

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)



# Structurele verandering<sup>1</sup>

## Thijs de Wolf

**Structurele verandering is niet voorbehouden aan de psychoanalyse en staat ook niet tegenover symptoomreductie. Wat het wel is wordt hier behandeld.**

### Inleiding

Psychoanalyse beoogt een specifieke vorm van verandering: niet zozeer op het niveau van symptoomreductie als wel op het niveau van de onderliggende structuur. Traditioneel wenst de psychoanalyse zich te onderscheiden van andere vormen van psychotherapeutisch handelen door de claim dat een psychoanalyse leidt tot structurele verandering, terwijl andere vormen van psychotherapie leiden tot een meer oppervlakkige vorm van veranderen, te weten klachtvermindering. De vraag is echter of dit waar is, en zo ja, wat er dan wel verandert en waardoor. Kan structurele verandering wel onderscheiden worden van symptoomreductie? Zijn alle veranderingen die in een psychoanalytische behandeling optreden 'structureel'? Zijn structurele veranderingen specifiek voor de psychoanalyse of komen ze ook voor in behandelingen vanuit andere psychotherapeutische referentiekaders? Is structurele verandering voorbehouden aan openleggende vormen van behandeling of treedt zij ook op binnen meer steunende behandelingen? De benadering die in dit artikel wordt voorgestaan sluit aan bij de op 'mentaliseratie' gebaseerde benadering van Fonagy, Bateman en Target.

In het verleden waren psychoanalytici vooral gericht op het ontwikkelen van theorieën over het karakter en over hoe symptomen of ziektebeelden ontstonden. Heden ten dage is de focus meer verschoven naar het veranderingsproces zelf. De doelstelling van de psychoanalytische behandeling is een transformatie te bewerkstelligen dan wel te faciliteren van een destructief werkend innerlijk werkmodel naar een meer productief innerlijk werkmodel. Ik verwijs in dit verband naar *Psychic structure and psychic change* een bundel essays in honour of R.S. Wallerstein (Horowitz e.a. 1993). In hedendaagse termen gesproken beoogt de psychoanalytische behandeling een verandering van het psychische functioneren.

Dr. M.H.M. de Wolf is inhoudelijk directeur van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut, hoofdopleider psychotherapie aan de RINO Noord-Holland, opleider bij de NVPA, de NVPP

en tevens lid van het NPG. Correspondentieadres: NPI, Olympiaplein 4, 1076 AB Amsterdam.  
E-mail: mdw@npsai.nl

**Structurele verandering**

Voordat ik dieper inga op het begrip 'structurele verandering' sta ik kort stil bij wat verstaan wordt onder een psychoanalytische behandeling. In het kader van dit artikel wordt een beknopte beschrijving gegeven van wat een psychoanalytische behandeling zou behoren te zijn. Centraal staat het concept van de 'intersubjectiviteit' zoals in de gehele psychische ontwikkeling. Meer concreet toegespitst op de behandelsituatie, gaat het om het psychoanalytische paar, de patiënt en de behandelaar. Het is binnen de wederkerige interactie dat individuen hun innerlijke werkmodellen opbouwen. Onder 'innerlijke werkmodellen' wordt verstaan de wijze waarop individuen de werkelijkheid om hen heen tegemoet treden en organiseren. In zekere zin komt het begrip 'innerlijk werkmodel' overeen met het concept 'schema' zoals dat in de cognitieve gedragstherapie wordt gebruikt. Het zijn deze innerlijke werkmodellen, gelokaliseerd en vastgelegd in het impliciete geheugen, die zich in de behandeling manifesteren. In het impliciete geheugen worden die ervaringen vastgelegd die wij ons niet bewust zijn, zoals bijvoorbeeld de wijze waarop wij pianospelen. Het zijn niet alleen vaardigheden maar ook gewoonten die vastgelegd zijn in het impliciete geheugen. Ook de wijze waarop onze ervaringen in het impliciete geheugen zijn vastgelegd is speciaal. Wat vastgelegd wordt zijn namelijk niet de specifieke gebeurtenissen maar een geabstraheerde vorm van onze wijze van doen. Het doel van de psychoanalytische behandeling is tot een revisie van deze werkmodellen te komen. Het gaat er in de behandeling niet om het verleden, dat verdrongen is, weer in herinnering te brengen en 'vergeten' objectieve gebeurtenissen te reconstrueren. De behandeling is daarentegen gericht op de wijze waarop de patiënt de ander beleeft en met hem interacteert – weliswaar beïnvloed door het verleden. Het gaat het in een psychoanalyse om het hier-en-nu in relatie tot de toekomst. In de behandeling worden impliciete structuren gereactiveerd in het hier-en-nu. Centraal staat de manier waarop de patiënt door zijn primaire objecten is behandeld, hoe hij daarop reageerde, de wijze waarop de ouderobjecten weer met de reactie van hun kind omgingen, en ook de fantasieën die het kind daarbij had. Dit alles vindt plaats binnen de context van een specifieke gehechtheidsrelatie. De kwaliteit van deze gehechtheidsrelatie reguleert hoe en wat er verinnerlijkt wordt en in het impliciete procedurele geheugen wordt vastgelegd. Kortom, het gaat niet om een objectieve realiteit maar om een subjectief psychisch functioneren. Het is dit psychisch functioneren dat in de behandeling dient te worden geëxploreerd en, daar waar nodig, bijgesteld. Dit gebeurt doordat de verschillen tussen het (impliciete) werkmodel van de patiënt en de psychische toestanden ('mental states') van de behandelaar in het hier-en-nu binnen de context van een nieuwe gehechtheidsrelatie aan de orde gesteld worden. De patiënt kan nieuwe ervaringen in de interpersoonlijke relatie met de therapeut opdoen. De patiënt gaat ervaren dat de dingen niet samenvallen met de betekenis die hij eraan geeft, er ontstaat een alternatieve wijze van zien en/of betekenisverlening, er ontstaat binnen de patiënt ruimte voor het

