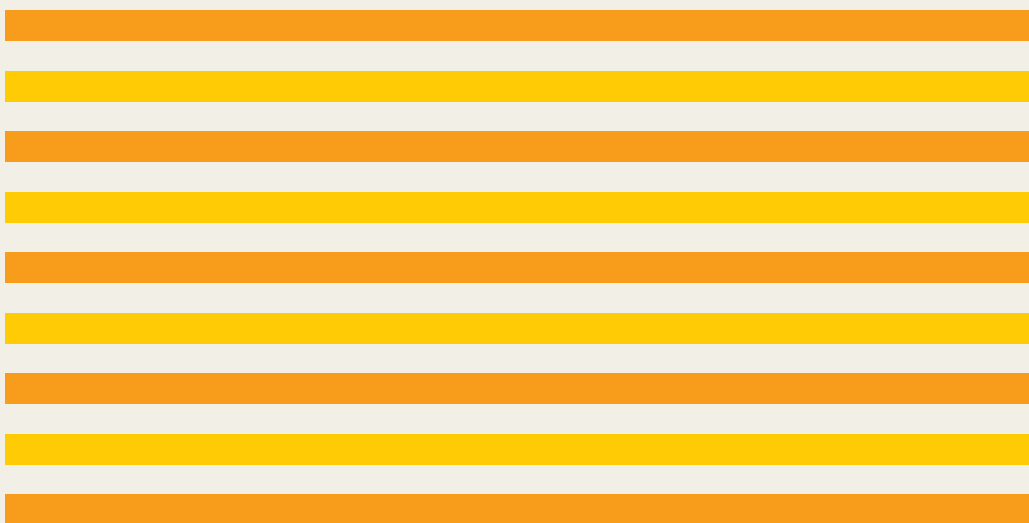


DR. M.H.M. DE WOLF



Psychoanalytische behandelingen

Onderbouwing, uitleg
& toepassing van diverse
behandelvormen



Psychoanalytische behandelingen

Psychoanalytische behandelingen

Onderbouwing, uitleg en toepassing
van diverse behandelvormen

Dr. M.H.M. de Wolf

uitgeverij | C
coutinho

bussum 2011

© 2011 Uitgeverij Coutinho b.v.

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). 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).

Uitgeverij Coutinho

Postbus 333

1400 AH Bussum

info@coutinho.nl

www.coutinho.nl

Zetwerk: Studio Pietje Precies | bno, Hilversum

Omslag: Dien Bos, 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 0262 2

NUR 777

Woord vooraf

Psychoanalytische behandelingen. Onderbouwing, uitleg en toepassing van diverse behandelvormen vormt de helft van een tweeluik over psychoanalyse. Het is deels een aanvulling op en deels een vervanging van *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie* (De Wolf, 2002). De ontwikkelingen in de afgelopen jaren binnen het psychoanalytisch referentiekader maakten een grondige herziening en uitbreiding van dat boek noodzakelijk. De huidige inzichten hebben ertoe geleid dat er een minder scherp onderscheid wordt gemaakt tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie dan in het verleden. Tegenwoordig wordt ervan uitgegaan dat de psychoanalyse een referentiekader is waarbinnen een grote verscheidenheid aan behandelingen past. Vandaar dat in de titel van dit boek wordt gesproken van psychoanalytische behandelingen. In de nieuwe opzet wordt uitgebreid ingegaan op het beschikbare wetenschappelijke onderzoek en op de wijze waarop inzichten uit voor de psychoanalyse relevante kennisgebieden binnen het psychoanalytische referentiekader zijn opgenomen.

Dit deel van het tweeluik gaat over individuele psychoanalytische behandelingen. Het beschrijft de wetenschappelijke status van deze behandelingen, de theorie van de verschillende behandelvarianten voor verschillende doelgroepen en hoe de behandelingen verlopen. Binnen het psychoanalytisch kader kan een groot aantal behandelvarianten worden onderscheiden. Deze varianten worden geordend langs de dimensie conflict- versus ontwikkelingspathologie. Het gehele psychoanalytische behandelarsenaal wordt op een samenhangende wijze beschreven vanuit de continuümgedachte. Daarin passen de langdurige en hoogfrequente klassieke psychoanalyse en de langdurige laagfrequente psychoanalytische psychotherapie, die beide gericht zijn op het interveniëren op het niveau van de persoonlijkheid, maar ook kortdurende varianten gericht op het behandelen van As I-stoornissen en behandelvarianten als MBT en TFP, die meer specifiek gericht zijn op het behandelen van ernstige As II-problematiek of beter gezegd persoonlijkheidspathologie. Naast deze behandelvarianten komen ook de verschillende interventietechnieken aan de orde. Het boek sluit af met een hoofdstuk over dromen, waarin aan de hand van een aantal concrete dromen duidelijk wordt hoe dromen in psychoanalytische behandelingen worden gebruikt.

Zoals gezegd was er niet alleen behoefte aan uitbreiding maar ook aan herziening van *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*. Na herziening zal

dat deel van het tweeluik zowel de normale als de pathologische ontwikkeling beschrijven, waarbij relevante gegevens uit de ontwikkelingspsychopathologie vanuit een psychoanalytisch perspectief worden weergegeven. Thema's als gehechtheid, affect- en attentieregulatie en mentaliseren komen hierbij uitgebreid aan de orde. Dat geldt ook voor de relatie tussen de biologie en de psychologie, waarvoor binnen de psychoanalyse altijd een speciale aandacht heeft bestaan. Dit betekent dat er ruim aandacht zal zijn voor een nieuwe beweging binnen de psychoanalyse, namelijk de neuroanalyse. Daarnaast worden de verschillende psychoanalytische deeltheorieën beschreven en geëvalueerd. Het gaat daarbij om de drifttheorie, de egopsychologie, de verschillende vormen van objectrelatietheorieën en de zelfpsychologie, maar ook meer recente vormen van interactioneel denken binnen de psychoanalyse.

