

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

Het kleine verschil

MARY HOXE

Als leidraad voor mijn commentaar op het artikel van Vermote heb ik de volgende vragen genomen:

- ▶ Wat zijn de opvallendste resultaten?
- ▶ Hoe verhouden zich de onderzoeksresultaten tot wat ik in de praktijk meemaak?
- ▶ Hoe kijk ik als therapeut aan tegen dergelijk onderzoek?

¶ *Wat zijn de opvallendste resultaten?*

Specifiek onderzoek over het gebruik van de divan bestaat niet, wel over de klassieke analyse in het algemeen. De vraag of langdurende therapie effect heeft in termen van klachtafname wordt in de diverse effectiviteitsonderzoeken eenduidig positief beantwoord (Fonagy 2002). Deze tonen een dosis-responsrelatie aan: langdurende behandeling heeft meer resultaat dan kortdurende. Kijken we naar maten die ontwikkeld zijn op basis van doelen van psychoanalyse, zoals de mogelijkheid relaties aan te gaan, vaardigheid voor zelfreflectie en creativiteit en arbeidsvermogen, dan wordt er geen verschil gevonden in eindeffect tussen wie in analyse en wie in psychotherapie gaat (Leuzinger-Bohleber 2002). Follow-uponderzoek lijkt aan te tonen dat er sprake is van een 'narijpingseffect', in de zin van een blijvende vermindering van klachten en minder ziekteverzuim. Een niet onbelangrijke uitkomst in dit tijdperk waarin de langdurende therapieën onder druk staan.

Onderzoek toont óók aan dat systematisch toetsen van psychoanalytische concepten en processen door middel van vragenlijstmethodes en experimenteel onderzoek wel degelijk mogelijk is en ook theoretisch en therapeutisch relevant kan zijn. Het onderzoek naar klinische behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen van Vermote (2005) is daar een voorbeeld van. Niet de ernst van de pathologie maar de persoonlijkheidskarakteristieken blijken het verschil in klinische uitkomst en in het psychoanalytische proces te verklaren (Blatt & Auerbach 2001, 2003). De twee clusters komen overeen met het analytisch relatiegerichte en vaak afhankelijke type enerzijds en het vermijdende, zelfdefiniërende autonome introjectieve type anderzijds (Blatt 1992).

Van de onderzochte procesvariabelen blijkt overigens de therapeutisch a-specifieke factor 'ervaren veiligheid' de sterkste relatie te vertonen met verbetering van symptomen en persoonlijkheidskarakteristieken. De rol van het mentaliseren als procesvariabele in relatie tot het effect fluctueert met het persoonlijkheidstype. Dit ondersteunt de hypothese van Blatt en Shahar (2005) dat het belang van focussen op het mentaliseren bij de patiënt afhankelijk is van de fase van de therapie en het type persoonlijkheid. Patiënten uit de anaclytische groep blijken meer steun en structuur nodig te hebben in de beginfase en bij het termineren. Deze bevindingen maken het mogelijk de behandeling aan te passen aan vóór de behandeling bestaande karakteristieken, in de loop van de therapie te weten op welk niveau gereageerd moet worden en richting te geven aan wat we doen. De samenhang tussen reflectief functioneren en klassieke vrije associatie is niet eenvoudig en behoeft meer onderzoek. Zijn het twee verschillende fenomenen of zijn ze complementair? Vermote veronderstelt dat reflectief functioneren in een klassieke divananalyse niet mogelijk is. Maar bedoelt hij ook dat associatieve mentalisatie niet mogelijk is in bijvoorbeeld een inzichtgevende, meer met vrije associatie en interpretaties werkende psychoanalytische psychotherapie van tweemaal per week?

Uit de uitkomsten is dus duidelijk geworden dat een grotere aanpassing van de techniek voor de anaclitische groep nodig is en geen verdunde psychoanalyse. Een patiënt die overspoeld wordt door ongedifferentieerde gevoelens, is niet gebaat bij een zorgvuldige interpretatie maar bij een herstel van zijn gevoel van innerlijke veiligheid. Of hij nu op de bank ligt of zit. Uit het onderzoek van Sandell e.a. (2000) blijkt dat analytici die zich exclusief richten op neutraliteit, vrije associatie en interpretatie in een psychotherapie slechtere resultaten boeken dan psychotherapeuten. De vanzelfsprekendheid waarmee aangenomen wordt dat een analyticus die in zijn opleiding alleen maar ervaring en supervisie over analyses opdoet, tevens ook opgeleid is in het doen van psychoanalytische psychotherapie, blijkt onterecht. Eigenlijk is hij te weinig geschoold om ook de technieken voor een psychoanalytische psychotherapie te beheersen. Andersom geldt dat natuurlijk ook.

Een andere vraag is of een psychoanalytisch psychotherapeut die een leeranalyse heeft ondergaan ook het gevaar loopt (als dat al een gevaar is?) zijn ervaring verdund in de psychotherapiebehandeling van de patiënt te herhalen.

¶ *Hoe verhouden zich de onderzoeksresultaten tot wat ik in de praktijk meemaak?*

Ik herken het in de onderzoeken genoemde belang van *holding* en ondersteuning in een veilige setting voor bepaalde patiëntengroepen.