beleven van alternatieve mogelijkheden. Hij gaat zich realiseren dat hij gedachten heeft over de ander net zoals de ander gedachten heeft over hem, zonder dat hij of de ander daarmee samenvalt. Dat is wat we 'reflectief functioneren' noemen. Het proces van leren mentaliseren wordt hernomen in de zin van het ontwikkelen en herkennen van 'mental states' in zichzelf en in de ander. Dit is één aspect van wat we 'structurele verandering' kunnen noemen. Een ander aspect heeft betrekking op het oplossen van conflicten tussen mentale representaties; ik kom hier later op terug. Nu zal ik het begrip 'structurele verandering' bespreken aan de hand van drie aspecten, te weten de verschuiving van het belang van de interpretatie naar dat van de relatie, de relatie met mentaliseren en mentale representaties en ten slotte ga ik in op de relatie tussen structurele verandering en het geheugen.

**Van interpretatie naar relatie** Alhoewel het begrip 'structurele verandering' bij Freud zelf niet voorkomt heeft hij wel degelijk een theorie over veranderen ontwikkeld. Zijn eerste theorie over het veranderen was verbonden met het topografische model: 'Wo Es war soll Ich werden.' Als curatief werd gezien het weer in het bewustzijn terugkeren van eerder naar het onbewuste verdrongen materiaal (wensen en herinneringen). De tweede veranderingstheorie was gerelateerd aan het structurele model waarin concepten als Es, Ik en Boven-Ik een belangrijke rol speelden. Voordat ik dieper inga op het concept 'structurele verandering' is het goed te bedenken wat bedoeld wordt met 'structureel'.

Rapaport (1957) definieerde structuren als 'quasi permanent organisations' en later (Rapaport & Gill 1959) als 'configurations with a slow rate of change'. In de visie van Rapaport en Gill zijn psychische structuren dus relatief stabiel en permanent. Ze zijn in zekere zin resistent tegen verandering, zij organiseren het psychisch functioneren. Kortom het begrip 'structureel' verwijst naar psychische structuren en wel die structuren die min of meer blijvend en dus karakteristiek zijn voor de persoon.

Wat wordt verstaan onder 'structurele verandering' is afhankelijk van wat beoogd wordt met een psychoanalytische behandeling. Traditioneel wordt ervan uitgegaan dat na een geslaagde behandeling de patiënt in staat is om meer constructieve oplossingen ter beschikking te hebben voor zijn of haar kernconflicten. De gedachte was dat men tot deze nieuwe oplossingen kon komen dankzij de heilzame werking van het instrument van de interpretatie. De gedachte dat nieuwe oplossingen de plaats in zouden nemen van oude is onjuist. Anna Freud meende reeds dat ondanks de nieuw gevonden oplossingen de achterliggende conflicten bleven bestaan. Ook zij had oog voor de slechts relatieve veranderbaarheid van mensen. Een cruciale vraag hierbij is of deze nieuwe oplossing nu de plaats inneemt van de oude of dat de nieuwe oplossing als het ware als alternatief 'naast' de oude oplossing gezien moet worden. Tegenwoordig gaan we ervan uit dat het laatste het geval is: het nieuwe laat het oude voortbestaan.

