

INVENTARISATIE VAN PUBLICATIES BETREFFENDE INDIVIDUELE PSYCHOTHERAPIE OP PSYCHO-ANALYTISCHE BASIS BIJ SCHIZOFRENIE

door *Mej. TH. M. C. J. VAN DEN EERENBEEMT*,
arts-assistente psychiatrie *

I, INLEIDING

De opzet van dit artikel was een inventarisatie van hetgeen er gepubliceerd is met betrekking tot individuele psychotherapie bij schizofrenie, na 1957.

Het bleek echter dat ik iets verder terug moest gaan, wilde ik de gevonden gegevens plaatsen tegen een achtergrond. Daaruit groeide deel II. Het is niet mijn bedoeling geweest een kritische beoordeling te geven van de gevonden gegevens.

De tussen haakjes geplaatste nummers verwijzen naar de geraadpleegde literatuur.

II, HISTORISCHE ONTWIKKELING

Par. 1: Freud

Alle pogingen om de schizofrenie psychodynamisch te verstaan, zijn terug te voeren op het concept van FREUD over de psychopathologie der psychosen. Freuds denken hierover heeft een ontwikkeling door-gemaakt die te verdelen is in drie fasen: (27)

a — er bestaan enerzijds psychische stoornissen die te herleiden zijn tot hereditaire, constitutionele en/of degeneratieve factoren. Anderzijds zijn er stoornissen waarvan de geneses is terug te voeren op conflicten tussen driften en factoren in de omgeving. In deze laatste groep zou een psychoanalytische therapie nuttig kunnen zijn.

b — Daarna ontwikkelde Freud het topografische libido-model. Binnen deze theorie komt hij tot de volgende formulering: bij de psychose wordt de libidineuze bezetting van voorstellingen en objecten in de buitenwereld volledig teruggetrokken en gericht op het ego. Investerings van deze onttrokken libido uit het Ik leidt tot grootheidswaan; investering in het eigen lichaam tot hypochondrie. Na de regressie op deze narcistische trap wordt de libido in een herstelfase weer gericht op de representanten van het object, maar op een vervormde manier, meestal via hallucinaties en wanen. Door het volledig terugtrekken van de

* Uit de Prof. Dr. H. C. Rümke Kliniek (hoofd Prof. Dr. J. Plokker). Psychiatrische Universiteitskliniek, deel uitmakend van het Willem Arntsz Huis te Utrecht (geneesheer-directeur H. Loois).

libidobezetting zou de ontwikkeling van overdracht ofwel onmogelijk ofwel gering zijn. Er zou dus geen duurzame band met de therapeut kunnen ontstaan, met andere woorden psychoanalytische therapie bij psychosen lijkt gecontraïndiceerd. Naar mijn mening is hier behalve het topografische model tevens sprake van het energetisch concept.

c — Freud wijzigde zijn ideeën over het psychisch apparaat en kwam tot het opstellen van de structurele hypothese met de daaruit voortvloeiende verandering in zijn theorie over driften en angst. Hij trachtte zijn formulering over psychosen hiermee in overeenstemming te brengen. Freud geeft in zijn laatste geschriften dan ook aan dat er bij schizofrenie geen totale terugtrekking is van de libidobezetting.

De opvatting van Freud dat overdracht bij schizofrenie onmogelijk (of haast onmogelijk) zou zijn, heeft aanvankelijk pogingen tot psychotherapeutische aanpak op analytische basis afgeremd tot circa 1940.

Par. 2: Psychoanalytische behandeling tot circa 1940

De eerste pogingen om de schizofrene symptomatologie te begrijpen en te behandelen volgens de opvattingen van Freud komen uit de kliniek van Eugen Bleuler te Zürich, vóór de Eerste Wereldoorlog. (51) Uit die jaren stammen theoretische en casuïstische mededelingen van Jung, Maeder, Abraham, Brill, tot deze de kliniek verlieten. Daarna volgden sporadische publicaties van geslaagde analytische behandelingen elders (Bjerre 1912, Coriat 1918, Clark 1926, Wallder, Schultz Hencke). Schultz Hencke ziet de schizofrene stoornis als een variant van neurotisch-zijn, die dus dienovereenkomstig moet worden behandeld. De zijns-angst, die bij de neuroticus al groot is, krijgt in het leven van de schizofreen een centrale plaats. Veel schizofrene symptomen zijn uitingen van deze angst. (29, 23) Het onderscheid tussen een neurose en een psychose ligt in een gradueel verschil tussen neurotisch en psychotisch objectverlies. Kronfeld wil de psychoanalytische therapie slechts op bepaalde vormen van schizofrenie toepassen. In 1928 publiceert hij zijn ervaringen met 31 patiënten, die hij in de loop van 10 jaar had behandeld en van wie er acht verbeterd zouden zijn. Omstreeks 1930 benadrukt Bychowski dat de analyticus zijn patiënt in de acute fase vaak dient te zien, zich gedeeltelijk moet identificeren met zijn psychotische wereld om zo de patiënt de gelegenheid te geven de wereld der verloren objecten terug te vinden. Simmel daarentegen beklemtoont de zorg die aan het milieu van de opgenomen patiënt moet worden besteed.

In de *Engelse literatuur* zijn de meningen rond 1930 verdeeld. Devine is van mening dat schizofrenie uiteindelijk een somatose is en de abnormale libidofixatie derhalve van constitutionele aard. Wanneer er enige verbetering optreedt in de therapie, zal men dus van spontane genezing moeten spreken. Daartegenover staan Glover en Melanie Klein, die een therapeutische beïnvloeding voor mogelijk houden. Glover benadrukt reeds in die tijd de uitzonderlijke betekenis van de tegenoverdracht.

Melanie Klein bracht haar opvattingen over de wereld van het kleine kind die zij onderscheidt in de moederborst enerzijds en de vijandelijke omgeving anderzijds. De psychotische symptomen ziet zij dan als afweer tegen infantiele sadistische fantasieën.

Tussen 1930 en 1940 komen er vooral publicaties van *Amerikaanse* zijde. Alexander bracht o.a. het standpunt naar voren dat de analyticus als katalysator moet werken, (deze grondgedachte werd later door Mme Séchehaye opgenomen); de indicatie voor psychoanalytische behandeling zou bij de paranoïde schizofrenie beter zijn dan bij katatonie.

Par. 3: Periode van circa 1940-1960

3.1 — Amerika.

3.1.1. — Vooral de studie van H. STACK SULLIVAN (34a) (72) over de schizofrene denkprocessen en de middelen en mogelijkheden tot expressie schijnen rond 1940 een kentering teweeg gebracht te hebben, die het enthousiasme voor psychoanalytische therapie bij schizofrenie deed toenemen. Sullivan bestreed de stelling van Freud dat een schizofrene patiënt niet of nauwelijks in staat zou zijn tot overdracht; hij zag integendeel overdracht ontstaan zo intensief als bij een neuroticus niet mogelijk is, omdat bij de psychoticus de toetsing aan de realiteit niet kan functioneren. Er ontstaat een 'overdrachtspsychose'. In zijn studie 'The interpersonal theory of psychiatry' gaat Sullivan in op de regressie van de schizofrene patiënt. De wereld wordt steeds bedreigender door de toenemende spanning tussen verlangen naar en angst voor contact, met het gevolg dat de patiënt zich terugtrekt en de tussenmenselijke werkelijkheid zinloos en onverdraaglijk wordt. Sullivan nam vloeiende overgangen aan van normaal naar neurotisch en van neurotisch naar psychotisch i.c. schizofreen.

In aansluiting aan de theorie van Freud hebben de meeste onderzoekers de oorzaak van de schizofrenie gezocht in een stoornis in de vroegste kinderlijke ontwikkeling (zie ook het werk van Spitz, Bowlby).

