

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

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 enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Wanneer ambulante therapie tekortschiet

RUDI VERMOTE

De bedoeling van deze bijdrage is het belichten van de verhouding tussen klinische psychotherapie op psychoanalytische basis en psychoanalyse vanuit een praktijkstandpunt. Daarvoor lijkt het aangewezen om het therapieverloop van een paar cliënten te schetsen.

Klinische psychotherapie is psychotherapie op psychoanalytische basis die plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis — met volledig verblijf of in een daghospitaal. Er wordt een intensief en geïntegreerd therapiepakket aangeboden, bestaande uit verbale therapieën (inleidende psychotherapie, psychoanalytische groepstherapie, individuele therapie) en uit niet-verbale therapieën (muziektherapie, lichaamsgerichte therapie, kunsttherapie). Het afdelingsleven biedt eveneens een bron van gedeeld psychisch materiaal en nieuwe ervaringen. Bij elk van deze behandelingen is de focus de innerlijke psychische wereld (dus hoe de cliënt zichzelf en anderen beleeft en omgaat met zijn innerlijke ervaringen). Elke therapeut concentreert zich op het innerlijke veranderingsproces maar vanuit de taal van zijn eigen medium.

Deze behandeling is aangewezen voor mensen bij wie een ambulante therapie niet slaagt of onmogelijk is bijvoorbeeld door een te hoog suïcidegevaar. De doelgroep omvat vooral mensen met persoonlijkheidsstoornissen, een pathologie die in ernstige vorm bij één à twee procent van de bevolking voorkomt. De psychische problemen bij deze mensen worden eerder door tekorten in de psychische structuur dan door intrapsychische conflicten veroorzaakt. We weten door empirisch onderzoek dat een dergelijke behandeling effectief is en dat het effect na de behandeling blijft aanhouden (Bateman & Fonagy 2001; Vermote 2005).

Klinische psychotherapie kan als een vorm van toegepaste psychoanalyse gezien worden omdat ze beantwoordt aan de kernkenmerken van een psychoanalyse: er wordt gewerkt met het onbewuste en met overdracht, en het psychoanalytische proces is de focus van de behandeling. Tot nu is men er echter niet in geslaagd dit psychoanalytische proces te definiëren bij persoonlijkheidsstoornissen. Bij persoonlijkheidsstoornissen schiet de klassieke Freudiaanse definitie van dit proces namelijk tekort: herhaling van intrapsychi-

sche conflicten, duiding en doorwerking zijn niet de primordiale therapeutische factoren. Het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen vergt immers niet alleen duidend-analytisch werk waarbij onbewuste betekenissen en een onbewuste dynamiek worden blootgelegd, maar ook een groot deel constructief werk.

Uit literatuur en ervaring bleek dit constructieve werk samen te vatten in drie dimensies (Vermote 2005). De eerste dimensie omvat het creëren van een innerlijk gevoel van veiligheid, dat bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen door constitutie, opvoeding of trauma meestal ontbreekt. In een afdeling voor klinische psychotherapie wordt daar op velerlei manieren aandacht aan besteed: vierentwintig uur bereikbaarheid, begeleidingsafspraken en een voorspelbaar programma. De tweede dimensie betreft het faciliteren van het psychisch omgaan met gevoelens, ervaringen, gewaarwordingen of relaties. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben het vaak moeilijk hun ervaringen psychisch te verwerken en reageren deze af via alcohol, zelfverwondend gedrag of woede-uitbarstingen. De niet-verbale therapieën helpen om met gevoelens in contact te zijn en ze vorm te geven en psychisch te bewerken (Bion 1967). In de groepstherapie krijgt men zicht op de innerlijke wereld van zichzelf en van anderen en benadert men gedrag, gevoelens en ervaringen vanuit dit oogpunt (Bateman & Fonagy 2004). De derde dimensie betreft het integreren van de innerlijke patronen van zelf- en objectrelaties, die meestal gesplitst zijn. Deze patronen manifesteren zich in de manier waarop iemand met zichzelf en anderen omgaat in de groepstherapieën en op de afdeling, en kunnen zo geduid worden. Tevens kunnen er op deze manier ook nieuwe en veranderende ervaringen opgedaan worden.

