

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)



## Verslagen

### **Workshop Investigation psychodynamique brève et interventions psychothérapeutiques met E. Gilliéron, 23 september 1995**

Patrick De Meulemeester

Naar aanleiding van zijn recentste publikatie *Le premier entretien en psychothérapie* (Dunod, Paris, 1994) werd Edmond Gilliéron door de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie uitgenodigd voor een workshop ten huize van het U.P.C. Sint-Jozef te Kortenberg.

Edmond Gilliéron, psychoanalyticus, is hoogleraar psychiatrie en hoofd van de Universitaire Polikliniek van Lausanne. Sinds kort doceert hij ook aan de Universiteit van Montréal. Hij publiceerde voornamelijk over groepstherapie en over kortdurende analytische psychotherapie, en werkte recent een vier-gesprekken-model uit dat toepasbaar is in de breedste hedendaagse consultatiepraktijk.

Daar dit model weinig bekend is in het Nederlandstalig gebied, geven we er de hoofdlijnen van weer zoals Gilliéron ze zelf in een inleidende uiteenzetting voorstelde. Gilliéron baseert zijn kortdurende benadering op inzichten in de processen die psychotherapie nodeloos verlenen en niet zoals in andere kortdurende modellen op economische overwegingen of op vooraf afgebakende psychopathologische categorieën. Hij ambieert een benadering die zich richt tot de breedste waaier van psychopathologie – van neurose tot psychose – die zich op het spreekuur kan aanbieden. Het is immers de patiënt die de techniek van de therapeut dient te bepalen, en niet andersom. Techniek of stijl acht hij ondergeschikt aan de denkactiviteit van de therapeut. Een bepaalde therapeutgebonden techniek of stijl staat immers vaak in functie van de persoonlijke psychische economie van de therapeut als een uiting van weerstand tegen het psychoanalytisch kader. In een

historisch overzicht van de kortdurende therapieën (Alexander, Bellack, Balint, Malan, Sifneos, Davanloo, Strupp, ...) belicht Gilliéron hoe de actieve positie die vele analytici voorstellen een niet-geanalyseerde, aan de patiënt opgelegde positie is. Evenzo staat de keuze van een focus in focale therapie dikwijls meer in functie van tegenoverdracht dan van de dynamiek van de patiënt. Dit is in tegenspraak met de analytische theorie, die neutraliteit voorop stelt om ruimte te bieden aan de subjectiviteit van de patiënt.

Vandaar dat Gilliéron vooraf geen bepaald indicatiegebied afbakt. Hij biedt in het aller-eerste contact een duidelijk gedefinieerd niet-directief therapeutisch kader aan, waarin geen vragen gesteld worden. In dit kader zal de patiënt de therapeut in een beweging naar herstel van een doorbroken psychisch evenwicht in een bepaalde relationele positie plaatsen. De initiële overdrachtsrelatie tussen therapeut en patiënt vormt voor Gilliéron aldus het primaire onderzoeksobject. Analyse van de psychodynamiek die zich in de eerste minuten tussen beiden vastzet, levert zicht op de intrapsychische economie van de patiënt, volgens de driftleer van Freud. Hij onderzoekt ook de concrete motivatie van de patiënt om de therapeut te consulteren en plaatst deze in een theorie over psychisch evenwicht en verandering. Het psychisch evenwicht van een persoon omvat naast de biologische en intrapsychische dimensie ook het 'objectale aanleunen' (*étayage objectal*), in casu de betekenisvolle interpersoonlijke relaties die iemand onderhoudt. Op basis van de eerste tien minuten van het eerste gesprek of zelfs op basis van non-verbale informatie over het tot stand komen van de afspraak stelt hij een zeer vroegtijdige diagnose over de organisatie van de persoonlijkheid van de patiënt. Hij maakt daarbij een eerste psychodynamische hypothese over de onbewuste crisis die aanleiding geeft tot consulteren en verwoordt

die op het einde van het eerste of aan het begin van het tweede gesprek. Hij evalueert of de analytische interpretatie van de crisis, de wens tot verandering en de angst die deze opwekt, leiden tot bewustwording. In het tweede en derde gesprek volgen de uitwerking van de eerste interpretatie of van de eventueel voorgestelde maatregelen, en een verdere evaluatie van hun effecten. De vraag die de therapeut leidt, is welke de therapeutische activiteit is die het de patiënt mogelijk zal maken om te veranderen in de kortst mogelijke tijd. In het vierde gesprek vindt de besluitvorming plaats. Is de patiënt begonnen te veranderen of verdwijnen de symptomen, dan kan de behandeling na vier gesprekken beëindigd worden. Indien de weerstand te groot blijkt en de patiënt weigert interne conflicten en angsten te erkennen, wordt eerder toegedekt. Indien het bestaan en het belang van een onbewuste, intrapsychische wereld wordt erkend, kan verdere uitwerking plaatsvinden in een psychoanalyse of psychoanalytische psychotherapie.

Door de neutraliteit opnieuw te introduceren en interpretatief te interveniëren komt Gilliéron ertoe zo kort mogelijk te behandelen. Systematisch bekeken kan zijn invalshoek metapsychoanalytisch genoemd worden: vertrekkend van de driftleer van Freud bekijkt hij niet alleen de patiënt, maar steeds het koppel therapeut-patiënt.

