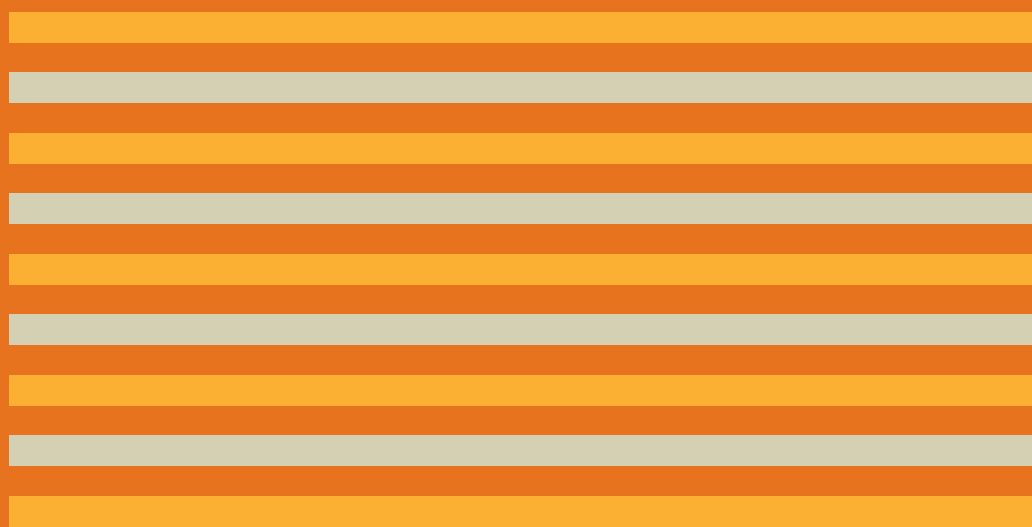


DR. M.H.M. DE WOLF

Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5

Ontwikkeling &
psychopathologie



u i t g e v e r i j
c o u t i n h o

Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5

Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5

Ontwikkeling en psychopathologie

Dr. M.H.M. de Wolf

uitgeverij | C
coutinho

bussum 2015

© 2015 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). 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

Opmaak: Studio Pietje Precies | bno, Hilversum

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 0436 7

NUR 777

Voorwoord

De psychoanalyse is een wijze van denken over de persoonlijkheid, het normale en het deviante functioneren. Psychoanalyse gaat over hoe de *mind* werkt. Dat wordt bepaald door genetische kwetsbaarheden en door de ontwikkeling die het individu doormaakt. Het gaat in de ontwikkeling om het opbouwen van buffers en het hanteren van kwetsbaarheden. Gedrag is een resultante van genetisch bepaalde kwetsbaarheden van het individu, van de specifieke eigenaardigheden van de primaire objecten en van de kwaliteit van de relatie tussen het individu en zijn verzorgende objecten, die op eigen wijze wordt verinnerlijkt. Het gaat daarbij niet om lineaircausale relaties, maar om circulaire relationele betrokkenheden. Met andere woorden: we richten ons eerder op het benoemen van risicofactoren en buffers dan op het beschrijven van causaal uit elkaar voortvloeiende patronen. In onze opvatting is de psychoanalyse per definitie interactioneel en intersubjectief. De psychoanalyse betreft niet de objectieve, maar de psychische werkelijkheid. Zij gaat niet over de dingen in zichzelf, maar over mentale representaties, over de wijze waarop die ontstaan en over de condities waaronder dat optimaal gebeurt. Bovendien richt de psychoanalyse zich op de gegevensheden op grond waarvan mentale representaties juist niet ontstaan, of worden geremd in hun ontwikkeling en op de vraag wat te doen om het vermogen om mentale representaties te ontwikkelen verder te faciliteren. In dit boek wordt ervan uitgegaan dat de psychoanalyse een wetenschappelijk onderbouwde reflectie is op het functioneren van de mind binnen de context van het interpersoonlijk functioneren. Daarbij is zowel de binnen- als de buitenwereld van belang, evenals de manier waarop de buitenwereld innerlijk wordt gerepresenteerd.

De psychoanalyse staat echter onder druk. In de geestelijke gezondheidszorg is steeds minder ruimte voor de binnenwereld en gaat het steeds meer over de buitenwereld. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de klacht, het symptoom en steeds minder aan het behandelproces en de relatie. Wij zijn er echter van overtuigd dat de psychoanalyse aan de vooravond van een opleving staat. Dit vanwege het feit dat er vanuit aanpalende wetenschappelijke domeinen steeds meer evidentie komt voor psychoanalytische concepten, terwijl andere op grond van de beschikbare evidentie worden bijgesteld. Daarnaast is er groeiende evidentie voor de effectiviteit van de verschillende psychoanalytische behandelvormen.

In *Psychoanalytische theorievorming en de DSM-5* bespreken we de stand van zaken binnen het psychoanalytische denkkader. We bieden een overzicht van de ontwikkeling van het psychoanalytisch gedachtegoed en gaan in op de psychoanalytische gedachten over de ontwikkeling van pathologie. Daarbij focussen we op de polariteit autonomie versus verbondenheid. Daarmee wordt aangesloten bij de opvattingen zoals verwoord in de DSM-5 en met name dan deel III waarin de ontwikkelagenda voor de komende versies is omschreven. Daar worden als kern van met name de persoonlijkheidspathologie de autonomie (*self-agency*) en de verbondenheid (interpersoonlijk functioneren) als criteria benoemd.