We konden deze verschillende facetten van het specifieke psychoanalytische proces bij persoonlijkheidsstoornissen meten en het verband met veranderingen in de persoonlijkheid en met een verbetering van de symptomen empirisch aantonen (Vermote 2005). De therapeutisch specifieke dimensie van de toename van innerlijke veiligheid bleek het meest gerelateerd aan verbetering van symptomen en persoonlijkheidstrekken. Evenals een verandering van de innerlijke relationele patronen. Het is duidelijk dat er door intensieve therapie een verandering van deze patronen kan optreden binnen een veilige omgeving waar er oog is voor het psychische van de patiënt, nadat eerst de oude patronen zich hebben kunnen herhalen, wat meestal voor een tijdelijke achteruitgang zorgt (Fonagy & Target 2005).

Empirisch onderzoek toont aan dat een klinische psychotherapie meestal andere effecten veroorzaakt en een ander innerlijk veranderingsproces gezien wordt naargelang de persoonlijkheidskarakteristieken die aanwezig zijn voor de behandeling (Blatt & Shahar 2004; Vermote 2005).

¶ Marie

Marie is een jonge vrouw die tijdens haar kindertijd lange tijd door een buur seksueel misbruikt werd. Ze wordt vaak overrompeld door toestanden van angst, woede en hopeloosheid. Al vlug merkte ze dat zichzelf verwonden de pijn in deze ondraaglijke toestanden tijdelijk verbeterde. Haar lichaam toont er de sporen van. Ze werd doorgestuurd na een serieuze zelfmoordpoging. In vakjargon zou men kunnen spreken van een 'histriionische borderlinepatiënte'. Tijdens haar opname krijgt ze vaak crisissen, waarbij ze schreeuwend door de gang loopt. Het valt haar moeilijk zich te houden aan de afspraak zichzelf niet te verwonden. De verpleegkundigen bieden haar houvast in deze momenten en helpen woorden te zoeken voor wat ze voelt en op een psychologische manier te begrijpen wat er gebeurt. In de groepspsychotherapie zit ze vaak met opgetrokken benen en zwijgt, afwezig. Toch blijkt ze alles goed in zich op te nemen. In de kunsttherapie maakt ze ruwe, grove tekeningen met zwarte en rode kraspen en agressieve graffiti. In de muziektherapie duurt het een tijd voor ze deelneemt aan de improvisatie, ze zoekt er vooral steun bij de therapeut. Er treedt een felle crisis op wanneer een groepslid in de groepspsychotherapie zegt dat ze aandachtzoekend is. Ze reageert zeer agressief en verwijtend, en beleeft daarna deze persoon als achtervolgend en uitermate bedreigend. Het doorwerken van deze paranoïde reactie vraagt tijd. In de lichaamsgerichte therapie wordt haar lichaam dat ze als een ding beleeft, weer als een deel van zichzelf ervaren. Ze begint zich ook beter te verzorgen. Wanneer een medepatiënt verliefd op haar wordt, gaat ze onmiddellijk op zijn avances in en overtreedt ze de afdelingsregels door met hem op haar kamer te vrijen. Daarna reageert ze zeer zelfdestructief. Omzichtig wordt dit benoemd zodat ze het kan verdragen en er op een andere manier mee omgaan dan zich te kwetsen en te vernederen. In de groeps therapie durft ze stilaan woorden geven aan wat ze heeft meegemaakt, ze voelt zich gesteund door de anderen. Het einde van de therapie, die tot een jaar gelimiteerd is, komt veel te vroeg voor deze patiënte. Met het einde in zicht nemen haar angst en gevoelens van hopeloosheid weer toe, maar ze voelt zich anderzijds gesteund door de hulp bij het op zoek gaan naar een gepaste studierichting en een eigen studio. De eerste contacten met een ambulante therapeut vallen goed mee en er worden eveneens maatregelen getroffen zodat Marie nog een voldoende lange tijd bij de verpleegkundigen en bij de afdelingsarts op nazorg kan komen.