Er werd in de workshop een drietal video-opnamen van voor Gilliéron onbekende casussen gepresenteerd. In de bespreking met de vijftig aanwezige deelnemers demonstreerde hij helder en analytisch hoe vanaf de eerste seconden de activiteit van de therapeut de patiënt beïnvloedt.

Ter illustratie halen we een fragment aan van een patiënt die, als reactie op de therapeut die opent met het stellen van de grondregel, vermeldt dat hij het gesprek eigenlijk reeds schriftelijk heeft voorbereid. Gilliéron gaat zeer gedetailleerd na wat de therapeut precies vraagt en hoe de patiënt hierop verbaal en non-verbaal reageert. Legt de patiënt aan de therapeut een vraag voor over wat hij met zijn notities zal doen? Of, beantwoordt hij die vraag zelf door zijn notities niet boven te halen en onderwerpt hij zich zo aan de regel van de the-

rapeut? Of nog anders, begint hij met het bespreken van de notities en legt hij zo zijn eigen regel op aan de therapeut? Elk van deze mogelijke reacties genereert hypothesen over de persoonlijkheidsstructuur die verder worden getoetst aan het klinische materiaal. Gilliéron hanteert hierbij een structurele diagnostiek die steunt op de Lacaniaanse traditie en op Franse auteurs als Bergeret. In de casus reageert de patiënt volgens de laatst geschetste mogelijkheid: hij haalt een briefje boven en gebruikt dit als leidraad om te spreken. Kan het dan zijn dat de patiënt de therapeut niet hoort en zijn perceptie op psychotische wijze gestoord is? Dit blijkt uit de eerste verbale uitwisselingen niet het geval te zijn. Indien de patiënt de therapeut wel hoort maar met diens woorden geen rekening houdt, is dit omdat hij daartoe niet in staat is, zijn gedachten niet kan ordenen (denkstoorissen bij een pre-psychotische structuur), of omdat de gedachte van een ander niet wordt verdragen. In dit laatste geval wordt de regel van de therapeut met opzet genegeerd, en betreft het wellicht een perverse organisatie, of eventueel een geïsoleerde perverse defensie. In de volgende minuten demonstreert de patiënt in zijn monoloog de moeilijkheid om zijn gedachten te ordenen, hetgeen de therapeut – die eigenlijk verhinderd wordt als therapeut te functioneren – uitnodigt tot het zelf gaan uitleggen van de logica in het materiaal. Dit levert evidentie voor een pre-psychotische organisatie: de therapeut denkt in de plaats van de patiënt, als een intrusieve moeder. Hoewel de patiënt er zich duidelijk ongemakkelijk bij voelt, zal hij zich hieraan onderwerpen, zodat een evenwicht in de therapeutische relatie ontstaat. Dit evenwicht ontstaat reeds na drie minuten en zal daarna niet meer veranderen. Het is meteen duidelijk geworden – na enkele minuten reeds – dat, hoewel de voorafgaande informatie over de aanleiding van consulteren en over de aanwezige symptomatologie van deze patiënt een neurotische structuur suggereerde, er met hem niet over verlangens zal worden gesproken, maar dat een andere attitude vereist zal zijn. De sleutelementen in deze analyse van de dynamiek in de relatie tussen therapeut en patiënt zijn dus

- 1) de wijze waarop de patiënt zijn rol van

patiënt aanvaardt, en 2) de wijze waarop de therapeut zijn rol als therapeut opneemt. Met dit fragment als materiaal deduceert Gilliéron op basis van de analytische theorie verdere vragen over de differentiatie tussen perversie en pre-psychose. Waarom valt de patiënt de therapeut aan en heeft hij hem toch nodig om in zijn plaats te denken? Wordt het weten van de therapeut niet erkend vanuit de weigering verschillen te erkennen, zoals bij de pervers. De pervers heeft geen last van denkstoornissen, hij kent zijn denken, maar schept verwarring bij de ander. Hij zal slechts bij een weloverwogen actieve weigering tot verdere behandeling over zijn angst beginnen te spreken. Roept de kennis van de therapeut misschien angst op, en welke voorstellingen zijn het die deze angst oproepen: identiteitsverlies, zoals bij de pre-psychotische structuur? In dit geval is de motivatie om behandeling te zoeken intern en gericht op het vinden van vaste grond onder de voeten. De motivatie van de pervers daarentegen zal steeds extern en dus instrumenteel blijken.

Voor veel deelnemers werd het opnemen van de rol van actieve participant bemoelijk door de relatieve onbekendheid met Gilliérons theoretisch kader over persoonlijkheidsstructuren dat steunt op Franse auteurs als Bergeret. De Angelsaksische literatuurtraditie, waaronder Kernberg, waar men in het Nederlandstalig gebied meer vertrouwd mee is, biedt duidelijk minder differentiatiemogelijkheden voor een uitgewerkte psychoanalytische structurele diagnostiek. Bewust van het didactische kader van de workshop nam Gilliéron hiertegenover een bijna docerende rol aan.

Voor de geïnteresseerden noteren we dat de publikatie van een Nederlandse vertaling van het boek *Le premier entretien en psychothérapie* momenteel in voorbereiding is, en dat Gilliéron vanaf 1996 twee maal per jaar een dag naar Vlaanderen komt voor een groepssupervisie rond de techniek van het eerste gesprek.

*P. De Meulemeester* is psycholoog en analytisch groepspsychotherapeut, lid van de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie, verbonden aan de Psychiatrische Dagkliniek van het Sint-Jansziekenhuis te Genk.

