

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

Adequate Psychoanalytische Steun voor patiënten met narcisme en comorbide depressie

MARIËLLE HENDRIKSEN

Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP) is een bewezen effectieve psychotherapie voor depressie (De Jonghe e.a. 2014; Driessen e.a. 2013). KPSP bestaat uit zestien zittingen in een halfjaar (de eerste acht wekelijks, de laatste acht om de week). Haar kerntechniek is Adequate Psychoanalytische Steun (APS).

In dit artikel wordt APS geïllustreerd aan de hand van een klinisch vignet van een depressieve jongen met comorbide narcistische persoonlijkheidspathologie, waarbij geïllustreerd wordt dat APS een alliantie bevorderende techniek is en daarom geschikt voor ernstige persoonlijkheidspathologie, die we steeds meer tegenkomen in de specialistische GGZ.

¶ *Adequate Psychoanalytische Steun*

APS bestaat uit adequate gratificatie van die ontwikkelingsbehoefte waaraan tekort was in de kindertijd en die daardoor in de volwassenheid blijvend om bevrediging vragen. Het gaat dan om alle vroegkinderlijke wensen, verlangens en angsten die voelbaar en zichtbaar worden in de therapeutische relatie. KPSP stelt drie voorwaarden aan adequate steun:

- 1 De therapeut moet verbaal en non-verbaal blijk geven van een oprechte intentie om steun te verlenen of empathisch te valideren (Lachmann 2008; Schechter 2007).
- 2 De interventies die de therapeut als steungevend bedoelt, moeten als zodanig door de patiënt worden ervaren (Lachmann 2008; Schechter 2007).
- 3 APS moet regressie tegengaan en/of groei bevorderen (bv. Dewald 1994).

Deze voorwaarden kunnen leiden tot het ervaren van twee (of meer) onderling wringende, externe interpersoonlijke relaties. De ervaring van APS kan een nieuwe emotioneel geladen ervaring zijn, die dissonant is met de bekende en verwachte externe interpersoonlijke relatie (bv. Greenberg 1986; Strachey 1934).

In dit artikel zullen deze vier elementen van APS geïllustreerd worden aan de hand van het vignet van Pieter.

¶ *Pieter*

Pieter is een drieëntwintigjarige jongeman die wordt verwezen door de huisarts in verband met somberheid en paniekaanvallen. Hij geeft aan dat hij zich nergens meer toe kan zetten. Hij is bang om verlaten te worden en heeft last van perfectionisme. Hij loopt vast in zijn studie, omdat hij dingen niet afmaakt of er helemaal niet aan begint, vooral omdat hij zulke hoge eisen aan zichzelf stelt. Hij vertelt zijn bestaansrecht te ontleen aan wat hij presteert. De huidige periode van depressie met paniekaanvallen (APA 1994) begon achttien maanden geleden en werd langzaam erger nadat zijn vorige vriendinnetje de relatie verbrak. Toen de paniek naar de achtergrond verdween, ontstond een depressief, hopeloos en leeg gevoel.

Pieter komt uit een gezin met vier kinderen. Hij heeft weinig contact met zijn twee oudere broers en jongere zus. Hij beschrijft zijn vader als iemand die zeer intelligent is. Hij noemt hem een man met een groot onvermogen om liefde te geven. Zijn ouders scheidden toen Pieter twaalf jaar oud was. Hij heeft sindsdien nauwelijks nog contact met vader. Moeder wordt omschreven als een angstige vrouw. Zij zocht veel troost bij Pieter en klampte zich aan hem vast na de scheiding. Op zijn zeventiende heeft Pieter zijn eerste, prettig verlopen, seksuele ervaring gehad. Hij heeft daarna meerdere kortdurende relaties gehad. Op zijn negentiende ontmoette hij zijn meest recente ex-vriendin met wie hij anderhalf jaar een relatie had. Zij was volgens Pieter vaak angstig en leunde erg op hem. Zij verbrak uiteindelijk de relatie, omdat Pieter volgens haar te dominant was.