Dit verhaal illustreert enkele van de specifieke eigenschappen van analytische klinische psychotherapie. Het is duidelijk dat een opname noodzakelijk was om het zelfdestructieve gedrag onder controle te kunnen houden. Daarenboven werd dit gedrag tijdens haar behandeling vaak nog aangescherpt door

de herhaling in de omgang met de medepatiënten waarbij de innerlijke mentale objectrepresentaties manifest werden. Deze innerlijke mentale objectrelaties waren vooral op splitsing gebaseerd. Deze herhaling ervan leidde vaak tot crisissen en het lijkt alsof het slechts door een sterke veiligheid en houvast is dat ze deze overspoelende ervaringen kan doorstaan en er psychisch mee om kan gaan in plaats van de psychische pijn kort te sluiten door te automutileren. Deze gecontroleerde crisissen en de nieuwe ervaring laten ook toe nieuwe relationele ervaringen mee te maken en andere zelfbeleving op te doen. De behandeling is een mentaal openen, een soort psychische geboorte bij iemand die zich door het trauma gesloten had en de wereld opsplijste in geïdealiseerde beschermende figuren en boosdoeners. Het is duidelijk dat er nog een lange weg afgelegd moet worden, waarbij een ambulante therapie noodzakelijk is. Maar in tegenstelling tot voor de opname is ze daar nu klaar voor en kan het psychotherapeutische veranderingsproces worden voortgezet.

¶ Pieter

Pieter is een veertigjarige jurist, werkzaam in de verzekeringssector. Hij raakte in professionele moeilijkheden wegens overmatig alcoholgebruik en er is een dreigende relatiebreuk. Beide factoren vormen de motivatie van zijn therapie, zelf heeft hij er in feite weinig zin in. Als kind werd hij gepest. Sindsdien had hij als adagium niet meer met zich te laten sollen. Hij probeerde alles onder controle te hebben, maar voelde zich meer en meer leeg en naar zijn zeggen zou hij daardoor zijn begonnen met drinken. Hij is aanvankelijk weinig geïnteresseerd in de behandeling. Gesprekjes met de verpleegkundigen hoeft hij niet, maar hij laat wel toe dat zijn drankgebruik in de gaten wordt gehouden. In de kunsttherapie probeert hij aanvankelijk een bekende moderne kunstenaar te imiteren, wat hem aardig lukt. Het duurt een hele tijd voor hij zich durft overgeven en wat uit zichzelf komt op papier begint te zetten. Hij is verbaasd over de kinderlijke tekeningen die hij maakt, maar vindt er plezier in. De groepspsychotherapeut stelt hij erg op de proef, hij stelt zich als een cotherapeut op en probeert intelligente duidingen te geven. Tegenover zijn eigen gevoelens neemt hij een zeer rationaliserende houding aan en hij vreest zo kwetsbaar te worden als sommige van zijn groepsleden. Pieter heeft de neiging zich daar cynisch over uit te laten. Wanneer een groepslid in deze therapie op een grappige manier zijn cynische en afstandelijke houding nabootst, wordt hij eerst woedend maar barst daarna in tranen uit. Dit is een belangrijk emotioneel moment. Het vertrouwen dat hij langzaam kreeg in de groep laat hem toe om stil te staan bij opgekropte gevoelens uit zijn kindertijd en die te delen. Hij voelt zich dankbaar en wordt opener en jovialer.

Ook hier zien we hoe een patiënt verandert door ervaringen in de psychotherapie. Bij deze narcistische cliënt ging er een lange periode van geduld en vertrouwen van het team aan vooraf. In tegenstelling tot Marie nam hij op een defensieve manier afstand van wat hij voelde en kon hij reflectief omgaan met zijn relaties. In feite rationaliseerde hij juist te fel. Pas toen hij zich veilig genoeg voelde kon hij zich openen en zijn gevoelens meer beleven. Dit gebeurde in een emotioneel moment. Daarna bekommerde hij zich minder om het zelfbeeld dat hij ervoor zo controlerend op de voorgrond plaatste om zich te bolsteren en in terug te trekken. Zijn communicatie naar buiten werd authentieker, maar ook innerlijk ging hij op een spontanere en creatievere manier om met wat hij voelde. Dit vertaalt naar de drie dimensies van het psychoanalytische proces bij persoonlijkheidsmoeilijkheden kan gesteld worden dat hij een toegenomen 'felt safety' heeft, op een soepelere mentale manier met zijn innerlijke wereld omgaat en een beter geïntegreerde mentale zelfrepresentatie heeft. Hoewel bij deze cliënt de uiterlijke symptoomveranderingen geringer schijnen dan bij de vorige, houdt de innerlijk sterk veranderde houding een belofte in voor de toekomst. Ook Pieter koos ervoor om verder een ambulante psychoanalytische therapie te volgen. De basis daarvoor is gelegd. De weken voor ontslag zocht hij naar een beroepsheroriëntering en wilde hij iets anders met zijn diploma aanvangen. De veranderingen bij Pieter zijn minder manifest op symptoomvlak. Bij Pieter treedt er vooral een innerlijk en trager veranderingsproces op dan bij Marie, maar de kans is groot dat dit permanent is en minder afhankelijk van omgevingssteun dan bij Marie.