Dit boek heeft niet de bedoeling om een objectieve beschrijving te geven van de ontwikkeling van het psychoanalytisch referentiekader. Met de kennis van nu kijken we terug naar het verleden. Dat verleden ligt niet ergens diep in een kelder passief te wachten totdat het ontdekt wordt.

We richten ons op degenen die de basisopleiding tot psychotherapeut volgen, maar ook op klinisch psychologen en psychiaters. In feite is dit boek bedoeld voor al diegenen die werkzaam zijn binnen het domein van de geestelijke gezondheidszorg en behoefte hebben aan een wijze van kijken naar mensen die verder gaat dan het manifest waarneembaar gedrag, dus voor die beroepsbeoefenaren die zicht willen krijgen op de onderliggende dynamiek van het doen en laten.

Omwille van de leesbaarheid wordt alleen de hij-vorm gebruikt. Waar 'hij' staat, wordt ook 'zij' bedoeld.

Dit boek zou nooit geschreven kunnen zijn zonder de stimulerende invloed van alle studenten die ik de afgelopen jaren heb mogen opleiden in het prachtige vak van de psychotherapie. In feite is het een neerslag van de wijze waarop zij mij met hun kritische vragen gedwongen hebben mijn opvattingen te verhelderen, te expliciteren en bij te stellen. Dit gebeurde overigens vanuit een betrokkenheid die ik altijd als uiterst stimulerend en respectvol heb ervaren. Ook de fascinerende en stimulerende discussies binnen het Geheim Psychoanalytisch Dispuut had ik niet kunnen missen. Pieter, Jan en Hans, net als bij het vorige boek: ontzettend bedankt.

Dr. M. de Wolf

Inhoud

1	Algemene inleiding: psychoanalyse tussen biologie en psychologie	19
1.1	Inleiding	19
1.2	Intersubjectiviteit	20
1.3	Autonomie en verbondenheid	21
1.4	Innerlijke werkmodellen	21
1.5	De Camino de la Plata als intermediaire ervaringsruimte	22
1.6	Conclusie	29
	 DEEL I Psychoanalytische theorievorming	
2	De psychoanalyse en haar deeltheorieën	33
2.1	Inleiding	33
2.2	Sigmund Freud	35
2.2.1	Per via di porre en per via di levare	36
2.2.2	De basale begrippen	37
2.2.3	Indicatiestelling	38
2.3	Psychoanalytische uitgangspunten	39
2.3.1	De primaire relatie versus de overdrachtsrelatie	41
2.3.2	Binnen- en buitenwereld	41
2.4	De deeltheorieën	42
2.4.1	Het driftmodel en het egopsychologisch model	42
2.4.2	Het objectrelationeel model	43
2.4.3	Het zelfpsychologisch model	46
2.4.4	Het interpersoonlijk model	46
2.4.5	Het gehechtheidsmodel	47
2.4.6	Het mentaliseringsmodel	48
2.5	Conclusie	49

3	Van het driftmodel via het structurele model naar de egopsychologie	51
3.1	Inleiding	51
3.2	Ontwikkeling van het drift- en conflictmodel bij Freud	54
3.2.1	Het affecttraumamodel: van herinneren naar afweer en verdringen	54
3.2.2	Het topografisch model: intrapsychische wensen	57
3.2.3	Het structurele model: de tweede topografie	65
3.3	Conclusie	68
4	Een tweede weg: intimiteit/autonomie en extern/intern	69
4.1	Inleiding	69
4.2	De klassieke versus de romantische benadering	70
4.2.1	De klassieke benadering	71
4.2.2	De romantische benadering	71
4.2.3	Een tweede weg	71
4.3	Breuer	72
4.3.1	Breuer en Anna O.: de cathartische methode	73
4.3.2	Woorden geven aan emoties: verteren en mentaliseren	74
4.3.3	Breuer en Freud	75
4.4	Ferenczi	77
4.4.1	Fantasie en realiteit	77
4.4.2	Trauma en neurotische ontwikkeling	78
4.4.3	Primairobjectliefde en de verwarring	79
4.4.4	Mutual analysis	80
4.4.5	De moord van of door de patiënt	81
4.4.6	Ferenczi en Freud	81
4.5	Rank	83
4.5.1	The Trauma of Birth	83
4.5.2	De betekenis van de setting	84
4.5.3	The Development of Psychoanalysis	85
4.5.4	Rank en Freud	85
4.6	Groddeck	86
4.6.1	Het onbewuste	86
4.7	Relatie versus interpretatie	87
4.8	Conclusie	88

