiding tussen fantasie en werkelijkheid niet gemaakt. De abstinentieregels stelt de analyticus in staat om het materiaal van de patiënt op te vatten als een interpretatie door die patiënt, die ook als zodanig geanalyseerd dient te worden. Kortom, in de analytische behandeling gaat het om interpretaties van patiënten die opnieuw om interpretatie en niet om feiten vragen.

In *Über Psychotherapie* uit 1905 presenteert Freud (1905b) psychotherapie als een experimenteel medische methode, uiteenvallend in twee vormen: een toedekkende en een openleggende. Daarna beschrijft hij in deze publicatie de indicaties, maar vooral ook de contra-indicaties voor de psychoanalytische behandeling. Hij beperkt daarmee de werkzaamheid van de door hem ontwikkelde methode tot het gebied van de psychoneurose (die hij, zoals gezien, onderscheidt van de angstneurose of Aktualneurose). Hij gaat ervan uit dat een indicatie voor een psychoanalytische behandeling niet alleen gebaseerd moet zijn op de aard van de ziekte, maar ook op de structuur van de persoonlijkheid. De vraag naar de indicatie steunt daarmee op twee pijlers: enerzijds moet de psychoanalytische behandeling *nodig* zijn, en anderzijds moet zij, gegeven de structuur van de patiënt, ook *mogelijk* zijn. Freud gaat ervan uit dat het oedipale niveau bereikt dient te zijn: hij postuleerde de thesist dat de kern van de neurose in het oedipale conflict gelokaliseerd is. De psychoanalytische behandeling in de tijd van Freud is steeds meer gericht op het bewerken van conflicterende mentale representaties en steeds minder op (mentale) processtoornissen. Het gaat om de innerlijke ander zoals die vanbinnen vorm heeft gekregen op grond van een complex geheel van internaliseren, projecteren en identificeren. Freud veronderstelt de aanwezigheid van een 'voldoend mentaliserend vermogen', zouden wij tegenwoordig zeggen.

Ten tijde van het driftmodel gaat het om het bewerken van mentale representaties die met elkaar in conflict zijn. Het gaat Freud om enerzijds conflicten tussen driften en anderzijds de bevrediging van de driften. Dit driftconcept vraagt om enige verheldering. Freud gebruikte oorspronkelijk het Duitse begrip *Trieb*. Dit woord sloeg op iets mentaals en niet op iets puur biologisch, maar dit onderscheid is met de vertaling naar het Engelse *drive* verloren gegaan. Oorspronkelijk ging het Freud niet om biologische 'driften', maar eerder om 'affecten', waar hij dan een psychologische of mentale betekenis aan toekende.



## 1.2 Vooronderstellingen

Het psychoanalytische van het psychoanalytisch referentiekader bestaat uit een aantal vooronderstellingen. De belangrijkste daarvan zullen we noemen.

