

Psychoanalyse en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie

door A. P. M. van Strien

Inleiding

Het is op zijn minst opmerkelijk dat historisch gezien, succesvolle kortdurende analyses stammen uit de eerste decennia van de psychoanalyse, we vinden ze dan ook terug in de literatuur van vóór ongeveer 1915, daarna lijken ze nauwelijks meer voor te komen. (Malan (1963) suggereert dan ook dat de vroege analytici kennelijk het geheim kenden van de korte psychotherapie, maar dit met het toenemen van de ervaring weer hebben verloren. De eerste gedachte die opkomt omtrent deze schijnbare tegenspraak is, dat het succes van deze analyses kan worden omschreven als 'transference cures': de patiënt ervaarde vroegtijdig verlichting van zijn symptomen omdat aan zijn infantiele wensen werd tegemoet gekomen door de analytische situatie, doch dat langduriger follow-up het succes mogelijk illusoir zou maken. Nog afgezien van een ander patiëntenbestand dat zij in behandeling hadden, alsmede zekere primitieve technieken die zij hanteerden, waarbij de dramatische onthulling van traumatische seksuele ervaringen een rol speelde, kan in ieder geval gezegd worden dat de vroege analytici in hoge mate enthousiast waren (Malan ziet tannend enthousiasme als een belangrijke therapie-verlengende factor).

Vele analytici herkennen bovengenoemd verschijnsel in hun persoonlijke ontwikkeling: enkele dramatische snelle successen in het begin van hun loopbaan, die ze daarna niet meer kunnen herhalen. Het is alsof de ontogenie van de analyticus een versnelde herhaling is van de fylogenie van de analyse.

De enigszins primitieve techniek van de vroege analyses was ook gekenmerkt door de afwezigheid van overdrachtsduidingen, hetgeen een sterk verkortende faktor geweest moet zijn.

Met de veranderde inzichten en de technische en methodische verdieping in de analyse zijn kennelijk een aantal verlengende fac-

toren ingeslopen. Malan (1963) noemt factoren vanuit de patiënt (o.a. weerstand, overdracht, negatieve overdracht verbonden aan het termineren, de overdrachtsneurose en het duiden hiervan, en afhankelijkheid) en factoren vanuit de analyticus (toenemende neiging tot passiviteit en de bereidheid te volgen waar de patiënt leidt, het gevoel van tijdeloosheid dat de patiënt wordt aangereikt, therapeutisch perfektionisme en de toenemende pre-occupatie met diepere en vroegere ervaringen). Ferenczi (1920) was de eerste van Freud's medewerkers die het pessimisme over de toenemende behandelingsduur en de verminderde therapeutische resultaten trachtte af te wenden, vooral door de passiviteit bij de therapeut te vermijden (de meest voorkomende, doch de gedoor de overdracht actiever te cultiveren, door de tijd af te grensmakkelijkst te bestrijden verlengende faktor). Hij deed dit o.a. zen (wat Freud bij de Wolfman al deed), de patiënt rondom een thema tot fantasie te forceren en hem op te dragen dingen te doen of te laten. Ook hier trad dezelfde inflatie op: enige vroegtijdige successen, doch later werd het effect weer minder, zodat Ferenczi tenslotte zijn principes opgaf.

Pas Alexander en French (1946) trachtten zich weer te verzetten tegen wat langzamerhand als onafwendbaar werd gezien: de toenemende duur van analyses. Zij zijn eigenlijk de grondleggers van de 'psychoanalytic therapy', een therapievorm gebaseerd op de psychodynamische principes van de psychoanalyse, die evenwel methodisch en technisch een grote mate van flexibiliteit toont, in contrast met de strakke grondregels van de klassieke analyse.

Met deze mogelijke uitbreiding van het therapeutisch instrumentarium treedt evenwel ook de onduidelijkheid in, getuige de reeks synonieme omschrijvingen voor uit de psychoanalyse voortgekomen therapievormen. 'Synoniem' verwijst naar zinverwantschap, overeenkomst dus, maar ook op verschil: psychoanalytically-based-psychotherapy, psychotherapy on analytic lines, dynamic psychotherapy, explorative psychotherapy, expressive psychotherapy, brief analytical psychotherapy enz. Ik zal de omschrijving 'psychoanalytically-based psychotherapy' hier verder afkorten tot P.B.P., en 'klassieke psychoanalyse' verder '(psycho)analyse' noemen beseffend dat deze op zijn minst in historisch perspectief ook aan verandering onderhevig is geweest en nog is. Met het begrip psychoanalyse bedoel ik dan verder psychoanalyse als vorm van therapie; psychoanalyse als metapsychologie en als methode van onderzoek laat ik buiten beschouwing. In hoeverre nu is psychoanalyse af te grenzen van P.B.P., en welke nuancering is aan te brengen in de veelvormige groep van analytisch georiënteerde psychotherapieën?

Alexander's visie heeft nogal wat tegenstrijdige reacties ontkend, hij werd enerzijds gezien als hoopgevende vernieuwer, anderzijds als dissident. Waarom? Hij durfde de gangbare vooronderstelling te betwisten, dat wat niet orthodox psychoanalytisch was, geen psychoanalyse meer mocht heten. Hij spotte met enkele grondregels, door de setting flexibel te maken, te manipu-

leren met de overdracht en zonodig de weerstand te versterken als dat alles zou bijdragen tot een verbeterde sociale adaptatie van de patiënt. Waarom mocht dit dan niet als psychoanalyse aangeduid worden en moest dit als niet-analytisch benoemd worden? En, om deze vraagstelling te herformuleren: wat maakt een therapie tot psychoanalyse en wanneer mag een therapie geen psychoanalyse meer heten? Of, zoals Stone (1954) zich afvraagt: in hoeverre kan de klassieke analytische methode nog gewijzigd worden, en toch als psychoanalyse, eventueel gemodificeerde analyse beschouwd worden, in tegenstelling tot andere vormen van interpreterende psychotherapie? Betreft het dan kwantitatieve of kwalitatieve verschillen? Deze discussie leidde in 1947 binnen de American Psychoanalytic Association tot de formatie van een 'Committee on Evaluation of psychoanalytic Therapy'. Deze commissie werd in 1952 opgeheven, bleek niet in staat tot een acceptabele formulering te komen waarmee psychoanalyse en P.B.P. te definiëren waren en moest zelfs concluderen 'that a strong resistance to any investigation of this problem existed among the members of the A.P.A. (Report, 1952).

Het zou te gemakkelijk zijn om dit probleem af te doen als een semantische academische vraag, gezien de veelvuldige toepassing van psychoanalyse en P.B.P. Interessant is dat in veel engelstalige psychoanalytische literatuur gesproken wordt van 'psychoanalysis and psychotherapy' en als men stipt wil lezen, wordt de suggestie gewekt dat psychoanalyse als behandelingsvorm niet één van vele therapievormen is, doch iets wat zich niet laat schikken onder deze paraplu.