5	Van egopsychologie naar objectrelatietheorieën	89
5.1	Inleiding	89
5.2	De egopsychologie	90
5.2.1	Hartmann	90
5.2.2	Rapaport	92
5.2.3	Rapaport en Gill	93
5.2.4	Erikson	96
5.2.5	Spitz	98
5.2.6	Jacobson	99
5.3	Conclusie	100
6	Objectrelatietheorieën: Anna Freud en Mahler	103
6.1	Inleiding	103
6.2	Anna Freud	105
6.2.1	Hampstead War Nurseries	105
6.2.2	Positionering	107
6.2.3	Ontwikkelingslijnen	107
6.3	Mahler	112
6.3.1	Het separatie-individuatieproces	112
6.3.2	Separatieangst en persoonlijkheidsontwikkeling	113
6.3.3	De fasen van het separatie-individuatieproces	114
6.3.4	Separatie-individuatie en psychopathologie	117
6.4	Conclusie	119
7	Objectrelatietheorieën: Klein en Bion	121
7.1	Klein	121
7.1.1	De paranoïde-schizoïde positie	122
7.1.2	De depressieve positie	124
7.1.3	Projectieve identificatie	126
7.1.4	Nijd	127
7.1.5	Innerlijke objecten	128
7.1.6	Samenvatting	129
7.2	Bion	130
7.2.1	Container en contained	130
7.2.3	Normale en pathologische projectieve identificatie	131
7.2.3	Containen en spiegelen	131
7.2.4	α - en β -elementen	132
7.3	Conclusie	133

8	Objectrelatietheorieën: de Independents	135
8.1	Inleiding	135
8.2	Balint	136
8.2.1	Objectliefde	136
8.2.2	Basic fault	137
8.2.3	De innerlijke structuur	138
8.2.4	Behandeling	139
8.3	Fairbairn	140
8.3.1	Ego	142
8.3.2	Ontwikkelingsfasen	142
8.3.3	Innerlijke objectrelaties en verdringing	143
8.3.4	Objectrelatietheorie van de persoonlijkheid	145
8.3.5	Samenvatting	146
8.4	Winnicott	146
8.4.1	Holding	147
8.4.2	Een moeder die goed genoeg is	148
8.4.3	Intermediaire ervaringsruimte	149
8.4.4	Het ware versus het valse zelf	150
8.4.5	De ander kunnen gebruiken en zich verbinden door zich te identificeren	151
8.4.6	De relatie met de egopsychologie	152
8.5	Conclusie	152
 9	 Gehechtheid en intersubjectiviteit: Bowlby en Stern	 155
9.1	Inleiding	155
9.2	Bowlby	156
9.2.1	Gehechtheid en angst	157
9.2.2	Vormen van hechting	158
9.2.3	Strange-situationprocedure	159
9.2.4	Het gehechtheidsinterview	160
9.2.5	Gehechtheidsstijl en innerlijk werkmodel	161
9.2.6	De behandeling	163
9.3	Stern	164
9.3.1	De wereld van het kind als intersubjectief en interpersoonlijk	165
9.3.2	De ontwikkeling van het zelf	165
9.3.3	Het actuele moment en het proces van representatie	167
9.3.4	Het actuele moment en het intersubjectieve moment	169
9.3.5	Afstemming: match, mismatch en reparatie	169
9.4	Conclusie	171

10	Kohut: de zelfpsychologie	173
10.1	Inleiding	173
10.2	Het zelf	174
10.3	Narcisme	175
10.4	De zelfpsychologie	176
10.4.1	Zelfobject	176
10.4.2	De schuldige en de tragische mens	178
10.5	De ontwikkeling van het zelf	179
10.6	Stoornissen van het zelf	180
10.7	Pathologische vormen van het zelf	181
10.8	Narcistische-persoonlijkheidsstoornissen	182
10.9	Adler	184
10.10	Conclusie	185
11	Van de neurotische- naar de borderline-persoonlijkheids-organisatie: Kernberg en anderen	187
11.1	Inleiding	187
11.2	Kernberg	187
11.2.1	Innerlijke structuur	188
11.2.2	De ontwikkelingsfasen	189
11.2.3	Pathologie	191
11.2.4	Identiteit	193
11.2.5	Afweer	194
11.2.6	Realiteitstoetsing	194
11.2.7	Samenvatting	195
11.3	Mahler, Balint en Winnicott	197
11.4	Kernberg, Masterson, Rinsley en Adler	198
11.4.1	Kernberg	198
11.4.2	Masterson en Rinsley	199
11.4.3	Adler	200
11.4.4	Controverse tussen Kernberg en Kohut	200
11.5	Kenmerken van structurele pathologie	202
11.5.1	Identiteitsdiffusie	202
11.5.2	Splitsen	203
11.5.3	Nijd	203
11.5.4	BPO en oedipale problematiek	204
11.6	Conclusie	205

12	Het relationele model: van eenpersoons- naar tweepersoons-psychologie	207
12.1	Inleiding	207
12.2	Amerikaans pragmatisme	209
12.3	Betekenisverlening	210
12.4	Voorlopers	211
12.4.1	Ferenczi	211
12.4.2	Fairbairn	214
12.4.3	Sullivan	215
12.4.4	Winnicott	216
12.4.5	Bowlby	217
12.4.6	Bion en Ogden	218
12.5	Tweepersoonspsychologie	220
12.6	Greenberg en Mitchell	225
12.7	Conclusie	227
13	Mentaliseren: van differentiatie naar integratie	229
13.1	Inleiding	229
13.2	Humaninfantonderzoek	229
13.3	Gehechtheidsonderzoek	230
13.4	Neurowetenschappen	231
13.5	De ontwikkeling van de mind	232
13.5.1	Intersubjectiviteit	232
13.5.2	Reflectief functioneren	234
13.5.3	Mentale representaties en het mentale proces zelf	235
13.5.4	De ontwikkeling van de mind	238
13.6	Het geheugen: herhalen en herinneren en het innerlijk werkmodel	246
13.7	Conclusie	248
14	Integratie van autonomie en verbondenheid: Blatt	251
14.1	Inleiding	251
14.2	De ontwikkeling van de persoonlijkheid	252
14.3	De ontwikkeling van de behoefte aan autonoom functioneren	253
14.4	De ontwikkeling van de behoefte aan verbondenheid	255
14.5	Samenvatting	258
14.6	De organisatie van de persoonlijkheid	259
14.6.1	De introjectieve persoonlijkheidsorganisatie	259
14.6.2	De anaclitische persoonlijkheidsorganisatie	260