Sandler en Sandler (1993) zijn van mening dat structurele verandering optreedt in de loop van de ontwikkeling en zij zien het psychoanalytisch proces als een interveniëren in de ontwikkeling, met als doel nieuwe structuren en met name een nieuwe structurele organisatie te creëren. Tijdens een succesvol verlopend psychoanalytisch proces worden oude structuren dan wel oplossingen onderdrukt en nieuwe structuren en oplossingen bekrachtigd. Dit proces van onderdrukken en bekrachtigen is wat 'doorwerken' genoemd wordt. Met andere woorden, het nieuwe neemt niet de plaats van het oude in.

Met de introductie van het concept 'ontwikkeling' hebben zij zich ver verwijderd van het beeld van de anonieme en neutrale psychoanalyticus die zichzelf laat gebruiken als een projectiescherm. Dit is ook ver verwijderd van de gedachte dat de patiënt zijn fantasieën projecteert op of in de anonieme analyticus, die deze projecties door middel van duidingen interpreteert en zo, onschadelijk gemaakt, teruggeeft aan de patiënt. Structurele verandering is het resultaat van ontwikkeling, rijping of ook aanpassing. Het gaat bovendien steeds meer om de relatie en de psychoanalyticus die via zijn tegenoverdracht in die relatie betrokken is. De psychoanalyticus dient niet alleen contact te maken met de psychische toestanden van de patiënt maar ook met die van zichzelf. Hij dient niet alleen te reflecteren over wat de patiënt inbrengt en tracht te actualiseren in de relatie met de psychoanalyticus maar evenzeer over zijn eigen belevingen en gedragingen. Het is aan de behandelaar om een klimaat van veiligheid, acceptatie en tolerantie te scheppen zodat de patiënt zich toenemend kan identificeren met de accepterende, veiligheid biedende en tolererende aspecten van de persoon van de analyticus. Daarmee maakt de patiënt zich een nieuwe vorm van objectrelationele betrokkenheid eigen die corrigerend is ten aanzien van de oudere objectrelationele dyade. Verandering binnen het psychoanalytisch proces ontstaat derhalve niet louter op basis van de interpretaties van achterliggende belevingen maar evenzeer op basis van het bieden van een adequate 'holding environment'. Het gaat zowel om de relatie als om de interpretatie.

Kris (1993) en Treurniet (1993) sluiten hierbij aan als zij laten zien dat het onderscheid tussen 'steunend' en 'openlegend' misleidend is. Interpretieren kan heel steunend zijn en het bieden van steun maakt onderdeel uit van een openleggende behandeling. Daarbij zal duidelijk zijn dat het niet gaat om steun als zodanig maar om functionele steun. Daarmee wordt bedoeld dat de behandelaar zich in de behandeling altijd zal moeten vergewissen van wat hij steunt, hoe hij dat doet, waarom en waartoe hij dat doet. Ook Wallerstein (1986) laat in zijn monumentale *Forty-two lives in treatment* zien dat een steunende behandeling wel degelijk tot structurele veranderingen kan leiden en dat een openleggende behandeling daar bepaald niet het alleenrecht op heeft. Daarenboven wijst Treurniet (1993) op het belang van de psychoanalytische setting als 'holdend', hetgeen hij verbindt met het

concept van de ‘achtergrondmoeder’ (de ‘containende’ overdracht) en onderscheidt van de ‘objectmoeder’ (de ‘iconische’ overdracht). Ook Rangell (1993) wijst de veronderstelling van een causale relatie tussen verandering en interpretatie af. In de psychoanalytische behandeling gaat het om meer dan interpreteren alleen, een interpretatie is wel nodig, maar niet voldoende. Anders gezegd: geen steun zonder inzicht en geen inzicht zonder steun. De behandelaar fungeert in de behandeling als een nieuw object, waaraan de patiënt een nieuwe, hopelijk corrigerende, ervaring opdoet, waardoor de gestagneerde ontwikkeling weer hernomen kan worden. Van Rangell (1993) is de uitspraak dat een geslaagde psychoanalytische behandeling ertoe leidt dat de patiënt zijn eigen analyticus wordt. De patiënt identificeert zich gedurende de behandeling met zijn behandelaar en verinnerlijkt deze, zodat hij uiteindelijk met zichzelf omgaat zoals zijn behandelaar met hem omging. Overigens is het niet zozeer de behandelaar die verinnerlijkt wordt maar eerder de wijze waarop de behandelaar met de patiënt omgaat. Het is binnen de affectieve context van de behandeling dat een nieuwe objectrelationele dyade wordt opgebouwd en vastgelegd in het impliciete geheugen. Met andere woorden, er wordt een nieuwe gehechtheidsrepresentatie ontwikkeld die niet de oude wegschrijft maar er als alternatief naast komt. Deze verandering – op basis van introjectie *ván* of identificatie *mét* – is wat een ‘structurele verandering’ genoemd kan worden. Op basis van deze verandering kan zoets als klachtreductie ontstaan. Dit wil overigens niet zeggen dat klachtreductie niet mogelijk is zonder structurele verandering.