We startten met KPSP als een van de bewezen effectieve vormen van psychotherapie bij depressie. Het indicatiegebied van KPSP is ruim. Omdat de techniek van APS het ego niet onder druk zet, beginnen we vrijwel meteen zonder uitgebreid onderzoek vooraf.

► *Sessies 1 en 2*

P: <Ik heb helemaal niet het idee dat zo'n korte therapie mij verder kan helpen. Ik moet de onderlaag aanboren, daar zit mijn probleem. Maar ik weet dat jij je aan het protocol moet houden dus dat is je niet persoonlijk aan te rekenen.>

T: <Had je liever een langerdurende vorm van therapie gehad?>

P: <Dat zeg ik toch, maar dat schijnt hier heel ingewikkeld te zijn.> [...]

T: <Laten we kijken wat we kunnen bereiken de komende zestien zittingen. Meestal komen we ver genoeg, maar als je aan het einde niet voldoende bent opgeknapt, zet ik je echt niet zomaar de deur uit. Vertel eens, wanneer werd je somberheid zo erg dat je naar de huisarts bent gegaan?>

¶ *Reflectie op criterium 1: de therapeut bedoelt te steunen*

Pieter lijkt zijn gevoel van tekortschieten te projecteren op de therapeut en devalueert de therapie en de therapeut. Ze voelt zich onzeker, onkundig en onvrij. Winnicott (1958) noemt dat een aanval op de transitionele ruimte. Ze begrijpt deze tegenoverdrachtsgevoelens als onbewuste communicatie over zijn rigide binnenwereld met nauwelijks symbolische ruimte om te spelen, te groeien, te genieten en te onderzoeken (Lachmann 2008; Waska 2011). APS is Pieter niet confronteren met de projectie van zijn eigen kwetsbaarheid, mogelijk zijn narcistische woede of zijn weerstand tegen het aangaan van een afhankelijkheidsrelatie (Kernberg 1998, 1984). In plaats daarvan verdraagt de therapeut zijn devaluaties, zijn wanhoop en zijn angst en voelt zijn kwetsbare zelfgevoel. Zo kan ze zijn gevoel gedurende de gehele therapie valideren (Lachmann 2008) en zijn terugkerende teleurstelling in de behandeling en haar verdragen. In zitting 11 echter, gaat zij akkoord met Pieters verzoek om een extra afspraak voor een zitting te maken en moedigt zo onbedoeld zijn disfunctionele regressie aan. De invloed van projectieve identificatie is krachtig en ze geeft Pieter met deze interventie de impliciete boodschap dat hij het inderdaad niet zelf kan. De therapeutische relatie was toen echter sterk en goed en daardoor onstond er geen breuk in de relatie.

► *Vervolg sessies 1 en 2*

P: [...] «Ik voel me wel goed als ik met vrienden ben, maar de volgende dag voel ik die druk weer; het verlamt me.»

T: «Dat klinkt zwaar. De druk is altijd hoog hè, nooit even pauze.»

P: «Ja ...»

T: «Is dat altijd zo?»

P: «Ja, daarom blijf ik maar in bed liggen en sport ik niet meer. Moet je zien hoe ik eruitzie. Ik schaam me voor mezelf, maar ik kan toch niet bereiken wat ik wil. Het heeft geen zin.»

T: «Van welke sport houdt je?»

P: «Ik loop hard, kan ik best goed eigenlijk ...»

¶ *Reflectie op criterium 2: de patiënt ervaart steun*

De narcistische en rigide trekken van Pieter worden zichtbaar en voelbaar in de eerste twee gesprekken. De therapeut confronteert hem daarmee niet, maar richt zich op Pieters fragiele zelfgevoel wanneer hij schoorvoetend vertelt over hoe hij van hardlopen houdt. De schaamte waarmee dit vertellen gepaard gaat, wordt door haar opgemerkt, maar ze wil eerst zijn kwetsbare zelfgevoel verstevigen, voordat gevoelens van schaamte kunnen worden besproken en geëxploreerd.