3.1.2. — *Frieda Fromm-Reichmann* (35, 36, 37, 5, 6) benadrukt eveneens de overeenkomst in de behandeling van schizofrenie en neurose. Zij wijst er op hoe de schizofreen op zijn vroege ellende heeft gereageerd met woede en vijandigheid, maar tevens met een partiële regressie naar een vroeg stadium van ego-ontwikkeling, autistisch zelfbeklag en preoccupatie met zichzelf, hetgeen leidt tot zwakke organisatie van het ego van de schizofreen. Met het gevolg dat hij zich meer dan anderen bedreigd voelt door alle emotionele ervaringen, vooral door de realisering van eigen vijandige impulsen. Bovendien ervaart hij zich, tengevolge van zijn regressie en zijn concept van grootheid, macht, als meer of minder gevaarlijk. De schizofreen is dus meer bezig met de eigen status van gevaarlijk mens met het mogelijke gevolg voor anderen, dan met angst voor afkeuring. Zoals iedereen ervaart de schizofreen de spanning tussen behoefte aan afhankelijkheid en vrijheid resp.

vijandigheid, maar ten gevolge van het zwakke ego is deze spanning zo groot, dat deze ook kwalitatief totaal anders wordt. De ondraaglijke angst wordt dan afgevoerd in de symptomen.

In haar therapie sluit Frieda Fromm-Reichmann zich aan bij dit concept. Het gaat niet zozeer om de descriptieve inhoud dan wel om de dynamische invloed van de symptomen. Duiding van de symptoominhoud staat dan ook niet op de eerste plaats, mede omdat één interpretatie de multiple inhoud niet kan dekken. In de relatie met de therapeut herhaalt de schizofreen de interpersoonlijke ervaringen van zijn voorafgaand leven. De exploratie en clarificatie van de schizofrene angst en symptomen zoals deze in de relatie patiënt-therapeut ontstaan, vormen het integrale deel van de psychotherapie, evenals bij neurotici. Er zijn echter modificaties nodig.

Hoewel Frieda Fromm-Reichmann wijst op het belang van non-verbale communicatie, geduld en liefde in de therapie, legt zij tevens de nadruk op het vermijden van niet-professionele warmte. Immers de schizofreen kan vaak geen nabije relatie aan uit vrees voor teleurstelling; deze vrees remt daarbij de uiting van vijandige gevoelens en indien geuit ontstaat er excessieve schuld; nabijheid kan leiden tot vergroting van psychotische angst de eigen identiteit te verliezen; bovendien is de schizofreen zeer gevoelig voor gefingeerde warmte. Het basisprincipe in de therapie volgens Frieda Fromm-Reichmann is het zich richten naar het volwassen deel van de patiënt, hoe gestoord hij ook is.

3.1.3 — PAUL FEDERN (44, 5,6, 51), een van de eerste leerlingen van Freud, meende (in tegenstelling tot Freud) dat schizofrenie en slaap gekenmerkt zijn door afname van ego-libido in plaats van toename. Door verlies van ego-cathexis ontstaan ego-stoornissen. Hallucinaties en wanen zijn dan ook geen pogingen om de realiteit te bereiken, maar aanwijzingen voor primaire ego-laesie. Door de afname van ego-libido ontstaat er ook een verlies van cathexis aan de 'ego-boundary' (deze term werd door Federn ingevoerd). Federn toonde aan dat sterke overdracht tot stand kon worden gebracht. Ten aanzien hiervan deed hij vier suggesties, namelijk:

- geen vrije associaties;
- geen analyse van positieve overdracht;
- geen provocatie van overdrachtsneurose;
- geen analyse van weerstanden die de repressie handhaven.

Daar de ego-grenzen zwak zijn, moet het ego beschermd worden voor in- en uitwendige stress. Interpretaties worden dan ook aangeboden om het redelijk-ik te versterken. Hij legt de nadruk op realiteit, niet op het onbewuste. De positieve overdracht wordt zorgvuldig in stand gehouden. Het doel in de therapie is een symptomatische re-repressie van het id.

3.1.4 — JOHN N. ROSEN (5, 6, 58, 8, 30, 14, 62) legt de nadruk op conflicten in de orale fase welke verantwoordelijk geacht worden voor de

psychose. In zijn aanpak hanteert hij de traumatische gebeurtenissen uit de jeugd, als waren deze, tengevolge van de regressie van het ego naar een infantiel stadium, nog aanwezig. Gedrag en woorden van de patiënt worden in termen van regressieve infantiele inhoud onmiddellijk geïnterpreteerd. De basishouding van de therapeut is welwillendheid, het 'governing principe' is het vervullen van de rol van liefhebbende, almachtige beschermer en verzorger voor de patiënt, met andere woorden de ideale moeder die de rijping aanmoedigt.

3-1-5 — WEXLER (5,6, 30) doet, evenals Rosen een appèl op het infantiele aspect in de schizofrenie. Hij tracht de ontwikkeling van een volwassen super-ego en ego-ideaal te stimuleren door een ontmoeting op ego-niveau zodat de patiënt hem kan begrijpen. Zijn originele theoretische bijdrage, gedemonstreerd aan één geval, is zijn mening dat de schizofrene patiënt een direct aanbod van bevrediging niet kan verdragen, dus via het superego benaderd moet worden.

3.2 — Engeland

3.2.1. — MELANIE KLEIN (5, 6, 34a, 40, 52) gaat uit van het principe dat de complete persoonlijkheidsstructuur niet pas volledig is bij de oplossing van het Oedipus-complex (zoals Freud aanneemt). Het super-ego ontwikkelt zich volgens haar tegelijk met het ego uit het id. Bovendien zijn zowel ego als superego gevolg van internalisatie van objecten en objectrelaties (welke traumatisch kan zijn).

Het concept is in principe hetzelfde ten aanzien van psychose en neurose. Hieruit volgt de conclusie dat de klassieke psychoanalytische techniek bij de schizofrene patiënt zou kunnen worden toegepast.

3.2.2 — ROSENFELD. Evenals BAK, BION en SEGAL een vertegenwoordiger uit de school van M. Klein (40, 60, 61). In navolging van Melanie Klein wordt de schizofreen behandeld volgens de essentie der psychoanalyse: interpretatie van positieve en negatieve overdracht zonder gebruik te maken van geruststellen of opvoedende maatregelen, en de herkenning en interpretatie van onbewust materiaal van de patiënt. Er ontstaat een overdrachtspsychose. Het succes van de analyse hangt af van het begrijpen van de psychische manifestaties in de overdrachts-situatie.

3.3 — Oostenrijk

3.3.1 — GERTRUD SCHWING (5, 6, 40, 51, 8) publiceerde in 1940 enkele nieuwe gezichtspunten. Zij maakt onderscheid tussen moederlijkheid en moederliefde. In haar omgang met schizofrenen als verpleegster komt zij tot de conclusie dat haar patiënten een moederlijke moeder hadden gemist. Hierop baseert zij haar 'maternage', een poging relatie te leggen en in stand te houden door moederlijke zorg, intuïtie, troost, aanwezigheid. Zij ziet dit echter niet als enig of einddoel van de behandeling, maar veeleer als een voorbereiding, versterking voor eigenlijke analyse.

3.4 — Zwitserland

3.4.1 — MADAME M. SÉCHEHAYE (5, 6, 66, 53, 23, 30, 14, 8, 40, 51). Haar publicatie over haar patiënte Renée (1947) heeft grote invloed gehad, o.a. op scholen die zich later gingen vormen (Fromm-Reichmann, Rosen, Benedetti). Zij noemt haar methode 'réalisation symbolique d'un besoin archaïque', d.w.z. vitale behoeften die de patiënt niet heeft kunnen bevredigen, worden in de persoonlijke en concrete relatie tussen therapeut en patiënt gerealiseerd. De relatie wordt tot universeel symbool. Het magische symbool is in overeenstemming met het regressie-niveau van het schizofrene denken (primaire proces denken) bijv. de appel. De overdracht die ontstaat verschilt significant van de neurotische overdracht. De geregredieerde schizofreen kan voorbij frustraties niet herbeleven noch overwinnen, hij kan zijn reacties op frustratie in het nu niet verstaan in termen van het verleden. Zijn overdracht bestaat simpelweg in de behoefte aan een ideale moeder. Dit impliceert een complete afhankelijkheid, waardoor de patiënt overgaat van de autistische naar de symbiotische fase. Hergroei van het ego en ontwikkeling van de werkelijkheidszin ontstaan door imitatie, introjectie van en identificatie met de moeder-analyticus. Tenslotte differentieert de patiënt zich van de therapeut door een gevoel van eigenwaarde en identiteit. De benadering via symbolen kan zijn waarde hebben omdat de schizofrene behoeften zo schrikbaar en schuldbeladen zijn, dat ze zelden direct worden (kunnen worden) uitgedrukt. Als de infantiele behoeften worden bevredigd, worden de normale ontwikkelingsstadia doorlopen.

