

Psychoanalyse en psychiatrie

W. VAN TILBURG

SAMENVATTING In de eerste helft van de twintigste eeuw raakten psychoanalyse en psychiatrie met name in de Verenigde Staten nauw met elkaar verbonden. Vanaf de jaren zestig werd de psychoanalyse als gevolg van de ontwikkeling van de psychofarmaca, en later van effectieve kortdurende psychotherapieën, steeds meer gemarginaliseerd. Intussen valt er een kentering te bespeuren. Er worden door psychoanalytici kortdurende therapievormen ontwikkeld. Men begint ook de langer durende behandelvormen te onderzoeken en de validiteit van basisconcepten wordt empirisch getoetst. Deze zijn in overeenstemming met de onderzoeksresultaten van meer fundamentele wetenschappen. De toekomst van de relatie tussen psychoanalyse en psychiatrie hoeft daarom niet somber te worden ingezien, mits men blijft streven naar voortschrijdende wetenschappelijke onderbouwing.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 643-650]

TREFWOORDEN psychiatrie, psychoanalyse, psychotherapie, wetenschap

Wie nadenkt over de plaats van de psychoanalyse in de psychiatrie (hier opgevat als geestelijke gezondheidszorg) wordt al snel verleid tot historische beschouwingen. Ik zal mij echter beperken tot enkele opmerkingen over een in dit verband exemplarische ontwikkeling. Daarna zal ik een ‘sterkte-zwakte’analyse geven van de actuele situatie. Ten slotte zal ik stilstaan bij kansen en bedreigingen voor de toekomst.

PSYCHOANALYSE EN PSYCHIATRIE: ENKELE HISTORISCHE NOTITIES

Freud ontwikkelde de psychoanalyse vanuit zijn ervaringen, opgedaan in de behandeling van patiënten met psychische stoornissen. In zijn ‘ziektegeschiedenissen’ legt hij daar getuigenis van af. Aldus bood hij de psychiatrie een psychologisch verklaringmodel voor het ontstaan van psychopathologie; tevens verschaftte hij een nieuwe, daarop gebaseerde behandelingsmethode. Daarmee situeerde hij de psychoanalyse binnen het domein van de psychiatrie en derhalve van de geneeskunde. Dat blijkt uit de vanzelfsprekendheid waarmee hij in de publicaties over de tech-

niek van de behandeling uit de jaren 1911 tot 1915 de psychoanalyticus als ‘arts’ aanduidt (Mitscherlich e.a. 1975). Het komt ook naar voren in een gebeurtenis die plaatsvond op het internationale psychoanalytische congres te Neurenberg in 1910. Freud wilde Jung laten benoemen tot voorzitter van de internationale psychoanalytische vereniging, maar stuitte daarbij op sterk verzet van zijn Weense collega’s. Gutheil (1950) beschrijft hoe Freud, sterk geëmotioneerd, dezen trachtte te overtuigen van de noodzaak Jung te benoemen met de woorden (Engelse vertaling): ‘An official psychiatrist and a gentile must be the leader of the movement’ (pp. 128-129). Blijkbaar was Jung aantrekkelijk voor Freud, omdat hij als erkende psychiater (en niet-jood) de psychoanalyse wetenschappelijk en maatschappelijk kon legitimeren.

Later zal Freud een ander standpunt innemen. In *Die Frage der Laienanalyse* uit 1926 neemt hij afstand van de visie dat de psychoanalyse ‘slechts’ een onderdeel van de psychiatrie is. Zij is veel meer dan een ‘Therapie der Neurosen’. Het bestuderen van neurosen is alleen een voorkeursmethode om inzicht te krijgen in de dynamiek

van het menselijk zielenleven omdat deze zich zo het duidelijkst toont. Hij schrijft: 'Als Tiefenpsychologie ... kann sie all den Wissenschaften unentbehrlich werden, die sich mit der Entwicklungsgeschichte der menschlichen Kultur ... beschäftigen' (p. 338). Hij ziet de analyticus als iemand die 'weltliche Seelsorge' (p. 346) bedrijft. De psychoanalyse omvat hier veel meer dan psychologie in engere zin; zij beweegt zich op het niveau van de wijsgerige antropologie, het fundament van de menswetenschappen. De analyticus wordt tot een geseclariseerde zielzorger met een domein groter dan de kerk en de spreekkamer tezamen.