Haar hulp-ego is de *container* van zijn schaamte en kwetsbaarheid (Dewald 1994) en tegelijkertijd moedigt ze hem impliciet aan om te genieten en kleine stapjes te groeien. In het begin van de behandeling kan Pieter de empathie van zijn therapeut niet voelen. Hij verwacht immers een ander die hem kritisch zal beoordelen en hem uiteindelijk zal afwijzen. Doordat de therapeut zijn agressie en afwijzing van haar en de therapie weet te verdragen en naast hem blijft staan, ontstaat er voor Pieter een nieuwe interpersoonlijke relatie, doordat hij de therapeut ontdekt als een nieuw object. Er komt gaandeweg de behandeling meer transitionele en symbolische ruimte (Winnicott 1958) en zijn spiegelhonger wordt minder dwingend (Kohut & Wolf 1978). Er komen daardoor meer werkelijke *moments of meeting* (Stern e.a. 1998), vooral in de laatste zittingen. Hij komt meer in contact met zijn ware zelf en durft zichzelf steeds meer te laten zien in de therapeutische relatie.

► *Sessies 3 en 4*

P: <Er is niks veranderd. Ik voel me nog steeds hetzelfde. Ik denk niet dat deze therapie gaat helpen.>

P: <Misschien werkt dit voor sommige mensen, maar mijn problemen liggen veel dieper. Je bedoelt het vast goed allemaal, maar de dingen die jij zegt, die kan ik zelf ook wel bedenken. Misschien is het goed dat ik een andere therapeut krijg? Iemand die begrijpt waar de dingen vandaan komen.>

T: <Maakt het je bang? Bang dat je nooit meer beter wordt?>

Pieter vertelt dan over de maandagavonden met Tim en Mark, en geleidelijk wordt duidelijk hoe hij altijd de bink moet uithangen.

T: <Weten Tim en Mark dat jij je vaak zo rot voelt?>

P: <Nee, het kan ze niet schelen.>

T: <Hoe voelt het als je dit zegt?>

P: <Alleen en somber.>

T: <Het klinkt verdrietig?>

P: <Misschien, ja ...>

T: <Zou je je minder eenzaam voelen als je zou vertellen hoe jij je voelt de laatste tijd?>

P: <Misschien ...>

T: <Vraag jij hun hoe het met ze gaat?>

P: <Ik denk het niet. Dat doe ik nooit, bij niemand eigenlijk.>

T: <Je voelt je daarna vaak alleen en verdrietig?>

P: <Ja, en een klootzak.>

T: <Dat is verdrietig ...>

P: <Ik dacht dat jij me ook een klootzak vond.>

T: <Dacht?>

P: <Ik weet het niet meer zeker. In het begin wist ik het zeker.>

¶ *Reflectie op criterium 3: egogroei*

Pieters aanval op de behandeling en op zijn therapeut gaat door, maar ze verdraagt het. Ze voelt zijn eenzaamheid en verdriet, dat slechts ten dele aan de bewuste oppervlakte ligt, wanneer hij over zijn vrienden praat. Ze confronteert hem niet met zijn gebrek aan empathie over wat zijn vrienden bezighoudt, maar ze begrijpt zijn spiegelbehoefte en vraagt waarom ze zo weinig aan elkaar vragen. Ze exploreert hun communicatie en Pieter begint zich langzaam af te vragen hoe het zit tussen hem en zijn vrienden. Dit geeft vervolgens ruimte om te kijken naar de therapeutische relatie. Het beeld dat hij had van zijn therapeut die hem een klootzak vindt, is aan het veranderen. Pieter ontwikkelt gaandeweg de behandeling een meer autonoom zelf en heeft de therapeut minder klampend nodig als spiegelobject (Kohut & Wolf 1978). Zijn ego-ideaal lijkt wat minder groot en verstikkend te worden en er ontstaat ruimte voor sublimatie (Freud 1914; Kernberg 1998). Hij maakt zijn scriptie af.

