

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

Objectrelaties bij depressies

Klinische implicaties van theorie en onderzoek

RIEN VAN, JACK DEKKER, FRANS DE JONGHE,
MARIËLLE HENDRIKSEN, SASKIA DE MAAT, ROBERT ABRAHAM,
ROBERT SCHOEVERS

Meer dan twintig procent van de bevolking maakt in de loop van het leven een depressie door (Kessler e.a. 2003). Depressieve stoornissen zijn de meest behandelde aandoeningen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en er zijn verschillende effectieve psychotherapeutische methoden beschikbaar (Cuijpers e.a. 2008). Ook in de psychoanalytische praktijk behoren depressieve klachten tot de meest voorkomende problemen. Onderzoek naar de effectiviteit van de psychoanalytische behandelvormen bij depressies heeft echter lang (te) weinig in de belangstelling gestaan. Desalniettemin blijkt uit recente reviews dat de effectiviteit vergelijkbaar is met die van andere vormen van psychotherapie en zijn er aanwijzingen voor een voortgaande verbetering na afsluiting van de behandeling (Leichsenring e.a. 2004). Dit laatste suggereert dat met een psychoanalytische benadering ook de onderliggende persoonlijkheidskwetsbaarheid voor depressie verbetert.

Dit artikel gaat over de rol van het objectrelationeel functioneren bij depressies. Op basis van literatuur wordt de plaats van de objectrelaties in het psychoanalytische denkmodel besproken. Vervolgens worden data uit eigen onderzoek gepresenteerd waarin de rol is bepaald van het objectrelationeel functioneren bij kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP) (De Jonghe 2005). In de discussie komt de mogelijke betekenis van deze gegevens aan de orde.

¶ *Theoretische en wetenschappelijke verkenning*

► *Psychoanalytische concepten en depressie*

Er zijn verschillende psychoanalytische hypothesen om de kwetsbaarheid van mensen voor depressie te begrijpen, maar dit heeft vooralsnog niet geleid tot een overkoepelende psychoanalytische theorie over depressies (Busch e.a. 2004).

In *Rouw en melancholie* bespreekt Freud (1917) een mogelijke etiologie van het ontstaan van depressie. Hij vergelijkt de depressieve toestand met rouw omdat beide bestaan uit verschijnselen als verlies aan belangstelling voor de buitenwereld, neerslachtigheid en apathie. In onderscheid met rouw, kan het bij depressie echter zowel om verlies van een reëel als een gefantaseerd object gaan en wordt depressie vaak gekenmerkt door zelfverwijt en een aangetast gevoel van eigenwaarde. Deze worden toegeschreven aan het ervaren verlies van een object waarmee het Ik zich geïdentificeerd had, dat dus deel van het Ik (in Freuds termen) is, maar waarover een ambivalente beleving bestaat. Het agressieve element daarvan richt zich tegen dit innerlijke beeld van het verloren object. Het keert zich daarmee tegen het zelf en wordt als straf, haat of verwijt ervaren.

Sinds Freuds formulering van het structurele model kan deze agressie ook vanuit een te streng Boven-Ik worden beschreven. Het Boven-Ik functioneert als een overmatig kritische instantie die voornamelijk afkeuring op het Ik richt en aldus het zelfgevoel ondermijnt. Objectrelationeel beschouwd komt het Boven-Ik voort uit vroege geïnternaliseerde interpersoonlijke relaties. Als dit heeft plaatsgevonden binnen sterk straffende of afwijzende relationele ervaringen leidt dat tot een Boven-Ik dat negatieve zelfwaarneming initieert en neigt tot overmatige zelfkritiek.

Van belang is dat dit niet enkel een intrapsychisch gevolg heeft maar ook de relatievorming beïnvloedt. Het beschadigde zelfgevoel leidt tot negatieve verwachtingen van de ander en disfunctionele relaties, waardoor de depressieve affecten minder door positieve relationele ervaringen worden gecorrigeerd.

Een tweede psychoanalytische hypothese legt de nadruk op een verstoorde regulatie van het zelfgevoel vanuit de narcistische kwetsbaarheid (Busch e.a. 2004). Er is een te grote afstand tussen het ervaren zelfbeeld, dat vooral wordt gekenmerkt door falen of hulpeloosheid, en het gewenste zelfgevoel. Door een proces van compensatie kan dit leiden tot een overgewaardeerd zelfgevoel. Het ontstaat bij vroege opvoedings- en verzorgingsrelaties waarin afwijzing en/of verlies de ontwikkeling verstoren. Het maakt dat in het latere leven verlieservaringen en krenkingen niet binnen het kader van een vanzelfsprekend zelfgevoel kunnen worden opgevangen, maar leiden tot overmatige emoties van boosheid, somberheid of angst.

Ook dit proces wordt in het heden versterkt door een herhaalde disadaptieve relatievorming. Bij tegenslag of stress kan vanwege het narcistisch gekleurde zelfgevoel weinig steun van anderen worden ervaren of gevraagd, hetgeen het hanteren verder bemoeilijkt.