¶ Jan

Jan is een handelsvertegenwoordiger die met justitie in aanraking kwam, omdat hij zich op een onrechtmatige manier geld had toegeëigend en daar grote sier mee maakte. Daarenboven had hij in een herberg gepocht met een wapen, dat hij als lid van een schuttersclub in zijn bezit had. Hij zat aan de grond en dat was niet de eerste keer. Tijdens het intakegesprek werd getwijfeld aan de indicatie voor klinische psychotherapie, omdat hij nogal dreigend overkwam en de oorzaak van de problemen hoofdzakelijk buiten zichzelf situeerde. Op de afdeling was het moeilijk omdat hij door enkele medepatiënten als bedreigend werd beleefd en moeite had om mee te leven met hun psychische pijn wanneer ze dit uitten in de therapie. Meer nog, hij kreeg een waarschuwing omdat hij zich niet aan het therapiegeheim hield en misbruik maakte van wat een patiënte vertelde. Dit leidde tot hoogoplopende ruzies. Hijzelf voelde zich ten onrechte bedrogen en dreigde met een aanklacht tegen het centrum. Het duurde een hele tijd vooraleer hij dit op een psychisch niveau kon bespreken. Telkens moest hij bedaard worden en moest zijn gedrag en dat van anderen geïnterpreteerd worden om dat mogelijk te maken. Dit stelde het geduld van

de teamleden en andere patiënten sterk op de proef, en vaak hing er een ontslag in de lucht. Hij hechtte zich op een dwingende manier aan een verpleegster, die dit met hem kon bespreken zonder hem af te wijzen. Het duurde lang voor hij het durfde laten een hoge borst op te zetten en de geboden veiligheid durfde te aanvaarden. Wanneer hij iets bracht werd door de therapeuten zo veel mogelijk ook op een mogelijke psychische, symbolische kant daarvan ingegaan. Aanvankelijk maakte hij dit belachelijk, maar toen hij erin slaagde om dromen te vertellen, was hij verbaasd over wat er in hem leefde en hoe dit in hem getransformeerd werd. In de partnersgesprekken was zijn partner erg verbaasd door zijn veranderde houding tegenover haar en de kinderen.

Bij Jan zagen we veel aanvallen op de welwillende houding van anderen en op het psychisch benaderen van wat er gebeurt en wat hij voelt. Hij beschermde zich door het idealiseren van een agressieve kant in zichzelf. Het duurde lang voor hij zich een regressie kon toestaan binnen de veiligheid van de setting en minder een idealisatie van zijn agressieve en hooghartig zelf nodig had en zich kon openen voor zijn psychische wereld en die van de anderen. Dit was voor hem een nieuwe en veranderende ervaring.

¶ *Besluit*

Deze voorbeelden tonen aan hoe de dimensies van basale veiligheid, het psychisch verwerken van gevoelens en het beter integreren van mentale representaties van zelf en anderen bij deze cliënten een werkzaam referentiekader bieden voor het bewerkstelligen van een basaal psychoanalytisch proces. Dat opent meestal de weg voor een meer klassieke psychoanalytische benadering die ervoor niet mogelijk was. Tevens tonen de voorbeelden aan hoe sterk dit basaal psychoanalytische proces tijdens een klinische psychotherapie kan verschillen naargelang de karakteristieken van de cliënt.

Literatuur

- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization — 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford Press.
- BION, W. R. (1965). *Transformations*. Londen: Karnac.
- BLATT, S. J. & SHAHAR, G. (2004). Psychoanalysis: with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 52, 393-447.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2005). Some reflections on the therapeutic action of psychoanalytic therapy. In Auerbach, J. S., Levy, K. N. & Schaffer, C. E. (red.), *Relatedness, self-definition and mental representation — Essays in honor of S. J. Blatt* (p. 192-212). Londen/New York: Routledge.
- VERMOTE, R. (2005). *Touching inner change — Psychoanalytically informed hospitalisation-based treatment of personality disorders — A process-outcome study*. Dissertatie Katholieke Universiteit Leuven.