► *Vervolg sessie 3 en 4*

P: <Ik heb mijn scriptiebegeleider verteld dat ik niet goed weet hoe ik mijn presentatie moet doen en dat ik daar erg tegenop zie. Hij zei dat ik me geen zorgen hoefde te maken, omdat mijn scriptie al hartstikke goed is. Ik was zo opgelucht. En ik ben gaan rennen, dat was fijn. Oh ja, ik ben steeds op tijd opgestaan en op tijd naar bed gegaan. Ik heb Tim en Mark gezien en het was best gezellig.>

T: <Je hield structuur, je zag je vrienden en je hebt openlijk je zorgen gedeeld met je scriptiebegeleider. Dat is wat zeg. Denk je dat deze dingen je stemming hebben beïnvloed?>

P: <Ja tuurlijk!>

► *Sessie 5*

P: <Het ging beter de afgelopen week tot een half uur geleden toen ik dacht aan deze afspraak. Toen werd ik somber.>

T: <Wat zou dat kunnen betekenen?>

P: <Er is zo veel dat jij nog niet weet van mij, maar ik weet niet waar ik moet beginnen. En nu ook gedoe met Janneke> (zucht en kijkt wanhopig).

T: <Janneke?>

P: <Ja, ik rommel af en toe wat met haar aan, maar dat gaat helemaal niet goed. Ik kan dat ook al niet, een relatie. Ik ben zo moe, ik wil alleen maar slapen. Dit helpt ook helemaal niet, ik voel me nog net zo slecht als een maand geleden.>

T: <Je voelde je eigenlijk best goed deze week, maar vanochtend toen je aan deze afspraak dacht, werd je moe en somber. Nu praten we over Janneke en dan gebeurt hetzelfde. Zouden die twee dingen iets met elkaar te maken hebben denk je? Hier komen en over Janneke praten?>

P: <Ik heb gewoon geen zin om alles te moeten vertellen.>

T: <Moeten?>

P: <Ja, ik moet je toch alles vertellen?>

T: <Misschien wil je me helemaal niet alles van jou en Janneke vertellen, maar blijkbaar voelt het voor jou alsof dat moet.>

P: <Ik wil dat ook helemaal niet.>

T: <Je bent altijd maar zo bezig met hoe goed je alles moet doen, zelfs hier met mij.>

P: <Dat doe ik altijd ...>

T: <Je kijkt opgelucht?>

P: <Ja, ik voel me meteen minder moe.>

► *Sessie 6*

P: <Het gaat langzaam beter. Ik denk dat we op de goede weg zijn samen. Gisteren zou ik eigenlijk naar mijn moeder gaan. Maar ik was met Marco, we vergaten de tijd en ik belde haar dat ik niet kwam. Ik voelde me niet schuldig, ik voelde me zelfs wel goed. We doen het goed samen hè, jij en ik? Trouwens, loop jij hard? Ik had het met Marco over jou en hij vroeg me wat voor type je bent.>

T: <Ben je tevreden over wat we hier doen samen?>

P: <Ja en het was ook leuker met Janneke deze week. Er was minder strijd, we waren gewoon fijn samen.>

T: <Het lijkt alsof je wat minder streng voor jezelf wordt, alsof je meer mag toegeven aan wat je leuk en fijn vindt. Denk je dat dat invloed heeft op je stemming?>

P: <Ja, denk het wel, ik voel me veel beter.>

► *Sessie 7*

P: <Ik voelde me verdrietig en paniekerig deze hele week.>

T: <Wat naar voor je. Wat was er aan de hand denk je?>

P: <Hoe moet ik dat weten? Ik kon mijn kunstjes niet eens vertonen. Ik voel me zo stom. Ik wil alleen maar slapen.>

T: <Tjeetje, je hebt het heel zwaar gehad. Wat bedoel je met je kunstjes niet kunnen doen?>