**Mentaliseren en mentale representaties** De boven beschreven discussie over structurele verandering ging over de vraag waardoor verandering bewerkstelligd wordt: óf het instrument van de interpretatie óf de kwaliteit van de relatie óf de interactie tussen beide. In het laatste geval gaat het erom hoe die interactie moet worden gezien. De oude controverse tussen Freud en Ferenczi leeft dus nog steeds. Het was Freud die in de discussie met Ferenczi zozeer de nadruk legde op de overdracht en het duiden daarvan dat de reële relatie daarin leek op te gaan. Ferenczi op zijn beurt legde zozeer de nadruk op de reële relatie en de ‘correctieve emotionele ervaring’ dat daarin de overdracht verdampte. Heden ten dage benaderen auteurs als Fonagy en Target de thematiek van de structurele verandering vanuit een andere invalshoek, zij denken volgens een ander conceptueel systeem. Fonagy en Target (Fonagy e.a. 1993; Fonagy 1995; Fonagy & Target 1996) onderscheiden twee soorten pathologie: één voortvloeiend uit conflicterende mentale representaties en één voortvloeiend uit het tekortschieten van het vermogen om mentale representaties op te kunnen bouwen. Bij mensen met ernstige persoonlijkheidspathologie – in termen van Kernberg: mensen met structurele pathologie – zijn de werking en verdere ontwikkeling geremd van het proces op grond waarvan mentaliseren mogelijk wordt. Zij zijn niet in staat een derde positie in te nemen en te reflecteren

over zichzelf en anderen. Zij kunnen niet adequaat gebruikmaken van de symbolische functies van de taal en geen betekenis geven aan gedrag van zichzelf noch aan dat van anderen. Hun vermogen te denken in termen van bedoelingen, meningen en gevoelens is belemmerd. Dergelijke mensen ‘weten’ en hebben geen ‘meningen’ (Britton 1995). Het hebben van een mening betekent namelijk dat het ook anders kan zijn, dat er ruimte is voor alternatieve mogelijkheden, dat er gewikt en gewogen kan worden. Afwezigheid van die pathologie uit zich in adequaat reflectief functioneren. Bij mensen die ‘weten’ is dit reflectief functioneren achtergebleven. Zij missen de innerlijke ruimte om te spelen met woorden als vorm van proefhandelen, en functioneren op het niveau van wat Fonagy beschrijft als de ‘equivalent mode’: wat binnen is, is buiten, en alles wat gedacht wordt, bestaat ook in de buitenwereld.

Het gaat hier om het onderscheid tussen persoonlijkheidspathologie in termen van de DSM-IV en neurotische pathologie. Patiënten met dat type persoonlijkheidspathologie worden gekenmerkt door een disfunctioneren van het psychische verwerkingssysteem: het mentaliserend vermogen is niet adequaat, hun reflectief functioneren schiet tekort en zij zijn niet in staat om innerlijke mentale representaties van de buitenwereld, de ander en van zichzelf op te bouwen. Patiënten met een neurotische problematiek daarentegen zijn wel in staat tot het ontwikkelen van innerlijke representaties, maar deze zijn conflicterend omdat de patiënt vooralsnog niet in staat is om tegengestelde objectrepresentaties met elkaar te integreren. Psychoanalytisch gesproken gaat het hier om een ander type persoonlijkheidspathologie. Het vermogen om mentale representaties te ontwikkelen is aanwezig maar sommige aspecten zijn niet gementaliseerd, hetgeen resulteert in conflicterende mentale representaties. Bij dit alles moet worden bedacht dat het psychische verwerkingssysteem zelf niet direct waarneembaar is maar zichzelf toont via de (tekortschietende) kwaliteit van de mentale representaties. Zoals defecten in het besturingssysteem van een computer zich laten afleiden uit stelselmatige fouten in de verkregen tekst. Vandaar dat Fonagy verandering op verschillende niveaus ziet: enerzijds op het niveau van de conflicterende mentale representaties en anderzijds op het niveau van het psychische verwerkingssysteem. Verandering op beide niveaus is wat ‘structurele verandering’ genoemd kan worden.