Psychoanalytische hypothesen als hier besproken spelen in de klinische praktijk een belangrijke rol bij het begrijpelijk maken van de kwetsbaarheid voor depressiviteit van een individuele patiënt en bij het kiezen van een pas-

sende psychotherapeutische strategie. Wetenschappelijk onderzoek naar deze concepten is echter beperkt. Dit heeft onder meer te maken met de problemen die zijn ervaren met het operationaliseren van psychoanalytische begrippen en het ontwikkelen van relevante meetinstrumenten. Desondanks is er de laatste decennia wel vooruitgang geboekt in de bepaling van psychodynamische diagnostische (deel)concepten, met name op het gebied van afweerstijlen (Bond 2004) en objectrelaties (Huprich & Greenberg 2003).

► *Objectrelaties*

Melanie Klein formuleerde de relevantie van (deel)objecten voor de psychische ontwikkeling. In haar visie zijn dit in eerste instantie vooral driftmatig bepaalde gefantaseerde objecten die zich reeds op zeer vroege leeftijd voordoen. Deze gefantaseerde (deel)objecten ontwikkelen zich verder aan, en onder invloed van, de reëel bestaande objecten in de buitenwereld. In de daarna ontwikkelde psychoanalytische theorie wordt de interpersoonlijke bepaaldheid van de objecten meer centraal gesteld. De intern beleefde objecten worden dan vooral gezien als een gevolg van geïnternaliseerde relationele ervaringen.

Objectrelaties refereren daarmee zowel aan bestaande personen in de externe wereld als aan innerlijke beelden van die personen. In deze beelden zijn vroegere relationele ervaringen gerepresenteerd waardoor het innerlijke psychische functioneren wordt gevormd. De ontwikkeling van vitale persoonlijkheidsfuncties, zoals het bereiken van vertrouwen in de ander en in zichzelf, het ervaren van autonomie en de ontwikkeling van een regulerend Ik en Boven-Ik, vindt plaats op geleide van deze interne relationele representaties (Blank & Blank 1986).

Essentieel is dat deze niet statisch zijn. De invloed van deze representaties op het individu is een functie van dynamische aanpassingen in verschillende omstandigheden en ze kunnen zich blijven ontwikkelen, mede dankzij nieuwe relationele ervaringen, ook op volwassen leeftijd. Op een specifieke wijze kan dat plaatsvinden in de context van een succesvolle psychotherapeutische relatie. Door een voortgaand proces van internalisering van de therapeutische relatie wordt groei bereikt van het psychisch functioneren. Dit leidt vervolgens tot andere relationele verwachtingen waarmee deze internalisering worden geëxternaliseerd en het actuele objectrelationele functioneren zich verder kan ontwikkelen.

Een rijp niveau van objectrelaties wordt gekarakteriseerd door een toenemende integratie van innerlijke deelobjecten. Dat betekent dat een persoon de innerlijke representaties beleeft als passend. De wensen en emoties die in relaties ontstaan, worden min of meer onvervormd beleefd, ook als ze conflicterend zijn, en de belevingen die daaruit voortkomen, kunnen worden verdragen als ze niet bevredigd worden in de realiteit. Tegelijkertijd worden de

relaties zelf rijper, waardoor vroege behoeften zoals afhankelijkheid en egocentriciteit worden vervangen door een relationeel functioneren dat gekenmerkt is door expressie van gelijkwaardigheid en verbondenheid.

Deze theoretische achtergrond dient te worden weerspiegeld in de meetinstrumenten waarmee objectrelaties worden vastgesteld. Dat betekent dat ze hiërarchisch geordend moeten zijn en een beeld moeten geven van zowel de actuele relaties als de relationele behoeften en de innerlijke representaties. Dit laatste kan ook worden aangeduid als de relatie die een persoon heeft met zichzelf, oftewel het zelfbeeld.

► *Onderzoek naar objectrelaties en therapeutische alliantie*

Huprich en Greenberg (2003) geven een overzicht van twaalf schalen om de objectrelaties te bepalen. Het betreft schalen afgeleid van de Rorschach-test, zelfrapportage-vragenlijsten, scoringsprotocollen voor narratief materiaal en semi-gestructureerde interviews. In het algemeen worden bevredigende psychometrische eigenschappen gerapporteerd en ondanks de verschillen in conceptualisering en operationalisering tussen de meetinstrumenten worden veelal te verwachte verbanden gevonden tussen de kwaliteit van objectrelaties en andere persoonlijkheidseigenschappen.

Van de beschikbare instrumenten is de Quality of Object Relation Scale (QOR) van Piper en Duncan (1999) veelbelovend. De schaal is in overeenstemming met het hedendaagse psychoanalytische ontwikkelingsdenken hiërarchisch geordend en combineert verschillende aspecten van het objectrelationeel functioneren, zoals affectregulatie, zelfwaardering en invloed van vroegere relationele ervaringen. Er is echter geen Nederlandse versie beschikbaar.