P: <Indruk maken. Ik had een afspraak met mijn scriptiebegeleider en ik blokkeerde helemaal. Ik kwam vrienden tegen en ik wist niets grappigs of slims te zeggen. Ik voel me helemaal vastzitten, ik kan niks meer.>

T: <Je moet altijd presteren hè, de druk is zo hoog. Het is zo moeilijk voor je om gewoon te zijn met iemand en niets te hoeven, kijken wat er gebeurt.>

P: <Ja ...>

T: <Hoe voel je je nu?>

P: <Ik voel me stom, zwak, saai, lelijk, een sukkel en verdrietig ...>

T: <Jeetje, wat is dat naar zeg om je zo te voelen. Ondanks het feit dat je een goede student bent, een leuke vriendin hebt en leuke vrienden, voel jij je zo over jezelf.>

P: <Ja, ik ben bang dat ik altijd alleen zal blijven en dat niemand me ooit wil ...>

T: <Hoe voelt het om zo even te huilen?>

P: <Best oké eigenlijk, opgelucht wel ...>

¶ *Reflectie op criterium 4: ervaren van een nieuwe interpersoonlijke relatie*

Pieter gaat meer ervaren en beleven vanuit de kern van zijn echte zelf. Dat gaat gepaard met rouw en de angst alleen achter te blijven als hij niet meer de nar speelt. Hij zegt bang en verdrietig te zijn, maar niet somber. Zijn narcistische pantser lijkt wat te scheuren, met schaamte, angst, verdriet en wanhoop als consequentie. De therapeut exploreert deze gevoelens die aan de oppervlakte komen en fungeert als tijdelijke *container* van de wanhoop en het verdriet. Ze zorgt ervoor op gelijke afstand te blijven ten opzichte van enerzijds de strenge zelfkritische geïnternaliseerde interpersoonlijke relatie en zijn verstikkende ego-ideaal en anderzijds zijn ontluikende ware zelf. Deze objectrelationele dyade (Waska 2011) interpreteert ze niet. In plaats daarvan probeert ze een optimale spanning te laten ontstaan tussen Pieters vertrouwde manier van naar zichzelf kijken en de fragiele nieuwe manier die hij ervaart in de therapeutische relatie (Greenberg 1986).

Een klein begin van structurele verandering kan ontstaan wanneer Pieter de therapeut als een nieuw object kan ervaren (Greenberg 1986) en de overtuiging dat anderen, inclusief zijn therapeut, hem een klootzak en een sukkel vinden betwijfeld kan gaan worden. Anders gezegd, door de cocreatie van de therapeutische relatie, bevorderd door de affectieve responsiviteit van de therapeut, ontstaat affectintegratie en daardoor kan een gevoel van zelf ontstaan (Bruschweiler-Stern e.a. 2002; Stern e.a. 1998).

► *Sessie 9*

Na de switch naar om de week, voelt Pieter zich somber en is hij boos op de therapeut vanwege het stellen van <stomme> vragen over hoe hij zich voelt. De therapeut vraagt hoe het voor hem is dat er nu twee weken tussen de zittingen zit. Hij antwoordt dat het afgesproken was en dat hij dit wist. Hij praat dan verder over de scheiding van zijn ouders en hoe het hem niet gelukt was ze bij elkaar te houden en zijn moeder vrolijk te maken. De zitting eindigt met een opwaartse interpretatie, waarbij de therapeut hem voorlegt of zijn somberheid en het gevoel te hebben gefaald en te zullen falen verband hebben met het feit dat hij altijd maar moest presteren om aandacht te krijgen: goede cijfers halen om de aandacht van zijn vader te

krijgen en de nar spelen om zijn moeder vrolijk te maken. Het ging zelden over hem, wat hij nodig had, hoe hij zich voelde. Ze laat zijn beleving van de frequentievermindering bewust liggen, omdat het geen bedreiging vormt voor de kwaliteit van de therapeutische relatie.