Twee groeperingen ontstonden langzamerhand:

I – Zij die psychoanalyse en P.B.P. zien als een continuüm zonder demarcatie, zoals vooral Alexander en zijn aanhangers zich voorstellen. Zij zien de standaardtechnieken van de psychoanalyse als basis, waarop per individueel geval variaties mogelijk zijn zoals beperking van de doelstelling, verandering van de formele elementen (vrije associatie, setting, frequentie, tijdsduur), minder aandacht voor de genetische aspecten en inperking of vermindering van de overdrachtsneurose. Zij spreken toch van psychoanalyse omdat in alle gevallen de 'basic psychoanalytical psychodynamic concepts' gehanteerd worden, zij het met kwantitatieve verschillen.

Als psychoanalyse gedefinieerd is door: het confirmeren aan daggelijkse zittingen, vrije associatie zonder interruptie, het gebruik van de divan en het beschouwen van de overdrachtsneurose als onvermijdelijk, dan houdt die definitie te weinig flexibiliteit in volgens Alexander en French (1946). Als er onderscheid gemaakt moet worden, dan moet dit niet liggen tussen klassieke analyse en gemodificeerde analytische technieken, doch tussen analytische (dus ontdekkende) therapie en zogenaamde ego-supportieve therapie, die wil verhullen in plaats van ontdekken (Alexander, 1954 b).

II – Het andere standpunt, vooral verdedigd door Bibring (1954),

Gill (1954), Gitelson (1951) en Rangell (1954), waarin gesteld wordt dat psychoanalyse en P.B.P. beiden onderscheiden entiteiten zijn, een standpunt dat destijds door de meerderheid in de A.P.A. werd aangehangen. Essentie van hun standpunt is, dat alleen van psychoanalyse gesproken mag worden als een volontwikkelde regressieve overdrachtsneurose zo volledig mogelijk wordt opgelost door de techniek van interpretatie (duiden).

Zonder een poging tot definiëring van psychoanalyse en P.B.P. bevinden wij ons op drijfzand; een definitie kan wel niet allesomvattend zijn, doch grenst wel af. Rangell (1954) definieert psychoanalyse als volgt:

'Psychoanalysis is a method of therapy whereby conditions are brought about favorable for the development of a transference neurosis, in which the past is restored in the present, in order that, through a systematic interpretative attack on the resistance which oppose it, there occurs a resolution of that neurosis (transference and infantile) to the end of bringing about structural changes in the mental apparatus of the patient to make the latter capable of optimum adaptation to life.'

Hij stelt, dat als niet alle ingrediënten uit bovenstaande definitie aanwezig zijn, we niet meer mogen spreken van psychoanalyse. 'Dynamic psychotherapy' is dan evenals de psychoanalyse een vorm van therapie, uitgaande van de psychoanalytische grondprincipes, doch waarin de betreffende ingrediënten nooit allen tegelijk, systematisch, consistent en over lange tijd gehanteerd worden.

Als we de definitie van Rangell ontleiden dan herkennen we hierin:

- a de methode: de ontwikkeling van een overdrachtsneurose;
- b de techniek: interpretatie van weerstand en overdracht;
- c het doel: het oplossen van de overdrachtsneurose resulterend in structurele veranderingen der persoonlijkheid.

Ik zal pogen aan de hand van methode, techniek en doel psychoanalyse en P.B.P. verder te differentiëren en tenslotte enige kanttekeningen maken over eisen die aan de patiënt en aan de therapeut gesteld mogen worden.

Belangrijk om niet uit het oog te verliezen lijkt me, dat een therapievorm niet juist wordt gekarakteriseerd door de formele elementen. Termen als 'korte therapie' of 'vis à vis therapie' of 'intensieve therapie' zijn weinig hanteerbaar, omdat deze niets zeggen over het gehanteerde theoretische kader, en niets verhelderen over de impliciete psychodynamische effecten. Tijdsduur, setting en frequentie blijken geen onafhankelijke variabelen die naar believen kunnen worden gewijzigd zonder explicitering van methode, techniek en doelstelling en zonder de implicaties hiervan voor bijv. de afweer, het afgeweerde, de mate van gratificatie en deprivatie en de invloed op het ageren in het oog te houden.

Er waren twee motieven die tot modificaties van de psychoanalyse hebben geleid. Ten eerste hebben economische argumenten en de toenemende vraag naar psychotherapeutische hulp in en na

de oorlog (ik doel hier op de situatie in Amerika) vooral de tijdsduur van de therapie tot spilpunt van nieuwe ontwikkelingen gemaakt. Ten tweede was er een groep patiënten, vooral de 'borderline personality' die, gezien hun zwakke ego-struktuur, geen analyse konden ondergaan, doch zeker tot ontdekkende therapie in staat bleken (Kernberg, 1976), zij het met een aangepaste techniek waarin vooral de neiging tot (auto-)destruktief uitageren beter te reguleren was. De gecompliceerde therapeutische problemen van laatstgenoemde groep wil ik in dit verband slechts hier en daar aantippen, en ik zal pogen de methodische en technische verschillen tussen psychoanalyse en P.B.P. meer inzichtelijk te maken door de tijdsduur als brandpunt te nemen. Anders gezegd: hoe modificeren we de methode en techniek der psychoanalyse, met behoud van de analytische grondprincipes, ter verkorting van de tijdsduur.

Methodische verschillen

In de psychoanalyse is de overdracht de sleutel van het therapeutisch proces. Als we beogen de P.B.P. te differentiëren van de psychoanalyse, kunnen we de overdracht en de bewerking hiervan in beide therapievormen met elkaar gaan vergelijken. Hoewel het begrip overdracht voor ingewijden bekend is, wil ik als houvast in de gedachtengang de definitie nog eens oppakken en volg Greenson (1973):

Overdracht is het ervaren van gevoelens, strevingen, houdingen, fantasieën en afweermechanismen gericht op een persoon in het heden, die evenwel niet bij die persoon passen doch een herhaling zijn van reacties die betrekking hebben op belangrijke anderen (meestal ouders) uit de vroegkinderlijke ontwikkeling, en die onbewust verplaatst worden naar personen in het heden.

In de analyse zal door overdrachtsbevorderende factoren de analyticus de persoon in het heden worden naar wie deze vroegkinderlijke ervaringen verplaatst worden. Dit is een gewild artefact in de behandeling, met het resultaat dat de infantiele neurose van de patiënt binnen de analyse tijdelijk vervangen wordt door wat we aanduiden als overdrachtsneurose, zoals Freud in 1914 voor het eerst omschreef. De behandeling van de neurose geschiedt dan via het analytisch bewerken van de overdrachtsneurose. In de psychoanalyse streven we er dus naar de neurose van de patiënt zo compleet mogelijk binnen therapeutisch bereik te krijgen, en we trachten dit te realiseren door de overdracht te bevorderen en te cultiveren. Als instrumenten hiertoe hebben we factoren die materiaal dat stamt uit de vroegkinderlijke ontwikkeling zichtbaar maken, factoren die de genese van de neurose in omgekeerde richting traceren, kortom: regressiebevorderende factoren.

