

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

Divan-analyse: een empirische benadering

RUDI VERMOTE

In karikaturen komt de divan vaak als het fetisjobject van de analyticus naar voren. De divan heeft inderdaad iets mysterieus en anachronistisch. Het gebruik ervan plaatst de patiënt in een goddelijke positie tussen aarde en hemel, tussen realiteit en fantasie (Bouchard 1994).

Freud zou gestart zijn met het gebruik van de divan omdat hij op aanraden van Emmy von N. de hypnotische methode verliet en het moeilijk had met het langdurige oogcontact. De belangrijkste reden lijkt echter dat hij de patiënt vrijuit en ongehinderd wilde laten spreken. Er zijn aanwijzingen dat hij dit kopieerde van het automatisch schrijven dat in zijn tijd ingang vond als een methode om de creativiteit bij het schrijven te bevorderen. Het onbewuste psychisch functioneren kon hij met deze methode als studieobject op de voorgrond plaatsen. Dit was geniaal. Het zicht dat Freud op het psychisch functioneren kreeg door het gebruik van deze methode, waar de divan een essentieel deel van uitmaakt, veranderde in elk geval de *Weltanschauung*. Wanneer alle academische disciplines samengenomen worden, is Freud de meest geciteerde twintigste-eeuwse denker (Doidge 1997).

¶ *De psychoanalytische methode en het gebruik van de divan*

De methode van de klassieke kuur, waarbij de patiënt in een liggende positie vrij vertelt wat hem invalt (het originele *Freier Infall* is een betere omschrijving dan de vertaling ervan als free association) stelt veel eisen. Dit is door Greenson (1965) samengevat onder het begrip 'working alliance', waarin de patiënt een regressie moet kunnen toelaten en er tegelijk over kunnen reflecteren. Deze manier van werken stelt zo veel eisen dat er verschillende soorten psychoanalytische therapieën ontstonden die minder intensief zijn qua aantal zittingen, waarin de divan niet gebruikt wordt en die vaak meer gefocust zijn.

Aan het gebruik van de divan zijn formele extrinsieke criteria verbonden, zoals bijvoorbeeld een minimum aantal zittingen per week, maar deze extrin-

sieke criteria verschillen van vereniging tot vereniging. Bij de International Psychoanalytical Association is het minimum recent tot driemaal per week teruggebracht, wat als een grote verandering gepercipieerd wordt.

De intrinsieke criteria voor het gebruik van de divan zijn echter de belangrijkste. De mogelijkheid tot overdracht-tegenoverdracht is wat het eerst voor de geest komt. In elke psychoanalytische psychotherapie wordt in principe met overdracht en tegenoverdracht gewerkt, behalve in de zeer kortdurende gefocuste vorm. Het is geen onderscheidend criterium voor de divan-analyse. De divan-analyse onderscheidt zich vooral door het bewerkstelligen van een regressie en een focus op het onbewust functioneren en de vrije inval. Green (2000) noemt het vermijden van de vrije inval de fobische positie. Staat het reflecteren over wat er relationeel gebeurt op de voorgrond, eerder dan de vrije inval, dan lijkt een face-to-facehouding het meest aangewezen. Het is een betere houding om reflectief van gedachten te wisselen over wat in de relatie gebeurt en de affectieve dimensie van een relatie en ook projectieve identificatie zijn in deze houding ontegensprekelijk meer aanwezig dan bij het gebruik van de divan. Dit reflecteren over wat affectief in een relatie gebeurt, is de laatste jaren een belangrijke pijler van psychoanalytische therapie geworden en werd geconcipieerd door Bateman en Fonagy (1999, 2001, 2004) als Mentalisation Based Treatment. Een dergelijke reflecterende en gefocuste benadering is echter moeilijk te integreren in het werken met associatie binnen de klassieke kuur met de divan.

¶ *Het gebruik van de divan: empirisch onderzoek*

Zoeken in Psychoanalytic Electronic Publishing (PEP, versie 6), dat meer dan veertigduizend psychoanalytische artikelen bevat, en de Medline, die honderdduizenden artikelen bevat, leert dat er geen empirisch onderzoek over het gebruik van de divan bestaat; wel over klassieke analyse in het algemeen en over de verhouding psychoanalytische therapie en de klassieke kuur, een onderscheid waar deels het al dan niet gebruik van de divan in vervat zit. Buiten het resultaat van het elektronisch zoeken is te vermelden dat er een proefschrift over het onderwerp geschreven werd door Wille (1992).