Deze visie van Freud op de identiteit van de psychoanalyse wordt nog steeds door velen gedeeld. Zij kan behalve inspireren echter ook grootheidsfantasieën voeden. Wie voor de opgave staat geloofwaardig psychoanalytisch te werken binnen een bepaald vakgebied, zoals de psychiatrie, dient te beseffen dat een legitimatie daarvan vanuit de psychoanalyse alleen onvoldoende is. De kern van mijn betoog is dat deze slechts verkregen wordt als aansluiting gevonden wordt bij het vigerend wetenschappelijk denk- en interventiekader van dat vakgebied. Het uitblijven daarvan zal leiden tot stagnatie en teloorgang. Ik zal een illustratief voorbeeld daarvan beschrijven uit de geschiedenis van de Amerikaanse psychiatrie; deze heeft immers als professionele organisatie tot op heden relatief nog het meest geïnvesteerd in de relatie met de psychoanalyse.

Mijn voorbeeld begint met de opzienbarende verbintenis tussen de nog jonge psychoanalyse en de psychiatrie zoals men die kan vinden in het werk van Bleuler, hoogleraar in de psychiatrie te Zürich, destijds de chef van Jung. Freud was gelukkig met de hoge dunk die 'de Zwitsers' van zijn werk hadden. Bleuler was een van de toonaangevende psychiaters van zijn tijd; hij ruimde in zijn beroemde monografie uit 1911 over de ook door hem als 'organisch' beschouwde schizofrenie een duidelijke plaats in voor het psychoanalytische verklaringsmodel. Volgens Bleuler was het klinische beeld van de schizofre-

nie te herleiden tot een aantal 'primaire', op cerebrale disfunctie terug te voeren, symptomen, met name de typische denkstoornissen. De rest van de schizofrene psychopathologie, bijvoorbeeld de wanen en hallucinaties, achtte hij 'secundair'; deze ontstonden doordat iemand met de handicap van de primaire symptomen moest leren leven. Bij dit aanpassingsproces speelden volgens hem psychoanalytische mechanismen een belangrijke rol. De opvattingen van Bleuler zijn in de eerste helft van de vorige eeuw in de Verenigde Staten gepropageerd door de 'voorman' van de Amerikaanse psychiatrie, de Zwitser Adolf Meyer. De psychoanalyse was daar al breed geaccepteerd als behandelingsmethode voor de 'neurosen'. Langzamerhand ging men echter in de psychoanalyse veel *meer* zien dan een van de psychologische hulpwetenschappen voor het verklaren en behandelen van schizofrene psychopathologie; men ging haar meer en meer beschouwen als het *fundament*, de basis daarvoor.

Zoals bekend, is het met deze verbintenis niet goed afgelopen. Ik zal kort stilstaan bij de determinanten daarvan (Van Tilburg 1996). Eigenlijk was het niet verbazingwekkend dat men sinds de jaren dertig van de vorige eeuw in Amerika zoveel vertrouwen kreeg in de mogelijkheden van een psychoanalytische benadering van schizofrenie, hoe hypothetisch de onderbouwing daarvan feitelijk ook was. Het concept van Bleuler bood er de ruimte voor, maar de belangrijkste reden was dat er geen alternatieve behandeling was. Degenen die overtuigd waren van de 'organische' oorzaak van schizofrenie, hadden aan patiënten niets anders te bieden dan neurobiologisch gebrekkig gefundeerde ingrepen als de frontale lobotomie, de insulinecomatherapie en dergelijke; deze imponeerden toen al door hun inhumane karakter en twijfelachtige therapeutische effect. De kennis omtrent de werking van de hersenen was ontoereikend voor het ontwerpen van een geloofwaardig neurobiologisch model voor het ontstaan van psychopathologie. Welnu, de psychoanalyse bleek niet alleen een interventietechniek te kunnen leveren, maar ook