## **Verslag van de studiemiddag De dood in het leven van het kind; psychoanalytische visies op verlies en rouw, georganiseerd door de Kinderen Jeugdafdeling van het NPI, 6 oktober 1995**

Peter Maidman

Op deze drukbezochte studiemiddag werd op een fraaie locatie in Utrecht een viertal lezingen gehouden waarvan drie een duidelijk klinisch perspectief hadden. Aan de hand van gevalsbeschrijvingen lieten de sprekers ons zien op welke wijze de dood kan ingrijpen in het leven en de ontwikkeling van een kind. In de lezingen kwam bovendien naar voren wat de mogelijkheden en grenzen van psychotherapie zijn. De vierde lezing had een meer theoretisch karakter. Als eerste deed collega Ubbels verslag van de analyse van een meisje van tien jaar oud dat op vierjarige leeftijd haar vader verloor. Zij was erbij aanwezig toen haar vader ritmestoornissen kreeg en onwel werd. Ubbels liet op heldere wijze zien wat de moeilijkheden en factoren waren die de ontwikkeling van het meisje belemmerden. Ook maakte hij duidelijk welke problemen men als therapeut kan tegenkomen in therapieën met kinderen die getraumatiseerd zijn door het overlijden van een ouder of sibling. Hij begon zijn lezing met de beschrijving van de gevolgen die de traumatische dood van de vader voor dit kind had. Een extra complicatie vormde de heftigheid van haar, oedipale, gevoelens vóór vaders dood. Gevoelens die na zijn overlijden zo heftig werden dat ze soms tot paniek leidden. Ubbels toonde aan dat de onmogelijkheid de oedipale situatie normaal af te wikkelen bij zijn patiëntje tot allerlei angstige aanleiding gaf, met name de angst voor verschillen. De oedipale werkelijkheid is immers bij uitstek gebaseerd op verschillen. Daarnaast was de werkelijkheid van de overleden vader, in een ultieme poging tot reparatie, van het bewustzijn afgesplitst. Nadat deze realiteit door het patiëntje onder ogen kon worden gezien ontstond er ruimte voor fantasie. Toen pas kon zij zich met haar vader identificeren en het rouwproces kon alsnog op gang komen.

Zowel uit deze lezing als uit de beide andere klinische verhalen bleek dat het werken met kinderen met deze problematiek een sterk emotioneel appel doet op de therapeut. Ook de reacties van de toehoorders wezen hierop. Ubbels beschreef zijn tegenoverdrachtsgevoelens als enerzijds genietend van de verliefdheid van het meisje, een verliefdheid die in feite voor haar vader bestemd was. Anderzijds waren er ook gevoelens van tekortschieten en teleurstelling na de afwijzing door het meisje – een afwijzing die volgde op het besef dat de therapeut haar vader niet was en nooit zou worden.

Ubbels gaf ten slotte de grenzen aan van ons therapeutisch handelen. Een kind dat een ouder verliest is immers dermate zwaar getroffen dat het wellicht nooit helemaal over zo'n verlies heen zal kunnen komen.

Allen die het aandurven in woord of geschrift met patiënten-materiaal naar buiten te treden verdienen ons respect. Door collega's een kijkje te gunnen in de behandelkamer stelt men zich immers kwetsbaar op. Collega Hauber durfde het aan een therapie te refereren die zeker de schoonheidsprijs niet verdient. Ook hier ging het om lastig te hanteren tegenoverdrachtsgevoelens waarover Hauber met opmerkelijke openhartigheid sprak. Het ging om een jongen van veertien jaar. Hij kwam in therapie wegens narcistische problematiek en een gestoord rouwproces. Zijn vader was een man met een narcistische persoonlijkheidsstructuur die het niet kon verdragen dat hij de aandacht van zijn vrouw met hem moest delen. Toen patiënt ook nog een echt zorgenkindje bleek te zijn, wendde vader zich geheel af van zijn zoon. Vader ergerde zich vaak aan hem en kleineerde hem. Toen patiënt acht was, suïcideerde vader zich. Aan patiënt werd meegegeeld dat zijn vader om het leven was gekomen bij een ongeluk. Het probleem dat zich onmiddellijk in de therapie voordeed was dat de behandelaar wel en de patiënt niet op de hoogte was van de suïcide van vader. In de discussie later op de middag werd geruime tijd stilgestaan bij de vraag of je als therapeut in deze omstandigheden wel een therapie moet beginnen.

In deze therapie koos Hauber voor een prag-

matische aanpak, in de hoop dat het geheim binnen niet al te lange tijd aan het kind zou worden geopenbaard. Toen dit niet gebeurde zag de therapeut zich snel voor een groot probleem geplaatst. Het geheim was aanleiding tot een verbod op vragen stellen en op weten. Dit verbod belemmerde het kind in zijn mogelijkheden de rouw goed door te komen en stagneerde de rouwverwerking. Heel kort samengevat zag men in deze therapie dat de aanvankelijke idealisering van de vader geleidelijk werd afgebroken en vervangen door een meer realistisch beeld. Vader kon immers ook heel vernederend en kwetsend zijn. Toen eenmaal de ware doodsoorzaak bekend werd, verbrokkelde de idealisering verder, en stelde patiënt zich de vraag of zijn vader genoeg van hem had gehouden; als dat zo zou zijn geweest zou hij zich niet hebben gesuïcideerd.