Dit boek is bedoeld voor diegenen die zich professioneel met psychotherapie en andere vormen van veranderprocessen bezighouden en geïnteresseerd zijn in de ontwikkeling van motieven, drijfveren en intenties die het menselijk gedrag organiseren en betekenis geven. Het zou nooit geschreven kunnen zijn zonder de stimulerende invloed van al die studenten die ik in de afgelopen jaren heb mogen invoeren in het prachtige vak van de psychotherapie. Ook de stimulerende discussies binnen het geheime psychoanalytisch dispuut had ik niet kunnen missen: Pieter, Jan en Hans, ontzettend bedankt. Liesbeth Eurelings Bontekoe wil ik bedanken voor haar kritische lezing en haar constructieve bijdrage aan de definitieve tekst en Michel van Veen, Nel Draijer en Rien Van voor hun verhelderende casuïstiek. En *last but not least* Saskia de Maat en Caspar Berghout voor hun uitermate relevante hoofdstuk over de research rond de effectiviteit en doelmatigheid van psychoanalytische behandelingen.

Dr. M.H.M. de Wolf
voorjaar 2011

Inhoud

Inleiding ■ Psychoanalyse in ontwikkeling	13
DEEL I	
Veranderen	25
1 Het psychoanalytisch kader	27
1.1 Inleiding	27
1.2 Bewust-onbewust	27
1.3 Intersubjectiviteit en innerlijk werkmodel	29
1.4 Twee vormen van pathologie	31
1.5 Psychodynamische attitude	32
2 Veranderen	43
2.1 Inleiding	43
2.2 Verandering en weerstand	44
2.3 Holding	45
2.4 Autonomie en verbondenheid	45
2.5 Idealisering	45
2.6 Bevestiging	46
2.7 Verandering, angst en identiteit	46
2.8 Therapie als managen van angst en regressie	47
2.9 Overdracht en tegenoverdracht	51
3 Structurele verandering	59
3.1 Inleiding	59
3.2 Innerlijke werkmodellen	59
3.3 Structurele verandering: van interpretatie naar relatie	60
3.4 Structurele verandering en steun	62
3.5 Structurele verandering en mentaliseren	63
3.6 Structurele verandering en geheugen	64
3.7 Conclusie	68
4 Angst	69
4.1 Inleiding	69
4.2 Aktualneurose en psychoneurose	69
4.3 Freuds angsttheorieën	70
4.4 Paranoïde-schizoïde positie en de depressieve positie	72

4.5	Attachment	73
4.6	Gehechtheid bij kinderen	74
4.7	Gehechtheid bij volwassenen	76
4.8	Conclusie	79
5	Weerstand	83
5.1	Inleiding	83
5.2	Innerlijke werkmodellen en mentaliseren	85
5.3	Reflectief functioneren	86
5.4	Mentale representaties en het mentale proces zelf	87
5.5	Vormen van afweer	88
5.6	Conclusie	92
6	Regressie en ontwikkelingsstagnatie	93
6.1	Inleiding	93
6.2	Innerlijke structurering	93
6.3	Binnen- versus buitenwereld	95
6.4	Fixatiepunten	96
7	De psychotherapeutische relatie	99
7.1	Inleiding	99
7.2	De primaire relatie	100
7.3	De reële en de werkrelatie	103
7.4	De overdrachtsrelatie	104
7.5	Het ontwikkelaspect van de therapeutische relatie	105
8	Overdracht en tegenoverdracht	115
8.1	Inleiding	115
8.2	Overdracht als intersubjectief	115
8.3	Overdracht en psychopathologie	117
8.4	Overdracht en reparatie	119
8.5	Overdracht en de evidentie uit de neurowetenschappen	122
8.6	Tegenoverdracht	123
9	Psychoanalytische setting, opleiding en identiteit	129
9.1	Inleiding	129
9.2	Psychoanalytische setting	130
9.3	Behandeling: relatie en interpretatie	132
9.4	Intermediaire ervaringsruimte	133
9.5	Opleiding	134
9.6	Identiteit	135
9.7	Het opleiden	137
9.8	Conclusie	138

DEEL II

De behandeling	145
10 Basale psychoanalytische attitude	147
10.1 Inleiding	147
10.2 Innerlijk proces	147
10.3 Falend mentaliseren of regressie	148
10.4 Psychoanalytische behandelingen	149
10.5 Diversificatie van interventiemethodieken: ontwikkeling versus conflict	151
10.6 Diversificatie van interventiemethodieken: deeltheorieën	154
10.7 Diversificatie van interventiemethodieken: kortdurende varianten	156
10.8 Conclusie	157
11 Effectiviteit van psychoanalytische behandelvormen	159
11.1 Inleiding	159
11.2 De werkzaamheid van kortdurende psychoanalytische psychotherapie (KPP)	159
11.3 De werkzaamheid van langdurige psychoanalytische behandelingen (LPB)	163
11.4 Langdurige psychoanalytische psychotherapie (LPP) voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis	164
11.5 LPP: de meta-analyse van Leichsenring en Rabung (2008)	165
11.6 LPP en psycho-analyse (PA): review van De Maat et al. (2009)	167
11.7 LPP en PA: recent Nederlands onderzoek	169
11.8 Conclusie	174
12 Psychoanalytische behandelingen	177
12.1 Inleiding	177
12.2 Psychoanalytische behandelingen en setting	180
12.3 Setting als intermediaire ervaringsruimte of containment	184
12.4 Werken aan identiteit	185
12.5 <i>Stepped</i> versus <i>matched care</i>	186
13 Langdurende hoogfrequente psychoanalytische behandeling: psychoanalyse	193
13.1 Inleiding	193
13.2 De aard van het proces in de psychoanalyse	194
13.3 Mentale representaties	195
13.4 Het mentale proces	196
13.5 Fasen van de behandeling	197