► *Sessie 11*

T: <Zou er een verband zijn tussen je verdriet in de laatste zitting en je suïcidale gevoel nu?>

P: <Ik weet niet. Ik voel zo veel druk. Mijn scriptie moet af en het gaat me nooit lukken. Ik kan er beter helemaal mee kappen.>

T: <Wat voel je nu?>

P: <Ik ben boos. Dat moet ook wel, anders gebeurt er niks.>

T: <Je moet boos op jezelf worden om iets voor elkaar te krijgen?>

P: <Blijkbaar ...>

P: <Mag ik volgende week komen in plaats van over twee weken? Niet dat ik veel aan je heb, maar je kunt me nu echt niet alleen laten ...>

T aarzelt en maakt een afspraak voor de komende week.

¶ *Laatste sessies*

Het thema in de laatste zittingen was Pieters zwart-witdenken en zijn hoge eisen aan zichzelf en anderen. Hij werd levendiger en minder rigide. Er ontstond mentale ruimte in de therapeutische relatie en als gevolg daarvan kon er af en toe een grapje gemaakt worden (Lachmann 2008; Winnicott 1958). Hij kreeg langzaam meer contact met zijn eigen wensen en verlangens. Hij rondde zijn scriptie af en kon daar een beetje trots bij voelen. Zijn depressie verbleekte en zijn paniekaanvallen bleven uit. Het afscheid was moeilijk voor hem en hij leek zijn woede op de therapeut te projecteren, maar die was nu minder destructief en niet zo volledig afgesplitst van zijn verdriet en verlangen te willen blijven.

¶ *Conclusie*

KPSP is een psychodynamische steungevende vorm van psychotherapie, waarbij relaties met anderen in het verleden en in het heden en de relatie die iemand met zichzelf heeft, leidend zijn voor het denken over het ontstaan van een depressie en de mogelijkheden voor het herstel daarvan. De techniek van APS gaat uit van universele vroegkinderlijke behoeftes als aandacht krijgen, gezien worden, begrepen worden en geliefd worden, die voldoende bevredigd dienen te worden teneinde een objectrelationele binnenwereld te ontwikkelen die een goed genoeg gevoel van zelfwaardering tot gevolg heeft. Psychodynamisch gezien is de symptoomontwikkeling van een depressieve stoornis vaak de uitkomst van vroegkinderlijk tekort of een compromis-oplossing voor het innerlijk conflict tussen verlangen en verbod.

APS is een techniek die nauw verweven is, zo niet samenvalt, met de therapeutische relatie in een steungevende psychodynamische therapie zoals KPSP. Overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen worden herkend door de therapeut, maar niet benoemd en niet geduid. Ze worden begrepen en gehanteerd in de therapeutische relatie en zo bieden ze woordeloos toegang tot de intrapsychische binnenwereld.

De therapeutische relatie is een cocreatie van patiënt en therapeut (Lachmann 2008). In deze therapie fungeerde de therapeut voor Pieter als een zelf-object (Kohut & Wolf 1978) zonder dit of de functie ervan te benoemen. Ze begreep zijn spiegelbehoefte in zijn worsteling om zijn ware zelf te vinden en te ervaren, los van de nar die zijn trucjes doet voor anderen (Winnicott 1958). Dat dit lang niet altijd gemakkelijk is, blijkt uit het moment in zitting 11 wanneer ze Pieter een extra afspraak geeft. Ze voelde zich overvallen en verstikt door zijn passief suïcidale wens, waardoor er geen symbolische of mentale ruimte meer was tussen haar en hem (Winnicott 1958). Je zou kunnen zeggen dat ze dit onverdraaglijke affect moest evacueren (Spillius 2012; Waska 2011) door te ageren en hem iets troostends te geven. Door dit te doen, gaf ze hem precies waar hij zo bang voor was: dat hij een sukkel is en het niet zelf kan. Zo stapte ze ongewild in de cirkel van de projectieve identificatie (Kernberg 1984, 1998; Waska 2011).