14.7	Pathologie	261
14.7.1	Pathologisch maximaliseren van de behoefte aan autonomie	261
14.7.2	Pathologisch maximaliseren van de behoefte aan verbondenheid	262
14.8	Behandeling	262
14.9	Conclusie	263
15	De terugkeer van het onbewuste en de seksualiteit	265
15.1	Inleiding	265
15.2	Aspecten van het onbewuste	266
15.2.1	Het onbewuste en het geheugen	268
15.2.2	Het onbewuste en verdringing	269
15.2.3	Samenvatting	273
15.3	Lacan en de terugkeer naar/van het onbewuste	273
15.3.1	Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je	274
15.3.2	Fonction et champ de la parole et du langage en psychoanalyse	276
15.3.3	Samenvatting	280
15.4	Laplanche: de terugkeer van/naar de seksualiteit	281
15.4.1	Algemene verleidingstheorie	281
15.4.2	De driften	282
15.4.3	Het onbewuste	283
15.4.4	De werking van de mind	284
15.5	Marty: La pensée opératoire	286
15.5.1	Representatie	286
15.5.2	Tekortschietend mentaliserend vermogen	287
15.5.3	Vormen van mentaliserend vermogen	287
15.5.4	Gedrag en conflict	288
15.5.5	Regressie	289
15.5.6	Samenvatting	289
15.6	Fonagy: seksualiteit	289
15.6.1	Psyche en soma	290
15.6.2	Spiegeling	290
15.6.3	Vroegkinderlijke seksualiteit en spiegeling	291
15.7	Conclusie	292

DEEL II

Psychopathologie

16	Descriptieve versus structurele diagnostiek	295
16.1	Inleiding	295
16.2	Het onderscheid tussen gementaliseerd en niet-gementaliseerd	296
16.2.1	De wijze waarop de persoonlijkheid is georganiseerd	296
16.2.2	De mate waarin het zelf en de ander van elkaar gedifferentieerd zijn	297
16.3	Het psychoanalytisch referentiekader en de descriptieve diagnostiek	298
16.4	De DSM: descriptieve versus structurele diagnostiek	300
16.4.1	Categoriaal versus dimensionaal	300
16.4.2	Theoriegestuurd of empirisch gestuurd	301
16.4.3	Autonomie versus verbondenheid	302
16.5	Gehechtheidstheorieën	304
16.6	Internaliserende en externaliserende pathologie	306
16.7	Ontwikkelingspsychopathologie	307
16.8	DSM-5: nieuw evenwicht tussen descriptieve en structurele pathologie	309
16.9	Structurele diagnostiek	312
16.10	Conclusie	315
17	Psychopathologie: symptomen 1	319
17.1	Inleiding	319
17.2	Verschillen tussen DSM-IV en DSM-5	319
17.3	Autismespectrumstoornis (ASS)	320
17.4	Angststoornissen	322
17.4.1	Bowlby	322
17.4.2	Kohut	323
17.4.3	Freud	323
17.4.4	Klein	326
17.4.5	Gehechtheid	327
17.5	Fobieën	330
17.6	Samenvatting	331
17.7	Obsessieve-compulsieve en daaraan verwante stoornissen	333
17.7.1	Verzamelstoornis	335
17.7.2	Morfodysfore stoornis	335

18	Psychopathologie: symptomen 2	337
18.1	Inleiding	337
18.2	Depressieve-stemmingsstoornis	337
18.2.1	Freud	338
18.2.2	Mahler en Klein	338
18.2.3	Bibring	338
18.2.4	Jacobson	339
18.2.5	Arieti	339
18.2.6	Blatt	340
18.3	Masochisme	341
18.3.1	Freud	341
18.3.2	Kernberg	343
18.3.3	De functionele betekenissen van het masochisme	345
18.3.4	Negatieve therapeutische reactie	347
18.4	Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen	349
18.4.1	Reactieve hechtingsstoornis	349
18.4.2	Psychotrauma	350
18.4.3	Aanpassingsstoornissen	352
19	Psychopathologie: symptomen 3	353
19.1	Inleiding	353
19.2	Dissociatieve stoornissen	353
19.2.1	Dissociatie	354
19.2.2	Dissociatieve amnesie en dissociatieve fugue	354
19.2.3	Dissociatieve identiteitsstoornis	355
19.2.4	Depersonalisatie-/derealisatiestoornis	357
19.3	Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	358
19.3.1	Somatisch-symptoomstoornis	358
19.3.2	Ziekteangststoornis	358
19.3.3	Conversiestoornis	358
19.3.4	Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden	359
19.3.5	De nagebootste stoornis	359
19.3.6	Somatisatie	359
19.3.7	Aktualneurose versus psychoneurose	360
19.3.8	Psychoanalyse en psychosomatiek	361
19.3.9	Alexythymie	362
19.3.10	Samenvatting	363
19.4	Voedings- en eetstoornissen	373