Tegen empirisch onderzoek bestaat vanuit de psychoanalytische beroepsgroep overigens veel weerstand, tot voor kort vooral in de meer zuidelijke landen (Frankrijk en de Latijns-Amerikaanse landen) zodat wat onderzoek betreft zelfs van een noord-zuidschisma gesproken wordt (zie Fonagy 2002).

Belangrijke gronden van kritiek zijn dat het niet vanzelfsprekend is om een (indirecte) derde in het proces toe te laten; deze kan immers het psychoanalytische proces verstoren. Daarenboven stellen veel psychoanalytici terecht de vraag of wel gemeten wordt wat in een psychoanalyse gebeurt. Empirisch psychotherapieonderzoek gebruikt immers vaak klinische-psychiatrische parameters — zoals het meten van levenskwaliteit, angst, depressie

en persoonlijkheidskenmerken — die een zeer indirecte maatstaf zijn voor het onbewust functioneren of voor het psychoanalytische proces. Symptoomvermindering is overigens niet de doelstelling van een psychoanalyse maar eerder een bonus van innerlijke veranderingen die in eerste instantie vaak een symptoomverergering meebrengen. Daarenboven noopt een empirische benadering tot een dermate vereenvoudiging van het complexe gebeuren van het psychoanalytische proces, dat veel psychoanalytici de validiteit van dergelijk onderzoek in twijfel trekken. Freud zelf nam echter een scherpe stelling in: hij stelde dat psychoanalytici erop moeten toezien zich niet te laten afleiden van het wetenschappelijke aspect van een psychoanalyse door het therapeutische effect ervan (Székács-Schönberger 1987).

¶ *Efficaciteits- en effectiviteitsonderzoek van psychoanalytische therapie en psychoanalyse*

Er zijn 2 categorieën van empirisch onderzoek van psychoanalyse: onderzoek naar de efficaciteit of werkzaamheid (alleen onderzoeken die met een controlegroep werken) en naar de effectiviteit of doeltreffendheid (die meer een algemeen onderzoek betreffen, zoals naturalistisch pre-postonderzoek). In de *evidence-based*-benadering (Cochrane) worden alleen de efficaciteitstudies in rekening gebracht, waarbij het meestal gaat over zeer kortdurende therapieën omdat deze voor deze methodologie geschikt zijn.

OVERZICHT EFFICACITEITSSTUDIES Leichsenring e.a. (2005) geven een goed overzicht van de gecontroleerde studies.¹ De gouden standaard van efficaciteitsonderzoek zijn de gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT, Randomised Controlled Trials) waar de patiënt door loting naar de groep met behandeling dan wel naar de controlegroep verwezen wordt. Tegen dergelijk psychotherapieonderzoek zijn echter ook veel bezwaren. Het is immers niet mogelijk om één variabele afzonderlijk te bestuderen, psychoanalytische therapie (PAT) is te langdurig en te complex. Het is daarenboven moeilijk om psychoanalyse te formaliseren in een handleiding. Tevens zijn onderzochte groepen bij RCT homogeen en geselecteerd, zodat de generalisatie van de resultaten naar de hele patiëntenpopulatie twijfelachtig is.

Toch gebeurde er RCT-onderzoek naar psychoanalytische psychotherapie. Bateman en Fonagy (1999 en 2001) onderzochten langdurige psychotherapie ‘on analytic lines’ bij borderlinepatiënten in vergelijking met een ‘treatment as usual’-controlegroep. Het gaat om klinische psychotherapie, waarvan driemaal per week psychoanalytische groepstherapie een onderdeel is. Dit onderzoek heeft de psychoanalyse teruggeplaatst in de behandelingsrichtlijnen van de American Psychiatric Association. Ze gebruiken een reflectiebevorderende techniek (door de auteurs als ‘mentaliseren’ geconcipieerd) die uitdrukkelijk niet werkt met vrije inval of regressie — laat staan met de divan.