De therapeut confronteert Pieter niet met dit interpersoonlijke mechanisme waar beiden een aandeel in hebben. Ze zou dat alleen doen als ze zou inschatten dat de projectie en de identificatie met de projectie schadelijk zouden worden voor de kwaliteit van de therapeutische relatie. In dit geval bleek Pieter zich beter te voelen de week erna, hij opende zich wat meer en kon meer van zijn kwetsbaarheid delen. Ze koos ervoor om even te benoemen dat dit een extra zitting was, maar liet het daarbij.

Adequate Psychoanalytische Steun maakt de behandeling van depressie met comorbide ernstige persoonlijkheidspathologie mogelijk, doordat de techniek in de therapeutische relatie steeds wordt aangepast aan de ego-sterkte, de objectrelationele binnenwereld en de groeipotentie van de patiënt. Hierdoor komt het ego niet onder druk te staan, terwijl er wel een begin kan worden gemaakt met een vorm van intrapsychische verandering. Deze verandering, hoe klein ook in zo'n kortdurende behandeling, kan een wereld van verschil betekenen en kan het leven weer aangenamer maken en zin geven.

Literatuur

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders — Fourth edition*. Washington DC: APA.
BRUSCHWEILER-STERN, N., HARRISON, A.M., LYONS-RUTH, K. e.a. (2002). Expli-

cating the implicit. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051-1062.

DEWALD, P.A. (1994). *The supportive and active psychotherapies*. Northvale/New Jersey/Londen: Jason Aronson.

DE JONGHE, F.E.R.E.R., HENDRIKSEN, M., MAAT, S.C.M. DE e.a. (2014). *Handboek Kortdurende Psychoanalytische Steun-*

- gevende Psychotherapie*. Amsterdam: Benecke.
- DRIESSEN, E., VAN, H.L., DON, F.J. e.a. (2013). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the outpatient treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 170:1041-1050.
- FREUD, S. (1914). Ter introductie van het narcisme. *Werken 6* (p. 329-355). Amsterdam: Boom, 2006.
- GREENBERG, J.R. (1986). Theoretical models and the analyst's neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 87-106.
- KERNBERG O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- KERNBERG, O.F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. In E.F. Ronningstam (red.), *Disorders of narcissism* (p. 29-51). Londen/Washington: American Psychiatric Press.
- KOHUT, H. & WOLF, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment: an outline. *The International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-425.
- LACHMANN, F.M. (2008). *Transforming narcissism*. New York/Londen: The Analytic Press.
- SCHECHTER, M. (2007). The patient's experience of validation in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 105-130.
- SPILLIUS, E. (2012). Developments by British Kleinian analysts. In E. Spillius & E. O'Shaughnessy (red.), *Projective identification* (p. 49-60). New York/Londen: Routledge.
- STERN, D.N., SANDER, L.W., NAHUM, J.P. e.a. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- STRACHEY, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159.
- WASKA, R. (2011). *Moments of uncertainty in therapeutic practice*. New York: Colombia University Press.
- WINNICOTT, D.W. (1958). *Collected papers*. New York: Basic Books.

SUMMARY

Adequate Psychoanalytic Support for patients with narcissistic personality pathology and comorbid depression

Short-term Psychoanalytic Supportive Psychotherapy (SPSP) is an evidence-based psychotherapy for depressed outpatients using Adequate Psychoanalytic Support (APS) as its core technique and presumed mechanism of change. This technique is an alliance fostering technique and therefore suitable for a broad range of severe personality disordered patients with comorbid depression. The technique of APS is illustrated by means of a clinical vignette of a depressed patient with severe narcissistic pathology. APS with its focus on alliance building is particularly illustrative in patients with narcissistic dynamics because the relationship with the therapist, or indeed anyone, is of major importance on an unconscious level.

Key words: depression, personality disorder, short-term psychodynamic psychotherapy

Manuscript ontvangen 29 mei 2015

Definitieve versie 28 augustus 2015