**Geheugen** Tot slot is het van belang om nog eenmaal terug te komen op het onderscheid tussen ‘interpretatie’ en ‘relatie’. Eerder is gesproken over innerlijke werkmodellen, vroege objectrelationele dyaden die vastgelegd zijn in het impliciete geheugen, en wel op een procedurele wijze, zoals ook andere vaardigheden als autorijden, pianospelen en – voor Nederlanders belangrijk – schaatsen dat zijn. De werking van het impliciete geheugen is niet verbaal gemedieerd. Het omvat kenmerkende vaardigheden en bepaalde karakteristieke wijzen van doen. Bij dit impliciete geheugen gaat het

eerder om 'gedrag' als communicatiemiddel dan om 'herinneringen'. Daarnaast functioneert het expliciete geheugen, waarin feiten, kennis en de eigen biografie zijn opgeslagen. Dit expliciete geheugen is verbaal gemedieerd en er kunnen wel degelijk herinneringen uit worden opgehaald. Echter, de kwaliteit van de context bepaalt wat er op welke wijze wordt vastgelegd in het expliciete geheugen. Datzelfde geldt voor het herinneren. Wat en hoe iets herinnerd kan worden, wordt bepaald door de actuele emotionele context. Het is de actuele context die de herinnering activeert en kleurt. Herinnering vraagt om stimulatie en facilitering. Het gaat bij de herinnering niet om een objectief maar om een subjectief psychologisch functioneren. Nieuw aangeleerde relationele vaardigheden en wijzen van omgaan met anderen komen vanuit het expliciete in het impliciete geheugen terecht. In eerste instantie speel je piano met je hoofd en pas later speel je piano met je handen. Op dat moment 'weten' je handen beter hoe te spelen dan je hoofd. Structurele verandering ontstaat in het impliciete geheugensysteem waar de typerende wijzen van 'omgaan met' (met bijvoorbeeld anderen of met specifieke situaties) zijn vastgelegd. Het gaat in de psychoanalytische behandeling niet om het hervinden van vergeten herinneringen en het opheffen van verdringing maar om het herstructureren van impliciete innerlijke werkmodellen in een emotioneel veilige context. Hierdoor kunnen biografische herinneringen terugkeren in het bewustzijn. Anders gezegd, het zich kunnen herinneren is een *gevolg* en niet zozeer de *oorzaak* van de verandering (Fonagy 1999). Wil er derhalve sprake zijn van structurele verandering, dan vraagt dit om een relationele context waarbij de behandelaar zich aanbiedt als een nieuw hechtingsobject. Dit nieuwe hechtingsobject dient, in tegenstelling tot het vroegere primaire object, veilig genoeg te zijn voor de patiënt om zich opnieuw aan te hechten en een veilige gehechtheidsrepresentatie van te ontwikkelen. Structurele verandering houdt in een revisie van het innerlijk werkmodel en wordt gefaciliteerd door een nieuwe veilige gehechtheid in de behandeling. Dit betekent tegelijkertijd dat structurele verandering zich laat afleiden uit de reductie van klachten en symptomen en niet direct kan worden geobserveerd.

### Klinische illustratie

Om meer concreet te maken wat met structurele verandering wordt bedoeld presenteer ik nu een vignet uit de behandeling van Otto. Hij was gediagnosticeerd als een cliënt met een borderline persoonlijkheidsorganisatie. Toen Otto zich meldde voor behandeling was hij eind twintig, en al een aantal jaren bezig in zijn vak af te studeren, wat niet lukte omdat hij naast zijn studie een drukke baan had en daarnaast nog een aantal activiteiten binnen de studentenvereniging deed.