Dit zijn:

– factoren waardoor de controlerende ik-functies in meerdere of mindere mate wegvallen: de vrije associatie, de aandacht voor

Fehl-leistungen, het onderzoek van de droom en de aandacht voor symptomen en ageerpatronen als symbolisering resp. dramatisering van infantiele conflicten (conflictderivaten).

- de liggende houding, deze interfereert in gunstige zin met de vrije associatie, bevordert de fantasie, en sluit de bereidheid in zich over te geven aan afhankelijkheid en passiviteit. De herbeleving van vroegkinderlijke belevenissen wordt bevorderd, en de liggende houding komt tegemoet aan 'dem spezifischen kindlichen Integrationsniveau' (Spitz). De receptiviteit voor interventies is vergroot en er is minder mogelijkheid de angst te uiten via de motoriek, zodat het verwoorden ervan op de voorgrond staat.

- de relatieve neutraliteit en inactiviteit van de analyticus, die zich in de setting weerspiegelt doordat deze achter de patiënt plaatst neemt. Diens 'spiegelende houding' heeft tot resultaat dat het gebrachte materiaal idealiter slechts stamt uit de binnenwereld van de patiënt en niet gecontamineerd wordt met de realiteit van de persoon van de analyticus.

- de frequente zittingen, waardoor de patiënt meer gevangen blijft binnen de overdrachtsneurose, en het hervatten der afweerpatronen wordt ingeperkt, waardoor aldus de infantiel neurotische patronen à vue blijven en de regressie en afhankelijkheid op optimaal niveau blijven.

Een belangrijk thema bij het verschil tussen psychoanalyse en P.B.P. is de andere accentuering van verleden en heden. Vanuit het dynamische en het structurele gezichtspunt stelt de analyticus zich de vraag welke impulsen een belangrijke rol spelen, welke angsten hieraan gekoppeld zijn en hoe deze onderhevig zijn aan afweer en integratie vanuit het Ich en Ueber-ich, en vanuit het genetisch gezichtspunt hoe de wordingsgeschiedenis is in het historisch perspectief van de interactie moeder-vader-kind. Het analytisch proces is dan een twee-eenheid: wat er gebeurt in de overdrachtsneurose staat voor wat er is gebeurd in de driehoek moeder-vader-kind en de patiënt gaat op zoek naar de discrepantie tussen de vanuit de neurotische innerlijke wereld misvormde realiteit én de realiteit en zoekt de motieven (meestal angst) die tot deze misvorming der realiteit hebben geleid.

Bezien we nu de overdracht en de methode om deze à vue te krijgen in de P.B.P., dan is cruciaal dat hierin de overdracht en overdrachtsneurose niet, dan wel ten dele tot ontwikkeling gebracht wordt, anders gezegd: de overdracht is aan controle en regulering door de therapeut onderhevig. Dit inperken van de overdracht kan op verschillende manieren geschieden. Zo kunnen we het cultiveren van de overdracht beperken tot een omschreven en min of meer afgegrensd conflictueus gebied, tot een focus; we kunnen aldus spreken van focale overdracht (Malan 1963 en 1976, Balint 1972). Tevens kunnen we de overdracht beperken door te trachten negatieve overdrachtsverschijnselen te voorkomen (hoogstens te beperken tot het terminatieproces), en het therapeutisch proces te doen verlopen binnen een positief overdrachtelijke werkrelatie. Ik kom op dit probleem nog terug.

Vervolgens kunnen we de overdracht reguleren door de intensiteit in te perken. Dit kan door het verhelderen en interpreteren van de overdrachtsrelatie absoluut te vermijden (Alexander e.a. 1946). Ook is het mogelijk overdrachtsbewerking te verschuiven naar overdrachtsfenomenen die zich buiten de therapie in het actuele leven voordoen, zogenaamde 'external transference relationships' (Alexander 1946 en 1967). Tenslotte door het uitsluiten van intensieve en regressieve overdrachtsbewerking vereisende pre-oedipale conflicten, anders gezegd: door een genetische afgrenzing.

Ik wil hier toch enige kanttekeningen maken bij het telkens in de literatuur over kortdurende analytische therapieën terugkomende principe, dat deze moeten geschieden binnen een positieve overdracht, en dat negatieve overdracht vermeden moet worden. Negatieve overdrachtsgevoelens zijn er natuurlijk altijd bij de neurotische patiënt, bedoeld zal dan worden, dat in de kortere therapieën negatieve gevoelens gericht op de therapeut niet het object van weerstandsbewerking en interpretatie zijn. Ik betwijfel of negatieve overdracht door de setting vermeden kan worden, zoals Van den Eerenbeemt (1972) suggereert. Alleen door een activiteit of houding van de therapeut lijkt me dit mogelijk. Sifneos (1967) probeert zijn therapieën dusdanig kort te houden, dat hij kan werken in de fase voordat de overdrachtsneurose tot stand komt en gebruikt de positieve overdrachtsgevoelens van de patiënt 'explicitly as the main therapeutic tool'. Wat gebeurt er dan met negatieve overdrachtsgevoelens? Zijn ook deze er al niet voordat een volontwikkelde overdrachtsneurose tot stand is gekomen? Of verstaan deze therapeuten de kunst om in het geheel niet tot negatieve overdrachtsgevoelens aanleiding te geven, of liever gezegd, deze te onderdrukken? Dat lijkt alleen mogelijk als zij zich presenteren als idool, als almachtige magische genezer en redder, die zelfs via een tijdsafgrenzing spoedig genezing suggereert. In dat geval zijn negatieve overdrachtsgevoelens in een strenge verbodssfeer beland, op een idool heeft men geen kritiek, er is dan alleen ruimte voor een idoliserende overdracht. De therapierelatie lijkt dan een leermeester-leerling verhouding waarbinnen de patiënt passief kracht toebedeeld krijgt.

Groen (1974) stelt zich deze vraag ook met betrekking tot de snelle resultaten van de eerste analyses, waarin de analytici zich waarschijnlijk vanwege hun buitenissigheid gemakkelijk leenden voor een idoolfunctie voor de patiënt. Moeten we ons bij de kortdurende therapieën niet de vraag stellen of deze voorzien in de almachtsbehoefte van de therapeut, een tegenoverdrachtsfenomeen dus, waarin het narcisme van de therapeut een grote rol kan spelen. Wat ik niet bedoel te zeggen is dat, zo dergelijke tegenoverdrachtsgevoelens een rol spelen, deze geen therapeutische effect kunnen hebben. Belangrijker is dat ze niet aan de aandacht ontsnappen.