Bij patiënt was sprake van een gestoorde fusie van agressie en libido, waardoor noch de 'object constancy', noch de 'self constancy' voldoende tot stand was gekomen en de therapie ernstig bemoeilijkt werd. Gevoelens van onlust bleven overheersen. Toen patiënt plotseling een serieuze suïcide-poging deed, was dit op te vatten als een poging zich te ontdoen van het slechte introject en zich te verenigen met het goede introject.

Uiteindelijk liep het slecht af met deze patiënt. Hij leek, op een indirecte wijze, toch nog een eind aan zijn leven te hebben gemaakt door agressie uit te lokken bij een groepje jongens dat hem dermate ernstig mishandelde dat hij aan de gevolgen ervan overleed.

Collega Kager refereerde een analyse die bij velen, in ieder geval bij mij, gevoelens van jaloezie opriep, zo'n leuk en interessant verloop had deze analyse. Het betrof een elfjarig meisje wier broertje overleed toen zij zelf tweeënehalf jaar was. Haar ontwikkeling werd bovendien ernstig verstoord door veel separaties van haar moeder, vooral veroorzaakt door medisch-gynaecologisch ingrijpen.

Patiëntje kwam in behandeling wegens angsten en somatische klachten, terwijl zij zich daarnaast overaangepast en te oud voor haar leeftijd gedroeg.

Moeder was niet erg geïnteresseerd in wie haar dochter echt was. Zij kon zich niet goed inle-

ven in de belevingswereld van haar kind. Zij had een ideaalbeeld van hoe een kind hoorde te zijn. Het gevolg was dat haar dochter alles deed wat moeder van haar verwachtte. Niet alleen moest zij beducht zijn voor de afwijzing door moeder wanneer zij zou tegenvallen, ook moest zij het verdriet van moeder over het overleden kind goedmaken. Kortom een meisje met een dreigende 'as-if' karakterontwikkeling.

Ook in de analyse maakte zij aanvankelijk een ingeperkte, overaangepaste indruk om te kunnen voldoen aan de (veronderstelde) wensen van de therapeut. Heel geleidelijk konden agressie en boosheid in de overdracht komen. Toen dit eenmaal gebeurde, bleek dat het herkennen van de eigen agressie bij haar veel angst opriep. In haar beleving gingen boosheid en agressie nooit over en stonden die gelijk aan slechtheid. Het gevaar van afwijzing door de ander was steeds aanwezig. In het verleden hiervan lagen de problemen die zij had met het naar voren brengen van haar eigen wensen en behoeften. Steeds had zij het gevoel dat indien zij dat deed, dit een keuze betekende; namelijk voor de één en tegen de ander. Zo kon ze dus nooit het lieve en ideale kind zijn. Fraai liet collega Kager zien hoe de overdracht zich ontwikkelde en hoe deze door haar werd bewerkt.

De laatste voordracht van de middag was van collega Gerritsma. Zij stond stil bij de vraag of kinderen kunnen rouwen, een vraag die op twee manieren is op te vatten. Ten eerste: heeft het kind een zodanige ego- en cognitieve ontwikkeling doorgemaakt dat het in staat is te rouwen? En ten tweede: wordt het kind door de omgeving de mogelijkheid geboden om te rouwen?

Over het eerste zijn de meningen verdeeld. Gerritsma legde op heldere wijze uit, dat kinderen, hoewel niet zo goed als volwassenen, zeker kunnen rouwen. Dit rouwen kan men opvatten als het terugtrekken van de libido van de overledene om het vervolgens weer richten op een ander object. Bij kinderen ziet men vaak allerlei specifieke symptomen. Ook hebben kinderen vaak de neiging de doodsoorzaak van de overledene magisch in te kleuren. Gerritsma benadrukte dat er een onderscheid

gemaakt moet worden tussen de rouw na het verlies van een ouder en de rouw na het verlies van een sibling – een onderscheid dat er ook toe doet als het gaat om de vraag of het kind in staat wordt gesteld te rouwen. Als het kind een ouder verliest, is de kans groot dat de overblijvende ouder door het eigen verdriet minder voor hem beschikbaar is en minder oog heeft voor zijn verdriet. Het kind wordt hierdoor extra belast. Indien het kind echter een sibling verliest, is het gevaar aanwezig dat het zijn eigen verdriet bagatelliseert, omdat zijn verlies immers niets is vergeleken met het verlies dat de ouders hebben geleden. Er is toch niets zo erg als een ouder die een kind verliest. Beide omstandigheden hebben het risico met elkaar gemeen dat het kind niet op adequate wijze aan zijn eigen rouw toekomt.

Gerritsma noemde nog een aantal pathologische processen die een gestoorde rouw tot gevolg kunnen hebben of het gevolg van een gestoorde rouw zijn: zwijgen en geheimhouden, overbescherming en verwenning, verplaatsing en vervanging.

Al met al was het een leerzame studiemiddag met een interessant en enigszins controversieel thema. Op theoretische gronden wordt immers verschillend gedacht over de reacties van kinderen op verlies door overlijden. Sommigen (Klein, Bowlby) menen dat kinderen van zes maanden al kunnen rouwen, anderen (Furman, A. Freud) denken dat kinderen minstens twee-drie jaar moeten zijn. Ten slotte zijn er analytici (Anthony) de mening toegedaan dat kinderen in de adolescentie moeten zijn, wil er sprake kunnen zijn van een rouwproces. Uit de lezingen kwam naar voren dat kinderen zeker kunnen rouwen en rouwreacties kunnen vertonen. Ook werd duidelijk wat wij wel en niet voor kinderen met een gestoorde rouw in psychotherapeutische zin kunnen betekenen. Aan het eind van de middag bleek het thema veel minder controversieel te zijn dan wij aanvankelijk dachten.