Het Ontwikkelingsprofiel (Abraham e.a. 2001) is een Nederlands instrument. Het bepaalt meerdere deelconcepten — zoals objectrelaties, zelfbeeld, afweerstijl — om tot een overkoepelende psychodynamische diagnose te komen (zie schema 1). De deelconcepten zijn gerepresenteerd in ontwikkelingslijnen en kunnen ook afzonderlijk worden onderzocht.

Voor de klinische praktijk is de belangrijkste vraag in welke mate rekening gehouden moet worden met de kwaliteit van de objectrelaties bij de indicatiestelling voor een specifieke psychotherapie. Valbak (2004) geeft een overzicht van een groot aantal predictoren voor de effecten van psychoanalytische therapie. Daarbij bleek de kwaliteit van objectrelaties een van de meest relevante voorspellers voor het beloop van de psychoanalytische behandeling. De onderzoeken zijn echter voornamelijk uitgevoerd bij patiëntengroepen met gemengde diagnoses en informeren daarom niet over de specifieke waarde van objectrelaties voor de kwetsbaarheid en het behandelbeloop bij depressies.

Verondersteld kan worden dat het verband tussen objectrelaties en uitkomst beïnvloed wordt door het tot stand komen van een goede therapeutische alliantie met de patiënt. Veelal wordt deze alliantie relatief vroeg tijdens de behandeling bepaald. Uit een meta-analyse van Martin e.a. (2000), betrekking hebbend op verschillende vormen van psychotherapie, wordt een bescheiden, maar wel consistente correlatie van gemiddeld 0,22 gevonden tussen de alliantie en de uitkomst van de behandeling. Theoretisch kan worden aangenomen dat de basiscapaciteit van een patiënt om een adequate alliantie te vormen wordt bepaald door het objectrelationeel functioneren. Piper e.a. (2004) vonden dat de rijpheid van de objectrelaties samenhangt met de alliantie in een psychoanalytische psychotherapie. Dat gold evenwel niet voor de steungevende variant.

SCHEMA 1

Lijnen verwijzend naar objectrelationeel functioneren in het Ontwikkelingsprofiel

	<i>Niveau</i>	<i>De Ander wordt ervaren als:</i>	<i>Zelfbeeld wordt beleefd als:</i>	<i>Relationele behoeften gekenmerkt door:</i>
ADAPTIEF	Generativiteit	Verantwoordelijk voor zijn	Principieel	Wederzijdsheid
	Verbondenheid	Wederzijds voor elkaar van belang	Relationeel gedefinieerd	Bereiken van intimiteit
	Individuatie	Gelijke	Consistent	Passend bij capaciteiten/karakter
DISADAPTIEF	Rivaliteit	Idool	Vergelijkend met anderen	Competitief
	Autonomie	Onderdrukker	Afgeleid van prestaties	Beheersing nastreven
	Symbiose	Ouder	Bepaald door anderen	Passief ontvangen
	Narcisme	Dienaar	Overwaardig	Zelfzuchtig
	Fragmentatie	Structuur gevend	Vaag	Stimuli zoekend
	Gebrek aan structuur	Zonder rol	Inconsistent	Afwezig

► *Psychodynamische diagnostiek met het Ontwikkelingsprofiel*

Het Ontwikkelingsprofiel (OP) (Abraham 1997; Van Dam & Abraham 2003) is gebaseerd op een semi-gestructureerd interview. Theoretisch integreert het OP in één model verscheidene psychoanalytische benaderingen van persoonlijkheidsontwikkeling. Het resultaat is een sterkte-zwakteanalyse op ontwikkelingslijnen als zelfbeeld, objectrelaties, behoeften, afweer en normen. Deze lijnen zijn ingedeeld in tien hiërarchisch geordende niveaus, lopend van afwezigheid van structuur en fragmentatie tot rijpe niveaus van verbondenheid en generativiteit. Voor deze studie zijn enkel de lijnen die betrekking hebben op objectrelaties onderzocht (zie schema 1). Het profiel geeft een score voor elk van de niveaus apart. Tevens is een Totaal Object-Relationele Functie-score berekend (TORF), analoog aan een formule die eerder is voorgesteld door Perry en Hogland (1998) om de hiërarchische ordening van ontwikkelingsniveaus in één score te verwerken. Elk interview is gescoord door twee of drie onafhankelijke beoordelaars. Voor de berekeningen is uitgegaan van de consensusscores (Van e.a. 2000) waarbij alleen tekstfragmenten met overeenstemming (zo nodig na korte toelichting) tussen de beoordelaars, gescoord werden. Deze procedure had tot doel de scores te baseren op duidelijke manifestaties.

¶ *Onderzoek*

► *Vraagstelling*

Het doel van het onderzoek was na te gaan of objectrelaties, bepaald volgens de methode van het OP, kunnen dienen als predictor bij de behandeling van depressies met kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie (KPSP). Er zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd.

Is het objectrelationeel functioneren gerelateerd aan kenmerken van de patiënt?

Wordt de kwaliteit van de therapeutische alliantie bepaald door het niveau van objectrelationeel functioneren?

Voorspelt de mate van rijpheid van de objectrelaties de uitkomst van de behandeling?