- Freud postuleerde zijn psychoanalyse op het grensvlak van de psychologie en de biologie. Gedrag wordt opgevat als een resultante van biologische factoren (genetische disposities) en psychologische, meer relationele factoren. *Nature* en *nurture* beïnvloeden elkaar wederzijds.
- De psychoanalyse gaat uit van het bestaan van onbewuste processen. Deze onbewuste processen beïnvloeden op actieve wijze het manifeste gedrag. Deze processen zijn onbewust omdat ze in bewuste vorm voor de persoon te bedreigend zijn, of omdat ze nooit tot het bewustzijn zijn doorgedrongen. De psychoanalyticus vraagt zich dus af: hoe werkt het onbewuste, en wat voor verschillende aspecten zijn eraan te onderkennen?
- Datgene wat onbewust is, is dus lang niet in alle gevallen onbewust op geleide van een proces van verdringing. Soms zijn er omstandigheden waardoor de ontwikkeling geremd wordt en de ontwikkeling stagneert. De vraag die binnen de psychoanalyse aan de orde is, is deze: wat genereert en faciliteert ontwikkeling, en wat inhibeert ontwikkeling? Oftewel: waardoor wordt het vermogen tot mentaliseren gefaciliteerd, en waardoor wordt het geïnhibeerd?
- We kunnen twee vormen van pathologie onderscheiden. De eerste is pathologie gebaseerd op een geïnhibeerde ontwikkeling, waardoor het proces voor het opbouwen van mentale representaties verstoord is geraakt (processtoornissen; ontwikkelingspathologie). De tweede vorm van pathologie is die waarbij het vermogen om te mentaliseren wel aanwezig is, maar waar de verschillende mentale representaties met elkaar conflicteren (representatiestoornissen; conflictpathologie). In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat er geen sprake is van ontwikkelingspathologie zonder conflictpathologie, en niet van conflictpathologie zonder ontwikkelingspathologie.
- Normaliteit en pathologie worden opgevat als een continuüm; ze liggen in elkaars verlengde. Pathologie heeft te doen met separaties en met de wijze waarop daarmee wordt omgegaan. Meer algemeen heeft pathologie te maken met de balans of disbalans tussen interpersoonlijk functioneren (verbondenheid, empathie en intimiteit) en autonomie (zelfbepaling en zelfsturing).
- Het proces dat we aanduiden met 'verdringing' is een proces dat de aanwezigheid van een vermogen tot mentaliseren veronderstelt. Verdringing is, evenals andere afweervormen, dan ook een beveiligingsmechanisme, en het veronderstelt een redelijke mate van differentiatie binnen het individu en tussen het individu en zijn omgeving. Het gaat in de psychoanalyse dan ook om het volgende: hoe differentieert het individu zich ten opzichte van zijn omgeving, en hoezeer laat het individu zich daarbij leiden door zijn behoefte aan veiligheid?
- De kwaliteit van de objectrelaties die het kind heeft aan het begin van zijn ontwikkeling, is van belang bij de verdere ontwikkeling, in de zin dat deze relaties fungeren als risicofactoren en/of buffers. De ervaringen die het kind heeft met de belangrijke ander worden verinnerlijkt, dit leidt tot de ontwikkeling van mentale representaties en de ontwikkeling van een innerlijke wereld. Het kind bouwt een systeem van

verwachtingen omtrent het gedrag van anderen op. Kortom: datgene wat buiten is, wordt gaande de ontwikkeling innerlijk gerepresenteerd.

- Binnen de ontwikkeling van het individu zijn uiteindelijk twee verschillende tendensen of bewegingen zichtbaar: enerzijds die naar autonomie, en anderzijds die naar verbondenheid of intimiteit. Dit zijn de beide uitersten op één schaal. Hoe kan het individu zichzelf zijn zonder de ander te verliezen, en intiem zijn met de ander zonder zichzelf kwijt te raken? In het begin van de ontwikkeling is het onderscheid tussen het Zelf en het Object nog vrij diffuus, maar gaandeweg zullen – bij een goed verlopende ontwikkeling – Zelf en Object duidelijker van elkaar onderscheiden raken. De psychoanalyse onderzoekt hoe dit proces verloopt en onder welke condities.
- Afgeweerde processen of voorstellingen kunnen in symbolische vorm opnieuw tot uiting komen, bijvoorbeeld in dromen en versprekingen, maar ook in de impliciete verwachtingen die iemand heeft van zijn therapeut. Maar ook als er geen sprake is van afweer spelen onbewuste (of liever: niet-bewuste) processen een rol. In beide gevallen, bewust of niet bewust, gaat het om opgebouwde verwachtingspatronen over het verloop van de interpersoonlijke interactie. In de psychoanalytische behandeling staat altijd impliciet (bij processtoornissen) of expliciet (bij representatiestoornissen) de interpersoonlijke relatie tussen de patiënt en diens behandelaar centraal. Het gaat impliciet of expliciet om het opdoen van een nieuwe emotionele ervaring die door de patiënt moet worden verinnerlijkt.

Elk gedrag heeft betekenis, of zin. Deze betekenis kan soms al op het eerste gezicht duidelijk zijn, maar vaak ook is de betekenis van het gedrag verborgen. Soms zelfs heeft het gedrag nog géén betekenis, in die zin dat het gedrag nog niet intentioneel is. Dit betekent overigens niet dat dit gedrag geen effect heeft op de ander. Soms zal de behandelaar zich ten doel stellen nader te onderzoeken en te analyseren wat de onbewuste verschijnselen betekenen, en soms zal hij proberen te bereiken dat de patiënt zelf betekenis aan zijn gedrag leert toekennen.