Wat impliceert eerder genoemde gemodificeerde overdrachtsbehandling in de P.B.P. nu voor de formele elementen. De tijds-

duur van de analyse zo stelt Malan (1963) is mede afhankelijk van de breedte en intensiteit van de overdrachtsneurose en via deze van de mate van regressie en afhankelijkheid, grootheden die in de praxis afhankelijk zijn van de verminderde controle der ik-functies, de liggende houding, de neutraliteit en inactiviteit van de analyticus, de hoge frequentie doch ook, wat ik nog niet noemde, van de onbegrensdsheid (tijdeloosheid).

Bezien we allereerst de vrije associatie dan zien we dat deze in de P.B.P. aanvankelijk gehanteerd wordt ter verkrijging van materiaal, doch dan snel onderhevig is aan ordening door doelgerichte interventies, dit bijv. ter verkrijging van een afgegrensd conflictueus gebied waarbinnen de patiënt eventueel tot fantasieën geforceerd kan worden. De inperking van de vrije associatie belemmert tevens dat sporen van primair proces niveau zichtbaar worden, die een lange en intensieve interpreterende arbeid zouden vereisen.

De banksituatie wordt in de P.B.P. vervangen door de vis à vis positie, waarmee een principieel andere emotionele situatie bewerkstelligd wordt die karakteristiek is voor de kortere analytische therapieën, n.l. het 'Prinzip der Realitätsnähe' (Leuner, 1969). In plaats van een dialoog met de binnenwereld en de door de vrije associatie en de bank bevorderde genetische onderstroom daarvan, is er meer sprake van een dialoog met de reëel aanwezige persoon van de therapeut vanuit de grenzen der actuele realiteit. De complexiteit van de neurose zoals die ervaren en doorgewerkt wordt binnen de analytische situatie wordt in de P.B.P. meer een ervaren van de 'actual course of life', dit wordt ook meer vehikel in de therapie en daarop richt zich het duiden meer. Dit impliceert tevens dat het materiaal meer gecontamineerd raakt door de aanwezigheid van de therapeut (wiens psychomotoriek toch nooit tot neutraal te controleren is) en hoewel de P.B.P. zich afspeelt in het voorportaal van de overdrachtsneurose, moeten we in deze toch denken en handelen, zowel in termen van overdracht en tegenoverdracht als in termen van realiteit, wat hoge eisen stelt aan de kwaliteiten van de therapeut. De hoge zittingsfrequentie van de analyse correleert met de regressie en afhankelijkheid binnen de overdrachtsneurose, en dus met de tijdsduur. We zijn soms vergeten dat hier een, zeker in de geneeskunde, weinig voorkomend tegenstrijdig effect optreedt: meer behandelingseenheden resulteren in een langere behandeling. Dit geldt ook andersom: verkorting der therapie door verlaging van de frequentie van 4 à 5 tot 1 à 2 keer per week. De patiënt wordt aldus door een formele omstandigheid niet tegemoetgekomen in zijn regressieve wensen. Tevens verhindert de lagere frequentie de afstand tot de actuele realiteit, waardoor het gebrachte materiaal een sterke hier en nu kwaliteit kent.

Om de patiënt te genezen moeten we hem een zekere regressie tot een infantiele toestand toestaan. Voor dit krachtige therapeutische middel betalen we wel met de moeilijkheid van het termineren. De kunstmatige regressie in de overdrachtsneurose

kan overgedoseerd worden, en wordt dan van krachtig wapen tot de bron van een nieuwe ziekte, we moeten kosten en baten wel goed blijven afwegen (Alexander 1954 b). Alexander ging in zijn behoefte tot flexibiliteit zover, dat hij bewuste verandering tijdens de therapie inbouwde, omdat de patiënt in de langere intermezzo's zich door de frustratie sterk bewust wordt van zijn afhankelijkheidsbehoefte. Nog een stap verder is zijn methode van experimentele tijdelijke onderbreking waarmee ook de regressieve trend wordt doorbroken en een appèl wordt gedaan op het vaak zo onderschatte recuperatievermogen van de patiënt. Een methode die verwant is met de 'fractioned analysis' van het Berlijns Psychoanalytisch Instituut (Alexander, 1967).

Overzien we de betekenis van de verandering der formele elementen, dan lijkt typerend voor de P.B.P. dat de patiënt mede door externe agentia met zijn conflicten geconfronteerd wordt, i.t.t. de psychoanalyse waar binnen de overdrachtsneurose gezocht wordt naar motieven stammend uit de infantiele neurose, doch meer via confrontatie en verheldering 'van binnenuit'.

De neutraliteit, de 'non-evaluating attitude', en de relatieve inactiviteit zoals in de psychoanalyse, maakt plaats voor een meer dirigerende en actieve opstelling opstelling door vanaf het begin der therapie over de tijdsafgrenzing te overleggen, door een plan en een beperkt therapeutisch doel te formuleren, en vervolgens het bewerken van weerstand en overdracht te beperken tot bijv. een focaal conflict (Malan 1963, Mc Guire 1965). De vrijzwevende aandacht van de psychoanalyse maakt hier plaats voor een gerichte aandacht, de therapeut is selectiever, sluit uit en accentueert. Waar de patiënt zal proberen de therapeut via de overdracht in een vanuit de infantiele conflicten stammende rol te dringen, is bijv. Alexander niet slechts neutraal, doch neemt zonodig een contrasterende rol aan om sneller tot een 'corrective emotional experience' te komen. Ik kom hierop terug. De neutraliteitspositie is ipso facto in de vis à vis therapie nauwelijks te bereiken doordat de patiënt ook met de therapeut als realiteit geconfronteerd wordt, waardoor via diens uiterlijke verschijning en diens onmogelijk geheel te controleren psychomotoriek contaminatie kan optreden met o.a. zijn emotionele reacties. De fantasie wordt aldus, door de correctie via de realiteit, natuurlijk aanzienlijk ingeperkt.

Tot slot een belangrijk methodisch verschil: in hoeverre is het genetisch principe terug te vinden in de P.B.P.? Het genetisch gezichtspunt, de relatie tussen heden en verleden, hoort bij het wezenlijke van de psychoanalyse; het zijn tenslotte de onbewust geworden kinderconflicten die bewust gemaakt worden en tot oplossing gebracht, en resulteren in een (na)rijping van de persoonlijkheid. De patiënt ontdekt dat oude oplossingen inadequaat zijn en leert nieuwe, leren niet alleen in cognitieve zin, doch ook in emotionele zin (Kuiper, 1973). Vergelijken we dit met de P.B.P., dan constateren we dat daarbij het genetisch principe niet per se impliciet is. Niet dat de neurotische ontwikkeling van pa-

tiënten die in P.B.P. zijn niet aan dezelfde genetische processen onderhevig is, doch deze behoeven hier niet het therapeutisch handvat te zijn. Zoals we reeds zagen leidt de inperking van de vrije associatie, de vis à vis positie, de directievere houding van de therapeut en de lagere frequentie tot een sterk beperkte regressie. Het materiaal dat de patiënt brengt zal derhalve overwegend stammen uit de actuele ervaringswereld, en dit is ook de bedoeling. Het interpreteren richt zich ook meer op de actuele ervaringswereld in plaats van gegrond te zijn op reconstructies van vroegkinderlijke ervaringen.