De klinische dagbehandeling duurt 18 maanden met een follow-uponderzoek 18 maanden na afloop van de behandeling. In vergelijking met de controle-groep zijn de patiënten in therapie minder suïcidaal en vertonen ze minder automutilatie, minder angst en minder hopeloosheid. Deze verschillen houden niet alleen aan maar worden nog sterker in de follow-upfase.

Levy e. a. (2006) vergeleken Transference Focused Psychotherapy (TFP), dialectische gedragstherapie en steungevende psychotherapie op basis van een RCT-formule. Er was geen significant verschil in het beter omgaan met verlies en het oplossen van trauma. Het is echter merkwaardig dat alleen bij de psychoanalytische therapie het reflectief functioneren verbeterde.

Arntz e. a. (Giesen-Bloo e. a. 2006) deden een multi-centeronderzoek (Maastricht, Amsterdam, Den Haag en Leiden), waarin in een RCT-opzet bij 86 borderlinepatiënten de resultaten van Schema Focused Psychotherapy vergeleken werden met de resultaten van TFP. Met de eerste behandelvorm beantwoordde 46 procent van de patiënten niet meer aan de criteria van borderlinepersoonlijkheidsstoornis en 1 jaar na afloop 52 procent. Met de psychoanalytische methode is het respectievelijk 24 en 29 procent. Bij deze methode waren er veel uitvallers. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat TFP veel werkt met interpretaties van negatieve overdracht.

In de Boston Psychotherapy Study (Stanton e. a. 1984) werd langdurige psychoanalytische therapie vergeleken met ondersteunende therapie bij schizofrene patiënten in een RCT-opzet. Men vond geen verschil in uitkomst.

EFFECTIVITEITSONDERZOEK Efficaciteitsonderzoek van langdurige psychoanalytische psychotherapie is schaars vanwege de eerder aangegeven redenen. Anderzijds is er vrij veel naturalistisch, niet-gecontroleerd effectiviteitsonderzoek.

Bij het Amerikaanse effectiviteitsonderzoek is het Menningeronderzoek (Wallerstein 1986) wellicht het meest bekend. Dit startte in 1954 en volgde patiënten gedurende 30 jaar. Het Menningerinstituut in Kansas behandelt patiënten met vrij ernstige pathologie, van wie volgens onze normen slechts 45 procent voor een psychoanalyse in aanmerking zou komen. De helft waren borderlinepatiënten, zelfs met korte psychotische episodes. Veel patiënten waren opgenomen. Uit deze groep werden 42 patiënten willekeurig gekozen voor psychoanalytische behandeling en prospectief gevolgd aan de hand van duizenden blinde beoordelingen. Globale scores toonden bij 23 procent een matige vooruitgang en bij 36 procent een zeer goede verbetering. De belangrijkste bevinding was dat er globaal weinig verschil was tussen een explorerende psychoanalytische benadering en ondersteunende psychotherapie. Blatt (1992) splitste deze resultaten later op volgens patiëntenkarakteristieken: anaclitische patiënten, die relatiegericht en vaak vermijgend zijn, en introjectieve, zelf-definiërende, autonome patiënten. De anaclitische groep

deed het significant beter met ondersteunende psychotherapie, de introjectieve patiënten deden het beter met psychoanalyse.

Het New York Psychoanalytic Institute volgde 82 patiënten in psychoanalyse (40 door analytici in opleiding, 42 door analytici). 82 procent van de analysanten die minstens 4 jaar in analyse bleven, verbeterde (Erle 1979). Van 160 patiënten die in analyse waren bij 16 ervaren analytici (Erle & Goldberg 1984) deed 76 procent van de groep die de analyse beëindigde, het goed tot excellent.