### 1.3 De primaire relatie versus de overdrachtsrelatie

Binnen de psychoanalyse heeft er altijd een spanning bestaan tussen degenen die vooral betekenis hechten aan de primaire relatie (de basale moeder-kindrelatie) en degenen die de overdrachtsrelatie het belangrijkste vonden (de relatie waarbinnen vroegere conflictueuze relationele patronen manifest worden). Exemplarisch voor deze spanning is de discussie of controverse tussen Freud en Ferenczi, waarop veel van de verschillen tussen de verschillende deelttheorieën binnen de psychoanalyse zijn terug te voeren. Ferenczi benadrukte zózeer het belang van de reële en primaire relatie dat de overdracht hierin verdampte. Freud benadrukte daarentegen in zijn discussie met Ferenczi zózeer de overdrachtsrelatie dat de reële relatie daarin verdampte. De achtergrond van deze discussie was de volgende: het was Freud vooral te doen om het innerlijk conflict en de duiding daarvan, en Ferenczi om het tekort in de primaire relatie en het opdoen van een nieuwe, corrigerende ervaring. De basale houding van Freud was daarmee meer terughoudend, en die van Ferenczi meer actief. Voor Freud verliep het proces van verandering via het inzicht verkregen door een effectieve duiding.

Anders gezegd: voor hem was inzicht een *voorwaarde* tot verandering. Voor Ferenczi lag dat anders: voor hem leidde de nieuw opgedane ervaring tot verandering, en daarom zou je hooguit kunnen zeggen dat inzicht een *gevolg* is van de verandering. Kort gezegd: bij Freud ging het vooral om de interpretatie, en bij Ferenczi vooral om de internalisatie. Overigens moet worden opgemerkt dat deze beide aspecten doorgaans tegelijkertijd een rol spelen; in het geval van conflictpathologie of een representatiestoornis staat de interpretatie voorop, terwijl bij ontwikkelingspathologie of processtoornissen het internaliseren op de voorgrond staat.

Voordat we nader ingaan op de ontwikkeling van het psychoanalytisch referentiekader, willen we erop wijzen dat er niet zoiets bestaat als *de* psychoanalyse. Psychoanalyse is een dynamisch geheel van concepten en regels waarbij de klinische praktijk van groot belang is. De psychoanalyse is geen statisch *body of knowledge*: zij was en is voortdurend in ontwikkeling. Momenteel zijn er binnen het psychoanalytisch referentiekader verschillende deeltheorieën te onderscheiden. Deze zullen we in de komende hoofdstukken beschrijven.

Bij de beschrijving van hoe het psychoanalytisch denkkader zich heeft ontwikkeld, gaat het er ons niet primair om te bepalen wat in een specifieke deeltheorie nu wel of niet waar is. Binnen de psychoanalyse zijn mensen voortdurend bezig geweest met deze vraag: 'Hoe ontwikkelt iemand zich van een min of meer reflexmatig reagerend wezen tot een persoonlijkheid met specifieke intenties, met gevoel voor sociale verhoudingen en met het vermogen zich te verplaatsen in de gedachte- en emotionele wereld van de ander?' Daarnaast hielden psychoanalytici zich bezig met deze vraag: 'Als we weten, of menen te weten, hoe de ontwikkeling verloopt, hoe kunnen we dan bij iemand wiens ontwikkeling niet adequaat is verlopen dusdanig ingrijpen dat zijn emotionele lijden wordt geminimaliseerd?' Dat is waar psychoanalytici zich voortdurend over hebben gebogen en wat zij van begin af aan onder woorden hebben willen brengen. Daarbij maakten ze gebruik van de conceptuele kaders die voorhanden waren. Hierna bekijken we welke kaders dat waren. Wat hebben onze voorgangers gezien, en wat is onze visie daarop vanuit wat wij tegenwoordig weten over de ontwikkeling en het bijstellen van een disfunctionele ontwikkeling?