13.6	Abstinentie en neutraliteit	201
13.7	Interpretatie	202
14	Langdurende laagfrequente psychoanalytische behandeling:	
	Anna	213
14.1	Inleiding	213
14.2	De behandeling van Anna	214
14.3	Gehanteerde interventies en procedures	242
14.4	Faciliteren	243
14.5	Exploreren	243
14.6	Confronteren	244
14.7	Interpreteren van weerstand	244
14.8	Interpreteren van overdracht	245
14.9	Doorwerken	246
14.10	Verinnerlijken of identificeren	247
14.11	Affect-, angst- en aandachtsregulatie	247
15	Kortdurende psychoanalytische behandelingen: een overzicht	249
15.1	Inleiding	249
15.2	Malan	249
15.3	In de tijd gelimiteerd	250
15.4	De focus	251
15.5	Het duiden en containen	252
15.6	Het bewerken van overdracht en weerstand	252
15.7	Davanloo	255
15.8	Sifneos	256
15.9	Mann	257
15.10	Strupp en Binder	258
15.11	Klerman en Weissman	259
15.12	Horowitz	260
15.13	Conclusie	266
16	As I-behandeling voor depressie: KPSP	269
16.1	Inleiding	269
16.2	Positionering van de KPSP binnen het psychoanalytisch referentiekader	271
16.3	Samenvattend tot nu toe	276
16.4	Het relationele perspectief van KPSP	276
16.5	Indicatiestelling met betrekking tot KPSP	280
16.6	Werkwijze binnen KPSP	282
16.7	De gehanteerde therapeutische techniek binnen KPSP	285
16.8	Conclusie	296

17 As II cluster C: affectfobiebehandeling	297
17.1 Inleiding	297
17.2 Affectfobie en de driehoeken van Malan	301
17.3 Indicatiestelling: de aard van de behandeling meer steunend of openlegend	305
17.4 Behandeling: bewerken afweer en verborgen gevoel en S/O-representaties	307
17.5 Het herstructureren van de affecten	312
17.6 Herstructurering van zelf- en objectrepresentaties	319
17.7 Conclusie	324
18 Psychoanalytische behandelvormen voor structurele pathologie: een overzicht	325
18.1 Inleiding	325
18.2 Openleggende behandelvormen met eventueel steunende momenten	325
18.3 Steunend structurerende behandelvormen	332
18.4 Conclusie	335
19 As II-behandeling: transference focused psychotherapy	337
19.1 Inleiding	337
19.2 TFP	339
19.3 Borderlinepersoonlijkheidsorganisatie	339
19.4 Objectrelationele dyaden	340
19.5 Exclusiecriteria en prognostische factoren	342
19.6 De therapeutische houding in de TFP	342
19.7 Het contract	344
19.8 Het bewerken van de objectrelationele dyaden	345
19.9 Veranderen	346
19.10 Samenvattend	350
19.11 Conclusie	356
20 As II cluster B-behandeling: mentalization based treatment	357
20.1 Inleiding	357
20.2 Basale concepten	359
20.3 De ontwikkeling van het coherente zelf	363
20.4 Mentaliseren	364
20.5 Relationele betrokkenheid	366
20.6 Behandeling	367
20.7 Toetsen van het niveau van mentaliseren	368
20.8 De relatie tussen binnen- en buitenwereld	369
20.9 Samenvattend tot nu toe	372
20.10 Interventies	373

20.11	Empathie en ondersteunen	375
20.12	Verhelderen, exploreren en confronteren	375
20.13	Basaal mentaliseren	377
20.14	Interpretatief mentaliseren	377
20.15	Mentaliseren in de overdracht	378
20.16	Niet-mentaliserende interventies	379
20.17	Samenvattend	379
20.18	Crisissituaties	380
21	Het proces in psychoanalytische behandelingen	389
21.1	Inleiding	389
21.2	Setting als intermediaire ervaringsruimte	392
21.3	Indicatiestelling en matching	393
21.4	Verschillende fasen in het therapeutische proces	394
21.5	Conclusie	405
22	Dromen in psychoanalytische behandelingen	407
22.1	Inleiding	407
22.2	<i>Traumdeutung</i>	408
22.3	Droomonderzoek	414
22.4	Samenvattend	417
22.5	Droom in de droom	418
22.5	Conclusie	426
	Bijlage – Tabellen bij hoofdstuk 11	427
	Literatuur	447
	Register	460
	Over de auteur	472

Inleiding

Psychoanalyse in ontwikkeling

Psychoanalyse omvat verschillende modellen over de persoonlijkheid, de normale en de pathologische ontwikkeling en het therapeutisch interveniëren. Na een periode van differentiëren lijkt er een periode van integreren aangebroken. Deze verloopt via concepten als ontwikkeling, attachment, affectregulatie, mentaliseren en het assimileren van inzichten uit andere relevante kennisgebieden. Intersubjectiviteit en het onbewuste zijn daarbij nog steeds organiserende principes. Psychoanalyse gaat over de wijze waarop de *mind* functioneert.

Binnen de psychoanalyse worden grofweg vier deeltheorieën gehanteerd, die ik elders uitgebreid heb beschreven (De Wolf, 2002):

- het drift- en conflictmodel;
- het objectrelationele model;
- het zelfpsychologisch model;
- het intersubjectieve en gehechtheidsmodel.