19.5	Parafiele stoornissen	365
19.5.1	Exhibitionisme en voyeurisme	369
19.5.2	Sadomasochisme	369
19.5.3	Fetisjisme	369
19.5.4	Pedofilie	370
19.5.5	Transvestie	370
19.6	Seksuele disfuncties	371
19.7	Genderdysforie	371
19.8	Psychotische stoornissen	372
19.8.1	Psychotische-persoonlijkeidsorganisatie	372
19.8.2	De psychotische persoonlijkheid	374
19.8.3	Het psychotisch karakter	374
19.8.4	Infantiel psychotisch zelf	374
19.9	Conclusie psychopathologie	375

20 **Persoonlijkeidsstoornissen: introjectieve persoonlijkheidsorganisatie** 377

20.1	Inleiding	377
20.2	De veranderingen in de DSM-5	378
20.3	Schizoïde- en schizotypische-persoonlijkeidsstoornis	379
20.4	Paranoïde-persoonlijkeidsstoornis	382
20.5	Narcistische-persoonlijkeidsstoornis	385
20.5.1	Freud	385
20.5.2	Gabbard	386
20.5.3	Kohut en Kernberg	386
20.5.4	Maligne narcisme	388
20.6	Antisociale-persoonlijkeidsstoornis	389
20.7	Dwangmatige-persoonlijkeidsstoornis	392
20.8	Vermijdende-persoonlijkeidsstoornis	395

21 **Persoonlijkeidsstoornissen: anacitische persoonlijkheidsorganisatie** 397

21.1	Inleiding	397
21.2	Borderline-persoonlijkeidsstoornis	397
21.2.1	Grinker	398
21.2.2	Gunderson, Zannarini en Singer	398
21.2.3	Kernberg	399
21.2.4	Masterson, Rinsley en Adler	401
21.2.5	Fonagy	402

21.3	Histrionische- versus hysterische-persoonlijkheidsstoornis	403
21.3.1	Freud	403
21.3.2	Easer en Lesser	404
21.3.3	Zetzel	405
21.3.4	Histrionisch versus hysterisch	406
21.4	Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornissen	409
21.5	Conclusie persoonlijkheidsstoornissen	412
22	Psychoanalyse in/en ontwikkeling	415
22.1	Inleiding	415
22.2	Hechten, separeren, internaliseren en identificeren	415
22.3	Primaire identificatie	416
22.4	Differentiatie van zelf en object	417
22.5	Interpersoonlijk functioneren: intimiteit/verbondenheid en zelfbepaling/autonomie	418
22.6	Biologie en psychologie	418
22.7	Neurowetenschappen, psychotherapie en interactie	420
22.8	Psychoanalyse en pathologie	421
22.9	Bewust/onbewust	423
22.10	Intersubjectiviteit en innerlijk werkmodel	424
22.11	Aktualneurose en psychoneurose	426
22.12	Gehechtheid	428
22.13	Affectregulatie	429
22.14	Spiegeling	432
22.15	De ontwikkeling van het coherente zelf	433
	Literatuur	435
	Register	457
	Over de auteur	475

1

Algemene inleiding: psychoanalyse tussen biologie en psychologie

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaat het over de ontwikkeling van het psychoanalytisch gedachtegoed, over de ontwikkeling van hoe de mind werkt, zowel bij de normale als de afwijkende ontwikkeling. We bespreken de rode draad die door dit boek heen loopt, namelijk de polariteit tussen autonomie en verbondenheid, of ook zelfsturing en interpersoonlijk functioneren. Het is deze tegenstelling die als een rode draad door de ontwikkeling van het psychoanalytisch denkkader heen loopt en die we ook zien terugkeren in de nieuwe DSM-5. Het tweede gedeelte van dit boek gaat verder over de psychopathologie ofwel de ziektebeelden gerelateerd aan de DSM-5.

Al vanaf de ontwikkeling ervan heeft Sigmund Freud geprobeerd 'zijn' psychoanalyse te positioneren tussen de biologie en de psychologie. Dat was een van de redenen dat hij een apart wetenschappelijk domein voor de psychoanalyse claimde, een streven dat binnen de actuele psychoanalyse al geruime tijd is losgelaten. Freud ging ervan uit dat de mogelijkheden van het gedrag werden bepaald door de biologie en daarmee door specifieke, genetisch bepaalde kwetsbaarheden. Hij trachtte een verklaringsmodel voor het gedrag te ontwikkelen dat was gebaseerd op de gedachte dat lichamelijke sensaties zich gaandeweg ontwikkelen tot gevoelens. Hoe ontwikkelen emoties zich tot gevoelens? Hoe wordt een reflexmatig reagerend wezen een persoonlijkheid met specifieke intenties en gevoel voor sociale verhoudingen? Hoe ontwikkelen lichamelijke sensaties zich tot intentioneel gedrag met een symbolische betekenis? Bij emoties gaat het om de biologie en bij gevoelens of affecten gaat het om mentale toestanden; daar is de psychologie dus bij betrokken. Hoe interacteren biologische, genetische en ervaringsfactoren met elkaar? Hoe ontwikkelt een kind zich vanuit de relatie met zijn ouders tot een persoonlijkheid die in staat is de ander min of meer onbewust te begrijpen en een wederkerige emotionele relatie met anderen aan te gaan? Wat is de relatie tussen *mind* en *brain*? De psychoanalyse heeft zich van begin af aan met dergelijke vragen beziggehouden. Freud ging

er daarbij van uit dat de kwaliteit van de vroegkinderlijke relaties van grote invloed is op relaties later in de ontwikkeling. De relationele focus heeft bij hem dan ook altijd vooropgestaan.