## 1.4 De binnen- en de buitenwereld

Binnen de psychoanalyse gaat het voortdurend over de complexe en wederkerige relatie tussen de buiten- en de binnenwereld. Hoe wordt dat wat buiten is innerlijk gerepresenteerd? Welke internaliserende en projectieve processen spelen daarbij een rol? Hoe verlopen die processen? Anders gezegd: wat is precies de relatie tussen de innerlijke mentale representaties en het extern waarneembaar gedrag? Wat stuurt wat aan? Het gaat hier over *representaties*, *gedrag* en *aansturing of agency*.

Van begin af aan is er een interactionele betrekking tussen buiten en binnen. Steeds opnieuw probeert de psychoanalyse deze betrekking te doordenken. Binnen en buiten, het Ik en de ander: dat is waar het om gaat.

Het Ik is fundamenteel verwikkeld in de wereld. Dat begint zelfs al vóór het kind geboren is: ouders zijn in verwachting van hun kind. Vóór het kind er is, zijn er al verwach-

tingen. En als het kind er eenmaal is, krijgt het een zekere naam en faam, en die naam en faam gaan hem vooruit in zijn verhouding tot de buitenwereld. Zonder buitenwereld geen binnenwereld, en vice versa. De buitenwereld kleurt de binnenwereld, net zoals de binnenwereld de buitenwereld kleurt. Er zijn geen objectief kenbare werkelijkheden, er is slechts de psychische werkelijkheid. Deze psychische werkelijkheid wordt manifest binnen de relaties die wij hebben met anderen om ons heen.

Kortom: ontwikkeling gaat over de complexe wederkerige relatie tussen het Ik en de ander, en over de kwaliteit van die relatie. Daarin spelen vele factoren een rol, zoals genetisch bepaalde kwetsbaarheden of buffers in het kind, wel of geen vormen van pathologie in de ouder, en veiligheid of onveiligheid in de relatie tussen het kind en de ouderobjecten. Sommige van deze factoren staan 'aan', andere staan 'uit' of 'in de wachtstand'. Al deze factoren tellen mee, en ze werken over en weer op elkaar in: een uitermate complexe situatie.

## 1.5 Leeswijzer

Zoals gezegd zullen we in de komende hoofdstukken eerst de verschillende deeltheorieën beschrijven met hun belangrijkste pleitbezorgers (hoofdstuk 2 tot en met 11). In het eerstvolgende hoofdstuk stippen we ze eerst kort aan, daarna gaan we er dieper op in. We beginnen met de klassieke conflict- en drifttheorie. Daarna behandelen we de objectrelatietheorieën, zowel vanuit de egopsychologie (A. Freud en M. Mahler) als in engere zin (M. Klein en Bion). Ook zal aandacht geschonken worden aan de theorie van Winnicott, en aan de zelfpsychologie van Kohut. Uitgebreid komt ook de benadering van Kernberg aan de orde, die tracht de objectrelatietheorie te verbinden met het conflictmodel. Ten slotte bekijken we recentere benaderingen, zoals de gehechtheidstheorie van Bowlby en het mentaliseringsmodel van Fonagy.

Vervolgens gaan we in op het onderscheid tussen descriptieve (psychiatrische) en structurele (psychoanalytische) diagnostiek (hoofdstuk 12). De intake en de indicatiestelling (hoofdstuk 13) komen daarna aan de orde: deze zijn nodig om te kunnen nagaan of er sprake is van ontwikkelings- dan wel conflictpathologie. Vervolgens komen de verschillende uitingsvormen van ontwikkelingspathologie (of structurele pathologie) en conflictpathologie aan de orde (hoofdstuk 14 en 15). We sluiten het boek af met een hoofdstuk waarin de verschillende psychoanalytische behandelvormen (hoofdstuk 16) in samenhang aan de orde komen.



# De deeltheorieën

## INLEIDEND

Binnen de psychoanalyse kennen we verschillende perspectieven van waaruit naar het menselijk functioneren wordt gekeken. Elk van die deeltheorieën heeft haar eigen accent en daarmee ook haar eigen geldigheidsgebied. In dit hoofdstuk zullen we kort de verschillende deeltheorieën bespreken en hun geldigheidsgebied benoemen. Vanaf hoofdstuk 3 zullen we dieper ingaan op de verschillende deeltheorieën; we doen dit aan de hand van de personen die de basis ervoor gelegd hebben.