► *Patiënten, behandeling, meetinstrumenten*

Het onderzoek betreft 81 patiënten die met KPSP zijn behandeld in het kader van een trial, waarin deze psychotherapie is vergeleken met antidepressiva. Het ging om matig ernstige depressies (Hamilton Depressie Score 14-25). Voor de start van de behandeling is het OP afgenomen.

In KPSP worden de relationele etiologie en betekenis van depressie benadrukt. Dit houdt in dat zowel actuele interpersoonlijke relaties, als de mate waarin deze zijn gevormd (of vervormd) door vroegere relationele ervaringen aan de orde komen. KPSP kan worden geplaatst op een variabel punt op het

zogenaamde steunend-inzichtgevende continuüm. De therapeut neemt afhankelijk van het onderwerp en de behoefte van de patiënt, een meer steunende of meer interpreterende houding aan. Voor een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksofzet en de methodiek van KPSP wordt verwezen naar eerdere publicaties (De Jonghe 2005; Van 2008; De Maat & De Jonghe 2008).

De therapeutische alliantie is na acht weken bepaald met de Luborsky Helping Alliance Questionnaire (HAQ) (Luborsky & Luborsky 2006). De totaalscore van de HAQ geeft de kwaliteit van de therapeutische relatie weer. Onderscheiden worden type I: de ervaring van de patiënt door de therapeut te worden geholpen en gesteund, en type II: overeenstemming tussen patiënt en therapeut over de behandeldoelen. De ernst van de depressie is gemeten met de Hamilton Depression Rating Scale 17 items (HAM-D). Als maat voor verbetering is de Reliable Change Index (RCI) voor de HAM-D berekend (Jacobsen & Truax 1991).

► Resultaten

Van de patiënten was 79 procent vrouw, de gemiddelde leeftijd was 38,1 jaar ($SD = 8,5$). De gemiddelde HAM-D-score was 20,1 ($SD = 0,9$). Voor 60 procent had de huidige depressieve episode langer dan een jaar geduurd, 65 procent was tijdens deze episode reeds eerder behandeld met medicatie of een vorm van gesprekstherapie, veelal uitgevoerd in de eerste lijn. Bij ruim 50 procent ging het om een recidiefdepressie. Dat betekent dat de patiëntenpopulatie kan worden gekarakteriseerd als relatief chronisch, recidiverend en gedeeltelijk behandelresistent.

De verschillende patiëntkenmerken toonden geen samenhang met de TORF-score, met uitzondering van de factor recidiverende depressie. Patiënten die voor de eerste maal depressief waren, hadden een TORF van 6,0 ($SD = 0,7$) versus 5,4 ($SD = 0,6$) voor patiënten met een recidiverend beloop. Op de specifieke niveaus bleek dat patiënten met een recidief significant lagere scores hadden op alle adaptieve niveaus en een hogere score op symbiose.

Er werd geen correlatie gevonden tussen het objectrelationeel functioneren en de therapeutische alliantie, gemeten met de HAQ. Ook bleek de vroege therapeutische alliantie (na 8 weken) niet samen te hangen met de uitkomst van de depressiebehandeling. Wel was de toename van de HAQ-score tussen 8 en 24 weken gecorreleerd met de behandeluitkomst. Met name gold dit voor de type-II-vorm, de overeenkomst tussen therapeut en patiënt over te bereiken doelen, en minder voor type I, de ervaren steun.

In tabel 1 is het verband tussen het objectrelationeel functioneren en de behandeluitkomst weergegeven. Patiënten bij wie de therapie effect had (een $RCI > 1,96$) scoorden significant hoger op de adaptieve niveaus van individualisatie en verbondenheid en lager op structuurloosheid. In de vervolgens uitgevoerde multivariate regressieanalyse, met controle voor leeftijd, geslacht en

depressiekenmerken, werd alleen het niveau van individuatie als significante predictor geïdentificeerd.

TABEL 1

Samenhang tussen objectrelationeel functioneren en behandeluitkomst

	Verbeterd* (n=49)		Niet verbeterd (n=32)	
	<i>Gem</i>	<i>SD</i>	<i>Gem</i>	<i>SD</i>
TORF	5,94	0,68	5,53	0,87
ADAPTIEVE NIVEAUS				
Generativiteit	1,10	1,07	1,16	1,03
Verbondenheid	3,31**	2,25	2,07**	1,65
Indivduatie	4,10**	1,57	2,89**	1,71
DISADAPTIEVE NIVEAUS				
Rivaliteit	0,47	0,79	0,28	0,58
Autonomie	2,63	1,63	2,34	1,54
Symbiose	2,67	1,90	3,16	2,34
Narcisme	1,02	1,52	1,63	2,15
Fragmentatie	1,04	1,26	1,06	1,29
Structuurloosheid	0,00**	0,00	0,06**	0,25

* RCI > 1,96 ** verschil: $p < 0,05$

¶ Discussie

De betekenis van de bevindingen wordt apart besproken voor patiëntkenmerken, therapeutische alliantie en voorspellende waarde voor de behandeluitkomst.