een pathogenetische theorie over de schizofrenie. Het bekendste conceptuele 'product' daarvan is de 'schizofrenogene moeder' van Fromm-Reichmann geweest. Deze ontwikkeling duurde tot in de jaren zeventig. Daarna boette het psychoanalytische verklaringsmodel van schizofrenie snel aan geloofwaardigheid in. Kahn noemde in 1994 het toen afgesloten tijdperk zelfs 'de psychiatrische middeleeuwen'. Gunderson & Gabbard (1999) wijzen op de desastreuze invloed die deze 'neergang' van een decennialang gerespecteerd paradigma voor de behandeling van schizofrenie in Amerika op de geloofwaardigheid van de psychoanalyse in het algemeen heeft gehad.

Waarom ging dit zo? Natuurlijk is daar de introductie van de psychofarmaca, medio jaren vijftig. Het onmiskenbare, zij het relatieve, succes daarvan inspireerde het zoeken naar neurobiologische verklaringen, die snel aan invloed wonnen. Er is echter volgens Gunderson & Gabbard (1999) nog een andere factor. Zij wijzen erop dat het universeel toepassen van psychoanalytische psychotherapie bij schizofrene patiënten in de Verenigde Staten in de decennia na de Tweede Wereldoorlog voornamelijk berustte op de opvattingen van een aantal charismatische therapeuten; dat er geen correctie plaatsvond op basis van beschikbare, zij het schaarse onderzoeken naar effectiviteit; dat er geen poging gedaan werd om op basis van wetenschappelijk onderzoek te komen tot een toetsing van basisconcepten, (contra-)indicaties of therapie-modificaties. Pas in 1984 werd in de befaamde Boston Psychotherapy Study vastgesteld dat psychoanalytische psychotherapie bij schizofrenie in het algemeen geen duidelijk voordeel bood boven steunend-structurende interventiestrategieën (Gunderson e.a. 1984). Zij concluderen dat de schade aan de geloofwaardigheid van het psychoanalytische paradigma bij schizofrenie beperkt had kunnen blijven als men in een eerder stadium geprobeerd had de eigen uitgangspunten wetenschappelijk te toetsen. Dat had het vertrouwen in het zelfkritische vermogen van de

psychoanalytische beweging kunnen versterken. Misschien had men dan meer oog gehouden voor de waardevolle elementen uit de 'psychiatrische middeleeuwen'; deze hebben namelijk wél subtiele beschrijvingen van het innerlijk leven, de emoties, de motieven van schizofrene patiënten opgeleverd, alsmede waardevolle inzichten in hun relatie- en contactproblemen. Wellicht was men dan ook eerder tot een plaatsbepaling van wél bruikbare psychoanalytische psychotherapeutische interventies gekomen, interventies waarvan patiënten in een bepaalde fase van hun ziekte kunnen profiteren (bijvoorbeeld bij de verwerking ervan). Misschien had men de waarschuwingen van S. Freud (1937) en A. Freud (1954) tegen overschatting van de reikwijdte van het psychoanalytisch paradigma serieuzer moeten nemen...