Wetenschappelijk onderzoek – bijvoorbeeld droomonderzoek, gehechtheids-onderzoek, neurowetenschappelijk onderzoek en humaninfant-onderzoek – heeft de afgelopen jaren duidelijk gemaakt dat psychoanalytische visies en concepten waardevoller zijn dan lang werd gedacht. Daarnaast heeft de verbinding van psychoanalytisch denken met de relevante buitenwereld tot een bijstelling geleid van een aantal andere hypothesen over het gedrag en het functioneren van de mind.

1.2 Intersubjectiviteit

Volgens Ogden (2004) ligt de essentie van het psychoanalytisch proces in het intersubjectieve karakter ervan. Hij werkte het bekende dictum van Winnicott (1962) ‘there is no such thing as a baby’ verder uit en paste het toe op de relatie tussen de patiënt en de behandelaar in een psychoanalytisch proces. Winnicott stelt dat moeder en kind op een wederkerige wijze op elkaar zijn betrokken. Ogden noemt de relatie tussen hen beiden de ‘derde’. Deze ‘derde’ komt min of meer overeen met wat Winnicott ‘the primary maternal preoccupation’ noemt, waarmee hij de specifieke betrokkenheid tussen de moeder en haar baby aanduidt. Ook het psychoanalytisch proces wordt bepaald door een intersubjectieve relatie. De intersubjectieve relatie binnen de behandeling is bedoeld om het innerlijk werkmodel te ontdekken, te provoceren en zo nodig bij te stellen. Het is gericht op het verder ontwikkelen van het mentaliserend vermogen en het oplossen van conflicten tussen mentale representaties. Het werkzame bestanddeel daarbij is volgens Blatt (2008) het doorwerken van de cyclus van gehechtheid, separatie en internalisatie. De aard van de psychoanalytische behandeling wordt volgens Ogden (2004) niet bepaald door de frequentie en de bank. Dat zijn naar zijn idee parameters die zijn bedoeld om het proces te faciliteren dat naar zijn aard intersubjectief is en refereert aan de primaire relatie van het kind met het moederobject. Frequentie en setting (bank) zijn bedoeld om het innerlijk werkmodel zo optimaal mogelijk te ontdekken en te provoceren, opdat revisie kan plaatsvinden. Het gaat om het vinden van de juiste dosering. Deze thematiek hebben we verder uitgewerkt in het boek over psychoanalytische behandelingen (De Wolf, 2011).

De moeder-kindrelatie wordt volgens Ogden, net als de relatie tussen patiënt en behandelaar, gekarakteriseerd door enerzijds autonomie/afstand en anderzijds verbondenheid/intimiteit – en niet alleen door verbondenheid, zoals Winnicott stelt. Ogden breidt de grondregel van de psychoanalyse uit door te stellen dat de patiënt ook dingen voor zichzelf dient te houden. De moeder

biedt zichzelf als een transitioneel object aan het kind aan, zo ook de behandelaar in relatie tot zijn patiënt, en beiden functioneren in een transitionele ruimte (Winnicott, 1949, 1958, 1963). Het gaat om het psychoanalytisch koppel; beiden functioneren in de woorden van Bion (1962a, 1962b) en Ogden (1991, 1994, 1996b) in een atmosfeer van *rêverie*. *Rêverie* is verbonden aan een emotionele toestand waarbij de grenzen tussen subjectiviteit en objectiviteit zich verdunnen. Het concept de 'derde' van Ogden en de 'primary maternal preoccupation' en de 'transitionele ruimte' van Winnicott komen hiermee ongeveer overeen en refereren, net als *rêverie*, aan een toestand van 'verdragen van', sensitief zijn en openstaan voor archaïsche gedachten, gevoelens en emoties.

1.3 Autonomie en verbondenheid

Het thema van verbondenheid of intimiteit en autonomie loopt als een rode draad door het psychoanalytisch denken. Freud (1914a, 1926, 1930) spreekt in dit verband over begrippen als 'libido' en 'agressie'. Met libido, ook wel seksuele drift genoemd, duidt hij de tendensen aan die met verbinden en samengaan te maken hebben, terwijl hij agressie verbindt met de behoefte de eigen identiteit te waarborgen. Libido hangt samen met zich verbinden en agressie met zich differentiëren. Laplanche (1985, 1999a, 1999b) ziet agressie en libido als de twee polen van eenzelfde drijfveer, namelijk je verbonden voelen met anderen zonder jezelf te verliezen en bij jezelf zijn zonder de ander kwijt te raken. Soortgelijke gedachten vinden we terug bij Balint (1959), als hij *clinging* (*ocnophilic*) gedrag afzet tegen autonoom (*philobatic*) gedrag, bij Fairbairn en later bij Kohut, maar evenzeer bij Bowlby, wiens bekende trilogie immers over gehechtheid en separatie gaat. Blatt (2008) gebruikt dit onderscheid tussen de behoefte aan autonomie en de behoefte aan verbondenheid als organiserend principe in zijn denken over psychopathologie.