**Klachten** Zijn klacht was dat hij zich leeg en depressief voelde en zeer angstig was. Intieme relaties waren voor hem uitermate beangstigend en hij probeerde daarin afstand te bewaren, wat hem niet echt lukte: 'Hoe dichters ik bij iemand ben hoe meer het zweet me uitbreekt, ik ben dan panisch, een gevoel van uiteen te vallen, alles overkomt me en ik heb er geen enkele greep op. Tegelijkertijd voel ik een soort drang om heel dicht bij iemand te zijn zonder dat het me blij maakt.' De relaties die hij had waren kortdurend; zodra de intimiteit opliep moest het contact verbroken worden, waardoor er een patroon van aan/uit-relaties ontstond. Als de paniek opliep ging hij zwerven en trof zichzelf na verloop van tijd aan op een plaats die hij niet kende, terwijl hij niet wist hoe hij daar terecht was gekomen. Otto was een vervangkind, in de zin dat hij is geboren heel kort nadat een zusje op zeer jonge leeftijd was overleden aan een ziekte. In het ouderlijk huis waren nog een aantal zwijgende getuigen van haar aanwezig. Het acting-outgedrag van Otto was opvallend. Hij ondernam regelmatig gevaarlijke overlevingstochten of intensieve risicovolle tochten in het hooggebergte. De angst leek vooral vervloeiingsangst en de tolerantie voor angst was ronduit slecht. Zijn zelfbeeld was erg laag er was bij hem grote twijfel over zijn seksuele identiteit. Voortdurend was er een basaal gevoel van onveiligheid aanwezig en moest hij zeer actief zijn om zijn panische angsten te kunnen controleren. In de anamnese kwamen een aantal (rand)psychotische episodens voor. Hij ervoer zichzelf als gefragmenteerd en zei over zichzelf: 'Ik ben een verzameling botten die bijeen worden gehouden door een zak soms lijkt het alsof die opengaat en alsof alles eruitrolt ... en dat is paniek, chaos vanbinnen één groot zwart gat.' Op een ander moment zei hij: 'Ik ben een amoëbe die in het lichaam van een ander verdwijnt als we intiem zijn.'

**Behandeling** In de behandeling ging Otto langzamerhand de mechanismen herkennen die hij gebruikte om zijn angsten, verdriet en woede hanteerbaar te houden. Hij kon leren zijn innerlijke chaos te benoemen. Langzamerhand werd hij minder actief, kon hij stilstaan bij zichzelf, en ontstond er ruimte voor zoiets als een 'innerlijk'. Lopende de behandeling kreeg Otto een relatie en doordat de behandelaar voortdurend het gedrag van Otto verbond met een onderliggend motief, ontstond er de ruimte om steeds minder via 'handelen' en 'gedrag' en steeds meer via 'praten' te communiceren. De therapeut wist binnen de behandeling een adequate 'holding environment' te creëren waarbij het balanceren is tussen adequate afstand en voldoende nabijheid. Te empathische nabijheid ervoer Otto als een provocatie tot symbiotisch versmelten zoals hij dat in zijn latentieperiode bij vader ervaren had als die hem 's avonds naar bed bracht en dan heel beeldend verhalen vertelde, waarbij de grenzen tussen fantasie en realiteit voor Otto vervaagden. 'Het was allemaal heel eng, de personen kwamen in de slaapkamer, liepen over mijn dekens heen en over het

behang, ik wist niet of het echt was of dat het schaduwen waren doordat vader met zijn handen figuren uitbeeldde ... vreselijk ... ik was alleen maar angst. Daar is die gedachte van die botten begonnen.' Naast het bieden van adequate 'holding' en het verbinden van gedrag aan gevoelens en onderliggende motieven was de behandelaar er bij voortduring op uit om op een cognitieve wijze te structureren en te verhelderen. Daarmee functioneerde hij impliciet voor Otto als een extern observerend Ik, in de hoop en verwachting dat Otto deze wijze van doen zou overnemen, hetgeen gaandeweg ook gebeurde. Daarnaast richtte hij de aandacht vooral op wat er daar en toen tussen Otto en hemzelf plaatsvond en vertaalde hij wat Otto vertelde over zijn ervaringen buiten de behandeling naar wat de gevolgen daarvan waren voor wat er mogelijk in de beleving van Otto in de behandeling tussen hen beiden speelde. Het ging dus eerder om het bewerken van de hier-en-nusituatie dan om het opbouwen van genetische reconstructies. Met name aan de angst werd veel aandacht besteed, agressie en woede werden opgevat als uiting van angst. Gaandeweg kon Otto steeds meer zichzelf onthullen en kon er zich een innerlijk beleven gaan ontvouwen. De angst werd steeds minder diffuus en kreeg steeds meer een eigen gezicht. Hij 'had' steeds meer angstige gevoelens in plaats van dat hij angstig 'was'. Aan het eind van de behandeling had Otto een relatie, was hij afgestudeerd en was hij aangenomen na een stevige selectie voor een specialistische vervolopleiding in zijn (juridische) vakgebied.