Technische verschillen

Analyseren bestaat voor het grootste deel uit duiden (interpreteren) van weerstand en overdracht, alle andere activiteiten zijn óf stappen die leiden tot een duiding, óf stappen die een duiding effectief maken. Duiden is de activiteit via welke wat onbewust was, bewust wordt en de duiding leidt tot nieuw inzicht, want deze overschrijdt de grens van wat tot dan bewust beleefd kon worden. De validiteit van het duiden reikt de patiënt aan als hij zich vindt in de duiding. Het duiden van de weerstand is procesmatig het initiële analytische werk, daarna volgt het duiden van de overdracht. Omdat de verschillen tussen psychoanalyse en P.B.P. zich meer tonen in het duiden van de overdracht, dan van de weerstand, beperk ik mij tot het eerste. Zonder te vergaande verdieping kan, en ik denk nu in analytische begrippen, gezegd worden dat er sprake is van impulsen vanuit het driftleven, die gevoelens opwekken die intolerabel zijn en dus angstverwekkend, waartegen de patiënt zich beveiligd door afweermechanismen. Deze conflicteuze gevoelens kunnen betrekking hebben op actuele situaties, op situaties in het verleden (meestal met betrekking tot ouders) of op de therapiesituaties (i.c. de analyticus). Het therapeutische werk bestaat dan uit het verhelderen van de aard van het conflict (de afweer, de angst, de impuls) op deze drie niveau's, doch zal uiteindelijk resulteren in de duiding van dit conflict vanuit de overdrachtssituatie naar de kind-ouder-situatie (transference-parent-linked interpretation, T/P). Vermeld zij nog, dat het duiden een procesmatig gebeuren over langere tijd en via diverse tussenstappen is, en niet een éénmalige interventie.

In de P.B.P. staat duiden niet, zoals in de psychoanalyse, bovenaan in de hiërarchie van de therapeutische agentia: suggestie, catharsis, manipulatie, verhelderen en duiden wisselen elkaar in verschillende combinaties en belangrijkheid af (Bibring, 1954). Hier zal ik mij beperken tot het duiden. De verschillen kunnen we beter begrijpen vanuit de verschillende therapeutische relaties en wel in termen van verschillende objectrelaties. In de analyse fungeert de patiënt niet als object van infantiele wensen van de analyticus, en evenzo heeft de analysant aan het eind van het analytisch proces de analyticus niet meer nodig als object van infantiele wensbevrediging. De realiteitsaspecten nodig voor een

working alliance buiten beschouwing gelaten, wordt de relatie analysant-analyticus bepaald door overdracht en tegenoverdracht. Binnen deze relatie vindt het duiden plaats. Door het terzijde schuiven van de reële relatie is de weg geopend naar een begrijpen en doorwerken van onbewuste fantasieën.

De P.B.P. is meer aan het 'Prinzip der Realitätsnähe' onderhevig, patiënt en therapeut treden elkaars wereld meer als reële objecten binnen, en aan deze realiteitsaspecten wordt minder afbreuk gedaan omdat het duidingsproces anders, en ook met andere doelstellingen verloopt. In de psychoanalyse wordt de overdracht(neurose) in zijn geheel geïnterpreteerd, in de P.B.P. wordt de overdracht wel gebruikt, doch niet of partieel geïnterpreteerd, niet de gehele therapeutische relatie is in volle breedte aan het duiden onderhevig. Alexander (1946) gebruikt dan ook de realiteitsaspecten van zichzelf als therapeut waar deze bijv. diametraal staan tegenover die van de ouder(s) van de patiënt, om tot een corrective emotional experience te komen, en heeft dan bijv. een T/P interpretatie niet per se nodig. Later (Alexander, 1954 a) werkt hij dit nader uit in het kader van tegenoverdracht-verschijnselen. Het concept van de analyticus als neutraal, niet evaluerend 'blank screen' is een abstractie. In tegenstelling tot de beginfase van de analyse, toen de tegenoverdracht als hinderlijk werd gezien, stelt Alexander al dat de tegenoverdracht ten dienste van de therapie gebruikt kan worden (een opvatting overigens die nu gemeengoed is geworden). Hij stelt dan dat de analyticus zich niet alleen bewust moet zijn van tegenoverdracht, doch deze selectief kan expliciteren en accentueren, vooral als deze in contrast is met de rol die de patiënt de analyticus wil opdringen. Wees de permissieve vader als de patiënt strengheid wil zien, wees normstellend en afgrenzend als de patiënt de therapeut tot verwennende moeder wil maken. Kortom: 'the principle of contrast'. Hem werd tegengeworpen dat dit te artificieel is, doch Alexander repliceert dat de neutrale niet-evaluerende houding eveneens artificieel is.

Tevens stelt hij dat de therapeut niet object van alle gevoelens hoeft te zijn, doch dat deze op actuele, buiten de therapie voorkomende personen gericht kunnen zijn en deze 'external transference relationships' kunnen geduid worden zonder dat T/P interpretaties per se nodig zijn. De therapeut treedt dan als 'guiding agent' op. Bij ambivalente gevoelens suggereert hij de negatieve gevoelens te bewerken via een 'external transference object' en de positieve gevoelens middels de overdrachtsrelatie binnen de therapie.

Tenslotte trachtte Alexander reeds de overdrachtontwikkeling te beperken tot die facetten die een afspiegeling waren van de belangrijkste conflicten en dat is de techniek die Malan (1976 a) in scherper omschreven kader nastreeft.

Zoals reeds beschreven verloopt het therapeutisch proces dan door overdrachtsfenomenen binnen het focale conflict te cultiveren en vervolgens te duiden. Het duidingsproces verloopt dan in principe als in de psychoanalyse, zij het sneller, actiever en dus

gefocaliseerd, hetgeen betekent dat buiten de focale 'focale overdrachtsneurose' de therapeutische relatie nog sterk als reële relatie blijft bestaan. Nog dichterbij de realiteit en dus niet of op een andere manier aan duiding onderhevig is de relatie binnen een egosupportieve therapie. Deze is gekarakteriseerd doordat de therapeut zich toestaat als gewenst infantiel object te fungeren.