3.4.2 — BENEDETTI (13 t.m. 21), leerling van Rosen en van Mme Séchehaye. Hij acht in de psychotherapie met schizofrenen twee punten belangrijk:

- dramatische personificatie tijdens overdracht (vgl. Rosen);
- ontmoeting met de patiënt in preverbale, prelogische, lichamelijke aspecten van het bestaan van de patiënt (vgl. Mme Séchehaye).

3.4.3 — CHR. MÜLLER (51 t.m. 54) sluit zich qua opvattingen aan bij Benedetti.

3.4.4 — BINSWANGER (23, 24, 40) (Daseins-analyse). Vertegenwoordiger van fenomenologie en existentialisme.

Hij benadrukt de inzet aan tijd en persoonlijke overgave van de therapeut. Binswanger legt vooral de nadruk op het 'vécu', de dramatische en diep-menselijke betekenis van de psychose.

3.5 — Frankrijk.

3.5.1 — P. MARGAT, M. SCHWEICH, C. FORZY (47, 63). Deze schrijvers gaan uit van een psychogene oorzaak der schizofrenie. Van belang achten zij het tot stand brengen van een doorleefde relatie zieke-therapeut. Overdracht wordt dan ook geïnduceerd. Deze overdracht komt snel tot stand, is diep en intens. Zij benadrukken de behoefte van

de schizofrene patiënt aan 'complement maternel'. Het ego van de patiënt wordt in de relatie versterkt en verzadigd. Tijdens de therapie ontstaan orale agressiviteit, gepaard gaande met heftige angsten en grote moeite om de agressiviteit te exterioriseren. Via het anale stadium en anale agressie komt de patiënt in het oedipale stadium, dat dan kan worden opgelost.

3.5.2 — RACAMIER (1957-1958) (55, 56). Deze Franse schrijver verdeelt de schizofrene symptomen in twee groepen, namelijk die welke de min of meer directe uitdrukking zijn van de behoeften van de patiënt, en die welke de weigering zich over te geven aan de bevrediging van die behoeften vertalen. Volgens Racamier is het belangrijker de behoeften van de patiënt te begrijpen en dit te laten merken dan deze behoeften te bevredigen. De analyticus moet de patiënt het gevoel geven van een onophoudelijke zekere en warme aanwezigheid.

De analyse omvat noodzakelijk

a — de analyse van de allereerste relatievorming, d.w.z. het proces der identificatie, moeilijkheden bij de incorporatie van het object en de differentiatie ervan;

b — analyse van de impulsieve en defensieve activiteiten, die het Ik van de patiënt meeslepen.

III, OVERZICHT STROMINGEN NA 1960

Par. 1: Globale oriëntatie

Het gros van de publicaties na 1960 is afkomstig uit Amerika. Daarnaast zijn vooral drie Zwitserse schrijvers vertegenwoordigd, nl. Benedetti, Chr. Müller en Mme M. Séchehaye. Ook in andere landen verdiept men zich in het probleem der individuele therapie op psychoanalytische basis. Ik vond drie publicaties uit Scandinavië, twee uit Nederland (J. A. Groen en S. J. R. de Monchy), een uit Oostenrijk, Japan, Canada (H. Azima) en enkele uit Duitsland. Het is moeilijk deze literatuur naar onderwerp in te delen. Naast korte verwijzingen naar de ontwikkeling van de psychotherapie bij schizofrenie gaat de aandacht in het bijzonder uit naar de daaraan ten grondslag liggende concepten en daaruit voortvloeiende technieken. Tevens werden enige pogingen gedaan om door middel van katamnestiche onderzoeken de resultaten van de psycho-analytische behandeling vast te leggen en te beoordelen. De opkomst van de psychofarmaca heeft eveneens invloed gehad op de gang van het onderzoek.

Par. 2: Concepten ten aanzien van ontwikkeling der schizofrenie

2.1 — Amerika

2.1.1 — JOHN ROSEN maakt er een punt van dat zijn werk gebaseerd is op de theorie van Freud, vooral op zijn vroegste opvattingen (zoals neergelegd in 'Traumdeutung', 'Neurose und Psychose') en op de

theorieën van Abraham, Ferenczi en Tausk. In zijn werk 'Direct psychoanalytic psychiatry' van 1962 verandert hij dan ook de naam van zijn methode van 'direct analysis' in 'direct psychoanalysis' (56). Rosen stelt zich op tegenover de meeste neo-Freudianen. Ook andere theorieën over ontstaanswijze van schizofrenie heeft hij niet geïntegreerd met uitzondering misschien van het concept van Federn. Met Melanie Klein stemt hij op enkele punten overeen, met name ten aanzien van haar concept over 'goede' en 'slechte' introjecten en de preoedipale ontwikkeling van het super-ego. In de klinische syndromen ziet hij identificaties met zeer vroege ontwikkelingsfasen. Rosen maakt vooral gebruik van de topografische benadering en interesseert zich minder voor economisch-dynamisch en culturele aspecten. Het ego heeft een genetische origine. Het super-ego ontwikkelt zich vóór het begin van de oedipale fase. Wanneer de problemen van de latere psycho-sexuele ontwikkeling niet kunnen worden opgelost, ontvlucht de schizofreen deze situatie naar infantiele patronen. Het regressief gedrag is dus gemotiveerd door de wens een kind te zijn. De psychose wordt dan één 'droom', waarvan men de symbolen moet trachten te verstaan.

Overigens hangt Rosen de theorie van de 'pan-psychose' aan, dat wil zeggen: aan de verschillende psychotische manifestaties ligt één ziekte ten grondslag. Er is regressie doorheen ieder stadium van de psycho-sexuele ontwikkeling en het klinische syndroom correspondeert met ieder van deze stadia. Iedere schizofrenie zou dus op dezelfde wijze beginnen, nl. doorbreken van verdringing, overspoelende angst, gevolgd door de ontwikkeling van een paranoïd beeld, bij verdere progressie overgaand in hebefrenie en katatonie. Zijn expliciet theoretisch concept bij de 'direct analysis' is dat schizofrenie een direct gevolg is van overspoelende orale behoeften tengevolge van verwaarlozende, afwijzende, inadequate houding van de moeder. (62)

2.1.2 — D. ABSE en J. EWING wijzen in hun publicatie op de dyssymbiotische identificatie van de schizofrene patiënt met zijn moeder. Door verwerping in het vroege leven komt het tot een intensiever introjectieve verdediging. Deze situatie is nog complexer waar de moeder overtoegevend is en zodoende de pogingen van het kind tot individuatie heeft verijld. (1)

2.1.3 HILDE BRUCH tracht een vereenvoudigd denkraam te stellen naast de traditionele psycho-analytische formulering. Volgens deze laatste is het kleine kind uiterst hulpeloos en afhankelijk. Het differentieert geleidelijk de moeder van de omgeving en tevens zichzelf als afzonderlijk wezen door de herhaalde ervaring dat onlustgevoelens verdwijnen door het verschijnen van de moeder. Bij schizofrenen is dit differentiatieproces verstoord, incompleet, onvoltooid. Hilde Bruch meent echter dat een essentiële ervaring in dit model verwaarloosd wordt: het kind, hoe onrijp ook, is niet totaal hulpeloos en afhankelijk. Immers het geeft zélf signalen en aanwijzingen voor de eigen wensen en behoeften. Het

cruciale punt in de bewustwording van deze behoeften is de wijze waarop gereageerd wordt op deze signalen. Hierbij moeten twee gedragsvormen onderscheiden worden, namelijk het gedrag dat *begint* bij het kind en het gedrag als *antwoord* op stimuli van buiten. Kinderlijk gedrag kan dus gezien worden als prikkel of als antwoord. Interactie is wel of niet aangepast, afhankelijk van het feit of dit het overleven en de ontwikkeling van het kind ten goede komt of veronachtzaamt. Voor normaal kinderlijk, menselijk functioneren is de ervaring op beide terreinen onontbeerlijk. Het kind heeft voor zijn normale ontwikkeling een aangepaste respons op zijn signaal, zo leert het tevens zijn verlangens op voor anderen verstaanbare wijze te uiten. Gebeurt dit niet, dan is het kind niet in staat om Ik en niet-Ik te scheiden, het geraakt in verwarring, het is niet in staat onderscheid te maken tussen lichamelijke gewaarwordingen en emotionele reactie. Er ontstaat een defect in het onderscheidingsvermogen.