Natuurlijk kan men enige relativerende opmerkingen maken over deze visie op de geschiedenis van de psychoanalyse in de Verenigde Staten. Ook de psychiatrie heeft gedurende het grootste deel van de twintigste eeuw bepaald niet bekend gestaan als een zichzelf door de resultaten van empirisch onderzoek corrigerende discipline. Ook zij heeft zich, evenals de psychoanalyse, decennialang primair beroepen op casuïstiek en de autoriteit van charismatische figuren voor haar wetenschappelijke legitimatie. Het is waar dat gecontroleerde evaluatieonderzoeken in de niet-analytische psychotherapie al vanaf de jaren vijftig traceerbaar zijn (Schagen 1983), vrijwel gelijktijdig met de eerste 'randomised clinical trial' in de psychofarmacologie, uitgevoerd door Schou e.a. in 1954 (zie Van Tilburg 1996). Het duurt echter nog tientallen jaren voor de consequenties voor de praktijk serieus getrokken worden. Het begrip 'evidence-based psychiatrie' is pas in de jaren negentig gelanceerd (Goldner & Bilsker 1995). Zo ver loopt de psychoanalytische praktijk dus niet achter. Ook de psychiatrie heeft lang vakinhoudelijke en wijsgerig-antropologische concepten door elkaar heen gebruikt; pas in de jaren zestig heeft zij de antropologische psychiatrie laten varen. Ten slotte,

wie de term 'psychiatrische middeleeuwen' voor de toepassing van de psychoanalyse op de schizofrenie hanteert, dient zich tevens af te vragen tot welk tijdperk men moet teruggaan om de kritiekloze toepassing in de jaren veertig van de frontale lobotomie en de insulinecomatherapie te karakteriseren (Valenstein 1985). Dat neemt niet weg dat de ontwikkeling van een 'evidence-based psychiatry' ingezet en niet meer te stoppen is. Deze wordt meer en meer gezichtsbepalend voor professionals en publiek en daarmee een context waaraan de huidige psychoanalyse zich niet kan onttrekken.

HET HEDEN: ZWAKTE EN STERKTE

Dat de actuele situatie van de psychoanalyse binnen de moderne, 'evidence-based psychiatry' zorgelijk is, is geen nieuws. Ik zal er een korte schets van geven. Niet alleen de psychosen zijn verloren gegaan voor de psychoanalytische psychotherapie. De psychoanalyse heeft ook haar vanzelfsprekende plaats op het terrein van de zogenaamde 'neurosen' moeten afstaan, sinds dit begrip in 1980 uit de DSM-III (APA 1980) verdwenen is. Op deze wijze is een tot dusver in de psychiatrie invloedrijk pathogenetisch concept van psychoanalytische herkomst gemarginaliseerd. Daarmee hangt samen dat ook de rol van de psychoanalytische behandelingsmethoden (psychoanalyse *sensu stricto*, psychoanalytische psychotherapie) bij angststoornissen en depressies ter discussie is komen te staan. Een belangrijke factor hierbij is het ter beschikking komen van werkzame farmacotherapeutische en kortdurende psychotherapeutische interventiestrategieën uit andere referentiekaders, zoals de cognitieve gedragstherapie. 'Werkzaam' betekent in dit verband dat de werkzaamheid is aangetoond door middel van 'randomised clinical trials', de methode die in de 'evidence-based psychiatry' geldt als die welke het hoogst gewaardeerde bewijsmateriaal oplevert. De gebruikelijke vormen van langer durende psychodynamische psychotherapie kunnen niet terugvallen op een ver-

gelijkbare onderbouwing van hun werkzaamheid. Een en ander heeft ertoe geleid dat in de diverse richtlijnen die de laatste jaren voor de behandeling van angststoornissen en depressies ontwikkeld zijn, de indicaties voor een psychodynamische behandeling aan betekenis hebben ingeboet of verdwenen zijn (Gunderson & Gabbard 1999). In de toekomst zal ook de indicatie voor psychoanalytische therapievormen bij persoonlijkheidsstoornissen onder vuur komen te liggen, omdat ook daar farmacotherapie en andere psychotherapievormen de laatste jaren met succes beproefd worden; de bestaande behandelprogramma's voor de 'borderline' persoonlijkheidsstoornis zijn daarvan het bewijs (Van Tilburg e.a. 1998). Deze ontwikkeling heeft gevolgen. Door de erosie van de geloofwaardigheid van de psychoanalytische behandelvormen verschuiven in de handboeken de psychoanalytische inzichten in de pathogenese naar de marge. Daarmee verdwijnt deze wijze van denken bij de generatie psychiaters die nu opgeleid wordt feitelijk uit het gezichtsveld. Samenvattend kan men stellen dat de 'zwakheid' van de huidige positie van de psychoanalyse berust op een naar de huidige maatstaven (nog) onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing van haar behandelpraktijk.