Op grond van de klassiek psychoanalytische opvatting over driften en intrapsychische conflicten zijn we in staat gebleken de structuur van de oedipale neurose te begrijpen. Het innerlijke conflict wordt gezien als het centrale thema in de behandeling en moet dan ook worden geïnterpreteerd. Het gaat over innerlijke mentale representaties. Hedendaagse theorieën over objectrelaties en de ontwikkeling van het zelf vragen aandacht voor de preoedipale fase in de ontwikkeling, aansluitend bij de hedendaagse interesse voor borderline- en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Hiermee werd de omslag van de eenpersoonspsychologie naar de tweepersoonspsychologie gemaakt en kwam naast de 'interpretatie' het belang van de (therapeutische) 'relatie' centraal te staan. Momenteel is er binnen het psychoanalytisch referentiekader ruime aandacht voor een vierde invalshoek, namelijk die waarin de intersubjectieve relatie tussen patiënt en behandelaar centraal staat en het concept 'ontwikkeling' de metafoor is voor de psychoanalytische behandeling. Naast conflict-pathologie gaat het over het belang van de ontwikkelingspathologie. Elk van de genoemde deeltheorieën heeft haar eigen geldigheidsgebied. Tegenwoordig gaat het in toenemende mate binnen de psychoanalyse over het belang van de primaire gehechtheidsrelaties en de verinnerlijking daarvan. Relevante inzichten uit aanpalende kennisdomeinen worden steeds meer geïntegreerd. Daarbij valt te denken aan inzichten uit de *human infant research*, de neurowetenschappen, de cognitieve psychologie en de *attachment research*.

Psychoanalytisch behandelen

Psychoanalytische behandelingen zijn erop gericht om vaak al lang bestaande en binnen de persoonlijkheid verankerde vormen van psychopathologie op te heffen of de symptoomdruk die daaruit voorkomt ten minste te verminderen. Ze zijn er in verschillende varianten, van kort- tot langdurend en van wat traditioneel 'steunend' tot 'inzichtgevend' genoemd werd. Tegenwoordig spreken we liever over 'structurerend' versus 'herstructurerend'. Dit sluit aan bij het onderscheid tussen conflict- versus ontwikkelingspathologie, oftewel tussen neurotische pathologie versus persoonlijkheids- of structurele pathologie. Binnen het domein van de psychoanalytische behandelingen wordt uitgegaan van eenzelfde opvatting over ontwikkeling, groei en verandering, zowel voor wat betreft normaliteit als wat betreft pathologie. Langdurige psychoanalytische vormen van behandeling komen in beeld als sprake is van complexe in de persoon verankerde ernstige psychopathologie die niet voldoende effectief behandelbaar bleek met meer kortdurende behandelvormen. De aanwezige problematiek van de patiënt resulteert in dergelijke gevallen in een steeds ernstiger mate van verkramping en inperking van het functioneren van de persoonlijkheid, wat kan leiden tot:

- psychische, maar vaak ook lichamelijke en psychosociale symptomen en klachten;
- een duurzaam en zich versterkend patroon van psychosociale beperkingen, conflicten en isolement;
- stolling of verenging van innerlijke ervaringen en gedragingen.

De negatieve gevolgen hiervan komen tot uiting op een *breed terrein van persoonlijke en sociale situaties*, en de patiënt ervaart meestal een intensief lijden. Interventies gericht op het manifeste klachtenpatroon blijken tekort te schieten. Daarom is een benadering noodzakelijk die zich via het symptoom richt op het bewerken van de persoon van de patiënt en zijn interpersoonlijke context. Psychoanalytische behandelingen betreffen persoonlijkheidsproblematiek in brede zin. Die beperkt zich niet tot de borderlinepersoonlijkheidsorganisatie, maar strekt zich uit over verschillende persoonlijkheidsorganisaties, inclusief de neurotische persoonlijkheidsorganisatie.

Binnen het spectrum van psychoanalytische behandelingen wordt onderscheid gemaakt tussen langdurige psychoanalytische behandelingen (LPB) en kortdurende psychoanalytische behandelingen (KPB). Binnen de LPB kunnen vervolgens de langdurig hoogfrequente behandelingen (de klassieke psychoanalyse) en de langdurig laagfrequente behandelingen (de klassieke *open ended* psychoanalytische psychotherapie) worden onderscheiden.

In langdurige psychoanalytische behandelingen leiden verschillende doseringen van steunende en inzichtgevende therapeutische interventies geleide-

lijk aan tot veranderingen in de persoonlijkheid. Behandelingen kunnen meer of minder structurerend dan wel herstructurerend zijn en beogen een verbetering in de kwaliteit van de structuur van de persoonlijkheid.

Psychoanalytische behandelingen kennen zoals gezegd meerdere varianten, zowel individueel als in groepen (in dit handboek komen alleen de individuele behandelvarianten aan de orde). In elk van deze varianten vindt een voortdurende afweging plaats tussen het bieden van veiligheid, het opnieuw op gang brengen van een gestagneerd geraakte ontwikkeling en het bewerken van emotionele conflicten. Bovendien kunnen behandelingen variëren in bandbreedte van de behandelingsfocus: die kan breed zijn bij de meer langdurende behandelingen en focaal bij kortdurende of tijdgelimiteerde psychoanalytische behandelingen. In het laatste geval selecteren patiënt en behandelaar een specifieke focus of kernprobleem.

Zoals hiervoor is aangegeven richt de langdurige psychoanalytische behandeling zich op ernstige en vaak al lang bestaande psychopathologie. Veel van die problematiek heeft haar wortels in een gebrekkige kwaliteit van de gehechtheidsrelaties die zijn ontwikkeld tijdens de vroege kindertijd. Psychoanalytische behandeling is erop gericht bij de patiënt een vroeg gestagneerd geraakte psychologische ontwikkeling alsnog in gang te zetten. De kwaliteit van nieuwe gehechtheidsrelaties speelt hierin een belangrijke rol. Om deze reden besteden de behandelaren veel aandacht aan het ontwikkelen van een therapeutische relatie.

Het onderzoek naar vroege gehechtheid en de beïnvloeding daarvan door behandeling is een belangrijk terrein van multidisciplinair wetenschappelijk onderzoek. Het belang van het innerlijk representeren van ervaringen met de primaire gehechtheidfiguren blijkt in toenemende mate. Deze innerlijke representaties beïnvloeden de kwaliteit van de latere relaties en het ontstaan van verschillende vormen van psychopathologie.