► Patiëntkenmerken

Het objectrelationeel functioneren bij de start van de behandeling bleek niet gerelateerd aan sekse, leeftijd en opleiding. Ook werd geen samenhang vastgesteld tussen de rijpheid van de objectrelaties en de duur en ernst van de depressie. Dit laatste is een aanwijzing dat de ernst van het toestandsbeeld weinig invloed heeft gehad op de scores van het Ontwikkelingsprofiel en

ondersteunt de aanname dat psychoanalytische persoonlijkheidsdiagnostiek mogelijk is ondanks presente depressieve klachten.

Opvallend is dat patiënten met een recidiefdepressie minder rijpe object-relaties hadden. Met name hadden deze patiënten minder adaptieve object-relaties. Dit duidt erop dat ze vooral weinig mogelijkheden hebben om naast disadaptieve relaties ook gezonde (deel)relaties te vormen, gekenmerkt door bijvoorbeeld wederzijdsheid, afgegrensd zijn en een passende identiteitsbeleving. Voorts bleken er meer problemen op het niveau van symbiose, dat wil zeggen afhankelijkheid, een te grote invloed van de mening van anderen op het eigen zelfbeeld, en passieve, verzorgende relationele behoeften.

Er zijn twee mogelijke verklaringen voor deze bevinding. Ten eerste zou het kunnen passen bij de hypothese van Post (1992), die stelt dat een eerdere depressieve episode een psychisch litteken achterlaat waardoor de persoon gevoeliger blijft voor stress en daarmee voor depressieve reacties na bijvoorbeeld tegenslag. In dit geval zou het litteken dus kunnen bestaan uit een verminderd adequaat objectrelationeel functioneren.

Een tweede verklaring is dat het gaat om een al bestaande kwetsbaarheid in de persoonlijkheid van de patiënt voor de ontwikkeling van depressieve reacties. Zuroff e.a. (2004) bespreken in dit verband een dynamisch model van interactiecycli die elkaar versterken. Disfunctionele persoonlijkheidseigenschappen leiden enerzijds tot het vaker meemaken van stressvolle gebeurtenissen en omstandigheden. Anderzijds zullen deze personen sneller terechtkomen in een sociale omgeving waarin minder steun wordt verleend. Tezamen resulteert dat in een toegenomen kwetsbaarheid voor tegenslag en stress. Longitudinaal onderzoek ondersteunt deze hypothese en laat zien dat er een verband is tussen de kans op recidiefdepressies en zowel persoonlijkheidspathologie als disfunctionele sociale relaties (Ormel e.a. 2001).

Dit roept uiteraard ook de vraag op of een verdere groei van het objectrelationeel functioneren middels psychotherapie mogelijk is waardoor deze kwetsbaarheid zou kunnen verminderen. Er zijn aanwijzingen dat gerelateerde dimensies zoals sociaal en relationeel functioneren (Molenaar e.a. 2006) verbeteren na psychotherapie, in het bijzonder bij depressieve patiënten met comorbide persoonlijkheidspathologie. Deze verbetering onderscheidt de werking van psychotherapie ook van de enkel symptoomgerichte werking van antidepressiva (Hawley e.a. 2007).

► *Relationeel perspectief*

Door de bevindingen van ons onderzoek kunnen we de kwetsbaarheid voor depressie in een relationeel perspectief plaatsen. Dit perspectief is in overeenstemming met het proces dat KPSF beoogt te beïnvloeden en met de wijze waarop depressieve klachten er begrepen en benaderd worden. In KPSF wordt immers ook het ontstaan en onderhouden van depressieve verschijnselen primair besproken vanuit een relationeel perspectief.

Deze relationele betekenis wordt verder gespecificeerd door Zuroff e.a. (2004), die laten zien dat depressie is gerelateerd aan onrijpe afhankelijkheid en overmatige zelfkritiek. Dit is in overeenstemming met onze bevindingen over het recidiverend beloop bij symbiotische problematiek en ook met de hypothese over de narcistische kwetsbaarheid zoals in de inleiding besproken. Het lijkt hierbij te gaan om patiënten bij wie het zelfgevoel vooral afhankelijk is van de ander. Bevestiging is nodig en bij het ontbreken daarvan, of kritiek, dreigt het zelfgevoel ineen te storten. Het moet als het ware telkens opnieuw gevoed worden.

Men zou kunnen veronderstellen dat deze patiënten meer steun behoeven dan zelfs een begrijpende omgeving kan bieden. Daardoor wordt snel afwijzing ervaren in relatie met anderen en ontstaat de neiging tot verwijten maken aan de als afwijzend beleefde ander. Het roept een negatieve tegenreactie op die vervolgens kan omslaan in zelfverwijtende tendenties en het verergeren van depressieve affecten (Joiner e.a. 1999).

Hetzelfde kan in de psychotherapeutische context optreden. Ook daar kan de ervaren steun als ontoereikend worden beleefd om het gemankeerde zelfgevoel te stutten. Men kan veronderstellen dat een therapie met langere duur of meer openleggende benadering geschikter is omdat er dan restauratie mogelijk is. Dat kan bijvoorbeeld doordat een corrigerende emotionele ervaring tot stand is gebracht of doordat meer bewerking mogelijk is van de overdrachtsaspecten van de therapeutische relatie waarin deze symbiotische problematiek zich voordoet.