Hier betreft het vooral patiënten van wie de integrerende functies te zwak zijn om geconfronteerd te worden met hun conflicten. Een dergelijke therapie beoogt dan ook niet de patiënt tot inzicht te brengen, doch juist de weerstand te versterken. Omdat we zagen dat de therapeutische relatie naarmate deze meer aan duiding onderhevig was, minder een realiteitskarakter kreeg en dat daarmee de toegankelijkheid voor onbewust materiaal toenam (wat we bij patiënten met zwakke ego-functies juist willen vermijden), wordt in de egosupportieve therapie niet geduid, dan wel met opzet niet geheel juist geduid. De patiënt kan zich aan een dergelijke duiding (inexact interpretation) vastgrijpen om de waarheid te verhullen en daarmee de weerstand te versterken. Vermijd het conflict, is hier het devies (vgl. Glover, 1960). Hoewel juist hier wel een grondige psychodynamische kennis vereist is, is deze techniek eigenlijk per definitie niet-analytisch.

Doel en resultaat

De psychoanalyse stelt zich ten doel via het oplossen van de overdrachtsneurose en daarmee de infantiele neurose, te komen tot structurele veranderingen in de persoonlijkheid. De psychoanalyse richt zich niet op de behandeling van symptomen, doch op verandering in de persoonlijkheid. Zien we neurotische mechanismen als ondoelmatische aanpassingsvormen voor onopgeloste, want angstverwekkende, kinderconflicten, als een ondoelmatig compromis tussen afweer en impuls, dan beoogt de psychoanalyse deze verouderde niet meer noodzakelijke, ondoelmatig geworden technieken om zich in de realiteit te handhaven in te ruilen voor effectievere, zodat de patiënt op produktieve, niet conformistische wijze is aangepast aan de eisen van de actuele situatie en van zichzelf. Afweer wordt verminderd, driftimpulsen uit hun verdringing bevrijd, en de hierbijbehorende gevoelens worden bewust: herstel van de communicaties tussen bewust en onbewust (Kuiper, 1973).

Het verschil met de P.B.P. ligt ook weer in het 'Prinzip der Begrenzung'. De P.B.P. richt zich op het oplossen van een omschreven conflictgebied, dan wel op conflictderivaten, vooral symptomen. Secundair beoogt de P.B.P. zeker ook een bredere psychodynamische verandering.

Volgens de ervaringen van Wolberg (1967) kan een kettingreactie ontstaan wanneer bewustwording optreedt van slechts enkele facetten, enkele vervormingen in de persoonlijkheid, waardoor toch langzamerhand diepere lagen der persoonlijkheid gereconstrueerd worden. P.B.P. beoogt 'various intermediate points of

stability, for good or for bad reasons' (met 'bad reasons' wordt bedoeld: afweerversterking).

Vaak wordt deze vraag gesteld: Leidt P.B.P. nu tot vermindering der afweer, tot conflict-oplossing, tot inzicht, tot verandering, of staat P.B.P. de weerstand ter zijde. Ik denk dat ook hier geen scherpe afgrenzingen mogelijk zijn. Ten eerste zijn wij natuurlijk afhankelijk van de wil tot verandering van de zijde van de patiënt, ten tweede van de capaciteit van de therapeut en ten derde van de aard van de therapie. Op de eisen aan de therapeut en eisen aan de patiënt kom ik terug. Dat P.B.P. tot verandering leidt, is onmiskenbaar, getuige o.a. het onderzoek van Malan (1976 b). Wat verandert er dan? Althans in dynamische zin. Symptoom-afvloeiing of symptoom-verschuiving door weerstandsverhoging? Door conflictoplossing? Verandering in de balans, impuls, angst, afweer? Hier raken we in de uiterst moeilijke problematiek van de validiteit van onderzoeken naar therapieresultaten, en dit valt buiten het bestek van deze overdenkingen. Hier is belangrijker, nu we wat meer differentiatie tussen psychoanalyse en P.B.P. hebben aangebracht: welke techniek is werkzaam in de P.B.P.

Malan concludeert uit zijn onderzoek dat interpretatie van de overdracht het therapeutisch agens is, of dit nu snelle, directe actieve interpretaties zijn ter voorkoming van een zich ontwikkelen-de overdrachtsneurose, dan wel langzaam opgebouwde interpretaties binnen een wel tot ontwikkeling gekomen overdrachtsneurose zoals in de psychoanalyse. Tevens concludeert hij dat transference-parentlinked interpretaties het meest effectief zijn en dat de interpretatie van negatieve overdracht en van de afhankelijkheidsproblematiek de therapie verlengen. Methodisch en technisch gezien kunnen we dan in de P.B.P. de volgende uitersten van een continuum omschrijven:

1 – De patiënt wordt 1 of 2 keer per week gezien, er is geen variatie in frequentie of tijdsduur der zittingen ter manipulatie van de overdracht. De setting is vis à vis, het brengen van materiaal is aan de patiënt. Het onvermogen om materiaal te brengen is weerstand, en wordt als zodanig aangeduid. Dromen worden gebruikt om te duiden en vullen het overige materiaal aan. Er is een relatieve inattentie voor symptomen en verbetering. Er is geen tijdsafgrenzing. De overdrachtsneurose komt tot stand, zij het niet volledig tot ontwikkeling en wordt geduid. De duidingen zijn incompleet, doch niet inexact. Deze methode en techniek benadert het meest die van de psychoanalyse en wordt door Gill (1954) aangeduid als de 'intermediate technique'. Graadmeter voor de vordering is conflictoplossing, wat ook hier het nagestreefde doel is.

2 – De patiënt wordt 1 of 2 keer per week gezien, de overdrachtsneurose komt niet tot stand, overdracht wordt snel en actief geduid en eventueel gemanipuleerd. Negatieve overdrachtsaspecten blijven zoveel mogelijk buiten beschouwing, en worden beperkt tot het termineren. Er vindt afgrenzing plaats door het omschrijven van een conflictebeid en het stellen van een tijdslimiet. Er is

alle aandacht voor de symptomen en de verbetering ervan is het criterium voor het gunstige verloop van het proces, en is daarvan het doel. De therapeut helpt met het selecteren van het materiaal, sluit materiaal mede uit en in.

Als niet analytisch (hoewel niet minder analytische deskundigheid vereist is) moeten we dan benoemen het proces dat we veelal aangeven met ego-supportieve therapie, ook wel 'begeleiding' genoemd, waarbij we beogen het versterken van de ego-functies, met name de afweer, het voorkomen van regressie, het verhullen van conflicten omdat deze angsttolerantie te boven gaan, symptoom-afvloeiing of -verschuiving. Er vindt geen overdrachtsduiding plaats, de therapeut vervult de rol van het gewenste infantiele object (meestal door gratificatie van de afhankelijkheidsbehoefte).