Vanuit dit schema zou een deel van de basispathologie der schizofrenie begrepen kunnen worden, zoals de alles doordringende passiviteit, het slecht omgrensde zelfbewustzijn, het gestoorde lichaamsschema en abnormale lichaamssensaties, het onvermogen vreugde of eigen activiteit te ervaren, de neiging om te projecteren, het zich gedomineerd voelen door anderen. (28)

2.1.4 — R KOEGLER verwijst naar de theorie van *Federn*: ego-libido neemt deel aan de structuurvorming van het ego. Verlies van egocathexis leidt bijgevolg tot ego-stoornissen. (Dit in tegenstelling tot de conventionele opvatting dat ego-functiestoornissen secundair zijn aan stoornissen in de libido). Wanen en hallucinaties zijn binnen deze opvatting geen poging om de realiteit te bereiken, maar juist een aanwijzing voor de primaire ego-beschadiging.

Volgens Federn is de schizofrenie gekenmerkt door afname van de libido, waardoor de cathexis van de ego-grenzen ook vermindert. Met andere woorden bij schizofrenie ligt de primaire stoornis in het ego. Volgens Koegler is dit denkframe sterk en flexibel genoeg om ruimte te laten aan eventueel nog te ontdekken biochemische en genetische factoren (44, 49).

2.1.5 — BELLAK vermeldt de kennelijke moeilijkheid om systematisch gebruik te maken van de ego-psychologie, die toch in toenemende mate een rol speelt binnen het psycho-analytisch denken. Hij stelt zich het concept ten aanzien van de schizofrenie als volgt voor: het schizofrene syndroom wordt gekarakteriseerd door een globale stoornis in de ego-functie, van verschillende graad en met verschillende etiologie. Iedere schizofrenie heeft een eigen patroon in ego-functiestoornis, welke in termen van de psycho-analytische metapsychologie (Hartmann) kan worden omschreven in kwantitatieve en kwalitatieve patronen of profielen (12, 12a).

2.2 — Zwitserland

2.2.1 — **BENEDETTI**, leerling uit de school van Rosen, wijst op de Ik-zwakke van de schizofrene patiënt en zijn onmacht reflecterend met zichzelf bezig te zijn. Naast deze Ik-zwakke beklemtoont hij de diepe regressie van zowel Es als Ueber-Ich, welke de symptomatologie bepaalt. De schizofrene psychose breekt vaak uit op een belangrijk kruispunt in het leven, de patiënt bevindt zich op een punt, waarop hij nieuwe taken en verantwoordelijkheden op zich moet nemen en af moet zien van infantiele behoeften aan zekerheid en afhankelijkheid. In de regressie zoekt de patiënt een beschermend kader, waarin echter vroeger onbevredigde behoeften aan afhankelijkheid en veiligheid op-leven.

2.2.2 — **MME M. SÉCHEHAYE**. In de genese van de schizofrenie zijn de frustraties pathogeen, niet alleen door hun objectieve ernst, maar ook door hun aard en herhaling, waarbij het uithoudingsvermogen van het subject vaak zeer laag is. Daarenboven is vaak de onmiddellijke omgeving van de toekomstige schizofreen gestoord of inadequaat (moeder schizoid, koud of 'dubbele persoonlijkheid', de vader 'niet verstaand' of dominerend, castrerend). Het kind krijgt een serie meer of minder kleine frustraties te verwerken doordat essentiële behoeften niet of inadequaat worden bevredigd. Soms wordt het kind verpletterd onder te veel affectie, zodat individuatie wordt geschaad. In beide gevallen ontstaat een onverdraaglijke angst, welke hem dwingt tot de opbouw van een afweersysteem. Het ego wordt in de kern aangetast, blijft dus kwetsbaar en niet in staat zich aan te passen, waardoor een verdere evenwichtige uitgroei niet meer mogelijk is. Tengevolge van confrontatie met de verantwoordelijkheden van het leven geeft het ego het dan ook op. De schizofrene patiënt regredieert massaal naar pregenitale ontwikkelingsfasen en bouwt afweermechanismen op tegen de angst voor overspoelende gedissocieerde libidineuze en agressieve impulsen in de angst. Deze afweer houdt echter tevens het wegebben van de verlangens tegen, omdat de moeder, die tot super-ego is geworden, de bevrediging heeft geweigerd. Door de afweer en de schuldgevoelens raakt de patiënt ontredderd en ondoordringbaar, hij wordt autistisch. Deze instinctief-affectieve regressie gaat gepaard met regressie van alle psychische waarnemings- en ken-functies. Vanuit deze regressie ontstaan primitieve gedachten, symbolische spraak, projecties en presymbolische magie. Volgens Mme Séchehaye zijn deze processen omkeerbaar (zie verder). (6)

In het Ik van de schizofrene patiënt onderscheidt Mme Séchehaye drie delen, onderling afhankelijk en elkaar beïnvloedend:

1 — het autonome, volwassen Ik, dat zich van de situatie bewust kan zijn. Dit Ik moet bij de inzet van de psychose de angst onder ogen zien door de eisen van het Es, eisen van het Ueber-Ich en eisen van de realiteit. Vooral de angst de realiteit te verliezen wordt als catastrofaal

ervaren.

2 — Het regressieve Ik. Op dit niveau kan de patiënt magisch symbolisch functioneren, zijn symbolen worden tot symboolbehoeften. Ik-grenzen vervagen. De schizofrene patiënt kan zijn behoeften uiten door projectieve identificatie op objectsymbolen.

3 — Het delirerende Ik. Dit is het verslagen Ik dat het contact met de realiteit heeft verbroken, tevens het overwinnende Ik, dat nu de angst op afstand kan houden. (67)

2.3 — Overige landen

2.3.1 — H. AZIMA (Canada). Zijn concept is als volgt: Bij alle psychopathologische toestanden, zonder voorafgaand extern trauma in de pregenitale ontwikkeling, vormen problemen rond oraliteit en orale object-relaties het kernconflict. Het centrale punt in de psychogenese van schizofrenie is het blijven bestaan van herinneringssporen ten gevolge van frustrerende ervaringen in de relatie tot de moeder, dat wil zeggen vorming van 'slecht super-ego' of 'slecht introject'. Het ontstaan van een slecht introject in de eerste levensdagen en -maanden heeft een verkeerde ego- en superego ontwikkeling tot gevolg. Volgens Klein is de introjectie van de 'goede borst' essentieel voor de vorming van een adequate ego-kern. He overheersen van de slechte borst over de goede schaadt de vorming van die kern. (8)

Dit concept heeft duidelijke consequenties voor de techniek.

2.3.2 — H. BACH sluit aan bij de klassieke opvatting van Freud, zoals beschreven in II par. 1. Hij benadrukt dat niet alleen de reële object-bezetting wordt opgegeven maar ook de onbewuste representanten van de objecten, die zich in het ego bevinden. Het gevolg is dat het ego zijn fundament verliest; zo is het gevoel van sterven, verdwijnen en de leegheid van de schizofreen te begrijpen, alsook zijn innerlijke en uiterlijke destructie met herstpogingen om toch nog enige respons van de wereld te krijgen eventueel via symbolen.

Volgens Bach verschilt schizofrenie zowel kwalitatief als kwantitatief van de neurose, met andere woorden een andere vorm van benadering in de therapie is aangewezen. (9)

Par. 3: Techniek

Alle pogingen om schizofrenen op basis van de psycho-analytische theorie te benaderen, zijn te verdelen in twee hoofdgroepen:

3.1 — Allereerst de *klassieke psycho-analyse*. Deze wordt toegepast door hen die geen essentieel verschil aanvaarden tussen neurose en psychose. Vooral de Britse school heeft vastgehouden aan de klassieke techniek (Klein, Rosenfeld, Bion, Winnicott). De enige modificatie is dat de patiënt niet in liggende houding wordt behandeld, deze situatie is voor de schizofreen te bedreigend (zie verder II, par. 3.2.2.).