P.E. Maidman is kinder- en jeugdpsychiater.

**Recente bevindingen op het gebied van kinderontwikkeling en psychoanalytische theorievorming. Verslag van een studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse en het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap, op 4 november 1995 te Amsterdam.**

Margit Deben

**Vereniging en Genootschap**

Op de vorige studiedag van de Vereniging voor Psychoanalyse, op 1 juni 1991 (over het Psychoanalytisch Proces), werd in het slotwoord al opgemerkt dat deze dag vermoedelijk de laatste keer zou zijn dat de Vereniging zo in besloten kring bijeenkwam. En inderdaad is er nu, ruim vier jaar later, na enkele samen met de Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie georganiseerde wetenschappelijke activiteiten – en mede door de fusie van de beide psychoanalytische instituten – zoveel veranderd in de onderlinge verhouding van beide psychoanalytische clubs, dat het bestuur van de Vereniging heeft besloten deze studiedag ook voor Genootschapsleden en -kandidaten open te stellen.

Eerdere studiedagen van de Vereniging werden voorbereid door werkgroepen die zich in één aspect van het onderwerp verdiepten, gedurende ongeveer een jaar. Op deze wijze werden tegelijk de onderlinge contacten tussen leden en kandidaten gestimuleerd.

Voor deze studiedag is dat concept gedeeltelijk gehandhaafd. Na de vaststelling van het onderwerp, recente bevindingen op het gebied van de kinderontwikkeling en psychoanalytische theorievorming, is er één studiegroep gevormd. Deze groep heeft zich, onder voorzitterschap van Yvonne van der Graaf-Slijper, het afgelopen jaar verdiept in het werk van Stern, met name in zijn boek *The Interpersonal World of the Infant* (1985); daar is uitvoerig over gediscussieerd en er is ten behoeve van de studiedag een gedegen samenvatting gemaakt, die van te voren werd rondgestuurd.

Deze en andere nieuwe ontwikkelingen in de kinder-research en de implicaties daarvan voor de psychoanalytische praktijk staan voor de

ochtend op het programma.

De middag is gereserveerd voor het werk van Fred Pine (1990), waarover de nascholingsgroep binnen de Vereniging al langere tijd heeft gediscussieerd.

Geheel nieuw is het laatste onderdeel, de workshops, of beter: klinische refereergroepen, waarin leden en kandidaten van beide verenigingen uit eigen analyses zullen refereren. Ruim honderdvijftig deelnemers, waarvan ongeveer een kwart uit het Genootschap, verzamelen zich in de buitengewoon aangename ambiance van de Olofszaal van het Barbizon Palace te Amsterdam.

In haar openingswoord refereert Duveke Engels, voorzitter van het bestuur van de Vereniging, aan de cultuurverschillen tussen Genootschap en Vereniging, die ertoe geleid hebben dat er verschillende entreegelden zijn geheven. In de Vereniging is het gewoon dat mensen vrijwillig veel vrije tijd in diverse klussen steken, terwijl in het Genootschap meer de cultuur van 'loon naar werk' heerst. Het dilemma: moeten referenten zelf toegang betalen? (in de Vereniging wel, bij het Genootschap niet de gewoonte) is opgelost door Genootschapsleden te laten betalen voor hun eigen referenten.

**Stern**

De aangekondigde inleider over recente infant-research, J. E. de Boer, bleek door ziekte verhinderd. Gelukkig is Willem Stapert, kinderen jeugdpsychiater en psychoanalyticus te Nijmegen, bereid gevonden hem te vervangen. Stapert begint zijn inleiding met het vertonen van enkele dia's van pasgeboren baby's, die opvallend alert uit hun ogen kijken. Het is extra leuk dat wij zo het mechaniek kunnen bewonderen waarmee de enorm hoge, gotische ramen van de Olofskapel worden verduisterd.

Als voorbeeld van infantresearch noemt hij een onderzoek dat in Nijmegen wordt uitgevoerd. Een lekker slapende baby (een uur na de voeding) wordt beplakt met elektroden, waarmee hart- en andere functies worden gemeten. Dan krijgt hij met een vibro-akoestische stimulator zachte trillingen en geluidjes toegediend. Gemeten wordt hoe snel er habituatie, gewenning, optreedt. Dit soort onderzoek, meestal

verricht door 'developmentalists' dat wil zeggen neuropsychologen en neurofysiologen, levert zelden resultaten op die direct bruikbaar zijn voor de psychoanalytische praktijk. Wel is mede door deze infantresearch het beeld van de baby in zijn eerste zes levensmaanden sterk gewijzigd. Gedachten dat de baby de eerste weken geen pijn kan voelen, dat hij als een onbeschreven blad ter wereld komt, passief en receptief, of dat hij een autistische fase doormaakt, zijn volledig verlaten. De baby heeft meteen al capaciteiten om de omgeving te verkennen, heeft momenten van rustige alertheid, is daarin actief gericht op anderen en op sociaal contact.