Vanaf het begin van zijn ontwikkeling legt het individu zijn ervaringen vast in onbewuste innerlijke werkmodellen, die in het brein zijn opgeslagen. Deze modellen zijn het organiserend principe waarmee nieuwe ervaringen tegemoet worden getreden en betekenis krijgen. Daarnaast selecteren ze onze ervaringen. Dankzij deze werkmodellen krijgt het individuele gedrag continuïteit en betekenis.

De kwaliteit van de primaire gehechtheidsrelaties speelt een cruciale rol in de ontwikkeling. Het individu met zijn specifieke genetische kwetsbaarheden ontwikkelt zich optimaal in relatie tot een ander die hem voldoende veiligheid biedt. Een psychisch gezond individu is in staat tot een zekere mate van *psychological mindedness*, reflectie en invoelend vermogen ten aanzien van zichzelf en van anderen. Met andere woorden: de kwaliteit van de primaire gehechtheidsrelatie is van belang bij de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen.

Centraal in psychoanalytisch behandelen staat dan ook het bevorderen van *mentaliseren*. Deze behandelvisie biedt een verdere detaillering van de wijze waarop de therapeutische setting in generiek opzicht gebruikt kan worden. Daarnaast leidt ze tot een verruiming van mogelijkheden tot indicatiestelling. Ook de ernstiger problematiek binnen het spectrum van persoonlijkheidsstoornissen is hierdoor binnen het bereik van psychoanalytische behandelingen gebracht.

Het bevorderen van mentaliseren is het bevorderen van het vermogen om de ander te benaderen als een *intentioneel* wezen met eigen gedachten, wensen, ideeën en verlangens. Bij veel lang bestaande en ernstige psychopathologie is dit vermogen nog al eens ernstig ontregeld of gestagneerd geraakt. Overigens dient erop gewezen te worden dat het bevorderen van het mentaliserend vermogen niet voorbehouden is aan behandelingen die gericht zijn op ernstige vormen van persoonlijkheidsproblematiek; het wordt ook toegepast bij behandelingen gericht op het bewerken van meer neurotische vormen van persoonlijkheidsproblematiek.

Door veel aandacht te besteden aan het alsnog tot stand komen van een veilige gehechtheidsrelatie en het vermogen tot mentaliseren wordt een op den duur flexibeler en steviger soort psychologische structuur bevorderd. Deze beoogt de patiënt in de toekomst bescherming te bieden tegen psychische stoornissen en te leiden tot een groter adaptief vermogen.

Ten slotte past de psychoanalytische opvatting over behandelen binnen het biopsychosociale model, dat zich situeert op het grensvlak tussen de psychologie, de sociologie en de biologie. Psychotherapeutische interventies zijn gebaseerd op elk van deze wetenschappelijke domeinen. Zij dragen bij aan het ontstaan en de ontwikkeling van meer flexibele en ook nieuwe psychische structuren, zij bevorderen de inbedding van de patiënt binnen zijn interpersoonlijke context en op neurologisch niveau stimuleren zij de doorlaatbaarheid en groei van (nieuwe) neurologische verbindingen. Op elk van deze drie niveaus ontstaan nieuwe verbindingen die door het proces van doorwerking en herhaling worden versterkt.

In het begin van de ontwikkeling van de psychoanalyse trachtte Freud haar te funderen op het grensvlak tussen de psychologie en de biologie oftewel de neurologie. Deze poging was toentertijd niet succesvol. Daarna bewoog de psychoanalyse zich in de richting van óf de natuurwetenschap óf de betekenisverlening en daarmee de hermeneutiek. De huidige kennis met betrekking tot het functioneren van het menselijke brein heeft er echter toe geleid dat de psychoanalyse zich momenteel opnieuw en nu met mogelijk meer succes positioneert op het grensvlak tussen de biologie en de psychologie. Dit wil overigens niet zeggen dat die twee verschillende epistemologische kennisdomeinen tot elkaar herleidbaar zijn.

Biologie en psychologie

Tot enkele decennia geleden minimaliseerden psychotherapeuten de biologische respectievelijk de genetische factor als het ging om psychopathologische beelden; datzelfde deed de biologisch georiënteerde psychiatrie als het ging om de psychologie of om omgevingsvariabelen. Er werd een bio-socio-psychologisch model gehanteerd, maar de som van deze drie aspecten was een constante en er ontstond een strijd tussen de vakgebieden. Hoe groot is het aandeel van de biologie in de depressie in vergelijking met dat van de psychologie? Hoe groter het aandeel van de biologie, hoe kleiner dat van de psychologie; de som van beide was immers constant. Deze strijd was daarmee een gevolg van een persisterend cartesiaans denken, gebaseerd op een fundamentele scheiding tussen *soma* en *psyche*, tussen lichaam en geest, tussen biologie en psychologie, tussen *nature* en *nurture*, die na eerst gescheiden te zijn weer met elkaar in verband gebracht moesten worden.

Van begin af aan heeft Freud geprobeerd 'zijn' psychoanalyse te positioneren tussen de biologie en de psychologie in. Dat was overigens een van de redenen dat hij er een apart wetenschappelijk domein voor claimde, een gedachte die binnen de huidige psychoanalyse al geruime tijd is verlaten. Freud ging ervan uit dat de mogelijkheden van het menselijk gedrag werden bepaald door de biologie en daarmee door specifieke (genetisch bepaalde) kwetsbaarheden. Van begin af aan heeft hij getracht een verklaringsmodel voor het menselijk gedrag te ontwikkelen. Hoe ontwikkelen emoties zich tot gevoelens? Anders gezegd: hoe wordt iemand van een reflexmatig reagerend wezen tot een persoonlijkheid met specifieke intenties en gevoel voor sociale verhoudingen? Hoe ontwikkelen lichamelijke sensaties zich tot intentioneel gedrag met een symbolische betekenis? Hoe interacteren biologische- en ervaringsfactoren met elkaar? Hoe ontwikkelt een kind zich vanuit de relatie met zijn ouders tot een persoonlijkheid die in staat is anderen min of meer intuïtief of onbewust te begrijpen en er een wederkerige emotionele relatie mee aan te gaan? Wat is de relatie tussen *mind* en *brain* (de metafoor van 'soft-' en 'hardware' schiet hier overigens tekort)?