**Follow-up** In een follow-upinterview een aantal jaren na afloop van de behandeling vertelt Otto zelf dat hij zich toentertijd aanmeldde met als grote klacht 'een allesoverheersend gevoel van bedreiging, angst, minderwaardigheid en zeg maar een algemeen gevoel van extreem onbehagen. Het was allemaal erg vaag en weinig concreet, het had allemaal niet echt een gezicht.' Nu, jaren na afloop van de therapie, kent hij diezelfde gevoelens maar zegt hij: 'Ik ben ze anders gaan benoemen, ze zijn minder vaag. Ze hebben vooral te maken met mijn vader en mijn overleden zusje, het is allemaal veel reëler en meer hanteerbaar geworden.' Datzelfde geldt voor zijn partnerrelatie (dezelfde als aan het einde van de behandeling). De angst voor de intimiteit is er nog wel, maar veel minder en ze kunnen er samen beter mee omgaan. Dat geldt ook voor zijn behoefte aan afstand. Ook in de werksfeer gaat het hem goed en hij kan er veel plezier aan ontleen. De innerlijke chaos is verdwenen: zijn angsten hebben, zoals hij zelf zegt, een gezicht gekregen. Daarmee bedoelt Otto dat angsten verbonden zijn geraakt met innerlijke mentale voorstellingen en er een innerlijke ruimte is ontstaan waardoor hij niet meer samenvalt met zijn angsten. De paniek is verdwenen en hij is nu niet meer angstig maar hij heeft angstige gevoelens. Over zijn behandelaar zegt Otto dat hij tijdens de behandeling niet over hem heeft durven fantaseren. Dat is pas begonnen toen hij enige tijd geleden hoorde dat zijn behandelaar een nieuwe functie had gekregen.

Vanaf dat moment kon hij hem 'een eigen levensruimte geven'. Als aan de orde komt hoe hij zijn therapeut heeft beleefd, zegt hij: 'Afstandelijk maar niet koud; eerder betrokken, dat gevoel van betrokkenheid was heel belangrijk voor me, net als het gevoel dat hij plezier had in het doen van de therapie, in dat puzzelen en dat zoeken naar wat erachter zat. Dat kreeg ik ook steeds meer en dat gaf een gevoel van gelijkgestemdheid, juist als het in de therapie moeilijk ging.' Door de therapie is Otto anders tegen zijn leven aan gaan kijken: 'Het was eerst allemaal erg diffuus. Ik ben me gaan realiseren wat ik allemaal gemist heb en dat maakte me verdrietig. Er waren wel beelden over mijn jeugd bijvoorbeeld maar ze drongen niet door als betekenisvol. Het was net een boek waarvan de bladzijden uit elkaar gevallen waren. In de therapie hebben we ze weer geordend en toen bleek dat ik de grammatica niet snapte. Pas toen ik dat wel deed kreeg het allemaal betekenis. Eigenlijk is het zo dat ik vroeger gewoon vreselijk bang was. Nu heb ik hoe dan ook een besef van waar het over gaat. Het was het beginpunt van een ontwikkeling, zeg maar van op zoek gaan naar wat erachter zit. Ik heb in de gaten gekregen dat er iets aan de hand was.'

**Samenvattend** Otto heeft dankzij de therapie een innerlijke mentale ruimte kunnen opbouwen waardoor zijn leven een gezicht heeft kunnen krijgen. Er zijn mentale representaties tot ontwikkeling gekomen doordat in de behandeling de behandelaar de aandacht heeft gericht op ongementaliseerde aspecten in de binnenwereld van Otto. Daardoor is zijn reflectief functioneren gegroeid, heeft hij gewonnen aan identiteit en is hij in staat zijn leven te plannen en adequaat te organiseren. Daarnaast is hij beter in staat dan voorheen emoties te voelen zonder ermee samen te vallen en hoeft hij minder te communiceren door te handelen. Hij is in staat zich beter af te grenzen van de mensen om hem heen en kan leven in een relatie zonder deze bij ieder conflict uit paniek te moeten opbreken.

## Conclusie

Structurele veranderingen zijn niet voorbehouden aan psychoanalytische behandelingen maar komen ook buiten het psychoanalytische domein voor. Ook is het niet zo dat structurele veranderingen voorbehouden zijn aan openleggende behandelingen en niet voorkomen bij meer steunende behandelingen die gericht zijn op het verminderen van klachten. Het verminderen van klachten kan wel degelijk op structurele verandering wijzen in de zin van veranderingen binnen het innerlijk impliciete werkmodel. Bij structurele verandering gaat het om een verandering in het psychische verwerkingssysteem. Het gaat om het oplossen van conflicten tussen mentale representaties en om de revisie van impliciete werkmodellen, wat wordt gefaciliteerd door een verandering naar een meer veilige gehechtheidsrepresentatie.