Aan de Columbia Universiteit vond in 1959 een onderzoek plaats van 295 patiënten in psychoanalyse bij analytici in opleiding (Weber e.a. 1985). Van de patiënten die verder gingen met de psychoanalyse nadat de analyticus zijn training had doorlopen verbeterde 91 procent (56 procent zeer goed en 35 procent goed); van de patiënten die op het einde van de opleiding van de analyticus overschakelden naar PAT verbeterde 86 procent; van de analysanten die stopten voor het einde van de opleiding van de analyticus was 41 procent verbeterd. Het is interessant dat gevonden werd dat ondanks deze cijfers zich bij slechts 43 procent van de patiënten een analytisch proces ontwikkelde, en van hen toonde 89 procent een maximale verbetering. In een ander onderzoek (Weber e.a. 1985) werden 36 patiënten in psychoanalyse en 125 patiënten in psychoanalytische psychotherapie gevolgd. Van de eerste groep vertoonde 96 procent een verbetering en van de tweede groep 79 procent. De verbetering hing samen met de lengte van de behandeling en met de analyseerbaarheid.

Aan het Boston Psychoanalytic Institute werden tussen 1959 en 1966 130 patiënten in psychoanalyse bij analytici in opleiding gescoord op hun algemeen functioneren (symptoomverbetering, disfunctie, werk, seksualiteit, relaties, inzicht). Globaal werd er een verbetering van 75 procent gevonden, waarbij op te merken valt dat 6 procent verslechterde (Sashin e.a. 1975).

Luborgsky e.a. (2001) vonden bij 17 patiënten in PAT een vermindering van symptomen, verbetering van zelfintegratie en seksuele adaptatie en dit met een effectgrootte van 0,98.

Bachrach (Bachrach e.a. 1991) concludeerde in een overzichtsartikel over 550 patiënten, dat psychoanalyse bij 60-90 procent van de patiënten tot verandering leidt. Wanneer hij alleen de groep nam van de patiënten die lang genoeg in analyse bleven vond hij zelfs bij 75-90 procent van de patiënten verbetering.

Er is een reeks interessante Europese effectiviteitonderzoeken van psychoanalytische therapie, die meestal intensiever en langduriger is dan de vormen uit de hierboven beschreven Amerikaanse onderzoeken. De effectiviteit wordt weergegeven door de Cohon d (het verschil voor-na behandeling gedeeld door de standaarddeviatie). Vanaf 0,80 neemt men aan dat de behandeling effectief is. Deze maat heeft het voordeel dat men verschillende onderzoeken kan vergelijken op gevonden effectiviteit, ongeacht de instrumenten die gebruikt zijn.

Bij een dossieronderzoek van 763 kinderen die in het Anna Freud Centrum behandeld waren, bleek dat bepaalde groepen (met depressie, gedragsstoornissen, autisme) weinig verbeterden met psychoanalytische therapie maar dat de groep met ernstige emotionele stoornissen het verbazend goed deed met psychoanalyse en minder met een minder intensieve psychoanalytische therapie (Fonagy & Target 1994, 1996; Target & Fonagy 1994a, 1994b).

Rudolf e. a. (1994) volgden 265 zittingen (2-3 zittingen per week) bij angst, depressie en lichamelijke klachten en vonden een Cohen $d > 0,80$.

Dührsen & Jorswieck (1965) vergeleken 125 patiënten in PAT met 100 patiënten die een gewone behandeling ondergingen. De PAT-groep deed het beter met een Cohen $d > 0,8$. Heinzl (Heinzl e. a. 1998) volgde 633 patiënten in PAT, het aantal ziekenhuisopnamen verminderde met 75 procent, werkverzuim met 70 procent. Rudolf e. a. (2004) volgden 32 patiënten in PAT en 27 patiënten in psychodynamische therapie. PAT deed het beter, met een Cohen $d > 0,8$. Brockman e. a. (2001) volgden patiënten in PAT met gemiddeld 185 zittingen en na een follow-upperiode van 3,5 jaar. De Cohen d op symptomvlak was 1,37 en op relationeel vlak 1,19.

Het Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP) (Sandell e. a. 2000) is een belangrijk onderzoek van een grote groep patiënten (meer dan 400) en met een langdurige follow-upperiode. Psychoanalyse heeft in dit onderzoek betere resultaten dan PAT (effectgrootte van 1,55 versus 0,60). Dit verschil was ook zeer markant in de follow-upfase, waarin de psychoanalysepatiënten bleven verbeteren, terwijl dit niet het geval was voor de PAT-groep. Een markant resultaat was dat de PAT-therapeuten die een klassieke psychoanalytische houding aannamen om psychotherapie te doen de slechtste resultaten hadden. Psychoanalyse en PAT lijken 2 aparte technieken te zijn. Het is een belangrijk gegeven dat in dit onderzoek de persoonlijkheidsstoornissen een goede indicatie blijken te zijn voor psychoanalyse.

