

De narcistische collusie en de PRT 'on analytic lines'

door H.J.C. van Marle

Inleiding

Nu narcistische persoonlijkheidsstoornissen veelvuldiger voorkomen ten gevolge van uiteenlopende sociaal-culturele factoren (voor een goede illustratie, zie: Lasch, 1980), wordt de kans steeds groter, dat wij geconfronteerd worden met de mogelijkheid van een partner-relatie-therapie (P.R.T.) bij partners waarbij wij zo'n pathologische beleving van het zelf en de relatie met anderen kunnen constateren. Ook al zal de eerste gedachte kunnen zijn, dat P.R.T. bij deze stoornissen helemaal niet mogelijk is, toch zijn er mijns inziens enkele situaties in de klinische en poliklinische praktijk, waarin er wel degelijk een reden voor kan bestaan, zoals b.v.:

1. tijdens de behandeling van een patiënt kan de niet meebehandelde partner een obstakel worden voor de verdere voortgang van de therapie, ofwel actief in de zin dat die zich in toenemende mate gaat verzetten tegen veranderingen in de behandelde partner, waardoor relatieproblematiek ontstaat, ofwel passief, in de zin dat de relatie met de niet meebehandelde partner door de patiënt zelf als specifieke weerstand tegen verandering wordt gebruikt;
2. de behandeling van een patiënt kan niet gerealiseerd worden, aangezien deze zo gebonden is aan de relatie met zijn partner, dat zonder die persoon geen enkele behandeling mogelijk wordt geacht, terwijl die toch noodzakelijk wordt gevonden;
3. beide partners komen zelf met het verzoek om en zijn gemotiveerd voor P.R.T., b.v. omdat zij het gevoel hebben dat beider problemen op elkaar inwerken en elkaar versterken.

Daarbij moeten we voor ogen houden, dat er in de literatuur aanwijzingen bestaan (o.m. Willi, 1978) dat menig patiënt, die niet voor individuele therapie geschikt of gemotiveerd is, toch met behulp van een P.R.T. behandeld kan worden.

In dit artikel zal ik nu verder gaan met het verduidelijken van de narcistische persoonlijkheidsstoornissen en de specifieke relatieproblematiek, i.c. de narcistische collusie, die hiervan het gevolg kan zijn. In de persoonlijkheidsdiagnostiek bij P.R.T. onanalytische lines valt bij de narcistische relatiestoornissen de grote variatie op in de hechtheid van de persoonlijkheidsstructuur: van een geremd neurotisch beeld (Willi, 1978) tot een borderline personality met psychotische episodes (Seeman and Edwardes, 1979). In de Noord-Amerikaanse literatuur worden deze laatste gevallen het meest beschreven; een verwarrende begripsomschrijving is door de casuïstiek minder waarschijnlijk. Het blijkt dat in de U.S.A. eerder wordt overgegaan tot P.R.T. bij personen met een matige Ik-sterkte. Vandaar dat het mij juist leek naast de beschrijvende classificering van symptomatologie en interactiepatronen, een tweede diagnostische dimensie aan te brengen door de veranderingen te beschrijven, die in het beeld ontstaan ten gevolge van een verschillende mate van Ik-sterkte bij de verschillende paren. Ook kan de Ik-sterkte van elke patiënt apart tijdens de therapie veranderen. Deze veranderingen hebben directe therapeutische consequenties, aangezien de sterkte van de collusie erdoor verandert.

Op basis van deze theorievorming wil ik dan komen tot het formuleren van een therapiedoel en de behandelingstechniek waarmee dit bereikt zou kunnen worden. Wanneer ik verder spreek over P.R.T., zal ik hiermee de analytisch georiënteerde P.R.T. bedoelen, hoewel deze niet de enige vorm van P.R.T. is (Schaper, 1976). Voor het bespreken van de narcistische relatieproblematiek zal voor mij de objectrelatietheorie van M. Klein en D. W. Winnicott als uitgangspunt dienen, zoals die in de recente literatuur beschreven staat (Battagay, 1979; Kernberg, 1967, 1970, 1971; Kohut, 1971; Stewart, Peters, Marsh en Peters, 1975; Willi, 1975).

De narcistische persoonlijkheidsstoornis

Bij de narcistische persoonlijkheidsstoornissen is er in de literatuur in grote mate overeenstemming over de drie centrale symptomen, n.l. grootheidsideeën, idealisering van de persoon met wie een belangrijke relatie wordt onderhouden, zoals de partner of de psychotherapeut, en een heftige agressie als uiting van diepe onmachtgevoelens bij frustraties. In de theorievorming hierover en in de wijze van behandeling bestaan er op dit moment twee vigerende theorieën, enerzijds de persoonlijkheidstheorie van Kernberg (1967, 1970a, 1970b), duidelijk voortbouwend op de Egopsychologie, anderzijds de Zelfpsychologie van Kohut (1971, 1977). Een uitvoerig overzicht wordt in deze geboden door L. Köhler (1978). Diagnostisch classificerend onderscheidt Kohut (1977) vijf psychologische entiteiten van stoornissen in het zelfgevoel:

1. de psychosen: permanente, langdurige desintegratie resp. zwakte van het zelf;
2. de borderline states: permanente, langdurige desintegratie, resp. zwakte van het zelf, die overdekt is door min of meer effectieve

- afweermechanismen;
- 3. de schizoïde en paranoïde persoonlijkheden;
- 4. de narcistische persoonlijkheidsstoornissen: tijdelijke desintegratie resp. zwakte van het zelf, met voornamelijk autoplastische symptomen, zoals overgevoeligheid, hypochondrie en depressie;
- 5. de narcistische gedragsstoornissen: tijdelijke desintegratie, resp. zwakte, voornamelijk gekenmerkt door alloplastische symptomen, zoals perversies, delinquentie of verslaving.

De patiënten, behorend bij de laatste categorieën, zouden geschikt zijn voor inzichtgevende therapie, aangezien zij in staat zijn tot spontane overdrachtsreacties op de analyticus, zij het op een bepaalde primitieve wijze, waarbij nog geen duidelijk onderscheid bestaat tussen het zelf en de ander.

Als wij bovenstaande vergelijken met wat Kernberg (1967) beschrijft als 'Borderline Personality Organization', blijkt dat, behalve de psychosen, de overige beelden die Kohut (e.c.) noemt onder deze term kunnen uitvallen. Het onderscheid met Kohut is namelijk, dat Kernberg – redenerend volgens het kwantitatieve model, waarbij geen entiteiten onderscheiden worden, maar een toenevende mate van pathologie – niet zozeer de (descriptieve) symptomen bepalend acht, maar via het afschatten van de persoonlijkheidsstructuur de Ik-sterkte tracht vast te stellen als richtlijn voor de therapeutische mogelijkheden bij de patiënt (Kernberg, 1970b). De centrale kenmerken van Ik-zwakte, die ik voor het overige wil overnemen, zijn hierbij:

- a. te geringe angsttolerantie,
- b. gebrek aan impulscontrole,
- c. gebrekkige mogelijkheid om niet-conflictueuze activiteiten te ontplooiën, en
- d. slechte differentiatie en afgrenzing van zichzelf ten opzichte van anderen.

Kernberg (1971) noemt nog twee kenmerken hiervan, n.l. het overheersen van primitieve afweermechanismen boven meer ontwikkelde (zoals verdringing), en de neiging tot primair-proces denken. Deze criteria hebben echter als nadeel dat zij slechts beoordeeld kunnen worden door personen, die voldoende analytisch geschoold zijn; dit vermindert mijns inziens hun gebruik in de klinische praktijk aanzienlijk. Bij de beoordeling van de Ik-sterkte wil ik hen dan ook geen plaats geven, mogelijk de sensitiviteit van het begrip iets verlagend, maar zeker niet de specificiteit.

Met een verslechterende prognose wat betreft psychoanalytische therapie worden onderscheiden een hoger, tussenliggend en lager niveau van Ik-sterkte. Ten behoeve van de diagnostiek mag niet vergeten worden, dat bij een aantal patiënten deze organisatie instabiel is, en een hoger niveau kan dienen als afweer van een chaotischer lager niveau.

Van de narcistische persoonlijkheid, zoals hij die onderscheidt, zegt Kernberg (1967), dat deze patiënten een redelijk aanpassingsvermogen hebben en dat sommigen sociaal goed kunnen functioneren;

ten aanzien van hun impulscontrole bevinden zij zich op een niveau tussen goede en slechte Ik-sterkte. De meesten van hen vertonen echter een onder de oppervlakte liggende 'borderline personality organization', dat wil zeggen er bestaat een stoornis in het zelfgevoel met specifieke relatiestoornissen. Samenvattend kunnen we zeggen, dat de narcistische persoonlijkheidsstoornissen een deel vormen van de borderline personality organization, gekenmerkt door matige Ik-sterkte, redelijke sociale aanpassing en met een intermitterende acting-out.

De specifieke relatiestoornissen verklaren zowel Kohut als Kernberg uit de specifieke afweermechanismen, n.l. 'splitting', projectieve identificatie, primitieve idealisering of devaluering van de partner, en het aannemen van een kille of achterdochtige afstandelijkheid. De functie van deze afweermechanismen is in de eerste plaats de interne cohesie van de persoonlijkheid te vergroten door alle bedreigde impulsen toe te schrijven aan de buitenwereld, in de tweede plaats ook om een bepaalde controle op de bedreigende buitenwereld uit te oefenen uit angst voor totale onmacht, en in de derde plaats om de persoon te verzekeren van allerlei narcistische bevredigingen (zie ook: Stolorow, 1975).

Uit dit beknopte overzicht zijn de symptomatologie van de narcistische persoonlijkheidsstoornissen, het afschatten van de Ik-sterkte van het individu en de gehanteerde afweermechanismen van belang om te kunnen komen tot een goede psychodynamische diagnostiek van de relatieproblematiek tussen twee partners. Het tweede denkschema dat wij voor de relatiediagnostiek nodig hebben is het interactioneel gericht collusie-concept, dat in de analytische theorie vooral is uitgewerkt door Willi (1975). Dit concept en zijn verschillende vormen zal ik in de volgende paragraaf nader omschrijven, alvorens verder te gaan met het verder uitwerken van de narcistische collusie.