De tweede inleider over dit onderwerp, Gertie Bögels, vrijgevestigd psychiater en psychoanalytica te Nijmegen, breekt een lans voor de kinderobservatie als onderzoeksmethode die het subjectieve niet schuwt en die gebaseerd is op zien, horen en meebelevens. Zij geeft aan grote bezwaren te hebben tegen proeven met spenen met daarin een druksensor waarmee een bandrecorder of diaprojector in werking wordt gezet. Dit type onderzoek, door haar 'reductionistisch tel- en meetwerk' genoemd, geeft geen inzicht in de vroegste socio-communicatieve vaardigheden en interactiepatronen die de basis zijn voor wat men later als iemands 'uitstraling' definieert. Jammer en onnodig is haar polemiserende toon. Niemand beweert immers dat deze niet-analytische research in de plaats zou moeten komen van baby- en gedragsobservatie.

In de levendige discussie na de koffiepauze wordt vooral ingegaan op het ontbreken van aandacht voor de driftmatige ontwikkeling in het werk van Stern. Sommigen menen dat Stern de driften ontkent, maar daartegenover wordt gesteld dat Stern het daar gewoon in zijn werk niet over heeft, omdat hij met iets anders bezig is, namelijk de ontwikkeling van het zelf. Hechting is even primair als orale driftbevestiging. Immers de hechting vindt plaats hoe 'slecht' het primair object ook is. Bovendien stopt Stern bij anderhalf jaar, dus andere driften komen niet aan de orde. Gesproken wordt in de discussie ook over therapeutische interventies bij baby's en hun verzorgers (zie daarvoor ook Vanderhaegen 1995).

### Pine

Na een bijzonder lekkere drie-gangen-lunch is het woord eerst aan Mike Chayes, vrijgevestigd psychoanalyticus te Amsterdam, die vanuit de nascholingsgroep een uiteenzetting geeft over het werk van Pine (1990), aan wie een themanummer van *Psychoanalytic Inquiry* (1994) is gewijd. Pine, zo vertelt Chayes, heeft niet de pretentie, noch de wens een nieuwe theorie te presenteren. Zijn vier-psychologieën-model stelt nadrukkelijk dat niet een van de vier psychologieën het primaat heeft boven de andere drie. Gedrag kan vanuit de vier gezichtspunten bekeken worden en ook in de ontwikkeling zie je momenten die door elkaar heen spelen. De zuigende baby is bezig met driftbevestiging, de spelende baby begrijpen we vanuit de ego-psychologie, de object-relationale baby hecht zich en de verzaligd wegzinkende baby bouwt zijn zelfgevoel op. Ook klinische begrippen en interventies in het psychoanalytisch werk kan men vanuit de vier psychologieën verschillend benaderen, waarvan Pine veel voorbeelden geeft. Belangrijke implicaties zijn voor Pine: het onderscheid pre-oedipaal en oedipaal is misleidend want bij lange na niet gedifferentieerd genoeg, het onderscheid tussen defect en conflict is niet houdbaar en een symbiotische fase bestaat niet. Het hele fase-begrip is onzinnig, volgens Pine. Beter spreke men van momenten in de ontwikkeling, die voortdurend geïntegreerd moeten worden.

Over de kritiek van Hanly (1994) en Kaplan (1994) op Pine zegt Chayes eenvoudig dat zij Pine niet goed gelezen hebben.

Meer kritiek op Pine wordt verwoord door Ton Stufkens, vrijgevestigd psychoanalyticus en stafmedewerker NPI, in zijn *Enkele kanttekeningen bij de theorievorming in de psychoanalyse*. Stufkens meent dat Pine zich te veel afzet tegen de klassieke analyse. Hij sluit zich daarin aan bij de kritiek van Hanly (1994), die vindt dat het structurele model de object-relaties, ego-functies en het narcisme voldoende integreert. Bovendien, meent Hanly, moet je niet uit elkaar halen, maar integreren. Pine antwoordt hierop dat juist in het individu, met zijn individuele geschiedenis en in het klinische werk, dus in de techniek de integratie (van de vier modellen) wordt gevonden.



Stufkens bouwt zijn betoog verder op rond de vragen: hoe persoonlijk is theorie, hoeveel praktijk is er zonder theorie en wat verwacht men van theorie. Elke analyticus brengt zijn eigen organisatie van voelen, denken en handelen mee. Elke analyticus heeft een persoonlijke collectie van stukjes theorie, welke collectie steeds aangevuld en veranderd wordt.

Veel van wat in een psychoanalyse gebeurt, is niet in de boeken terug te vinden of in een theorie te passen, maar berust op alledaagse mensenkennis (praktijk zonder theorie). En met betrekking tot de derde vraag: er bestaat geen klinisch feit zonder beïnvloedende waarneming. Een theorie kan dus nooit gebouwd zijn op alleen maar feiten.

In de aansluitende discussie licht Stufkens nog toe hoe juist de empathische manier van kennen het mogelijk maakt iets van theorie te ontwikkelen. De meeste sprekers in de discussie menen – met Pine – dat theorie nodig is om verbanden te zien en dat meerdere modellen behulpzaam kunnen zijn, maar dat een theorie nooit tot een ideologie moet worden.

### Referaten

Vol met theorie geladen verdwijnen wij tenslotte in de kleine refereergroepjes. Een tiental duo's van referent en discussieleider hebben een samenvatting van een analyse, met enkele verbatim zittingsverslagen voorbereid. Bij het napraten onder de borrel blijkt wel hoezeer deze refereergroepen algemeen op prijs worden gesteld en als leerzaam ervaren. Juist ook de woordelijke verslagen, waar in de landen om ons heen zoveel mee wordt gewerkt, bieden veel stof tot mee- en nadenken.