In het onderzoek van de Deutsche Psychoanalytische Vereinigung werden 207 patiënten in psychoanalyse en 194 patiënten in psychotherapie onderzocht met een gemiddelde follow-up van 6,5 jaar (Leuzinger-Bohleber 2002). Er waren beoordelingen door de patiënten zelf, door de analytici en door onafhankelijke onderzoekers. De resultaten laten een grote tevredenheid zien (70-80 procent), en goede en blijvende resultaten op lange termijn met een significante vermindering van het aantal ziekte-dagen. Er waren echter geen significante verschillen tussen psychoanalyse en langdurige PAT. Er bleek een kleine groep te zijn die verslechterde tijdens de therapie. Deze bleek te bestaan uit borderlinepatiënten zonder een institutionele ondersteuning, hoewel ook in dit onderzoek ernstig getraumatiseerde patiënten het goed bleken te doen.

In het Göttingenonderzoek (Leichsenring e. a. 2005) over PAT, waaraan 21 psychoanalytici en 36 patiënten meewerken, tonen de voorlopige follow-

updata over een gemiddelde periode van 37,4 maanden en een gemiddelde van 253 zittingen, een verbluffende effectgrootte van 1,85 op de *Inventory of Interpersonal Problems*.

Als besluit kunnen we stellen dat efficaciteitsonderzoek vooral over toegepaste vormen van psychoanalytische therapie gaat, zoals Mentalisation Based Treatment en Transference Focused Psychotherapy. In vergelijking met niet-psychoanalytische therapievormen is er grosso modo een 'dodo-bird'-effect zoals in *Alice in Wonderland*: iedereen die aan de race meedeed, heeft gewonnen. Over klassieke psychoanalyse bestaat er geen efficaciteitsonderzoek. Het effectiviteitsonderzoek daarentegen toont goede resultaten en een positieve relatie tussen dosis en effect. Bij langdurige therapieën is de satisfactie groot en het effect zeer groot. De kosten-batenverhouding lijkt goed te zijn. Het valt op te merken dat er vaak goede resultaten zijn bij zwaarder gestoorde patiënten. Er zijn meestal blijvende resultaten en verbetering na beëindiging van de behandeling, niet alleen van symptomen maar ook van indirecte maten zoals ziekteverlof. Dit wijst in de richting van structurele verandering. Toch zijn er geen definitieve conclusies over effect mogelijk, door het ontbreken van controlegroepen.

HET KORTENBERG-LEUVEN PROCES-EFFECTONDERZOEK Efficaciteits- en effectiviteitsonderzoek levert geen informatie op over de onderliggende mechanismen van verandering. Daarvoor is een ander soort onderzoek nodig. Kazdin (1998) bespreekt hoe een dergelijk onderzoek eruit zou kunnen zien. Eerst wordt een pathologie afgebakend en wat daarbij veranderd moet worden. Dan wordt een model gemaakt van het mechanisme dat daaraan ten grondslag zou kunnen liggen. Van daaruit wordt een behandelingsmodel gemaakt. Dit wordt meetbaar gemaakt en vervolgens wordt gekeken of het basismechanisme verandert in de therapie en of deze verandering samenhangt met de verandering van de problemen die behandeld moesten worden. Bij dit onderzoek worden ook de lengte van de behandeling, de follow-up en de patiëntkarakteristieken voor het starten van de behandeling in rekening gebracht.