Freud ging ervan uit dat de kwaliteit van de vroegkinderlijke relaties van grote invloed was op relaties later in de ontwikkeling. Hij probeerde zijn visie op het samenspel tussen biologie en psychologie voor wat betreft de menselijke ontwikkeling te beschrijven in *Entwurf* (1950). Dat hij daar niet in slaagde is gelet op de toenmalige stand van de wetenschappelijke kennis niet verwonderlijk en het was een van de redenen dat *Entwurf* postuum is uitgegeven.

Tegenwoordig weten we dat omgevingsvariabelen de expressie van biologische oftewel genetische disposities activeren. Daarmee komt opnieuw de betekenis van het concept 'ontwikkeling' in de belangstelling te staan en zien we een heropleving van het gedachtegoed van Bowlby, met zijn theorie over de hechting

of liever over de gehechtheidsrepresentaties. Binnen de human infant research wordt veel onderzoek verricht naar de mate waarin de interactie tussen het individu met zijn specifieke constitutionele bepaaldheid en zijn omgeving bepalend is voor de aard van de ontwikkeling die het individu doormaakt. Hierbij wordt grote waarde toegekend aan de affectieve kwaliteit van de hechtingsrelaties waarin het kind betrokken is.

Centrale begrippen zijn hier de gehechtheidsrepresentatie, het innerlijk werkmodel en de kwaliteit of aard daarvan waarbinnen de gehechtheidsrelatie haar vorm krijgt. Onder het innerlijk werkmodel wordt de wijze verstaan waarop verinnerlijking van karakteristieke interactiepatronen plaatsvindt. Deze patronen ontstaan doordat specifieke gedragingen zich voortdurend voordoen in de relatie tussen het kind en zijn hechtingsobject en zich uiteindelijk op procedurele wijze vastleggen in het mentale apparaat. Gehechtheidsrepresentaties, oftewel innerlijke werkmodellen, krijgen de vorm van mentale representaties die het gedrag nu en in de toekomst reguleren en waaraan ook de ontwikkeling van het zelf, het zelfbeeld en het zelfgevoel zijn verbonden.

Neurowetenschappen en psychotherapie

Het voortschrijdende inzicht dat gedrag zijn uiteindelijke vorm krijgt op basis van de interactie tussen genetische disposities en ervaringsgegevens, leidt ertoe dat het aloude onderscheid tussen organische en functionele stoornissen opnieuw moet worden doordacht. Het gaat niet meer om óf/óf, maar eerder om én/én. Als het zo is dat genetische en omgevingsvariabelen elkaar van meet af aan beïnvloeden, dan betekent dit ook dat vroegere omgevingsfactoren invloed hebben op de wijze waarop neurale circuits zich ontwikkelen en functioneren en vice versa (Pally, 2000; Hart, 2008).

Het ter beschikking komen van geavanceerde onderzoeksmethodieken als de PET-scan en MRI versnelde het neurobiologisch onderzoek van de hersenen. Vragen die daarbij aan de orde komen zijn: wat is bewustzijn? Hoe komt het tot stand? Hoe werkt het geheugen? Wat zijn emoties en hoe zijn ze te reguleren? Tegenwoordig wordt algemeen aanvaard dat het merendeel van onze mentale activiteit zich onbewust afspeelt. De bevindingen van de neurowetenschappen maken steeds duidelijker welk onbewuste toegankelijk is en welk niet, en onder welke condities. Er verschijnen publicaties waarin onderzoek uitgevoerd op het grensvlak van de neurowetenschappen en psychotherapie besproken wordt en waarin neurologisch traceerbare effecten van psychotherapeutisch handelen aan de orde komen. De scheiding tussen somatische en psychologische wetenschappen c.q. invalshoeken blijkt niet langer doelmatig. Vanaf het begin van de (prenatale) ontwikkeling is er sprake van een intersubjectieve relatie tussen het zelf en zijn omgeving, dat wil in eerste instantie zeggen zijn: eerste primaire gehechtheidsfiguren. Er is sprake van een circulaire causaliteit tussen het zelf en de ander, maar ook tussen 'brain' en 'mind'. Fona-

gy zal daaraan toevoegen dat intersubjectiviteit ook gerelateerd is aan gehechtheid en mentaliseren. Daarnaast gaat mentaliseren samen met het reguleren van de affecten. Overigens veronderstelt de ontwikkeling van het mentaliseren het vermogen gebruik te maken van de symboliserende functie van de taal.

Psychoanalyse en pathologie

Wat tot nu toe gezegd is impliceert dat gedrag de resultante is van een complexe interactie tussen nature en nurture, tussen genetische kwetsbaarheden en vroege objectrelaties. Wat uiteindelijk in gedrag tot expressie komt, hangt af van de wijze waarop de vroege gehechtheidsrelaties worden verinnerlijkt. Als het gaat om de ontwikkeling van psychopathologie is er dus zeker een aantal risicofactoren. Er is geen sprake van een directe relatie met het ontstaan van pathologie, maar enkele van deze risicofactoren zijn daarop wel van invloed. Van belang is bijvoorbeeld de kwaliteit van de vroege gehechtheidsrelaties en de wijze waarop de vroege ervaringen worden verinnerlijkt, maar ook de wijze waarop een innerlijke mentale wereld wordt gecreëerd. Hiermee wordt verwezen naar de invloed van het mentaliserend vermogen en het vermogen om innerlijke mentale representaties op te bouwen. De innerlijke representatie van de vroege ervaringen met de primaire objecten beïnvloedt latere relaties en dat geldt ook voor het ontstaan van mogelijke vormen van psychopathologie. Van het begin af aan is er de genetisch bepaalde behoefte aan het vormen van een emotionele band met anderen om te overleven. Dit impliceert het vinden van een balans tussen autonomie en verbondenheid. Soms wordt die balans gevonden door de autonomie of de verbondenheid in te leveren. Dat kan een aanzet zijn tot de vorming van psychopathologie, en hiermee verbindt de psychoanalyse zich met de attachmenttheorie.