Al met al een zeer bevredigende dag: met uitstekende catering, in prettige ruimtes, met veel gezelligheid en uitnodigend tot vernieuwing van de persoonlijke theorie!

### Literatuur

Hanly, Ch. (1994), *Clinical Advantages and Disadvantages of Multiple Models*. *Psychoanalytic Inquiry*, 14 (2), p. 164-184.

Kaplan, D.M. (1994), *Theory as Practice*. *Psychoanalytic Inquiry*, 14 (2), p. 185-200.

Pine, F. (1990), *Drive, Ego, Object & Self*. A Syn-

thesis for *Clinical Work*. Basic Books Inc., New York.

*Psychoanalytic Inquiry* (1994), 14 (2): The Multiple Model of Fred Pine, met onder andere de artikelen van Hanly (1994), Kaplan (1994) en verder *Modell: Common Ground or Divided Ground?*, en Pine: *Multiple Model, Clinical practice, and Psychoanalytic Theory: Response to Discussants*.

Stern, D. N. (1985), *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books Inc., New York.

Vanderhaegen, O.M. (1995), *Hulp aan moeders met pasgeboren baby's*. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, oktober 1995, p. 1058-1072.

M. Deben-Mager, psychiater-psychoanalytica, is stafmedewerker bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut, vestiging Amsterdam.

## Werkgroep KinderAnalytische Therapieën (KAT)

Roos van der Mast

Op 24 november 1995 vond in het congrescentrum De Reehorst te Ede de oprichtingsvergadering plaats van de werkgroep KinderAnalytische Therapieën (KAT) van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie (NVPP), onder voorzitterschap van prof. dr. W. Trijsburg, voorzitter van het bestuur van de NVPP.

### De voorgeschiedenis

De oprichting van deze werkgroep heeft een lange voorbereidingstijd gevegd. De eerste aanzet tot de vorming van een aparte werkgroep kinderanalytische therapieën kwam van de European Federation for Psychoanalytic Psychotherapies (EFPP). Deze Europese federatie voor psychoanalytische psychotherapie, waarvan de NVPP sinds de oprichting ervan in begin jaren negentig lid is, kent onder andere een zogenoemde 'Child and Adolescent Section'. De EFPP vraagt van de deelnemende lan-

delijke psychoanalytische verenigingen een vertegenwoordiging in deze 'section'. Vanuit het bestuur van de NVPP is vervolgens besloten om één bestuurslid met de voorbereiding van de oprichting van deze 'section' ofwel werkgroep te belasten. Door een bestuurslid hiervoor verantwoordelijk te maken, was er voldoende gelegenheid voor onderlinge afstemming en uitwisseling tussen het bestuur van de NVPP en de in te stellen voorbereidingscommissie. Maria Hendriks nam als bestuurslid van de NVPP het voortouw en mede door haar inspanningen kon een voorbereidingscommissie gevormd worden, die verder bestond uit Mieke van der Linde, Frans Stortelder en Jan Vandeputte.

### Opening

De voorzitter opent de vergadering in aanwezigheid van 22 belangstellenden, van wie het grootste deel aanstaande leden van de KAT. Hij brengt de redenen voor de oprichting van deze werkgroep naar voren. Ook refereert hij aan eerdere pogingen om een kindanalytische 'club' op te richten, pogingen die om verschillende redenen niet tot de vorming van een aparte kindanalytische 'onderafdeling' of opleiding hebben mogen leiden. Eén van de belangrijke doelen van de op te richten werkgroep is de ontwikkeling van een curriculum kinder- en jeugdpsychotherapie. Voordat daadwerkelijk tot de oprichting van de KAT wordt overgegaan, vinden drie mooie, levendige en aansprekende voordrachten plaats.

### Voordrachten

De drie voordrachten worden gehouden door Han Groen, Willem Stapert en Maria Hendriks. Omdat aan de gevalsbeschrijvingen in deze voordrachten tekort zou worden gedaan door deze door een ander dan de therapeut te laten samenvatten, zullen deze zelfstandig, als klinische vignetten, gepubliceerd worden (zie voor het vignet van Maria Hendriks elders in dit nummer). Om toch een tipje van de sluier op te lichten kan samenvattend het volgende over de voordrachten worden gezegd. Het thema van de eerste voordracht, die van Han Groen, is de keuze van het focus: het kind, het symptoom of (de invloed van) zijn ouders,

en van de vorm: steunend of inzichtgevend en in welke frequentie. Soms moet eerst gericht aan het symptoom aandacht besteed worden, bijvoorbeeld bij een schoolfobie en suïcidaliteit. De leeftijd van het kind, zijn motivatie en emotionele bereikbaarheid, en zijn praktische en geografische omstandigheden bepalen eveneens vaak de uiteindelijke beslissing tot welke therapie wordt besloten.