Een soortgelijk onderzoek werd uitgevoerd in onze dienst voor klinische psychotherapie van persoonlijkheidsstoornissen (KLIPP aan het UPC-KU Leuven, Campus Kortenberg) (Vermote e.a. 2005, 2007). Het basismechanisme van de pathologie werd geconcipieerd vanuit 3 dimensies: innerlijke veiligheid, mentalisatie en objectrelaties. De behandeling werd vanuit deze concepten geoperationaliseerd. De veranderingen in deze dimensies tijdens de therapie werden gemeten met maten specifiek voor het psychoanalytische model, en dit door onafhankelijke onderzoekers (zogenaamde maten voor het psychoanalytisch proces). Er werd nagegaan of er verband was tussen het psychoanalytische proces en de veranderingen van de symptomen en van de persoonlijkheidsmaten. Daarbij werd ook gekeken naar de

patiëntkarakteristieken vóór de behandeling. De resultaten tonen dat er een specifieke «dosis-respons»-relatie is. Verschillende parameters gaan achteruit na een drietal maanden om daarna te stijgen. Er is namelijk een periode van (therapeutische) regressie voor er een significante verbetering is. De *toename* in innerlijke veiligheid en in de integratie van psychische representaties van de objectrelaties hangt samen met de verandering van de klinische symptoom- en persoonlijkheidsvariabelen. De verbetering blijft aanhouden in de follow-upfase. De relatie met mentalisatiematen is complexer.

Het psychoanalytische proces en het effect verschilden daarenboven naar gelang karakteristieken van de patiënten vóór de behandeling. Deze verschillen komen overeen met Blatts (1992) onderscheid tussen «anaclitisch» en «introjectief». De anaclitische groep bestaat uit meer afhankelijke, relatiegerichte, weinig reflectieve patiënten, en de introjectieve patiënten zijn zelfbepalende, reflectieve patiënten (Blatt & Shahar 2005). In DSM-termen gaat het over respectievelijk afhankelijke, borderline-, vermijdende versus de narcistische, paranoïde, antisociale persoonlijkheidscategorieën. De introjectieve groep heeft een beter resultaat dan de anaclitische. Hun psychoanalytische proces is daarenboven stabiel, blijvender en trager. Bij de anaclitische groep is het proces veel fluctuerender en is er meer behoefte aan steun. Deze gegevens maken het ons mogelijk om de behandeling aan te passen aan karakteristieken van de patiënten bij de start van de behandeling. Bij de «introjectieve» groep lijkt een klassieke explorerende therapie met ruimte voor vrije associatie van belang, de «anaclitische» groep lijkt in de eerste fase eerder baat te hebben bij meer steun en structuur en een techniek die gebaseerd is op reflectief functioneren.

¶ *Het effect van divan-analyse op de gezondheid van de analyticus*

Een vermeldenswaardig onderzoek over het belang van het creatieve fantasmatische proces dat in een klassieke analytische setting met gebruik van de divan maximaal gefaciliteerd wordt, is dat van Jeffery (in Doidge 2001). Hij vond (over de periode 1953-1982) dat mannelijke geneesheren-psychoanalytici een 48 procent lagere mortaliteit hebben (in een bepaald jaar 48 procent minder kans hebben om te sterven dan de gemiddelde bevolking) en bij de 4 procent laagste risicogroepen behoren, terwijl psychiaters daarentegen bij de hoogste medische risicogroepen behoren. Dit grote verschil kan natuurlijk door de selectieprocedure bij psychoanalytici komen, waarbij zware pathologie wordt geweerd, maar het is op zich geen gezond beroep, met veel emotionele spanning en weinig beweegruimte. Hoewel erg speculatief, is een van de veronderstellingen dat het psychisch creatief verwerken door een associatief proces mogelijk een gezond effect kan hebben en diep in het lichaam ingrijpt. Het zoeken naar de specifieke mediërende factoren in een

psychoanalyse zal dit verder moeten uitwijzen, maar het effect van psychodynamische therapie op bepaalde lichamelijke aandoeningen wijst in deze richting.

¶ *Besluit*

Hoewel er reeds sinds 1911 empirisch onderzoek over psychoanalyse wordt gedaan, valt de psychoanalytische benadering toch op door een gebrek aan onderzoek. Zoals Holmes stelt is een 'lack of evidence' gelukkig geen 'evidence of lack', zoals dit gegeven weleens onterecht geïnterpreteerd wordt. Zoals reeds vermeld, is er weinig efficaciteitsonderzoek, maar tonen de effectiviteitsonderzoeken toch goede en meestal vrij blijvende resultaten aan. Toegepaste psychoanalyse lijkt voor zeer veel aandoeningen goed te werken, vooral als de techniek aangepast wordt aan de pathologie (zoals bv. MBT bij borderlinepathologie). Klassieke psychoanalyse lijkt niet zozeer voor de patiënten met een zogenaamd relatief goed egofunctioneren van belang te zijn maar eerder voor mensen met ernstige problemen (trauma, persoonlijkheidsstoornissen), de groep die Varvin (2003) aanduidt als 'those permanently unfit for life'. Van deze groep zijn het vooral de introjectieve patiënten die geschikt lijken te zijn.