Er worden zonodig extra-therapeutische manipulaties uitgevoerd (medicatie, sociale beïnvloeding).

Eisen aan de patiënt

De eisen aan de analysant noem ik kort, zij zijn voldoende omschreven in de literatuur; het stellen van de indicatie overigens blijft natuurlijk steeds een moeilijk probleem. Is de patiënt analysebaar, en zo ja is de analyse dan de aangewezen behandeling? Wanneer geniet een P.B.P. de voorkeur? Stellen we de indicatie op grond van een klinisch psychiatrische diagnose of op grond van de bevinding dat de patiënt aan de eisen van het proces kan voldoen? In dit verband lijkt me de laatste invalshoek bruikbaar.

Zowel voor psychoanalyse als P.B.P. geldt dat de patiënt gemotiveerd moet zijn via een therapeutisch proces tot verandering te komen ('De verbintenis om te veranderen', Stufkens 1977), en zijn neurotische problematiek moet voldoende lijdensdruk herbergen. Of, zoals Wallerstein (1969) omschrijft: De patiënt moet ziek genoeg zijn op een analyse nodig te hebben en gezond genoeg om deze te kunnen verdragen. Voor beide therapievormen geldt, dat de patiënt tot een 'working alliance' in staat moet zijn. Hij moet voldoende introspectieve vermogens bezitten om met intacte ego-functies tegelijk te kijken naar met elkaar in conflict verkerende gelaagdheden der persoonlijkheid en de hiermee gepaard gaande angst willen, durven en kunnen ervaren. De patiënt moet kunnen ervaren en observeren tegelijk. Er moet voldoende 'psychological mindedness' zijn: voldoende besef van de psychogenese van zijn klachten en de psychologische beïnvloedingsmogelijkheid daarvan. Natuurlijk moet ook aan externe factoren (tijd, geld, fysieke gezondheid enz.) voldaan zijn.

Voor de psychoanalyse geldt dat de patiënt voldoende in staat moet zijn de controlerende ik-functies tijdelijk te verminderen, en op tijd weer te hervatten. Hij moet in staat zijn tot een complex van regressieve overdrachtreacties gericht op de analyticus en deze in gezamenlijke arbeid tot object van de interpretatie kunnen

maken. Hij moet de frustratie en de eenzaamheid van de langdurige deprivatie kunnen ondergaan, alsmede het soms pijnlijke karakter van inzichtgevende interpretaties, zonder tot destructieve reacties over te gaan. Vaak wordt bij de indicatiestelling tot een analyse toch ook gekeken naar de begaafdheid van de patiënt, niet alleen in intellectuele zin, doch ook in creatieve en eventueel ook artistieke zin.

Voor de P.B.P. in het bijzonder geldt, dat de patiënt in staat moet zijn tot een actieve inzet over kortere tijd en bereid moet zijn het proces te doen verlopen binnen een afgegrensd conflictgebied. Belangrijk is, dat hij de regressie- en afhankelijkheidsbehoefte kan inperken vooral ook in temporele zin. Massaal acting out gedrag is meer nog dan in de psychoanalyse een contra-indicatie. Ter afgrenzing van de aard van de pathologie, kan gesteld dat zich voor de P.B.P. het beste lenen acute neurotische decompensaties van vrij recente datum bij een voorheen redelijk intact functioneren. Malan ziet ook acute stoornissen bij chronische persoonlijkheidsafwijkingen, zelfs van pre-oedipale origine, als indicatie voor korte P.B.P., natuurlijk dan met beperkte doelstelling. Overigens worden veelal stoornissen stammend uit oedipale conflictgebieden als beste indicatie voor P.B.P. gezien, terwijl pre-oedipale problematiek veelal als contra-indicatie gezien wordt, daar deze minder aan het principe der afgrensbaarheid onderhevig kan zijn (b.v. almachts- en afhankelijkheidsproblematiek). Meer nadruk moet liggen op de libidineuze dan agressieve aspecten (Mc. Guire 1965), ik denk omdat agressieproblematiek grotere kans biedt tot verwikkelingen in negatieve overdrachtsverschijnselen, die dan te tijdrovende bewerking vereisen.

Een bijzondere indicatiestelling eisen de patiënten die omschreven worden als 'borderline state', en zich gezien de aard van hun problematiek en hun capaciteiten zouden lenen voor een psychoanalyse, doch bij wie met name het acting out gedrag dusdanige destructieve vormen kan aannemen, dat tot een gemodificeerde analytische behandeling moet worden besloten waarin de angst flexibel aangepast kan worden aan de tolerantie van de patiënt, zoals beschreven door Kernberg (1976). Dit proces lijkt methodisch en technisch sterk op de 'intermediate' vorm van Gill.

En dan rest nog de situatie, waarin een patiënt zowel met een psychoanalyse als wel met een therapie op analytische lijnen geholpen zou kunnen zijn: dan moet de therapeut kunnen zeggen (als de patiënt accoord gaat): 'Met mijn ervaring, vaardigheid en voorkeur neem ik deze patiënt liever in analyse.'

Eisen aan de therapeut

Kan men voor het verrichten van P.B.P. nu toe met een beperktere opleiding dan de analytische, of eist deze een minstens even grote bekwaamheid, zo niet grotere? P.B.P. is in Nederland een veelvuldig gehanteerde therapievorm door de therapeuten die vaak nog in een initieel stadium van hun persoonlijke, theo-

retische en technische vorming staan. Is dit eigenlijk een verantwoord gang van zaken? Een boeiende discussie over dit opleidingsvraagstuk werd gevoerd door een panel op het 26ste internationale psychoanalytische congres in Rome (Panel, 1969). Daarin kwam naar voren dat in Amerika de tendens bestaat, tijdens de psychiatrische opleiding 'dynamic psychotherapy' niet meer te onderwijzen als was het een vorm van psychoanalyse, maar als een gespecialiseerde therapievorm die zich onderscheidt van psychoanalyse. Begrijpelijk, want de psychiater in opleiding leert eerst vaardigheden die nuttig zijn voor de psychotherapeutische benadering van gehospitaliseerde, ernstig gestoorde patiënten. Juist vaardigheden die in een psychoanalyse vaak vermeden moeten worden. Ik verwijs in deze naar uiteenzettingen van Tarachow (1975) waar ze betrekking hebben op residentieële behandelingen, en waarin hij eigenlijk psychotherapie weergeeft in termen die sterk gelijken op wat ik in dit verband omschreven heb als ego-supportieve therapie. Even opmerkelijk echter is het dat hij hierin een grondige psychodynamische kennis vooronderstelt, alsmede inzicht en overzicht waar het betreft overdrachts- en tegenoverdrachtsverschijnselen. Joseph stelt in voornoemde paneldiscussie dat kandidaten hun vaardigheid voor dynamic psychotherapy moesten afleren, alvorens ze adequaat psychoanalyse konden verrichten, vervolgens slecht dynamische psychotherapie bedreven om later deze therapievorm weer beter te beheersen naarmate ze betere analytici waren.