Overigens moet worden opgemerkt dat het psychoanalytisch pluralisme de wetenschappelijke fundering van de psychoanalyse ernstig heeft bemoeilijkt. Een zekere mate van integratie zou hier bepaald behulpzaam zijn geweest.

### 2.1 Het drift- en het egopsychologisch model

Binnen het driftmodel (zie hoofdstuk 3) en zijn doorgroei in het egopsychologisch model (zie hoofdstuk 4) staat het individu centraal. Het gaat hier vooral over de ontwikkeling van biologisch bepaalde emoties naar psychologisch bepaalde affecten en over hun invloed op de aard van de ontwikkeling. De focus ligt op het leren reguleren van de affecten.

Het driftmodel is verder ontwikkeld tot wat Freud omschreef als het 'structurele model', bestaande uit Id, Ego en Superego. Centraal staat hier het concept van het intrapsychisch conflict. Dit is het conflict tussen enerzijds driftmatige impulsen/verlangens en anderzijds het verbod daarop, omdat het uitleven van die impulsen/verlangens te veel onlust of angst zou oproepen. Het driftmodel is vooral gericht op de wederwaardigheden van het driftleven. Bij het egopsychologisch model verschuift de aandacht meer naar de ontwikkeling en de functies van het Ego: het gaat om de ontwikkeling van het Ego als *agens*.

Belangrijk in de laatstgenoemde benadering is het lijden aan ambivalenties en schuldgevoel. Het is verboden de eigen wensen uit te leven. De angst moet vooral worden gezien als angst voor liefdesverlies wanneer de verboden wensen toch worden uitgeleefd. De behandeling bestaat uit het in de relatie met de behandelaar oproepen, duiden en doorwerken van het neurotisch conflict. Zoals eerder gezegd moet de behandelaar hierbij zo terughoudend mogelijk zijn (abstinent), om daarmee de patiënt de gelegenheid te geven op geleide van zijn innerlijke conflicten de therapeutische relatie in te kleuren. De therapeut confronteert de patiënt met diens afweer, met het weghouden van bepaalde fantasieën uit angst. Deze angst wordt besproken, om via die weg zicht te krijgen op

de onderliggende wensen/verlangens. De therapeutische doelstelling is om op geleide van de duiding een min of meer doorleefd emotioneel inzicht te verkrijgen, waarna het disfunctionele gedrag kan worden opgegeven. Deze benadering veronderstelt de aanwezigheid van een relatief stabiele innerlijke structuur of met andere woorden van stabiele mentale representaties, zoals het geval is bij neurotische patiënten.

Het driftmodel focust op het intrapsychische beleven van de neurotische persoonlijkheid; we zeiden het hiervoor al. In dit model gaat het vooral om het behandelen van conflictpathologie of representatiestoornissen. Daarbij wordt de patiënt losgemaakt uit zijn maatschappelijke context en verdwijnt de externe realiteit dus uit het zicht. De therapeutische werkelijkheid leert echter dat veel patiënten niet primair aan neurotische conflicten, maar veeleer aan een deficiëntie van de persoonlijkheidsstructuur zelf lijden. Er is binnen het psychoanalytisch referentiekader dan ook sprake van een herwaardering van de externe realiteit; er is een duidelijker visie op de ontwikkeling van de structuur van de persoonlijkheid tot stand gekomen. Dit leidde onder meer tot een derde model binnen de psychoanalyse (naast het driftmodel en de doorontwikkeling daarvan tot het egopsychologische model): de objectrelationele benadering.

## 2.2 Het objectrelationeel model

Binnen het objectrelationele denken staat vooral de vroege moeder-kinddyade in de belangstelling, en dus niet langer het individu als geïsoleerd van zijn omgeving. Binnen het objectrelationele model zijn twee verschillende benaderingen ontwikkeld: enerzijds die door A. Freud en M. Mahler vanuit de egopsychologie, en anderzijds die door M. Klein. Bij A. Freud c.s. is er, als we terugdenken aan de discussie tussen Freud en Ferenczi (zie paragraaf 1.3), een duidelijker aansluiting bij de positie van Freud, terwijl in de benadering van M. Klein de positie van Ferenczi duidelijker herkenbaar is.