Hierbij dient in het oog gehouden te worden dat bij symbiotische problematiek regressie kan dreigen. Een diagnostisch instrument als het OP is daarom van nut omdat het ook gezonde functies in kaart brengt. Patiënten bij wie behoudens symbiotische problematiek ook kenmerken van een gezond aanpassingsvermogen worden vastgesteld kunnen geacht worden meer in staat te zijn regressieve fenomenen te hanteren en profijtelijk te maken in een behandelproces.

► *Therapeutische alliantie*

Allereerst valt op dat, in tegenstelling tot wat meestal wordt gevonden, er geen directe relatie was tussen de vroege therapeutische alliantie en de behandeluitkomst. Wel bleek de verbetering van de alliantie tijdens de behandeling gerelateerd aan de uitkomst. Dit suggereert dat de alliantie minder statisch is dan soms wordt gerapporteerd, en tijdens de therapie te beïnvloeden is. Het bevestigt enkele recente bevindingen waaruit eveneens blijkt dat niet zozeer de eenmalig bepaalde alliantie de uitkomst voorspelt, als wel het beloop van deze alliantie tijdens de behandeling (Beretta e.a. 2007).

Er werd evenmin een relatie gevonden tussen objectrelaties en de therapeutische alliantie. Dit is wellicht op het eerste gezicht onverwacht, maar in overeenstemming met het eerder genoemde onderzoek van Piper e.a. (2004)

waarin bij een steungevende variant van psychoanalytische psychotherapie de alliantie evenmin samenhangt met objectrelaties. Dit suggereert dat objectrelaties en de alliantie die tijdens een therapie ontstaat van elkaar onderscheiden moeten worden.

Theoretisch hoeft dit niet te verbazen. De therapeutische alliantie verwijst vooral naar bewuste aspecten, zoals tevredenheid van de patiënt over de therapeut en het ervaren van een gezamenlijk doel van de behandeling. Objectrelaties daarentegen verwijzen naar de onderliggende structuur van de relationele vorming. Deze zijn minder bewust en hoeven ook niet per definitie direct aan tevredenheid over de relatie met de therapeut gecorreleerd te zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een patiënt met een afhankelijke tendens toch tevreden is over de relatie met de therapeut omdat hij zich gesteund of geholpen voelt.

Daar komt nog bij dat, in tegenstelling tot het gewone leven, in een professionele therapeutische relatie de psychotherapeut de attitude en gekozen strategie zal aanpassen aan het objectrelationeel functioneren van de patiënt om tot het meest profijtelijke therapeutische proces te komen. Dit kan het eventuele verband tussen de optredende alliantie en het voor de behandeling gemeten objectrelationeel functioneren maskeren.

Specifiek onderzoek naar de kwaliteit van het therapeutische proces is nodig om de effectiviteit van dergelijke aanpassingen na te gaan. Van hieruit zouden vervolgens onderbouwde aanwijzingen kunnen worden ontwikkeld voor klinici voor het kiezen van strategieën die aangepast zijn aan het objectrelationeel functioneren van een individuele patiënt. Hierbij kunnen ook overdrachtsmanifestaties betrokken worden die, in tegenstelling tot de therapeutische alliantie, veel meer afhankelijk zijn van het niveau van objectrelationeel functioneren. Dit is recentelijk ook bevestigd in onderzoek van Beretta e.a. (2007) waarbij bleek dat reeds vroeg in een psychotherapie de geïnternaliseerde relationele patronen van de patiënt zich herhalen en overdrachtsmanifestaties bepalen.

► *Objectrelaties en behandeluitkomst*

Het resultaat van ons onderzoek stemt overeen met de literatuur waaruit blijkt dat objectrelaties van belang zijn voor de uitkomst van psychotherapie (Valbak 2004). Opgemerkt moet echter worden dat uit de aanvullende regressieanalyse blijkt dat de bijdrage aan het effect bescheiden is. Dat kan worden verklaard uit het feit dat uiteraard ook andere factoren van invloed zijn op het effect van depressiebehandelingen, zoals kenmerken van de depressie zelf (Van 2008), afweerstijlen (Bond 2004), reflectieve capaciteit en motivatie voor verandering (Valbak 2004).

Voor wat betreft de specifieke niveaus bleek de uitkomst vooral gerelateerd aan de sterkte van de adaptieve objectrelaties. Het adaptieve niveau van individuatie kon als meest duidelijke voorspeller worden geïdentificeerd. Op dit

niveau wordt geïnventariseerd in welke mate de patiënt de ander ook als gelijke kan beleven, afgegrensd is en uiting geeft aan een consistent zelfbeeld. Deze bevinding ondersteunt het nut van het bepalen van adaptieve, gezonde kenmerken van de persoonlijkheid.