Intussen zijn er tekenen dat de psychoanalytische beweging nog over voldoende vitaliteit beschikt om de aansluiting met het huidige wetenschappelijk denk- en interventiekader van de moderne psychiatrie te hervinden. In de eerste plaats zijn er de laatste decennia geslaagde pogingen gedaan om kortdurende psychoanalytische psychotherapieën voor specifieke stoornissen te ontwikkelen en op hun werkzaamheid te onderzoeken. Voor recente voorbeelden verwijs ik naar het boek van Barber & Crits-Cristoph (1995). Men kan zich natuurlijk afvragen hoe psychoanalytisch dergelijke therapieën zijn (De Wolf 1991). Het staat vast dat zij duidelijk geïnspireerd zijn op het psychoanalytische gedachtegoed en zonder dit niet zouden bestaan. Zolang niet duidelijk is wat het werkzame element van

psychoanalytische psychotherapie is, is er geen steekhoudend argument om ze niet als een eigentijdse editie daarvan te zien; waarom zou de klassieke setting van de bankanalyse daar geen tijdgebonden uitwerking van zijn? Maar ook het onderzoek van langer durende therapieën, de *core business* van de psychoanalyse, wordt niet uit de weg gegaan. Natuurlijk verdient hier het psychotherapieonderzoeksproject van de Menninger Foundation, zoals beschreven in de afsluitende rapportage van Wallerstein (1986), een eervolle vermelding als pionierswerk van formaat; het heeft bijgedragen tot een eerherstel van de voor de psychiatrische praktijk zo belangrijke steunende elementen in de psychoanalytische therapievormen. Kernberg e.a. (1989) hebben voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis een behandelmethodiek ontwikkeld die zodanig is geoperationaliseerd dat zij zich leent voor vergelijkend therapieonderzoek.

Ten tweede is er veel belangstelling voor empirisch onderzoek naar sleutelbegrippen in de psychoanalytische diagnostiek, therapie en theorie in het algemeen. Ik noem het werk van Vaillant (1971, 1990) over de ontwikkeling van de afweermechanismen, dat veel respect heeft afgedwongen; het heeft mede ten grondslag gelegen aan het besluit om in de DSM-IV (APA 1994) een 'voorlopige' afweerfunctieschaal op te nemen. In Nederland houdt de groep van Trijsburg (zie Van e.a. 1997) zich met onderzoek op dit terrein bezig. Een ander Nederlands voorbeeld is het werk van Abraham (1997) over persoonlijkheidsdiagnostiek, waarin hij geprobeerd heeft om de psychoanalytische inzichten over de persoonlijkheidsontwikkeling bruikbaar te maken voor de psychiatrische diagnostiek. Het is eigenlijk een poging om elementen uit het beroemde *Profile* van Anna Freud (A. Freud e.a. 1965) in brede kring hanteerbaar te maken. Het bestaan van het *Profile* is trouwens een aanwijzing dat ook in het verleden toonaangevende figuren van de psychoanalyse de noodzaak tot empirisch onderzoek wel degelijk hebben beseft.

Door dit soort ontwikkelingen laat de psy-

choanalyse zien een vitale beweging te zijn, die zich kan aanpassen aan de wetenschappelijke eisen van de moderne tijd; zij behoeft de dialoog met de niet-analytische behandeldisciplines niet uit de weg te gaan, zoals het werk van Gabbard (1994) demonstreert. Zo moet zij in staat zijn de opgelopen achterstand in te halen.