Er kunnen twee hypothesen afgeleid worden uit de besproken onderzoeken. Ten eerste: er is een onderscheid tussen de klassieke divananalyse en PAT. Ze hebben gemeenschappelijke maar ook verschillende mediërende factoren. We kunnen veronderstellen dat regressie en associatief functioneren specifiek zijn voor de klassieke divananalyse. De mediërende factoren van PAT daarentegen variëren meer naargelang het soort PAT (bv. reflectief functioneren bij borderlinepathologie). Het zijn twee vakken apart. Het aanpassen van PAT aan het soort pathologie is van belang.

Ten tweede: de keuze voor het gebruik van de divan hangt niet alleen af van de ernst van de pathologie maar ook van andere patiëntkarakteristieken. 'Anaclitisch' versus 'introjectief' lijkt daarbij een goed criterium te zijn. Bij anaclitische patiënten lijkt, althans in eerste fase, het reflecteren over relationele patronen belangrijk te zijn. Dit kan waarschijnlijk beter in een face-to-facebenadering. Bij de introjectieve patiënten staat een associatief explorerende benadering van de emotionele ervaringen op de voorgrond, wat wellicht beter in een divananalyse kan plaatsvinden. Deze trends die uit het onderzoek naar voren komen, zullen nog verder onderzocht moeten worden.

Literatuur

- BACHRACH, H., GALATZER-LEVY, R., SKOLNIKOFF, A. & WALDRON, A. S. (1991). On the efficacy of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 871-916.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- 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
- BLATT, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 691-724.
- BLATT, S. J. & SHAHAR, G. (2005). A dialectic mode of personality development and psychopathology: recent contributions to understanding and treating depression. In J. Corveleyn, P. Luyten & S. J. Blatt (red.), *The theory and treatment of depression* (p. 137-162). Leuven: Leuven University Press.
- BOUCHARD, M. (1994). Between earth and heaven: a few remarks on use of the couch in the analytic setting. *Revue Canadienne de Psychanalyse*, 1, 61-72.
- BROCKMANN, J., SCHLÜTER, T. & ECKERT, J. (2001). Die Frankfurt-Hamburg Langzeit Psychotherapie Studie. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (red.), *Langzeit-Psychotherapie — Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (p. 271-276). Stuttgart: Kohlhammer.
- DOIDGE, N. (1997). Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and psychoanalysis: an overview. *Psychoanalytic Inquiry*, 17 (5), 102-150.
- DOIDGE, N. (2001). Introduction to Jeffery: why psychoanalysts have low mortality rates. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 97-102.
- DÜHRSEN, A. & JORSWIECK, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 36, 166-199.
- ERLE, J. (1979). An approach to the study of analyzability and analyses — The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 48, 198-228.
- ERLE, J. B. & GOLDBERG, D. A. (1984). Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 715-737.
- FONAGY, P. (red.) (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londen: IPA.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 45-55.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (1996). Predictors of outcome in child-psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 44, 27-77.
- GIESEN-BLOO, J., DYCK, R. VAN, SPINHOVEN, P., TILBURG, W. VAN, DIRKSEN, C., ASSLET, T. VAN, KREMERS, I., NADORT, M. & ARNTZ, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized trial of Schema Focused Therapy versus Transference Focused Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- GREEN, A. (2000). The central phobic position: a new formulation of the free association method. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 429-451.
- GREENSON, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- HEINZEL, R., BREYER, F. & KLEIN, T. (1998). *Ambulante Psychoanalyse in Deutschland: Eine katamnestiche*