Vanuit die context zijn de bevindingen van onder meer Erle and Goldberg (1984) belangrijk, dat langerdurende behandelingen een beter resultaat leveren dan kortdurende. Ook het onderzoek van Perry (1995) naar veranderingen in de kwaliteit van de afweerstructuur wijst in die richting. Hij vond dat pas na verloop van een aantal jaren psychotherapeutisch behandelen patiënten minder gebruikmaakten van archaische vormen van afweer en meer van neurotische afweerformaties. Ook wordt nu begrijpelijk waarom de effectiviteit van psychoanalytische behandelingen pas na een langdurige follow-up zichtbaar wordt (Sandell e.a. 1997) en waarom bij patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis een psychoanalytische behandeling gericht op het bevorderen van het mentaliseren zo doelmatig is (Kernberg 1992; Bateman and Fonagy 1999). Het gaat allemaal om het opbouwen van nieuwe relationele patronen die op een procedurele wijze dienen te worden vastgelegd en opgeslagen in het impliciete geheugensysteem.

### Noot

1. Bewerking van een lezing gehouden op het IPA-congres in New Orleans, maart 2004.

### Literatuur

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – A randomised controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Britton, R. (1995). Psychic reality and unconscious belief. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 19-23.
- Erle, J. & Goldberg, D. (1984). Observations on assessment of analyzability by experienced analysts. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 715-737.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39-44.
- Fonagy, P. (1999). *The process of change and the change of processes: What can change in a 'good' analysis?* Keynote-lezing, voorjaarsvergadering, division 39 van de American Psychological Association, New York 16 april 1999.
- Fonagy, P., Moran, G.S., Edgumbe, R., Kennedy, H., Target, M. (1993). The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 9-48.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: 1. Theory of mind and the development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Horowitz, M.J., Kernberg, O.F., Weinschel, E.M. (red.) (1993). *Psychic Structure and Psychic Change*. Madison CT: International Universities Press.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.
- Kris, A.O. (1993). Support and Psychic Structural Change. In M.J. Horowitz, O.F. Kernberg, E.M. Weinschel (red.), *Psychic Structure and Psychic Change* (p. 95-116). Madison: International Universities Press.
- Perry, J.C. (1995). *A pilot study of defenses in long-term psychotherapy*. Paper, gepresenteerd op de jaarvergadering van de American Psychiatric Association, Miami.
- Rangell, L. (1993). The Psychoanalytic Theory of Change. In M.J. Horowitz, O.F. Kernberg, E.M. Weinschel (red.), *Psychic Structure and Psychic Change* (p. 159-190). Madison CT: International Universities Press.
- Rapaport, D. (1957). The Theory of Ego Autonomy. In M. Gill, *The collected papers of*

## Structurele verandering

Thijs de Wolf

David Rapaport (p. 685-709). New York: International Universities Press, 1960.

Rapaport, D. & Gill, M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology.

*International Journal of Psychoanalysis*, 40, 153-162.

Sandell, R., Blomberg, J., Sandell, R., Lazar, A., Carlsson, J. e.a. (1997). Findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP). Paper, gepresenteerd op de jaarvergadering van de Society for Psychotherapy Research, Geilo, Noorwegen.

Sandler, J. & Sandler, A.M. (1993). Psychoanalytic Technique and Theory of Psychic

Change. In M.J. Horowitz, O.F. Kernberg, E.M. Weinshel (red.), *Psychic Structure and Psychic Change* (p. 57-76). Madison CT: International Universities Press.

Treurniet, N. (1993). Support of the Analytical Process and Structural Change. In M.J. Horowitz, O.F. Kernberg, E.M. Weinshel (red.), *Psychic Structure and Psychic Change* (p. 191-232). Madison CT: International Universities Press.

Wallerstein, R.S. (1986) *Forty-two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

## Structural change

Structural change implies change at the level of the implicit inner working model, and also a shift from unsafe to safe attachment. In other words: structural change implies an increase in mentalising ability, or reflective functioning. Change at the level of mental representations implies a decrease in conflicting mental representations. Next to this, structural change implies an increase in integrated self-object relational dyads, procedurally consolidated in the implicit inner working model, in which representations are defined more in terms of mutual involvement than of isolation and conflict. Structural change means increased flexibility in using alternative options.

Key words: personality change, psychoanalysis, psychotherapy