Ook de aanpak op basis van de ego-psychologie theorie (Hartmann, Eissler, Bach etc.) valt binnen de psycho-analytische techniek in eigenlijke zin, hoewel enige modificatie wordt toegestaan.

3.2 — *Gewijzigde psycho-analytische technieken.* Deze technieken werden ontwikkeld toen bleek dat veel schizofrene patiënten niet reageerden op de klassieke benadering. Deze verschillende methoden kunnen worden ondergebracht in drie hoofdrichtingen, naar gelang de nadruk welke tijdens de therapie gelegd wordt op ego, super-ego of id.

3.2.1. — *Ego-gerichte technieken.* Hierbij wordt getracht het ego te versterken, dat wil zeggen men tracht eerder te herstellen dan te ontdekken en te exploreren.

— Vertegenwoordiger van deze richting is Federn met zijn 're-repressie van het id'.

— Benedetti omschrijft zijn methode als volgt:

(a) verbetering van het zieke Ik door voortdurend benadrukken van zijn waarde en verdediging tegen miskende aanspraken, door symbolische bevrediging van grondbehoeften bij sterke regressie, door actief 'in Fragestellung' van alle innerlijke en uiterlijke instanties waaronder de patiënt te lijden heeft en door zich te verplaatsen in en het uitspreken van het 'onrecht' dat de patiënt in zijn leven heeft ervaren.

(b) Voorzichtigheid met de analyse van de weerstand, eventueel zelfs de weerstand ondersteunen die patiënt nodig heeft om met ons te kunnen bestaan en een identiteit te vinden, bijvoorbeeld het interpreteren van mutisme als uiting van de behoefte van de patiënt rust te hebben en de aanwezigheid van de ander te proeven.

(c) Een bijzondere wijze van duiden, d.w.z. minder reductief genetisch dan in de neurosetherapie, minder terugvoerend naar angstverwekkende complexen en oorzaken in het verleden, maar een poging om in het heden te blijven, met de patiënt de constructieve aspecten in het nú te bespreken in zijn eigen symbolispraak. Benedetti geeft aan dat hiervoor de nodige oefening nodig is; de therapeut is al te gauw geneigd meer te verstaan dan de patiënt hem in feite aanreikt.

Tevens benadrukt hij de invloed van de persoon en de rijpheid van de therapeut op het therapeutisch verloop. Benedetti accepteert de combinatie van psychotherapie met farmacotherapie. Het tijdsbesparend farmacon kan tevens tot symbool worden, hetgeen de continuïteit in de therapie bevordert. Overigens vindt deze onderzoeker het raadzaam psychotherapeutische bemoeienissen vooral te richten op jonge schizofrenen die nog plastisch zijn en op schizofrene randvormen. (18)

— Tot dezelfde richting behoren Sullivan, Arieti en Frieda Fromm-Reichmann. Bellak beschrijft dezelfde aanpak als het inschakelen van het overgebleven intacte deel van de persoonlijkheid om die ego-functies, welke verloren zijn door regressie, weer te versterken. Frieda Fromm-Reichmann noemt dit het appèl op het volwassen deel van de patiënt. Zij trachtte dan ook het initiatief in de duidingen steeds meer

aan de patiënt over te laten.

Arieti spreekt over de relatie op persoonlijk niveau, een 'ik-jij relatie'. Deze kan slechts ontstaan als er een atmosfeer is van 'basic trust' (zie Erikson). Deze atmosfeer ontstaat: door een houding van actieve intensieve interventie; door het aanbieden van geruststelling middels therapeutische interventie; door aanvankelijk korte interpretaties, pas later dieper gaand; non-verbale handelingen kunnen belangrijk zijn.

Wanneer deze 'basic trust' tot stand gekomen is, kan de therapeut door zijn interpretaties aan de patiënt inzicht geven in de basisdynamiek van zijn leven en zijn patronen van denken, voelen en handelen. Arieti interpreteert zowel de psychotische mechanismen in de relaties waarin de patiënt functioneert als de dynamiek (zoals bij neurose).

3.2.2 — *Technieken gericht op het super-ego.* Deze techniek wordt vooral toegepast door Rosen en Wexler (zie II, 3.1.4 en 3.1.5). Deze directe benadering wordt door Scheflen als volgt samengevat:

A — het 'governing principle' (zie II, 3.1.4);

B — directe interpretatie, d.w.z. interpretatie van de overdracht, controle van de door de interpretatie losgemaakte agressie;

C — bepaalde therapeutische opzet van het milieu, aansluitend aan de toegepaste verbale therapie;

D — deelname aan de psychose, d.w.z. een figuur in de psychose worden; de patiënt gezelschap houden in zijn ellende, zijn psychotische realiteit aanvaarden, magische handelingen en gebaren;

E — terugkeer naar realiteit via 'reductio ad absurdum' (de patiënt confronteren met het absurde in zijn gedrag), de toestemming om uit te ageren, gepaard met het hanteren van de agressie; via rollenspel een stuk psychose laten herbeleven.

Zo ontstaat de z.g. *neoneuroticus* die dan poliklinisch door een andere therapeut wordt begeleid. (62)

3.2.3 — *Technieken gericht op het id.* Hieronder vallen alle wijzen van behandeling waarin de 'mothering' van de schizofrene patiënt wordt benadrukt. De psychotische processen verdwijnen als de patiënt een goed object, een goede moeder, ontmoet. Via een dynamische transformatie kan hij dan terugkeren tot de realiteit en zichzelf. In deze groep horen allereerst de namen van Mme Séchehaye en G. Schwing thuis. Mme Séchehaye ziet het hele probleem in het vinden van een relatie waarin de patiënt zich begrepen voelt op het niveau van zijn regressie, slechts op dat niveau kan er gratificatie optreden van essentiële behoeften. Door de fusie die de psychoticus, in het orale stadium, zoekt met de therapeut-moeder, gaat hij de eigen behoeften zien in hun ware gedaante. De patiënt vindt liefde in een archaïsche vorm, krijgt zodoende kracht om terug te groeien naar realiteit, met andere woorden een nieuw ego op te bouwen. Het accent in de therapie ligt dus niet op begrippen over kracht en weerstand, actie en reactie, maar op concepten over behoeften, angst, bevrediging. Mme Séchehaye meent dat

moderne psychotherapie meer en meer de kant van werkelijk humanisme uitgaat. Hierin stemt zij overeen met B. Wolman, die in zijn studie 'Vectoriasis praecox or the group of schizophrenics' de houding van de therapeut als liefdevol, toegewend en toegewijd, begrijpend, 'vectorial' beschrijft. Tenslotte dienen binnen deze benadering de namen genoemd te worden van Wittkower, Latendresse en Azima. Zij ontwikkelden een therapeutische procedure waarin aan de patiënten objecten werden aangeboden identiek aan of symbolisch voor primaire orale en anale objecten. Een poging om basale behoeften, vooral op oraal en anaal vlak, alsnog te bevredigen, d.w.z. een poging om de schizofreen op het niveau van zijn regressie te bereiken. (8)

Par. 4: Katamnestiche onderzoeken

4.1 — Amerika

In 1960 beschrijft KOEGLER een 5-jarige follow-up na een gemodificeerde analyse volgens inzichten van Federn, plus rollenspel. Ondanks persisterende E.E.G.-stoornissen bleek het psychisch resultaat blijvend. Koegler meent dat iedere psychotherapeutische aanpak in de acute fase van schizofrenie slechts effectief kan zijn, indien deze non-verbaal is en op enigerlei wijze basale behoeften vervult. (44)

FELDMAN publiceert in 1961 het resultaat van een enquête over meer dan 150.000 opgenomen schizofrenen in meer dan 300 inrichtingen. Slechts bij minder dan 1% werd hypnotherapie of psychotherapie toegepast.