Het thema van verbondenheid of intimiteit en autonomie loopt als een rode draad door het psychoanalytisch denken. Freud (1914; 1926; 1930) spreekt in dit verband over begrippen als *libido* en *agressie*. Met libido bedoelde hij de behoefte die met verbintenis en samengaan te maken heeft, terwijl agressie door hem verbonden werd met de behoefte de eigen identiteit te waarborgen. Kortom: libido heeft te maken met het zich verbinden en agressie met het zich differentiëren. Laplanche (1985; 1999) ziet agressie en libido als de twee verschillende einden van eenzelfde beweging, namelijk je verbonden voelen met anderen zonder jezelf te verliezen. Soortgelijke gedachten vinden we terug bij Balint als hij het heeft over *clinging* gedrag tegenover autonomie, bij Fairbairn en later Kohut, maar evenzeer bij Bowlby (1969; 1973; 1980): zijn bekende trilogie gaat immers over attachment en separatie. Het is Blatt (1995; 1998; 2004) die dit onderscheid tussen de behoefte aan autonomie versus verbondenheid als organiserend principe gebruikt in zijn denken over psychopathologie (zie onder meer de hoofdstukken 4 en 20).

Psychoanalytische behandelingen

Overigens betekent de hernieuwde aandacht voor het concept 'ontwikkeling' niet dat het in psychoanalytische psychotherapie dient te gaan om het reconstrueren van de vroege kindertijd, omdat daar alle problematiek zou zijn begonnen. Wel betekent het dat mensen van het begin af aan ervaringen opdoen op grond waarvan zij innerlijke werkmodellen opbouwen waarmee zij de omgeving tegemoet treden. Soms zijn deze innerlijke werkmodellen productief en constructief en leiden ze tot creativiteit, soms zijn ze echter onvruchtbaar en destructief en leiden ze tot rigiditeit. Psychotherapie en psychoanalytische psychotherapie dienen een 'revisiewerkplaats' te zijn, een plek waarin niet-constructieve aspecten van innerlijke werkmodellen worden opgespoord, geprovoceerd en gereviseerd. Bovendien is er groeiende evidentie dat vroege omgevingsfactoren de ontwikkeling van het menselijke neurale systeem beïnvloeden en wijst neurobiologisch onderzoek op het belang van de affectieve relatie tussen het kind en zijn verzorger(s) als het gaat om de ontwikkelingen van neurohormonale structuren. Dit houdt in dat doelmatige psychotherapie daarmee rekening dient te houden in de zin dat de behandelaar zich realiseert dat hij zich dient aan te bieden als een nieuw primair gehechtheidsobject en niet louter en alleen als een overdrachtsfiguur.

De hernieuwde belangstelling voor het belang van attachmentrepresentaties is dan ook niet vreemd. In de visie van Bowlby is psychopathologie verbonden met het verlies of het ernstig tekortschieten van attachmentfiguren en de reactie daarop van het individu. Psychopathologie is voor hem verbonden met pathologische reacties op traumatische separaties. Hij gaat er daarbij van uit dat mensen gedreven worden door een universele behoefte om emotionele bindingen met anderen aan te gaan. Hij ziet deze behoefte in het kader van de overleving van de soort, zoals eerder door Darwin is gepostuleerd. Attachment is voor hem een resultante van genetische disposities en omgevingsvariabelen. Intersubjectiviteit en interactie staan in zijn denken centraal. Bij het corrigeren van niet-adequate innerlijke werkmodellen en het activeren van het attachmentsysteem verdwijnen de oude gedragspatronen niet, maar wordt er een alternatief ontwikkeld. Hierdoor zal het individu in ernstig traumatiserende dan wel beangstigende situaties minder langdurend en minder dwingend een beroep doen op het oude gedragsrepertoire. Door middel van beloning en herhaling van het nieuwe gedrag en ontmoediging van het oude gedrag zal dat laatste langzamerhand uitdoven (Hart, 2008).

Ook de kwaliteit van de affect- en aandachtsregulatie en het faciliteren van het mentaliserend vermogen hebben invloed op de ontwikkeling. Tot nu toe heb ik wat betreft de ontwikkeling van pathologie de nadruk gelegd op het deficiënt zijn van het innerlijk werkmodel. Innerlijke werkmodellen kunnen echter ook aanleiding geven tot de ontwikkeling van conflicten tussen innerlijke mentale

representaties. We stoten hier op het onderscheid tussen ontwikkelings- en conflictpathologie. Dit is een leidend onderscheid in de wijze van denken over psychoanalytisch behandelen die in dit boek zal worden besproken.

Het gedrag wordt grotendeels onbewust gestuurd. Innerlijke werkmodellen zijn op impliciete wijze procedureel vastgelegd. Dat betekent dat ze per definitie onbewust zijn. Bijstelling of wijziging van dergelijke modellen vindt niet plaats op basis van verbale duidingen, maar op basis van het verinnerlijken van de therapeutische relatie. Sprekend over het onbewuste moet een onderscheid worden aangebracht tussen het 'procedurele onbewuste' en het 'dynamisch onbewuste'. Bij dit onderscheid zijn verschillende geheugensystemen in het geding.

Het procedurele onbewuste betreft processen die onbewust verlopen zonder dat er sprake is van verdringing; een vorm van onbewust functioneren dat niet eerder in het bewustzijn is geweest en daarom niet door duidingen tot het bewustzijn kan worden gebracht. In het geval van het dynamisch onbewuste is er wel degelijk sprake van bepaalde voorstellingen of gedachten die onacceptabel zijn en uit het bewustzijn dienen te worden verbannen of verdrongen. Dergelijke ervaringen kunnen weer bewust gemaakt worden door het instrument van de duiding of door een ontwikkeling die geïnhibeed is geraakt opnieuw in beweging te zetten.