DE TOEKOMST: KANSEN EN BEDREIGINGEN

De toekomst biedt goede kansen voor een nieuwe profilering van de psychoanalyse binnen de psychiatrie. Immers, recente resultaten van psychologisch en neurobiologisch onderzoek hebben de behoefte gewekt aan theorievorming en onderzoek op terreinen die sinds jaar en dag het domein van de psychoanalyse zijn geweest. Dat biedt kansen voor een productieve samenwerking. Ik noem enkele mogelijkheden.

In de eerste plaats het psychologisch en met name het psychotherapieonderzoek. Dit heeft duidelijk gemaakt dat de kwaliteit van de therapeutische relatie een sleutelvariabele is voor het voorspellen van succes (Van Dyck e.a. 1997). Welnu, het moderne psychoanalytisch denken is bij uitstek toegerust om deze conceptueel in kaart te brengen en zo relevant empirisch onderzoek mogelijk te maken. Als voorbeeld noem ik het baanbrekende artikel van Stern e.a. (1998) 'Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy', waarin de interactie in de psychoanalytische setting beschreven wordt met behulp van inzichten, verkregen uit het vroegere empirische onderzoek van Stern en uit het hechtingsonderzoek (Lyons-Ruth 1991) over de ontwikkeling van de moeder-kindrelatie. Een artikel als dit maakt openingen naar andere, non-verbale, therapievormen, maar ook naar de moderne neurowetenschappen, door te attenderen op de betekenis van het procedurele geheugen. Deze onderzoekslijn lijkt ook veelbelovend te zijn voor het onderzoek naar de pathogenese van angststoornissen en borderlinepersoonlijkheidsstoornissen.

In de tweede plaats verwijs ik naar de recente onderzoeksresultaten van de cognitieve neuro-wetenschappen. Ik sta hier maar kort bij stil, omdat zij elders in dit nummer uitvoeriger aandacht krijgen. Als voorbeeld noem ik de niet meer betwijfelde prominente rol van onbewuste cognitieve, emotionele en motivationele processen in het menselijk gedrag. Neurobiologen, zoals Edelman (1992), LeDoux (1996) en Kandel (1998), refereren veelvuldig aan psychoanalytische inzichten omtrent onbewuste processen om hun werk in perspectief te plaatsen. Men miskent het belang hiervan wanneer men dit hooghartig afdoet als een toenadering op basis van een te oppervlakkige kennisname van de psychoanalytische theorie – bijvoorbeeld met het commentaar: ‘Het gaat toch niet om het onbewuste in het algemeen, maar om het dynamisch onbewuste?’ Het is echter de vraag of dit laatste binnen de psychoanalyse wel zo’n ondubbelzinnig concept is; de inhoud ervan (met name de werking van een mechanisme als verdringing) vraagt nog om de nodige wetenschappelijke opheldering (Modell 2000). Zeker is dat de psychoanalyse het onbewuste altijd onmisbaar heeft gevonden voor het begrijpen van gedrag en daarin eindelijk gelijk krijgt. Westen (1999) stelt terecht: ‘... after a hundred years of controversy, we can now put to rest the criticism of psychoanalysis, that its most fundamental assertion – the importance of unconscious processes – is mistaken or without empirical foundation’ (p. 1097; cursivering Van Tilburg).

Er zijn natuurlijk ook bedreigingen. Men moet die primair zoeken in een weerstand binnen de psychoanalyse zelf om zich aan te passen aan het geldende denk- en interventiekader van de psychiatrie. Men dient de eigen angst voor verandering onder ogen te durven zien en die niet af te weren met ‘inhoudelijke’ rationalisaties. De richting die men dan in moet slaan, laat zich globaal als volgt aanduiden.