Aan de hand van drie gevalsbeschrijvingen worden deze verschillende aspecten zeer illustratief toegelicht, waarbij tevens aan bod komt dat, met name voor kleine kinderen, de persoon van de therapeut meer een nieuw 'object' dan een overdrachtsfiguur is. Een ander belangrijk aspect van een kindtherapie dat uit de gevalsbeschrijving blijkt en in Nederland algemeen onderschreven wordt, is een goede ouderbegeleiding. Deze hoort focaal te zijn, namelijk gericht op de relatie van de ouders met het kind. Soms weigeren de ouders hun medewerking, wat een ernstig probleem is en therapie meestal onmogelijk maakt. Wat betreft de keuze van de vorm van de therapie, steunend of inzichtgevend, en therapie of analyse kunnen de volgende overwegingen gelden. Bij reële problemen in het gezin (zoals scheiding, dood, verhuizing enzovoort) is vanzelfsprekend een steunende therapie aangewezen. Voor een inzichtgevende therapie moet een kind zichzelf kunnen observeren, kunnen nadenken, reflecteren en gewaarworden. Hieruit volgt dat therapieën bij jonge kinderen (onder de zeven jaar) per definitie niet inzichtgevend, maar wel analytisch kunnen zijn. Indien er sprake is van duidelijke ontwikkelingsinterferenties, is een inzichtgevende behandeling geïndiceerd, terwijl bij verankering van de problematiek in het karakter waarschijnlijk analyse noodzakelijk is, omdat men dan als therapeut meer zicht heeft op wat zich, dag na dag, in het leven van het kind voordoet en systematische analyse van weerstand, vluchtige overdrachtsfenomenen en habituele relatievormen beter mogelijk is.

De tweede voordracht, van Willem Stapert, belicht aan de hand van een gevalsbeschrijving de (on)mogelijkheden en valkuilen van een psychoanalytische kindtherapie tijdens een residentiële behandeling, waarin het kind ook

andere behandelingsvormen ter beschikking staan, zoals een persoonlijke mentor, schoolbegeleiding, creatieve therapie, en het therapeutisch milieu, naast (pleeg)ouderbegeleiding. Om als team goed te kunnen samenwerken en psychoanalytische therapie binnen een residentiële setting mogelijk te laten zijn, is het belangrijk om interacties tussen de verschillende teamleden over een opgenomen kind te zien in het licht van de pathologie van het kind, waarbij psychoanalytische diagnostiek en inzichten onontbeerlijk zijn.

In de derde voordracht, van Maria Hendriks, wordt op zeer beeldende wijze de ambulante behandeling van een vijfjarige jongen geschilderd. Ook uit haar gevalbeschrijving blijkt nog eens hoezeer lokale, praktische mogelijkheden, naast de mogelijkheden van de therapeut, de indicatiestelling beïnvloeden en de vorm van de psychotherapie bepalen.

### Formele oprichting

Wim Trijsburg stelt formeel de oprichting van de werkgroep KAT van de NVPP vast en benoemt op voordracht van de voorbereidingscommissie Willem Heuves tot voorzitter van het, nader in te stellen, bestuur van de KAT. Een voorstel voor de samenstelling van het bestuur van de werkgroep KAT zal door de voorbereidingscommissie worden voorbereid en aan het bestuur van de NVPP worden voorgelegd, waarna goedkeuring van de ledenvergadering zal worden gevraagd. Vanuit de werkgroep KAT zal contact met het bestuur van de NVPP worden gewaarborgd door afvaardiging van een lid van het bestuur van de werkgroep KAT in het bestuur van de NVPP. Hierdoor is een goede onderlinge afstemming mogelijk. De volgende huishoudelijke zaken komen aan de orde. Allereerst wordt door Vandeputte de afvaardiging van de werkgroep KAT in de EFPP toegelicht. Ook kondigt hij de *Second European Conference on Child and Adolescent Psychoanalytic*

*Psychotherapy* in september 1996 in Stockholm aan. Het onderwerp zal zijn 'Therapeutic Space Containment'. De relatie met de Belgische zustervereniging zal, mede via de EFPP, eveneens door Vandeputte worden onderhouden.

Maria Hendriks bericht namens de, nog op te richten, curriculumcommissie van de werkgroep KAT dat het bestuur van de NVPP heeft besloten een Kinder- en Jeugdopleiding binnen de huidige opleiding te willen integreren, hetgeen aan de Landelijke Opleidings Commissie van de NVPP is meegegeeld. Het beleid is om een substantieel gedeelte van de huidige opleiding te besteden aan kinderen of wellicht te komen tot een geheel aparte opleiding. De vraag is welke status een dergelijke opleiding zal hebben (kinderaantekening?). Oprichting van een curriculumcommissie heeft de hoogste prioriteit, evenals het verzorgen van nascholing. Op de jaarlijkse studiedag van de NVPP zal hiertoe een vast gedeelte van het programma aan kinderen worden besteed.

Verder moet er een betere aansluiting geregeld worden voor de opleidingen Kinder- en Jeugdpsychiatrie, bijvoorbeeld door het verlenen van dispensatie indien in hun basisopleiding een psychoanalytisch gedeelte is opgenomen, ter goedkeuring voorgelegd aan de NVPP. Gedeeltelijk geldt een dergelijke regeling reeds voor de RINO's, maar nog niet voor psychiaters. De LOC is van plan hierin een actief beleid te voeren en de opleidingen zelf te benaderen.

Nadat Wim Trijsburg de voorzittershamer aan Willem Heuves heeft overgegeven, volgt de rondvraag, waaruit nog naar voren komt dat de leden-kindertherapeuten van de NVPP automatisch lid zijn van de werkgroep KAT. Voor verdere informatie over de werkgroep kan contact worden opgenomen met Willem Heuves.

Dr. R.C. van der Mast is psychiater en bestuurslid van de NVPP.