Psychoanalytische psychotherapie dient te worden opgevat als een veranderingsproces, zowel in affectieve als cognitieve zin. Enerzijds willen mensen veranderen, want ze lijden onder hun emotionele problemen. Die kunnen verbonden zijn met innerlijke conflicten, maar ook het resultaat zijn van een tekortschietende ontwikkeling. Het is goed te bedenken dat het hier overigens bepaald geen dichotomie betreft. Anderzijds roept veranderen ook angst en in bepaalde gevallen daaraan verbonden weerstanden op. Vragen die zich hier laten stellen zijn: wat is de kwaliteit van de angst? Leidt angst altijd tot weerstand? Of is gedrag dat weerstand lijkt soms angst?

Kort gezegd: veranderen wordt ervaren als ambivalent. Hieronder zal nader worden ingegaan op hoe veranderingsprocessen vanuit psychoanalytisch kader gezien worden, wat zij impliceren en wat de randvoorwaarden zijn om een vruchtbaar en productief veranderingsproces te bewerkstelligen. Vervolgens zal ingegaan worden op hoe innerlijke werkmodellen en conflicterende innerlijke representaties zichtbaar worden in de therapeutische relatie en hoe ze nader kunnen worden geëxpliciteerd en zo nodig gemodificeerd.

Het gaat in dit boek over de theorie en de techniek van het veranderingsproces binnen een psychoanalytische behandeling. Het is bedoeld voor al diegenen die op een of andere wijze te maken hebben met het verrichten van psychoanalytische behandelingen dan wel daarin zijn geïnteresseerd, omdat ze werken met veranderingsprocessen. Ik spreek bij voorkeur over psychoanalytische be-

handelingen, omdat het onderscheid tussen een klassieke psychoanalyse vier of vijf keer per week en een psychoanalytische psychotherapie relatief is. Er zijn psychoanalyses die eerder hoogfrequente ego-opbouwende behandelingen zijn en psychoanalytische psychotherapieën die gekenmerkt worden door wat we traditioneel een psychoanalytisch proces noemen. De vraag is veeleer wat nodig is om een groei- of veranderingsproces op gang te brengen op grond waarvan het disfunctionele innerlijk werkmodel kan worden gereviseerd en wat de daarbij benodigde dosering is. Dit laatste wil uiteraard niet zeggen dat de aard van een veranderingsproces bij een lage frequentie hetzelfde is als bij een hoge frequentie.

Het doel van langdurige psychoanalytische behandelingen is om binnen de behandelrelatie het innerlijk werkmodel te provoceren, disfunctionele aspecten daarvan te detecteren en de vigerende impliciete procedures te reviseren. Psychoanalytische behandelingen zijn wezenlijk intersubjectief. Een psychoanalytisch werkend behandelaar gaat ervan uit dat het optimaliseren van het mentaliseren en het verinnerlijken van een nieuw gehechtheidsobject de werkzame factoren zijn binnen de behandeling. Samengevat betreft het: ontwikkeling, relatie, internalisatie en interpretatie. Het gaat in de psychoanalytische behandeling om de kwaliteit van de interactie, de behandeling is in wezen het opbouwen van een nieuwe, meer functionele objectrelationele betrekking, die naar buiten de behandeling dient te worden getransponeerd.

Dit boek bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt het veranderingsproces in kaart gebracht en wordt besproken wat daaraan verbonden is, zoals:

- angst;
- weerstand;
- regressie en fixatie;
- overdracht, tegenoverdracht en *enactment*;
- de therapeutische relatie.

Deze fenomenen zullen beschreven worden tegen de achtergrond van de algemene menselijke ontwikkeling. Het eerste deel besluit met een hoofdstuk over de psychoanalytische setting en identiteit en de consequenties daarvan voor opleiding en supervisie.

In het tweede deel wordt – na een inleidend hoofdstuk – door dr. S. de Maat en dr. C. Berghout uitgebreid ingegaan op de wetenschappelijke status van psychoanalytische behandelingen. Daarna komen de verschillende interventiemethodieken aan de orde en wordt besproken hoe hiermee in de verschillende behandelmodaliteiten dient te worden omgegaan. In een openleggende behandeling gericht op herstructurering van de persoonlijkheid wordt weerstand of overdracht anders gehanteerd dan in een meer steunende behandeling die gericht is op het structureren van de persoonlijkheid. Vragen als ‘Hoe wordt een overdrachtsduiding opgebouwd?’ of meer algemeen ‘Hoe

bouw je een interpretatie op?’ komen uitgebreid aan de orde, met veel klinische voorbeelden. In het laatste hoofdstuk van dit boek zal worden ingegaan op hoe in psychoanalytische behandelingen met dromen wordt omgegaan.

In dit tweede deel worden naast de klassieke psychoanalyse en de traditionele psychoanalytische psychotherapie ook enkele recent ontwikkelde behandelvarianten voor specifieke doelgroepen van patiënten nader besproken, zoals:

- de *transference focused psychotherapy*, ontwikkeld door de researchgroep van Kernberg, gebaseerd op het door Kernberg in de richting van het objectrelationele denken uitgebreide conflictmodel;
- het *mentalization-based-treatment*model van Fonagy en Bateman, dat vanuit de *theory-of-mind*benadering is ontstaan.

Deze behandelvormen zijn bedoeld voor het behandelen van As II-problematiek, met name cluster B. Daarnaast komen ook recente kortdurende behandelvarianten aan de orde zoals:

- de affectfobiebehandeling van McCullough, die ontwikkeld is vanuit de KPP-variant van Davanloo;
- de kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie voor het behandelen van depressieve stoornissen, ontwikkeld door F. de Jonghe.

Ook deze twee laatste behandelvarianten zijn *evidence based* ontwikkeld vanuit het psychoanalytisch referentiekader voor de behandeling van As I en As II cluster C-stoornissen.