Er bestaat consensus over farmacotherapie als de beste behandeling. Aan psychotherapeutische aanpak alléén wordt weinig waarde gehecht. Psychotherapie wordt slechts als waardevol gezien in combinatie met somatische therapie. (34)

In hetzelfde jaar publiceert BOYER het resultaat van een geslaagde psycho-analytische behandeling. Boyer legt de nadruk op de rol van de persoon van de therapeut en diens tegenoverdracht. (26) Dezelfde nadruk op de invloed van de persoonlijkheid van de therapeut op de therapie is terug te vinden in een onderzoek van B. J. BETZ in 1963, dat voortbouwt op een identiek onderzoek van Whitehorn en Betz in 1954. Er worden A- en B-therapeuten onderscheiden. A-therapeuten richten volgens de Strong Vocational Interest Inventory hun belangstelling zoals een jurist. B-therapeuten zouden meer overeenkomst vertonen met de leraar natuurwetenschappen. Vooral bij moeilijke patiënten zouden A-therapeuten groter succes boeken.

Het onderzoek is gebaseerd op 73 patiënten waarvan 40 door B- en 33 door A-therapeuten werden behandeld. (22)

Een follow-up van vijf jaar van 51 patiënten, behandeld volgens de methode van Rosen, wordt beschreven door BOOKHAMMER, MEYER en SCHOBBER in 1966. De leeftijd van deze patiënten lag tussen 15 en 35 jaar. Daarnaast een controlegroep van 19 patiënten. Als criteria voor

verbetering namen de onderzoekers aan:

- verandering in objectieve en subjectieve symptomen;
- houding van patiënt ten opzichte van zichzelf: verandering in angst, depressie, zelfaanvaarding, toekomstverwachting;
- houding ten opzichte van anderen: verandering in graad van emotionele belangstelling in anderen, verbetering van relatie met familieleden, sociabiliteit, vriendelijkheid;
- gedachtenwereld: verandering in het totaal en de aard van het waanachtig denken, de betrokkenheid op reële problemen;
- werkprestaties: verandering in hoeveelheid werk en de accuratesse daarbij;
- hoeveelheid tijd besteed buiten het ziekenhuis.

De conclusie uit dit onderzoek was, dat de groep patiënten behandeld met 'direct analysis' geen significant betere resultaten vertoonde dan de controlegroep. (25)

Uit 1967 dateert de publikatie van een onderzoek van GRINSPOON met commentaar door J. Cole, H. Hoff, PHILIP MAY, H. STRUPP, El. Zetzel en L. Hollister. Deze studie betreft 10 patiënten welke gedurende 21 maanden met psychotherapie werden behandeld en vijf patiënten welke tevens thioridazine toegediend kregen gedurende 16 maanden, vervolgens drie maanden een placebo, en dan weer thioridazine. De conclusies van Grinspoon luiden:

- psychotherapie, zelfs door ervaren therapeuten, biedt weinig uitzicht voor chronische schizofrenen, althans binnen twee jaar;
- een langer durende psychotherapie is zelden uitvoerbaar wegens de investering aan tijd en geld. Het nut van een dergelijke therapie wordt zodoende tot een academische vraag;
- toedienen van fenothiazines tijdens psychotherapie helpt om de bloeiende symptomatologie te reduceren en om de patiënt meer bereikbaar te maken voor contact;
- een maximale kans op succes in de behandeling van chronische schizofrenie ligt in een multidimensionale aanpak, waarbij psychofarmaca de basis vormen van het behandelingsplan.

Opgemerkt dient te worden dat Grinspoon van mening is dat schizofrenie een genetisch bepaalde 'enzymopathie' is, die in aanvang en verdere uitbloei beïnvloed wordt door de psychodynamische ontwikkeling van de persoonlijkheid.

In het commentaar wijst Hoff op de waarde van therapeutische gemeenschap en resocialisatie. Strupp benadrukt evenals Grinspoon, dat langdurige psychotherapie voornamelijk wetenschappelijke waarde heeft; hij ziet echter wel mogelijkheden voor de toekomst, die hij overigens niet verder omschrijft.

De studie van PHILIP MAY, okt. 1969, is een samenvatting van zijn uitgebreide werk 'Treatment of Schizophrenia.' Zijn mening is duidelijk: orthodoxe psycho-analyse is niet aangewezen voor de gehospitaliseerde

schizofreen. In de behandeling zal de toediening van psychofarmaca, die het ego-functioneren herstellen, tot groter inzicht leiden dan alleen psychotherapie. May ziet echter alleen een indicatie voor een individuele psychotherapie door een begaafd therapeut als research-techniek. Als optimaal program stelt May voor: behandeling met geneesmiddelen, milieu-therapie, en na overleg psychotherapeutische begeleiding. (48)

In een kritische notitie benadrukt GRINSPON de overeenkomst en uitslag van twee verschillend opgezette onderzoeken, nl. die van May en hemzelf. Hij meent dat gunstige resultaten meer het gevolg zijn van de juiste patiënt bij de juiste therapeut. Grinspon stelt voor om bij schizofrenen met slechte en matige prognose psychotherapie te verlaten. (39)

4.2 — Scandinavië

Uit de Scandinavische vakliteratuur zijn ook enkele resultaten van onderzoeken bekend.

Uit 1960 dateert een publicatie van WALKER en KELLY. Zij vergelijken 44 manlijke schizofrene patiënten, die vanaf 6 maanden na opname psychotherapeutisch werden behandeld, met een controlegroep van 38 patiënten zonder psychotherapie. Als criteria voor verbetering namen zij aan: verbetering der symptomen, het gedrag op de afdeling, ontslag uit de kliniek, aanpassing aan de buitenwereld na ontslag. Er werd tussen beide groepen geen verschil gevonden behalve in de ontslagdatum, die bij de therapiegroep later lag. De schrijvers benadrukken de noodzaak van verder onderzoek (76)

ALANEN beschrijft succes in de behandeling van 26 patiënten. Hij maakt geen essentieel verschil tussen neurose en psychose. Intensieve korte therapie zou minder goede resultaten geven dan een langdurend contact, zelfs als dat niet zeer intensief is. Het is de vraag of Alanen in deze therapieën verder ging dan het aanbieden van steun. (2)

Tenslotte beschrijft UGELSTADT in 1968 de behandeling van twee schizofrene patiënten met een psycho-analytisch georiënteerde ego-ondersteunende therapie. Volgens hem hebben psychofarmaca geen storend effect op de psychotherapeutische relatie, het probleem ligt alleen in de regulatie van de dosis in verband met fluctuaties in de ego-sterkte. (73)

IV, CONCLUSIE

Uit de doorgenomen literatuur (circa 130 opgaven, waarvan er 80 werden bewerkt) valt mij het volgende op: er is een hausse in conceptvormingspogingen en daarop gebaseerde psychotherapieën na circa 1940; een stoot, gegeven door Melanie Klein c.s., werd versterkt door de opzienbarende publikatie van Mme M. Sécheyay. De onderzoekers uit de jaren 1940-1960 doen hun invloed nu nog gelden. Inmiddels is echter de aandacht gegroeid voor milieutherapie (socio-therapie), thera-

peutische gemeenschap, groepstherapie. Een belangrijke verandering is ontstaan door de invoering van de psychofarmaca, waardoor ook andere somatische behandelingswijzen werden verdrongen. Ik krijg de indruk dat voor de jongere onderzoekers de nadruk gaat liggen op de laatstgenoemde wijzen van benadering, en dat individuele therapie naar de achtergrond verschuift, behalve wellicht in klinieken waar de research naar verdere uitbouw van het concept nog kan worden toegepast. Een en ander vinden we bevestigd in het 'Special Report on Schizophrenia' door L. R. Mosher e.a. April 1970. (80)

In de bovengenoemde vormen van therapie, welke weer in het centrum van de belangstelling komen, gaat men veelal uit van concepten, die ontstaan zijn op psycho-analytische basis. Het uitwerken hiervan valt echter buiten het onderwerp van deze studie.

SUMMARY

The purpose of this report was to give a stock-taking of publications concerning individual psychotherapy on analytic base with schizophrenic patients since 1957. However on behalf of the clearness it seemed to be necessary to recede somewhat.

Two periods have been examined, namely from about 1940-1960 and the period after 1960.

Apart from a subdivision according to country of origin, efforts were made to differentiate the applied techniques.