1.4 Innerlijke werkmodellen

Ook de psychoanalytische behandeling gaat over de wijze waarop de wederzijdse betrokkenheid op elkaar gestalte krijgt binnen de therapie. Het gaat over het onbewuste samenspel tussen de subjectiviteit en de intersubjectiviteit van het individu dat zichzelf manifesteert binnen de psychotherapeutische relatie. Met andere woorden: in de therapeutische behandeling komen het innerlijk werkmodel van de patiënt en dat van de behandelaar bij elkaar en kunnen beiden een correctieve emotionele ervaring opdoen die leidt tot het bijstellen van het innerlijk werkmodel in een meer constructieve richting. Innerlijke werkmodellen gaan over de manier waarop wij de informatie vanuit de buitenwereld organiseren op grond van onze ervaringen. Een belangrijk werkmodel is dat over

hoe het zelf en de ander zich tot elkaar verhouden. Naast dit werkmodel gaat het ook over andere werkmodellen.

Onze innerlijke werkmodellen worden vanaf het begin van onze ontwikkeling gevormd. Het innerlijk werkmodel is onbewust en procedureel van aard en bepaalt hoe we ons objectrelationele leven vormgeven. Innerlijke werkmodellen organiseren ons gedrag, maar functioneren ook als selecterend en betekenisverlenend principe in ons interacteren met de omgeving. Dankzij onze innerlijke werkmodellen krijgt ons leven betekenis, wordt ons gedrag intentioneel en zijn we in staat te begrijpen en te anticiperen op wat er om ons heen gebeurt. Innerlijke werkmodellen representeren de wijze waarop karakteristieke objectrelationele patronen zijn verinnerlijkt en zijn verbonden met de ontwikkeling van het zelf en ons zelfgevoel.

Een psychotherapeutische relatie dient zich te richten op de onderliggende innerlijke werkmodellen en op de primaire aspecten van de relatie. De behandelaar dient zich aan als een nieuw primair object. Hij dient op een adequate wijze sensitief en responsief te zijn op datgene wat zich in de mind van de patiënt afspeelt. Bion (1962a, 1962b) refereert daaraan als hij het concept *rêverie* gebruikt en Ogden als hij spreekt over de *analytic third*. Daarnaast dient de behandelaar zich te realiseren dat hij en zijn patiënt zowel van elkaar gescheiden als met elkaar verbonden zijn. In de behandeling dient de patiënt te ervaren dat hij verbonden is met iemand anders zonder zichzelf te verliezen en dat hij bij zichzelf is zonder de ander te verliezen; 'Being on your own in the presence of an Object', zoals Winnicott (1969) zegt. Een goede behandelaar kan niet alleen focussen op het innerlijk werkmodel van de patiënt, maar is zich ook bewust van zijn eigen innerlijke werkmodel. Freud suggereerde daarom dat iedere behandelaar elke drie jaar in reanalyse zou moeten gaan. Een psychoanalytisch proces vraagt om voortdurende zelfanalyse.

1.5 De Camino de la Plata als intermediaire ervaringsruimte

Begin 2011 heb ik gedurende twee maanden in mijn eentje de Spaanse *Camino de la Plata* van Sevilla naar Santiago de Compostela gelopen, een wandeling van ruim duizend kilometer. Ik beschouw de Camino hier als een reflectieve ruimte, als setting waarbinnen een proces van zelfanalyse tot ontwikkeling kan komen. Aanvankelijk was het niet de bedoeling dat ik alleen zou gaan, maar door omstandigheden kon dat niet anders. In de weken voordat ik aan mijn reis begon was ik erdoor gefascineerd, maar vooral het feit dat ik alleen zou gaan maakte me ook erg angstig en onzeker. In die periode ging het over verwachtingen en niet zozeer over feiten. Angst, onzekerheid en onveiligheid waren vlak voor mijn vertrek de kernthema's. Ik was bang om de weg kwijt te raken en de tocht fysiek niet aan te kunnen, en ook de mentale confrontatie boezemde me

schrik in. Ik vroeg me af of ik mentaal en fysiek niet te kwetsbaar was om de tocht in mijn eentje te volbrengen.

De gedachte de Camino alleen te gaan lopen trok me dus aan en schrok me tegelijkertijd af. Toch stond mijn besluit vast; de angst leidde niet tot een heroverweging van de genomen beslissing. De wandeling begon al in mijn hoofd voordat de feitelijke wandeling zelf begon. De angst was niet zo intens dat hij mijn denkvermogen vernietigde. Mijn vermogen te reflecteren en te mentaliseren – mijn observerend ego – bleef intact. De angst functioneerde op het niveau van de *signaalangst* (anticiperend); de *Aktualangst* (momentaan, panische angst) was (nog) ver weg.