► *Betekenis voor KPSP*

Kunnen de bevindingen begrepen worden vanuit specifieke karakteristieken van de KPSP? De KPSP gaat uit van het steunend-inzichtgevende spectrum. Dat betekent dat de therapeut per patiënt en ook per onderwerp voor een meer steunende of een meer inzichtgevende strategie kiest. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat in geval de patiënt naast de disadaptieve relatievorming weinig gezonde mogelijkheden heeft, de therapeut minder geneigd zal zijn het volledige steunende-inzichtgevende spectrum van interventies toe te passen. Indien men ervan uitgaat dat in een psychoanalytische behandeling juist de meer inzichtgevende interventies het meeste profijt opleveren zou dat inhouden dat ook minder effect bereikt kan worden.

Er is een lopende discussie in de literatuur over de vraag of dit een valide redenering is. In het invloedrijke onderzoek van Wallerstein (2000) kon niet worden aangetoond dat steunende interventies minder effectief zouden zijn dan inzichtgevende interventies. Hier ging het echter om behandelingen van onbepaalde duur en het is de vraag of dat ook voor de gelimiteerde vormen geldt.

Voorts lijkt er recentelijk op dit punt een nuancering in de literatuur waarneembaar. Hogland (2008) vond in een *randomised controlled trial* dat een psychoanalytische psychotherapie een beter resultaat had met dan zonder overdrachtsinterpretaties. Een meta-analyse van Diener e.a. (2007) liet zien dat naarmate de interventies in een therapie meer gericht waren op het bevorderen van emotionele beleving een beter effect werd bereikt. Ook een eerdere trial van het Mentrum-depressieonderzoek lijkt in deze richting te wijzen. Het bleek dat als de therapeut aangaf meer inzichtgevende interventies te hebben toegepast een beter behandelresultaat bereikt was (Hendriksen e.a. — *ingediend*).

► *Beperkingen van het onderzoek*

Het resultaat van de behandelingen is gemeten met de Hamilton Depression Rating Scale. Dit is de internationaal meest geaccepteerde en toegepaste uitkomstmaat. Het is echter de vraag of deze schaal voor psychotherapie wel de meest geschikte is (Bagby e.a 2004). Het instrument inventariseert relatief veel lichamelijke klachten en niet een verandering in relationeel functioneren, wat juist een belangrijk doel is van de psychoanalytische benadering van depressie.

KPSP is een korte behandeling, en circa zestig procent van de patiënten bereikt daarmee een klinisch relevante verbetering. Dat is vergelijkbaar met

andere psychotherapieën voor depressies, maar het laat ook zien dat er ruimte is voor verbetering. Voor de hand ligt in eerste instantie de KPSP op te nemen in een getrappt programma en bij onvoldoende resultaat bijvoorbeeld over te gaan tot een gemonitorde en gefaseerde verlenging (Percevic e.a. 2006). Zoals boven gesteld, lijkt dit dus vooral voor depressieve patiënten met symbiotische problematiek aangewezen.

De behandelresultaten zijn gebaseerd op metingen meteen na afloop van de KPSP. Zoals in de inleiding vermeld, zijn er juist voor de psychoanalytische therapievormen aanwijzingen voor een verdere verbetering na afloop van de behandeling. Het is echter niet bekend of dezelfde objectrelationele predictoren daarvoor relevant zijn.

¶ Conclusie

Deze exploratieve studie laat zien welke relevantie het objectrelationeel functioneren voor depressie kan hebben. Zij lijkt te ondersteunen dat het niet alleen van belang is om pathologie te diagnosticeren, maar ook zinvol is om gezonde patronen in kaart te brengen. Ze bevestigt de eerder in de literatuur gemelde samenhang tussen recidiverende depressies en afhankelijkheidsproblematiek. Tot slot wijst de studie erop dat objectrelaties en de therapeutische alliantie twee verschillende zaken zijn.

Het Ontwikkelingsprofiel bleek van nut om psychoanalytische concepten, zoals objectrelaties, te operationaliseren. KPSP is toepasbaar voor een breed scala aan depressieve patiënten zoals die zich in de tweede lijn presenteren. Desondanks is voortgaand onderzoek nodig om de psychoanalytische aanpak een meer solide wetenschappelijke basis te geven. Dit verrijkt het klinische en wetenschappelijke inzicht. Het is echter ook noodzakelijk om de psychoanalytische benadering te kunnen (en mogen) blijven toepassen in de toekomstige geestelijke gezondheidszorg.

Literatuur

- ABRAHAM R. E. (1997). *Het Ontwikkelingsprofiel — Een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- ABRAHAM, R. E., VAN, H. L., INGENHOVEN, TH. e.a. (2001). The Developmental profile. *Journal of Personality Disorders*, 15, 457-473.
- BAGBY, R., RYDER, A., SCHULLER, D. e.a. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161, 2163-2177.
- BERETTA, V., DESPLAND, J., DRAPEAU, M. e.a. (2007). Are relationships patterns with significant others re-enacted with the therapist? A study of early transference reactions. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 195, 443-450.
- BLANK, R. & BLANK, G. (1986). *Beyond ego psychology — Developmental and object relations theory*. New York: Columbia University Press.