- Evaluationsstudie. *Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Diskussionbeiträge, Universität Konstanz*, 1, 281.
- KAZDIN, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology*. Needham Heights MA: Allyn & Bacon.
- LEICHSENRING, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-868.
- LEICHSENRING, F., BISKUP, J., KRIEISCHE, R. & STAATS, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 433-455.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M. (2002). DPV: a representative multicentre study of long-term psychoanalytic therapies. In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (red.), *Outcomes of psychoanalytic treatment*. Londen: Whurr Publishers.
- LEVY, K., MEEHAN, K., KELLY, K., REYNOSO, J., WEBER, M., CLARKIN, F. & KERNBERG, O. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74, 1027-1040.
- LUBORSKY, L., STUART, J., FRIEDMAN, S., DIGUER, L., SELIGMAN, D.A. & BUCCI, W. (2001). The Penn Psychoanalytic Treatment collection: a set of complete and recorded psychoanalysis as a research resource. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 217-234.
- RUDOLF, G., GRANDE, T., DIG, R., JACOBSEN, T., KALER, W., KELLER, W. & KRAWIETZ, B. (2004). Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. In A. Gerlach, A. Springer & A. Schlösser (red.), *Psychoanalyse des Glaubens*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- RUDOLF, G., MARZ, R. & ÖRI, C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapie. *Zeitschrift Psychosomatischer Medizin Psychotherapie*, 40, 25-40.
- SANDELL, R., BLOMBERG, J., LAZAR, A., CARLSSON, J., BROBERG, J. & RAND, H. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-943.
- SASHIN, J. I., ELDRED, S. H. & AMERONGEN, S. T. VAN (1975). A search for predictive factors in institute supervised cases: a retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 343-359.
- STANTON, A. H., GUNDERSON, J. G., KNAPP, P. H., FRANK, A. F., VANICELLI, M. L., SCHNITZER, R. & ROSENTHAL, R. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia — I: Design and implementation of a controlled study. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 520-563.
- SZÉKÁCS-SCHÖNBERGER, S. (1987). Transparency, creativity and interpretation. *International Review of Psychoanalysis*, 14, 203-219.
- TARGET, M. & FONAGY, P. (1994a). The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 361-371.
- TARGET, M. & FONAGY, P. (1994b). The efficacy of psychoanalysis for children: developmental considerations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1134-1144.
- VARVIN, S. (2003). Which patients should avoid psychoanalysis, and which professionals should avoid psychoanalytic training? A critical evaluation. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26, 109-122.
- VERMOTE, R., VERTOMMEN, H. & CORVELEYN, J. (2005). *Touching inner change — Psychoanalytically informed hospitalisation-based treatment of personality disorders — A process-outcome study*. Proefschrift. Faculteit Psychologie, Katholieke Universiteit. Leuven. <http://hdl.handle.net/1979/169>.
- VERMOTE, R., VERTOMMEN, H., VERHAEST, Y., CORVELEYN, J. & PEUSKENS, J. (2007). Process-outcome studie van klinisch-psychodynamische behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen. In

- A. H. Schene, F. Boer, J. P. C. Jaspers, B. Sabbe & J. van Weeghel (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie* (p. 163-173). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- WALLERSTEIN, R.S. (1986). *42 Lives in treatment — A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- WEBER, J., SOLOMON, M. & BACHRACH, H. (1985). Characteristics of psychoanalytic clinic patients: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (1). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 13-26.
- WILLE, R.S. (1992). *Liggen of zitten? Een experimentele verkenning naar invloeden van ruimtelijke opstelling, angst en afweer op vrij associëren*. Proefschrift Erasmus Universiteit. Rotterdam: Universiteits Drukkerij.

SUMMARY

Couch analysis: an empirical approach

The author presents some ideas about the use of the couch in classical psychoanalysis. American and European efficacy and effectiveness studies of classical psychoanalyses and psychoanalytical psychotherapy are reviewed. A first-hand process-outcome study of hospitalization-based psychoanalytical psychotherapy is presented. The author's conclusion is that classical psychoanalysis and psychoanalytical psychotherapy are different techniques, with many different mediating factors present in each of them. Pre-treatment patient characteristics would seem important in the choice of type of treatment.

Key words: empirical, psychoanalysis, psychotherapy, review

Noot

- 1 Dit overzicht, vervolledigd met verschil met de controlegroep en of dit verschil aanhoudt na afloop van de behandeling (Leichsenring 2005), is bij de auteur op te vragen.