In de eerste plaats moet men voortgaan met het ontwikkelen van aan de behoefte van het veld aangepaste behandelvormen en het onderzoeken van het proces, de effectiviteit en de doelmatig-

heid daarvan. Soms zal men hier aangepaste onderzoeksmethoden voor moeten zoeken, omdat de ‘randomised clinical trial’, en zelfs kwantitatief onderzoek, niet altijd mogelijk is. Suggesties daarvoor kan men vinden bij Gunderson & Gabbard (1999) en Freedman e.a. (1999). De laatsten hebben getracht inzicht te krijgen in de rol die behandelduur, frequentie van sessies en de kwaliteit van de therapeutische relatie spelen bij de effectiviteit van psychoanalytische behandelvormen. De relevantie van het onderscheid tussen psychoanalytische psychotherapie en psychoanalyse is tenslotte geen feit, maar een hypothese, die onderzocht moet worden op juistheid. Dat kan alleen wanneer men beide als vormen van behandeling ziet, met een nader te bepalen indicatiegebied en een nader te bestuderen dynamiek; men moet zich vrij voelen om de ‘bankanalyse’ met de voor psychotherapieonderzoek gangbare methoden, zoals bandopnamen, te benaderen en te experimenteren met modificaties daarvan en combinaties met andere therapievormen. Het betekent, omgekeerd, meedoen aan het ontwerpen van interdisciplinaire richtlijnen en de bereidheid daar in de praktijk rekening mee te houden.

Daarnaast zal men zich moeten instellen op een permanente herziening van het conceptuele kader van de psychoanalyse op basis van voortschrijdend wetenschappelijk inzicht. Westen (1999) pleit bijvoorbeeld voor een verfijning en differentiatie van het begrip ‘onbewuste’ en stelt voor om niet meer te spreken van ‘het’ onbewuste als een homogeen concept. Men kan beter spreken over het onbewuste als (het belangrijkste) aspect van onze mentale activiteiten, of het nu om primitieve, niet te verwoorden, verlangens gaat of om verfijnd en expressief taalgebruik; de romantische opvatting dat het om een aparte ‘provincie’ van de geest met eigen wetmatigheden zou gaan, sluit niet aan bij de moderne neurobiologische en psychologische concepten. Ook een concept als het ‘dynamisch onbewuste’ is aan herziening toe, evenals daarmee samenhangende begrippen als ‘intrapsychisch conflict’ en ‘ver-

dringing'. Concepten als '(tegen)overdracht' zullen opnieuw moeten worden doordacht vanuit de communicatiewetenschap en sociale psychologie. De psychoanalytische setting is geen laboratoriumsituatie, maar een dynamische interactie tussen twee personen.

Op basis hiervan zullen theorie en behandeltechniek regelmatig bijgesteld moeten worden. Als zij hiervoor terugschrikt, zal de psychoanalyse onvermijdelijk terechtkomen in de hoek van de alternatieve therapievormen. Maar wie zal dan haar taak binnen de psychiatrie geloofwaardig kunnen overnemen: het bewaken en ontwikkelen van een op het individu toegesneden psychodynamische structuurdiagnostiek, een daarop gebaseerde behandeling, en een in de interdisciplinaire samenwerking passende theorie die inzicht geeft in de pathogenese?