Welke vorm van P.B.P. ook toegepast wordt, of het nu de dichtbij de psychoanalyse gelegen intermediaire vorm van Gill is, de veel flexibiliteit in zijn formele elementen en het hanteren van de overdracht inbouwende werkwijze van Alexander, de meer focaal gerichte analytische therapie van Malan, ofwel de ego-supportieve therapie, in alle gevallen lijkt toch dat aan de volgende eisen moet worden voldaan: een grondige psychodynamische kennis, herkennen en hanteren van overdracht en tegenoverdracht, en de technische vaardigheid nodig voor het interpreteren van weerstand en overdracht (aan eisen die aan elke therapeut mogen worden gesteld, welke methode ook toegepast wordt, zoals enthousiasme, empathie, tolerantie, een goede balans van distantie en geïnvolveerdheid en van activiteit en passiviteit enz. ga ik in dit bestek even voorbij).

De conclusie kan moeilijk anders zijn, dan dat de vormingseisen dezelfde moeten zijn als die welke aan de psychoanalyticus gesteld moeten worden; leeraanlyse, theoretische en technische vorming, en gesuperviseerde analyses. En misschien eist de P.B.P. soms meer, en is deze soms moeilijker dan een psychoanalyse, want er is minder steun aan een uitgekristalliseerd raam van kennis en ervaring, en we weten vaak minder van de patiënt dan in het geval van een psychoanalyse. En eist niet een variatie op een thema een begaafdheid van hogere orde dan nodig voor het beheersen van het thema?

Enkele slotopmerkingen

Ik heb in dit betoog geprobeerd de psychoanalyse te differentiëren van P.B.P. en nuance aan te brengen binnen de groep van P.B.P.-en. Ik dacht dat psychoanalyse en P.B.P. onderscheiden moeten worden, doch beter dan van een scherpe grens kunnen we wellicht spreken van een demarcatiegebied. De P.B.P. begint door toedoen van vooral Sifneos en Malan, een eigen autonome ontwikkeling door te maken en is langzamerhand beter als een therapeutische aanwinst, een nieuwe keuzemogelijkheid, dan als een variant te omschrijven. In oorsprong evenwel is de psychoanalyse de basis van waaruit deze ontwikkeling plaatsvond. Het ging mij hier om de verschillen en ik besef dat het benadrukken van de verschillen alleen tevens een sterk gereduceerd beeld van beide therapievormen geeft. Tegenoverdrachtsproblemen en de weerstandsbewerking bijv. heb ik slechts summier vermeld.

Wat de P.B.P. betreft heb ik het probleem van het stellen van een tijdslimiet (een afgrenzing die hier soms door de therapeut wordt ingevoerd) niet verder uitgewerkt, de betekenis hiervan voor weerstand en overdracht heb ik niet zozeer onderschat, alswel gezien als een probleem dat uitgebreide aandacht verdient. Ter afgrenzing evenwel van mijn betoog heb ik dit hier in beperkte mate besproken.

Literatuur

- Alexander F., hoofdstuk 5 in L. R. Wolberg e.a. (1967), *Short-Term Psychotherapy*, Press Company New York.
- Alexander F. (1954), (a) Some quantitative aspects of psychoanalytic technique, *Journal of American Psychoanal. Assoc.* 2, 85-701.
- , (b) Psychoanalysis and psychotherapy, *idem*, 722-733.
- Alexander F., hoofdstuk 5 in L. R. Wolberg e.a. (1967), *Short-Term Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York and London.
- Balint, M. (1972) e.a., *Focal Psychotherapy*, Tavistock, London.
- Bibring, E. (1954), Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies, *Journal of American Psychoanal. Assoc.* 2, 745-770.
- Eerenbeemt, Th. M. C. J. van den (1972), Korte psychotherapie op analytische basis, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, pg. 315-320.
- Ferenczi, S. (1920), The further development of an active therapy in psycho-analysis. In 'Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis'. London, Hogarth (1950).
- Gill, M. M., (1954) Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of American Psychoanal. Assoc.* 2 pg. 771-797.
- Gitelson, M., (1951) Psychoanalysis and dynamic Psychiatry, *Arch. Neurol. and Psychiat.*, 6: 280-288.
- Glover, E., (1960) Psychoanalysis and psychotherapy, *British Journal of Medical Psychology*, 33: 73-82.

- Greenson, R., (1973) *The technique and practice of psycho-analysis*, Vol I, The Hogarth Press, London.
- Groen, J. A., (1974) Idolen, idealen, ideologieën, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 16e jaargang, pg. 334-346.
- Kernberg, O. F., (1976) Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of American Psychoanal. Assoc.*, vol. 24, no 4, 795-831.
- Kuiper, P. C., (1973) Opmerkingen over psychoanalyse en leertheorie naar aanleiding van de neurose. In: G. Rumke e.a., *Van kinderaanlyse tot Y-chromosoom*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Leuner, H., (1969) Ueber einige Grundprinzipien der Kurztherapie, *Zeitschrift für Psychosomatischen Medizin und Psychoanalyse*, 15: 199-202.
- Malan, D. H., (1963) *A study of brief Psychotherapy*, Tavistock Publications, London.
- Malan, D. H., (1976 a) *The frontier of brief Psychotherapy*, Plenum Medical Book Company, New York and London.
- Malan, D. H., (1976 b) Toward the validation of dynamic psychotherapy, idem.
- Mc. Guire, M. T., (1965) The process of short-term insight psychotherapy, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 141, no 1, 83-95.
- Panel on 'Psychoanalysis and Psychotherapy' (1970), *Int. J. of Psycho-Anal.* 51, 219-231; zie ook Wallerstein (1969).
- Rangell, L., (1954) Similarities and differences between psychoanalysis and dynamic psychotherapy, *Journal of American Psychoanal. Assoc.*, 2: 734-744.
- Report of Committee on Evaluation of Psychoanalytic Therapy* (1952), Annual Midwinter Meeting of American Psychoanalytic Association, New York.
- Sifneos, P. E., (1967) Two different kinds of psychotherapy of short duration, *American Journal of Psychiatry*, 123, 9: 1069-1073.
- Stone, L., (1954) The widening scope of indications for psychoanalysis, *Journal of American Psychoanal. Assoc.*, 2, 567-594.
- Stufkens, A. M. H. proefschrift (1977), *Een introductiecursus voor psychotherapie*.
- Tarachow, S., (1975) *An introduction to psychotherapy*, International Universities Press.
- Wallerstein, R. S., (1969) Introduction to panel on psychoanalysis and psychotherapy, *Int. J. Psycho-Anal.*, 50, 117-126.