Onder 'objectrelatie' wordt door A. Freud c.s. verstaan de innerlijke representatie van de relatie met een (belangrijke) ander. Voor M. Klein is een objectrelatie iets wat extern is en direct waarneembaar; bij haar gaat het om de concrete relatie, die overigens vervolgens ook weer moet worden verinnerlijkt. Dit verschil in benadering impliceert dat er voor A. Freud in de ontwikkeling een objectloze fase is, terwijl dat voor M. Klein niet het geval is. Voor Klein zijn er van begin af aan objectrelaties en dient het kind daarin te overleven. Winnicott nam wat dit betreft een middenpositie in. Bij Winnicott en zijn navolgers, de zogenoemde *Independents*, lag de focus meer op hoe het proces van verinnerlijken van belangrijke objectrelationele betrekkingen verloopt en op wat de antecedenten van dat proces zijn. Bij hen kwam opnieuw de curatieve betekenis van de therapeutische relatie in het middelpunt te staan. In zijn algemeenheid moet gezegd worden dat datgene wat verinnerlijkt wordt, geen pure replica is van wat buiten in de externe realiteit aanwezig is. Het innerlijk beeld is libidineus bezet, affectief ingekleurd en een eigen beleving en interpretatie van de 'objectieve externe realiteit'. Het zal duidelijk zijn dat de discussie tussen Freud en Ferenczi zich tussen A. Freud, M. Klein en Winnicott heeft voortgezet.

In het begin van de ontwikkeling zijn deze innerlijke beelden, die ook als interpretatieve schema's functioneren, als onderscheiden beelden nog afwezig. De binnen- en de buitenwereld lopen door elkaar heen; het zelf en de objecten zijn nog niet gescheiden of gedifferentieerd. Tussen deze fase waarin het zelf nog diffuus is en de fase waarin het zelf als apart van zijn omgeving beleefd wordt en waarin de innerlijke beelden overwegend vastomlijnd zijn, ligt een tussenfase waarin deze innerlijke objecten in toenemende mate aan constantheid winnen. De innerlijke representaties, ook wel aangeduid als innerlijke objecten, zijn als het ware schemata die de wijze weerspiegelen waarop het kind zijn omgeving, bijvoorbeeld zijn ouders, waarneemt en beleeft. Dit proces van verinnerlijking en afgrenzing van het zelf van de belangrijke ander noemen we ook wel het separatie-individuatieproces in termen van M. Mahler, of in termen van M. Klein de ontwikkeling van de paranoïde-schizoïde positie naar de depressieve positie. Dit proces van verinnerlijking en afgrenzing (of losmaking) vraagt om een voldoende mate van *holding* door de primair verzorgende ouderfiguren. Daar waar de ouders al te zeer falen, ontstaan er deficiënties in de ontwikkeling naar autonomie en blijft de behoefte aan splitsingen in goede en slechte objecten bestaan. Anderzijds geldt ook: wanneer er in het geheel geen sprake zou zijn van falen, zou de ontwikkeling óók stagneren. Ontwikkelen of groeien vraagt namelijk om een juiste afstemming tussen frustreren en gratificeren. In termen van Winnicott gaat het om het *good enough* zijn van de primaire objecten: de ouders moeten fouten maken, maar ook weer niet te veel.

In de behandeling gaat het er steeds minder om een emotioneel doorleefd inzicht te bereiken, maar steeds meer om het opdoen van een emotionele ervaring in het therapeutisch contact die corrigerend werkt op de ervaringen met de falende ouderobjecten en die vervolgens wordt verinnerlijkt. De houding van de therapeut is dan ook steeds minder abtinent; hij/zij biedt zich steeds meer aan als een nieuw reëel object (nieuw in vergelijking met de vroegere ouderobjecten). De patiënt krijgt de mogelijkheid geboden om de relatie met het nieuwe object, de behandelaar, te verinnerlijken, om op grond daarvan de oorspronkelijke innerlijke objectrelaties te corrigeren, en tekorten aan te vullen. In het objectrelationele model gaat het meer om het bewerken van ontwikkelingspathologie of processtoornissen.