Ik overwoog of ik moest oefenen om de tocht goed te kunnen volbrengen. Maar hoe oefen je duizend kilometer lopen in veertig dagen? Ik kon me net als een patiënt aan het begin van een langdurende psychoanalytische behandeling eigenlijk geen voorstelling maken van de lengte van de tocht. Ik kwam niet verder dan dat duizend kilometer lang en ver was, zoals een kind 'één, twee, drie ... heleboel' telt; meer dan drie overweldigt het kind en heeft geen emotionele betekenis meer. De tocht die ik zou gaan ondernemen leek allerlei heel basale gevoelens rond angst, veiligheid/onveiligheid en zelfgevoel uit een vroege periode in mijn leven te activeren. Aan de andere kant vroeg ik me af of ik de Camino niet gebruikte als een transitionele ruimte om me voor te bereiden op een nieuwe fase in mijn leven. Dat had ik al eerder gedaan, namelijk toen ik aan het einde van mijn middelbareschoolperiode een aantal jaren in een klooster verbleef om me voor te bereiden op het volwassen leven. De angst was overal, maar kreeg niet de kwaliteit van een angstneurose of van paniek; van het begin af aan was hij verbonden met onderliggende motieven en mechanismen, en het vermogen om te observeren en een derde positie in te nemen bleef aanwezig. Mijn affectieve toestand in het hier en nu bleef herinneringen uit een soms ver en soms wat nabijer verleden oproepen.

Na afloop van mijn tocht, tijdens de eerste nacht dat ik weer thuis was, droomde ik over de Camino de la Plata. Dat ging gepaard met slaapwandelen: midden in de nacht stond ik voor de deuren in de slaapkamer die naar de tuin voeren. Ik moest eruit, maar ik kreeg de terrasdeuren niet open; ik zocht kilometerpaaltje 28, maar ik kon het niet vinden. Ik had een lichtelijk panisch gevoel de weg kwijt te zijn. Mijn vrouw schoot me te hulp door het licht aan te doen en te laten zien waar ik was: thuis. Ik kalmeerde en kroop weer in bed. Mijn vrouw was in deze situatie een relevante geruststellende en 'containende' ander en tegelijkertijd de representant van het realiteitsprincipe. Maar vooral was ze de persoon die sensitief was voor wat er omging in mijn mind en was ze op een adequate wijze responsief; ze was in staat te verdragen wat ik op dat moment niet kon containen. De functie van de moeder is niet alleen het verdragen van wat onverdraagbaar en van wat onbegrijpelijk is. Zij dient ook het overdraagba-

re en onbegrijpelijke te verteren en in een ontgifte vorm terug te geven. Hierdoor kalmeert ze haar kind. Zij reguleert zijn affecten op momenten dat het kind dat (nog) niet kan. Later in zijn ontwikkeling zal het kind de begrijpende, verterende en verdragende moeder verinnerlijken. Iets dergelijks gebeurt ook in een psychoanalytische behandeling. En dat maakt afscheid nemen van de behandeling mogelijk; het gaat in de psychoanalytische behandeling net als in de normale ontwikkeling om hechten, losmaken en verinnerlijken: gehechtheid, separatie en internalisatie.

De dagen daarna bleef ik dromen over mijn tocht, maar nu zonder te slaapwandelen. In mijn dromen herhaalde ik als het ware delen van mijn tocht, maar steeds vanuit een constellatie waarbij ik zelf zowel wandelaar als observator van de wandelaar was. In mijn droom hield ik mezelf dus in de gaten. Mijn vrouw zei lachend dat het leek alsof ik al weer weg wilde om te gaan wandelen. Maar dat was niet het geval; de droom ging niet om een verlangen. Nee, veeleer was dit dromen een manier om de ervaring van de Camino een plaats te geven in mijn innerlijk leven. Herhalen en doorwerken oftewel verteren, daar ging het om.

Toen ik net thuis was, miste ik de routine, de rituelen en de setting van de Camino. Ik miste de automatismen. Het 's morgens vroeg nog in het donker vertrekken om niet op het heetst van de dag te hoeven lopen. Het elke morgen opnieuw controleren of alles wel in mijn rugzak zat: of ik genoeg water bij me had en brood, een stuk worst of kaas, een appel en wat bittere chocolade. Het volgen van de gele pijlen, het lopen en het organiseren van een slaappleeds na aankomst op de bestemming voor die dag. Daarna het douchen, benen verzorgen, de was doen en dan wat slapen en mijn dagboekje bijhouden. Het kijken wie er wel en wie er niet aankwamen. Dat alles miste ik. Voor het eerst deden mijn benen pijn. Ik was aan het afkicken, me aan het losmaken en ook dat kende ik van mijn eigen analyse en van de analyses van mijn patiënten.

Tijdens de tocht voelde ik me verbonden met de mensen die de Camino ook liepen. Ik kende ze niet echt en toch voelde ik een soort verbondenheid met hen: je hoort bij elkaar, want je loopt hetzelfde pad en dat schept een band. Los daarvan loop je toch alleen. Je vindt een balans tussen verbondenheid met de ander en betrokkenheid op jezelf. In het begin van de wandeling voelde ik me verbonden en toch alleen. Het ging me niet zozeer om de specifieke mensen, maar vooral om het me verbonden voelen. Het wandelen zelf was heel basaal en primair, het secundaire proces was wel aanwezig, maar op de achtergrond; het doen, het lopen stond op de voorgrond, het denken en het reflecteren kwamen pas later in de *albergue* (de herberg), liggend op een bed, met wat geluk onder een deken. De *albergue* was de plaats waar het verteren plaatsvond, het verwerken van wat er die dag was gebeurd.

In het begin van de wandeling leefde ik in een heel specifiek tijdspectief. Ik was begonnen aan een wandeling van duizend kilometer terwijl ik me daarvan geen voorstelling kon maken. Daardoor leek het tijdspectief weg