Finally after studying the katamnestic subdivisions, it was clear that the use of psychofarmaca caused a big change, so that forms of individual therapy shift to the background. Meanwhile the attention for other forms of therapy is growing such as milieuthérapie, familytherapy, grouptherapy, based on psychodynamic concepts.

LITERATUUR

- 1 Abse, D. W. en J. A. Ewing, 'Some problems in psychotherapy with schizophrenic patients.' *Amer. J. Psychotherapy*. XIV, no. 3 (1966).
- 2 Alanen, Y. O., 'Erfahrungen aus der supportiven Psychotherapie mit Schizophrenie Patienten.' *Nord. Psychiat. T.*, 16 (1962) 443-456. (Zentralblatt f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 176, no. 1 (1964), 63-64).
- 3 Alger, I., 'Therapy with schizophrenic patients.' *Amer. J. Orthopsychiat.* 30, no. 3 (1960) 521-528.
- 4 Arieti, S., 'Introductory notes on the psychoanalytic treatment of schizophrenics.' *Psychotherapy of the psychoses*. Ed. Arth. Burton, N.Y. Basic Books, 1961.
- 5 Arieti, S., 'Psychotherapy of schizophrenia.' *Arch. Gen. Psychiat.* 6 (1962), no. 2, 112-123.
- 6 Auerbach, A. H., 'A survey of selected literature on psychotherapy of schizophrenia.' Appendix A in: *A psychotherapy of schizophrenia: direct Analysis*. A. E. Schefflen. Ed. Ch. Thomas, Ill. U.S.A. 1961.
- 7 Azima, H.; E. D. Wittkower en L. LaTendresse, 'Object relations therapy in schizophrenic states.' *Amer. J. Psychiat.* 115, no. 1 (1958) 60-63.

- 8 Azima, H., 'Objectrelationstherapie, of schizophrenic states: technique and theory.' *Psychotherapy of schizophrenic and manic-depressive states*. Ed. H. Azima and B. Glueck. *Psychiatric research reports of the American Psychiatric Association*, no. 17, 1963.
- 9 Bach, H., 'Bemerkungen über die Indikation zur Unterbringung in der Klinik bei ambulanter psychoanalytischen Behandlung von Schizophrenen.' *Z. Psychotherap. u. Med. Psychol.*, 16, no. 3 (1966) 94-105.
- 10 Bally, G., 'Gedanken zur psychoanalytischen orientierten Begegnung mit Geisterkranken.' *Psyche*, 10, no. 7 (1956) 437-447.
- 11 Beese, F., 'Erfahrungsbericht über Psychotherapie von Psychosen in Zeitraum von 1952-1964 in einer kleineren psychiatrischen Klinik.' In: *Psychotherapie der Schizophrenie*. 3e Symposium internat., Lausanne 1964. Ed.: Müller en Benedetti.
- 12 Bellak, L., *Schizophrenia, a review of the syndrome*. Ed. L. Bellak, Logos Press, N.Y., pl. 64, pp. 279-355.
- 12a Bellak, L., 'The treatment of schizophrenia and psychoanalytic theory.' *J. nerv. and ment. Dis.*, 131, no. 1 (1960) 39-47.
- 13 Benedetti, G., 'Psychotherapie einer Schizophrene.' *Psyche*, 8, no. 1 (1954/1955) 1-16.
- 14 Benedetti, G., 'Propos de l'accès, psychothérapeutique au monde du schizophrène.' *L'Evolution psychiatrique*, I (1955) 145-157.
- 15 Benedetti, G., 'Psychotherapie eines Schizophrenen.' *Psyche*, 9, no. 1 (1955/56) 23-41.
- 16 Benedetti, G., 'Grundprobleme der Psychotherapie bei Schizophrenen.' *Therapeutische Fortschritte in der Neurol. u. Psychiatrie*, (1960) 364-378.
- 17 Benedetti, G., 'Analogien zwischen Kinderpsychotherapie und Psychotherapie mit regredierte Schizophrenen Erwachsenen.' *Acta Paedopsychiat.* 29 (1962) 320-330. *Ref. in Nervenarzt*, 34 (nov. 1963) 518-519.
- 18 Benedetti, G., 'Entwicklung der Psychotherapie Schizophrener.' *Z.f. Psychoter. u. med. Psychol.*, 12 (1962) 59-62.
- 19 Benedetti, G., 'Le problème de la regression psychotique dans la psychothérapie individuelle.' *Psychotherapie de la Schizophrenie*. 3e Symposium internat. Lausanne 1964. Ed. Müller, C., Benedetti, G.
- 20 Benedetti, G., *Klinische Psychotherapie*. Bern, 1964.
- 21 Benedetti, G., 'Prognostische Gesichtspunkte zur Psychotherapie Schizophrener Psychosen.' *Z. Psychother. u. med. Psychol.*, 15 (1966) 61-69.
- 22 Betz, B. J., 'Differential success rates of psychotherapists with 'process' and 'non-process' schizophrenic patients. *Am. J. Psychiat.* 119, no. 11 (1963) 1090-1092.
- 23 Binswanger, H., 'Zur Theorie und Praxis der Psychotherapie Schizophrener.' *Z. f. Psycho.som. Med.*, I, no. 4 (1954/55) 253-260.
- 24 Binswanger, H., 'Die Psychiatrie und der Psychiater. Rückblick auf den internationalen Kongress für Psychiatrie 1957 in Zürich, und Ausblick zur Psychotherapie der Schizo-

- phrenen. *Z. f. Psycho-som. Med.* 4, no. 4 (1958) 268-275.
- 25 Bookhammer, R. S.;
R. W. Meyer en
C. C. Schober,
26 Boyer, L. B.,
27 Boyer, L. B.,
28 Bruch, Hilde,
29 Carp, E. A. D. E.,
30 Cholden, L.,
31 Diethelm, O.,
32 Eicke, D.,
33 English, O. S.,
34 Feldman, P. E.,
34a Fischer, A. A.,
35 Fromm-
Reichmann, Fr.,
36 Fromm-
Reichmann, Fr.,
37 Fromm-
Reichmann, Fr.,
38 Grinspoon, L.;
J. Ewalt en R. Shader,
39 Grinspoon, L.,
40 Groen, J. A.,
40a Hartmann, H.,
- 'A five year clinical follow-up study of schizophrenics treated by Rosen's direct analysis. *Am. J. Psychiat.* 123., no. 5 (1966) 602-605.
- 'Psychoanalytic treatment of schizophrenia.' *Int. J. Psychoanal.* 42, no. 4/5 (1961) 389-404.
- 'Freuds Beitrag zur Psychotherapie der Schizophrenie.' *Psyche*, 21, no. 12 (1967) 869-895.
- 'Psychotherapie with schizophrenics.' *Arch. Gen. Psychiat.* 14, april (1966) 346-351.
- 'Psychotherapeutische mogelijkheden bij schizofreen gestoorde.' *Ned. T. v. Gen.*, 103, no. 13 (1959) 657-660.
- 'Observations on psychotherapy of schizophrenia.' In: *Progress in psychotherapy*, New York, 1956, 239-247.
- 'The psychopathologic basis of psychotherapy of schizophrenia.' *Am. J. Psychiat.* 111, no. 6 (1954/55) 422-425.
- 'Probleme der Indikationsstellung zur Psychotherapie Schizophrener in der klinischen Arbeit unter Berücksichtigung moderner sozial-psychiatrischer Aspekte.' *Z. f. Psychother. u. med. Psychol.* 16. no. 2 (1966) 70-78.
- 'Clinical observations on direct analysis.' *Compreh. Psychiatry*, 1, no. 3 (1960) 156-164.
- 'Inquiry into the use of psychotherapy for hospitalized schizophrenics.' *Am. J. Psychiat.* 11, no. 5 (1961) 405-410.
- 'Over beschreven gevallen van schizofrenie, die door psychotherapie genezen zouden zijn.' (1957). *Niet gepubliceerd.*
- Principles of intensive psychotherapy*. Ther. University of Chicago Press, 1950. pp. 19, 20, 27, 47, 53, 54, 61, 86, 87, 94-96, 101, 110, 115, 145, 199, 212, 223.
- 'Psychotherapy of schizophrenia.' *Am. J. Psychiat.* 111, no. 6 (1954/55) 410-419. (Ook opgenomen in: *Psycho-analysis and psychotherapy*. Selected papers of Fr. Fromm-Reichmann. Ed. by Dexter M. Bullard, 1959).
- 'Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia.' *Psychiatry*, 21, no. 1 (1958) 1-7. (Ook opgenomen in: *Psycho-analysis and psychotherapy*. Sel. Papers of Fr. Fromm-Reichmann. Ed. Dexter M. Bullard, Chicago Press, 1959).
- 'Longterm treatment of chronic schizophrenia.' *Int. J. Psychiat.*, 4, no. 2 (1967) 116-141.
- 'The utility of psychotherapy in schizophrenia.' *Int. J. Psychiat.*, 8, no. 4 (1969) 727-729.
- 'Mogelijkheden van individuele psychotherapie bij schizofrenen.' *Schizophrenie-Symposium*, 1963, Utrecht. Sectie III: Psychotherapie. ('Possibilities of individual psychotherapy in schizophrenics.' *Psychiat. Neurol. Neurochir.*, 67 (1964) 130-136).
- 'Contribution to the metapsychology of schizophre-