LITERATUUR

- Abraham, R.E. (1997). *Het Ontwikkelingsprofiel*. Assen: Van Gorcum.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (red.) (1995). *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*. New York: Basic Books.
- Bleuler, E. (1911). Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In G. Aschaffenburg (red.), *Handbuch der Psychiatrie Teil IV-1* (pp. 288-372). Leipzig/Wenen: Deuticke.
- Dyck, R. van, van der Velden, K., & Emmelkamp, P.M.G. (1997). Algemene therapiefactoren, eclecticisme en indicatiestelling voor psychotherapie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.G.M. Emmelkamp (red.), *Handboek Psychopathologie deel 2*, tweede druk (pp. 61-77). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Edelman, G. (1992). *Brilliant Air, Brilliant Fire*. New York: Basic Books.
- Freedman, N., Hoffenberg, J.D., Vorus, N., e.a. (1999). The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 741-772.
- Freud, A. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis: discussion. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 607-620.
- Freud, A., Nagera, H., & Freud, E. (1965). Metapsychological assessments of the adult profile. *Psychoanalytic Study of the Child*, 20, 9-41.
- Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse: Unterredungen mit einem Unparteiischen. In A. Mitscherlich, A. Richards, J. Strachey e.a. (red.) (1975), *Sigmund Freud. Studienausgabe. Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik* (pp. 338-346). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. In A. Mitscherlich, A. Richards, J. Strachey e.a. (red.) (1975), *Sigmund Freud. Studienausgabe. Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik* (pp. 374-381). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry*, second edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Goldner, E.M., & Bilsker, D. (1995). Evidence-based psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 97-101.
- Gunderson, G., & Gabbard, G.O. (1999). The case for psychoanalytic therapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 679-704.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., e.a. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia; II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Gutheil, E.A. (red.) (1950). *The autobiography of Wilhelm Stekel: The life story of a pioneer psychoanalyst*. New York: Liveright.
- Kahn, R.S. (1994). *Perspectief*. Utrecht: Bunge.
- Kandel, E. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kernberg, O., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., e.a. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Touchstone.
- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytical Psychology*, 8, 1-23.
- Mitscherlich, A., Richards, A., Strachey, J., e.a. (red.) (1975). *Sigmund Freud. Studienausgabe. Ergänzungsband. Schriften zur Behandlungstechnik*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Modell, A.H. (2000). The Freudian unconscious in the light of contemporary neurobiology. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 15, 135-144.

- Schagen, S. (1983). *Het effect van psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Stern, D., Sander, L.W., Nahum, J.P., e.a. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic psychotherapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.
- Tilburg, W. van (1996). Historische ontwikkeling van het schizofrenieconcept. In J.A. den Boer & R.J. van den Bosch, *Leerboek Schizofrenie* (pp. 13-43). Utrecht: De Tijdstroom.
- Tilburg, W. van, van den Brink, W., Arntz, A. (red.) (1998). *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vaillant, G.E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- Vaillant, G.E., & Vaillant, C.O. (1990). Natural history of male psychological health. XI: A forty-five year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- Valenstein, E.S. (1985). *Great and desperate cures*. New York: Basic Books.
- Van, H.L., van 't Spijker, A., & Trijsburg, R.W. (1997). Diagnostiek van afweermechanismen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 11-24.
- Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford Press.
- Westen, D. (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 1061-1106.
- Wolf, M. de (1991). *Hoe psychoanalytisch zijn Malan-therapieën*. Muiderberg: Coutinho.

AUTEUR

W. VAN TILBURG is hoogleraar klinische psychiatrie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, en psychoanalyticus.
Correspondentieadres: prof. dr. W. van Tilburg, Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.
E-mail: willemt@pca-znw.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-5-2000.

SUMMARY

Psychoanalysis and psychiatry – W. van Tilburg –

In the first half of the twentieth century, psychoanalysis and psychiatry became closely connected, especially in the USA. Since the 1960s, as a consequence of the development of first psychotherapeutic drugs and then of effective short-term psychotherapies, psychoanalysis has increasingly lost its central position. In the meantime, there has been a turn of the tide. While psychoanalysts are busy developing short-term psychotherapies, research into various longer-term treatments has also been started, with the validity of basic concepts being put to the test and confirmed by results of more basal sciences. There is therefore no reason to be pessimistic about the future of the relationship between psychoanalysis and psychiatry, provided ongoing scientific foundation is maintained.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 643-650]

KEYWORDS psychiatry, psychoanalysis, psychotherapy, science