Ik werk als psychoanalytisch psychotherapeut zowel op een poliklinische afdeling als in een eigen praktijk. Wanneer ik in de eigen praktijk de inschat-

ting maak dat de patiënt meer *holding*, ondersteuning en gedoseerde zorg nodig heeft dan ik in mijn praktijk kan bieden (medicatie, bed op recept bij crisissen, aanvullende non-verbale therapie, dag- of klinische behandeling) verwijs ik naar de GGZ. In de praktijk komt dit neer op het schatten van bijvoorbeeld té hoog suïcidegevaar en/of het uitageren van de patiënt via alcohol, zelfverwondend gedrag of heftige woede-uitbarstingen.

De gevonden relatie tussen het verschil in de persoonlijkheidskarakteristieken en het beloop van het therapeutische proces heeft mijn inzicht vergroot. De in de onderzoeken gevonden meer uitgesproken regressie bij het anaclytische type direct na de start van de therapie, kom ik in de praktijk tegen en heeft bij mij wel de vraag doen opkomen óf ik iets verkeerd had ingeschat in de intakefase en zo ja, wat. Steun en structuur bieden waar nodig en inzicht geven waar mogelijk zijn een leidraad in het therapeutische proces en geven richting aan mijn interventies.

Met de uitkomsten van de onderzoeken in het achterhoofd (het minimale verschil tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie in eind-effect op de psychoanalysesdoelen — zoals de mogelijkheid relaties aan te gaan, vaardigheid voor zelfreflectie en creativiteit en arbeidsvermogen) valt de noodzaak voor de psychoanalytische psychotherapeuten om te verwijzen naar een analyticus misschien ook te betwijfelen.

Waar ik blij mee ben is dat er onderzoek op gang is gekomen waaruit blijkt dat de psychoanalytische theorieën op vruchtbare wijze geëxporteerd kunnen worden naar meer ontwrichtende dan de klassieke neurotische psychopathologie en naar andere settingen dan de bankanalyse.

In mijn ervaring is er ook goed met deze analytische theoretische kennis te werken met echtparen, gezinnen en groepen. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan de overdracht/projectie tussen beide partners in een verstikkende collusie, of vanuit de objectrelatietheorie de onderlinge afstand-nabijheidsbehoefte, bindings- en verlatingsangsten, de transgenerationele overdrachten in gezinnen. Door ook hier niet slechts klachtgericht te werken maar met de partners/gezinsleden hun geschiedenis, vanzelfsprekendheden en behoeftes te onderzoeken met als focus hoe ieder over zichzelf en de ander denkt en omgaat met innerlijke ervaringen, kan er ruimte gecreëerd worden voor integratie van zelf en objectrelaties. Voor psychodynamische groepstherapie geldt hetzelfde. Er wordt gewerkt met het onbewuste en overdracht, en het psychoanalytische proces is focus van de behandeling en tevens bron van nieuwe ervaringen. Ik zou dan ook het analytisch werken met echtparen, gezinnen en groepen graag een plek geven in de analytische opleiding.

¶ *Hoe kijk ik als therapeut aan tegen onderzoek?*

Ik zie het belang in van wetenschappelijk onderzoek — niet van laboratorium- of *randomised controlled trial* onderzoek maar wel van proces- en

begripsonderzoek in de naturalistische longitudinale onderzoeksopzet met voor- en nametingen en liefst controlegroepen.

Metten is nog geen weten, geen doel op zich. Wetenschappelijk onderzoek is wel een wijze om kennis te verwerven als hulp naast het menselijke oordeel. Niet meten en zeker weten is ook een illusie. De psychoanalyse zou juist een bijdrage kunnen leveren aan de uitbouw van complexere onderzoeksmethoden die recht doen aan de complexiteit van het menselijk psychisch functioneren.

De uitkomsten van de besproken onderzoeken bevestigen de klinische ervaring en theoretische kennis en geven deze een wetenschappelijke onderbouwing. Ze roepen nieuwe vragen op en zetten aan tot verder onderzoek. De uitkomsten van de besproken onderzoeken nopen ook tot bescheidenheid. De resultaten van klassieke divananalyse en psychoanalytische psychotherapie ontlopen elkaar nauwelijks: *‘We doen het dus wel goed.’*

Het blijft noodzakelijk om onderzoek te doen om de effecten van psychoanalyse/psychoanalytische psychotherapie te vergelijken met die van andere methoden. Langdurende behandelingen zijn niet meer alleen het domein van de psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie.

Literatuur

- BLATT, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on analytic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 691-724.
- BLATT, S. J. & AUERBACH, J. S. (2001). Mental representations, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 113-159.
- BLATT, S. J. & AUERBACH, J. S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- BLATT, S. J. & SHAHAR, G. (2004). Psychoanalysis: with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 393-447.
- FONAGY, P. (red.). (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londen: IPA.
- 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.
- 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.
- VERMOTE, R., VERTOMMEN, H. & CORVELEYN, J. (2005). *Touching inner change — Psychoanalytically informed hospitalization-based treatment of personality disorders. A process-outcome study*. Proefschrift, Katholieke Universiteit. Leuven.