- 41 Hill, L., 'Psychotherapeutic intervention in schizophrenia. Univ. of Chicago Press, 1955.
- 42 Hoedemaker, E. D., 'Preanalytic preparation for the therapeutic process in schizophrenia.' *Psychiatry*, 21, no. 3 (1958) 285-293.
- 43 Horwitz, W. A.; P. Polatin; L. C. Kolb en P. H. Hock, 'A study of cases of schizophrenia treated by 'direct analysis'.' *Am. J. Psenchiat.* 114, no. 9 (1958) 780-784.
- 44 Koegler, R. R., 'Psychotherapy of schizophrenia.' *Am. J. Psychotherap.* 14 (1960) 648-665.
- 45 Kurosowa, R., 'Psychotherapie und Rehabilitation bei chronischen Schizophrenien.' Ref. in: *Z. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, 188 (1967) p. 6.
- 46 Lindinger, H., 'Zur Frage der Prinzipien, einer Psychotherapie schizophrener Psychosen.' *Nervenarzt.* 37e Jrg. april (1966) 168-173.
- 47 Margat, P., 'Détail d'une psychothérapie de schizophrène. *l'Evolution psychiatrique*, 3 (1956) 717-749.
- 48 May, Ph. R. A., 'The hospital treatment of the schizophrenic patient.' *Int. J. Psychiat.*, 8, no. 4 (okt. 1969).
- 49 Monchy, S.-J. R. de, 'Pogingen tot psychotherapie bij schizophrénie.' *Ned. T. v. Gen.* 104, no. 2 (1960) 1449-1454.
- 50 Müller, Chr., 'Ueber Psychotherapie bei einem chronischen Schizophrenen.' *Psyche*, 9, no. 6 (1955/56) 350-369.
- 51 Müller, Chr., 'Die Pioniere der psychoanalytischen Behandlung Schizophrener.' *Der Nervenarzt*, 29, no. 10 (1958) 456-462.
- 52 Müller, Chr., 'Psychotherapie'. In: *Die Therapie der Schizophrenen. Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 2, Berlin, Springer, 1960, pp. 58-69.
- 53 Müller, Chr., 'Die Psychotherapie Schizophrener an der Züricher Klinik. Versuch einer vorläufigen katamnestischen Uebersicht.' *Nervenarzt*, 32, no. 8 (1961) 354-369.
- 54 Müller, Chr., en D. Masson, 'La psychothérapie clinique des schizophrènes.' *l'Evolution psychiatrique*, 28, fasc. 4, (1963).
- 55 Racamier, P. C., 'Sur les conditions techniques d'application de la psychanalyse aux schizophrènes.' *Acta Psychotherap.* 5, no. 2 (1957) 29-46.
- 56 Racamier, P. C., 'Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique.' *l'Evolution psychiatrique*, 2 (1958) 445-499.
- 57 Rogers, C., *The therapeutic relationship and its impact? A study of psychotherapy with schizophrenics.* Ed. Carl Rogers, 1967.
- 58 Rosen, J. N., *Psychotherapie der Psychosen. Direct psychoanalytic psychiatry.* (orig.). Hippocrates-verlag, Stuttgart, 1962.
- 59 Rosen, J. N., 'Psychotherapy and schizophrenia.' *Int. J. Psychiat.*, 8, no. 4 (1969) 748-752.
- 60 Rosenfeld, H. A., 'Zur psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie.' *Psyche*, 9, no. 3 (1954/55) 161-171.
- 61 Rosenfeld, H. A., 'Notes on the psycho-analysis of the superego conflict in an acute schizophrenic patient.' In: *New directions in psycho-analysis*, ed. by M. Klein, P. Heimann, R.

- Money-Kyrle, 1955, p. 180-220.
- 62 Scheflen, A. E., *A psychotherapy of schizophrenia: direct analysis.* Ed.: Ch. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A. 1961. Section III: Discussion and theory, pp. 209-240.
 - 63 Schweich, M.;
P. Margat en
C. Forzy,
64 Schweich, M., 'A propos de la psycho-thérapie à caractère psychanalytique des schizophrènes.' *l'Evolution psychiatrique*, II (1955) 359-394.
 - 65 Séchehayé, M. A., 'Données cliniques et approche psycho-analytique de la schizophrénie.' *La Psychanalyse*, vol. 2 (1956) 197-219. Paris.
 - 66 Séchehayé, M. A., *Symbolic realization. A new method of psychotherapy applied to a case of schizophrenia.* New York, Int. Univ. Press, 3e druk, 1960.
 - 67 Séchehayé, M. A., 'Introduction.' In: *Psychotherapy of psychoses.* Ed. A. Burton. New York, Basic Books, 1961.
 - 68 Semrad, E., 'Les divers aspects du Moi schizophrénique.' In: *Psychothérapie de la schizophrénie*, 3e Symposium international, Ed.: G. Müller en G. Benedetti, Lausanne, 1964.
 - 69 Speer, E., 'The treatment process.' *Am. J. Psychiat.* III, no. 6 (1954/55) 426-427.
 - 70 Staehelin, B., 'Zur Frage der Psychothérapie bei Schizophrenie.' *Acta Psychotherap.*, 4, no. 2 (1956) 101-106.
 - 71 Stierlin, H., 'Aus der Psychotherapie einer Schizophrenie.' *Acta psychotherap.*, 3 (1955) 341-360.
 - 72 Sullivan, H. S., 'Schizophrenie Behandlung in der Klinik. Zur psychotherapeutischen Technik.' *Psyche*, 11, no. 7 (1957) 459-471.
 - 73 Ugelstad, E., *Clinical studies in psychiatry.* New York, Norton, 1956, oo. 145-192; 304-379.
 - 74 Tedeschi, G., 'Longterm psychotherapy with two schizophrenic patients.' *Acta psychiatrica Scandinavica*, suppl. 203 (1968) 183-189.
 - 75 Vögyesi, F. A., 'Psychothérapie de la réalisation mythologique chez les schizophrènes. Considérations à la lumière de la psychologie du profond (Jung).' *Acta Psychotherap.*, 7, no. 1 (1959) 64-72.
 - 76 Walker, R. G., en
F. E. Kelly, 'Schizophrenie, schizoïde Psychopathien und deren 'Hypnosetherapie.' *Acta Psychotherap.*, 7, no. 1 (1959) 36-54.
 - 77 Whitaker, C., 'Shortterm psychotherapy with hospitalized schizophrenic patients.' *Acta Psych. Neurol. Scand.*, 35, no. 1 (1960) 34-57.
 - 78 Whitehorn, J. C., *Psychotherapy of chronic schizophrenic patients.* Sea Island Conference, ed. by Carl Whitaker, London, 1958.
 - 79 Wolman, B. B., 'Hateful self-distrust? A problem in the treatment of schizophrenic patients.' *Am. J. Psychiatry*, 111, no. 6 (1954/55) 420-421.
 - 80 Mosher, Loren R. e.a., *Vectorias praecox or the group of schizophrenias.* Springfield, Illinois, U.S.A., 1966.
 - 80 Mosher, Loren R. e.a., *Special Report on Schizophrenia.* U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service, Health Services and Mental Health Administration National Institute of Mental Health.