- BOND, M. (2004). Empirical studies of defense style — Relationship with psychopathology and change. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 263-278.
- BUSCH, F., RUDDEN, M. & SHAPIRO, TH. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- CUIJPERS, P., STRATEN, A. VAN, WARMERDAM, L. & ANDERSSON, G. (2008). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BioMed Central Psychiatry*, 8, 36.
- DAM, Q. VAN & ABRAHAM, R. (2003). Indicatiestelling voor psychoanalyse en het Ontwikkelingsprofiel. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 9, 192-207.
- DIENER, M.J., HILSENROTH, M.J. & WEINBERGER, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy — A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- FREUD, S. (1917). Rouw en melancholie. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Psychoanalytische theorie 1* (p. 73-91). Amsterdam: Boom.
- HAWLEY, L.L., RINGO HO, M.H., ZUROFF, D.C. e.a. (2007). Stress reactivity following brief treatment for depression: differential effects of psychotherapy and medication. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 75, 244-256.
- HENDRIKSEN, M., SCHOEVERS, R., VAN, H.L., JONGHE, F. DE & DEKKER, J. (ingediend). Therapist evaluation of personality structure and therapeutic technique related to outcome in psychoanalytic psychotherapy for depression.
- HOGLAND, P., BOGWALD, K., AMLO, S. e.a. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165, 763-771.
- HUPRICH S.K. & GREENBERG, R.P. (2003). Advances in the assessment of object relations in the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 23, 665-698.
- JACOBSON, N. & TRUAX, P. (1991). Clinical significance — A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- JOINER, T., METALSKY, G., KATZ, J. e.a. (1999). Depression and excessive reassurance-seeking. *Psychological Inquiry*, 10, 269-278.
- JONGHE, F. DE (2005). *Kort en krachtig — Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie*. Amsterdam: Benecke
- KESSLER, R.C., BERGLUND, P., DEMLER, O. e.a. (2003). The epidemiology of major depressive disorder — Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- LEICHSENRING, F., RABUNG, S. & LEINING, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- LUBORSKY, L. & LUBORSKY, E. (2006). *Research and psychotherapy — The vital link*. Lanham MD: Rowman & Littlefield.
- MAAT, S. DE & JONGHE, F. DE (2008). Over de effectiviteit van KPT. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 14, 237-251.
- MARTIN, D., GARSKE, J. & DAVIS, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- MOLENAAR, P., DEKKER, J., VAN, H.L. e.a. (2006). Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of depression? *Depression and Anxiety*, 24, 553-562.
- ORMEL, J., OLDEHINKEL, A.J. & BRILMAN, E. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 158, 885-891.
- PERCEVIC, L., LAMBERT, J. & KORDY, H. (2006). What is the predictive value of responses to psychotherapy for its future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Depression and Anxiety*, 16, 364-374.

- PERRY, J.C. & HOGLAND, P. (1998). Convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 186, 529-535.
- PIPER, W.E. & DUNCAN, S. (1999). Object relations theory and short-term dynamic psychotherapy — Findings from the Quality of Object Relations Scale. *Clinical Psychology Review*, 19, 669-685.
- PIPER, W.E., OGRODNICZUK, J. & JOYCE, A. (2004). Quality of object relations as a moderator of the relationship between pattern of alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83, 345-356.
- POST, R. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 99-1010.
- VALBAK, K. (2004). Suitability for psychoanalytic psychotherapy: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 164-178.
- VAN, H.L. (2008). *Exploring predictive factors in depression treatment — The role of patient characteristics and psychodynamic diagnosis*. Amsterdam VU, Academisch proefschrift.
- VAN, H.L., INGENHOVEN, T., FOEKEN, I. VAN e.a. (2000). Preliminary results on interrater reliability and construct validity of the Developmental Profile. *Journal of Personality Disorders*, 14, 360-365.
- WALLERSTEIN, R. (2000). *Forty-two lives in treatment — A study of psychoanalysis and psychotherapy: the report of the Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, 1954-1982*. New York: Other Press.
- ZUROFF, D.C., MONGRAIN, M. & SANTOR, D.A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression — Comment on Coyne and Whiffen. *Psychological Bulletin*, 130, 489-511.

SUMMARY

Object-relations and depression — Clinical implications of theory and research

Relatively little is known about the relevance of object-relational functioning in the treatment of depression. The aim of this paper is to explore the predictive value of object-relational functioning (ORF) for therapeutic alliance and the outcome of short-term psychoanalytic supportive psychotherapy. The ORF of eighty-one depressed patients was rated by using the Developmental Profile. Therapeutic alliance was assessed with Luborsky's Helping Alliance Questionnaire. Patients with a recurrent depression showed less mature levels of ORF, and especially symbiotic problems. The overall maturity of ORF was related to success of treatment although the predictive value appeared to be modest. No association was found between ORF and the early therapeutic alliance. Potential theoretical and clinical implications of these findings are discussed.

Key words: Developmental Profile, object-relations, prediction, short-term psychoanalytic psychotherapy, therapeutic alliance.

Manuscript ontvangen 5 oktober 2008

Definitieve versie 29 januari 2009