In de objectrelationele benadering gaat het erom alsnog de symbiose te doorbreken en zodoende autonomie te verwerven en de angsten te bewerken die daarmee samenhangen. De angst is hier niet zozeer de angst voor liefdesverlies; veeleer gaat het om een fundamentele vernietigingsangst. Zowel fusie als autonomie roept angst op, beide hangen samen met vernietigings- dan wel verdwijningsangst. Bij deze zienswijze gaat het niet zozeer om het beleven van ambivalenties, maar om het uitleven van ambivalenties (op basis van splitsingsmechanismen). De objectrelationele benadering geeft een goed inzicht in de preoedipale ontwikkeling. Het gaat minder om mentale representaties op zich, maar meer om het opbouwen ervan. Anders gezegd, een dergelijke benadering is met name geschikt om preoedipale problematiek te begrijpen.



### 2.2.1 Kernberg

Een speciale positie als het gaat om de verschillende deeltheorieën binnen de psychoanalyse wordt ingenomen door Kernberg. Zijn bijdrage aan de verdere ontwikkeling van het psychoanalytisch denkkader bestaat uit het feit dat hij het structurele of driftmodel heeft geïntegreerd met het objectrelationele model (Kernberg, 1976, 1982). Voor Kernberg gaat het er in de ontwikkeling om dat het kind min of meer adequaat leert omgaan met intrapsychische conflicten. Objectrelaties worden altijd gekenmerkt door een specifieke affectieve inkleuring: het zelf en het object zijn met elkaar verbonden door een affect. Kernberg gaat vervolgens op zoek naar de voor het individu kenmerkende wijze van zich verhouden met andere objecten: wat is, kortom, de dominante dyade voor het individu? Deze dominante dyade krijgt zijn vorm op grond van de interactionele geschiedenis van het individu. Achter deze dominante dyade gaat altijd een afgeweerde dyade verscholen die te pijnlijk en te overweldigend is om te beleven. De wijze waarop mensen met een tekortschietende innerlijke structuur hun objectrelaties vormgeven wordt in Kernbergs visie gekenmerkt door *splitsen*. Deze mensen hanteren desintegratie als een vorm van afweer: zo trachten zij intense en sterk overweldigende mentale toestanden te controleren en hanteerbaar te maken. Zij onderscheiden zich in dit opzicht van mensen met een meer neurotische innerlijke structuur, want deze laatste groep maakt gebruik van een integratiebevorderende vorm van afweer.

Naast zijn bijdrage aan verdere integratie van het psychoanalytisch denken heeft Kernberg zijn ideeën steeds verwoord in termen die voor wetenschappers te operationaliseren zijn. Hiermee heeft hij een sterke aanzet gegeven voor de empirische onderbouwing van de psychoanalyse.

## 2.3 Het zelfpsychologisch model

Ook de derde benadering binnen het psychoanalytisch referentiekader, het zelfpsychologisch model van Kohut, zet zich af tegen het model van drift en afweer. Ook hier gaat het niet primair om conflicten, maar om tekorten. Kohut benadrukt het belang van de aanwezigheid van een begripend verzorgend object als buffer voor het kleine kind in zijn ervaring van hulpeloosheid. Het kind heeft behoefte aan empathisch begrip; als dit geboden wordt, ontwikkelt het spiegelend object zich tot een stevig, samenhangend zelfobject. Kohuts denken ligt in het verlengde van dat van met name Winnicott en Britse objectrelationele psychoanalytici als Fairbairn.

De zelfpsychologie richt zich met name op de narcistische ontwikkelingslijn, op de ontwikkeling van het zelfgevoel. De leidende gedachte daarbij is dat om tot een veerkrachtig, intern gereguleerd zelfgevoel te komen bij het kleine kind de behoefte aan spiegeling ('Ik ben groot en jij moet dat bevestigen') en idealisering ('Jij bent groot en omdat ik bij jou hoor, ik ook') in voldoende mate bevredigd moet zijn. Is dit niet het geval, dan zal het zelf kwetsbaar en extern gereguleerd blijven. In de behandeling zal dit betekenen dat de psychoanalyticus zich dient 'te laten gebruiken' als 'zelfobject' voor de patiënt: hij fungeert als (narcistisch) verlengstuk. Pas wanneer het zelf van de patiënt in voldoende mate gerestaureerd is, kan deze een andersoortige therapeutische relatie aangaan,