Het collusieconcept en collusievormen

Een concept kunnen wij op twee manieren opvatten; enerzijds als begrip of denkmodel, dat binnen een bepaalde theorie uitspraak doet over een bepaalde en benoembare samenhang tussen verschillende fenomenen, anderzijds als werkhypothese die, hoewel niet getoetst en in operationele definities vastgelegd, binnen de klinische praktijk een zekere mate van waarschijnlijkheid en relevantie heeft ten aanzien van het klinisch handelen.

Beide aspecten wil ik aan het collusieconcept onderkennen: in de eerste plaats vormt en leidt het ons diagnostisch denken als we naar een bepaalde interactie tussen twee partners kijken, in de tweede plaats, nadat wij de collusie hebben vastgesteld, geeft het richting aan onze therapeutische interventies naar beide partners. De reacties van hen moeten, bij een juiste werkhypothese, een bevestiging ervan zijn; zijn ze die niet, dan dient er verdere diagnostiek gepleegd te worden. Het valt buiten het bestek van dit artikel in te gaan op een verdere methodologische uitwerking van het collusie-

concept; wat ik heb willen aangeven is dat, hoewel het collusieconcept geen duidelijke empirische validiteit bezit, het tijdens de therapie voor de psychotherapeut en voor zijn patiënten een waardevol model is als gezamenlijk focus van attentie.

Aan de collusie zoals Willi (1975) die hanteert, vallen de volgende aspecten te onderscheiden:

1. Een collusie houdt een voornamelijk onbewust interactiepatroon in, waar geen openlijke afspraken over bestaan, tussen twee of meer personen, op basis van een gemeenschappelijk, onverwerkt en onbewust conflict.
2. Beide partners worden elk apart dusdanig in hun voelen, denken en handelen door dit intra-psychisch conflict beïnvloed, dat dit hun levensgeschiedenis bepaalt en bepaald heeft: dat zij juist elkaar als partner gekozen hebben valt in dit licht op te vatten als een poging tot aanvulling of compensatie van de behoeftes van elk van beide.
3. Wat aanvankelijk als volstrekt tegengesteld gedrag van beide partners imponeert, zijn in feite de gepolariseerde uitingsvormen van het gemeenschappelijk conflict van beiden. Zij hebben dus meer gemeen met elkaar dan van het uiterlijk gedrag afgelezen kan worden.
4. In de collusie wordt, doordat de wederzijdse omgang van beide partners met elkaar het grondconflict telkens actualiseert, bij hen een geëxtrapoleerd rolpatroon opgeroepen (een progressief en een regressief gedrag in Willi's terminologie). Aanvankelijk werd de partner echter door de ander aangewend om voor het eigen gevoel harmonisch te zijn, aangezien het bij zichzelf afgeweerde of ontbeerde bij de partner werd teruggevonden.
5. De ambivalente houding, die hieruit voortvloeit zorgt ervoor, dat beide partners zich stevig met elkaar verbonden voelen. Beiden voelen zich door bezig te zijn met het gedrag van de ander beveiligd tegen een mogelijk tekortschieten in de afweer van eigen angsten.
6. Aangezien beiden van elkaar een toenemend gefixeerde rol opgedrongen krijgen, ontstaat er een zich uitbreidende relatieproblematiek. De onbewuste aspecten van de eigen persoonlijkheid die in de partner geëxternaliseerd waren, dreigen weer in het bewustzijn van de persoon zelf omhoog te komen, waardoor de afweer toeneemt.

Willi (o.c.) onderkent nu vier collusievormen, die berusten op de ontwikkelingsstadia van de libido-theorie. Dit kan gemakkelijk aanleiding geven tot verwarring als de termen oraal, anaal etc. betrokken waren op de karakters van beide partners apart. Willi (1978) benadrukt in zijn tweede boek, dat het hier gaat om de benoeming van een bepaalde gefixeerde wijze van interacteren en dus slechts slaat op bepaalde facetten van iemands persoonlijkheid, die juist in relatie met een specifieke ander geprononceerd naar voren komen.

Hij baseert deze mening op wat hij de 'interactiepersoonlijkheid' noemt; dit zijn die eigenschappen, die een paar met elkaar samen in stand houdt, en die b.v. in een gezamenlijke Rorschach-test ver-

schijnen, terwijl de test door elk van beiden apart gedaan, een verschuiving naar een meer eigen persoonlijkheid aanwijst. Hij gaat er vanuit, dat een individu, die in een bepaald stadium gefixeerd is geraakt, juist in dat andere individu een ideale partner denkt te vinden waarmee het een collusie aan kan gaan.

Hoewel hij verder geen empirisch bewijs levert over b.v. welk percentage van alle (problematische) huwelijken het hier betreft, vind ik die vier vormen toch belangrijk genoeg om te noemen, ten eerste als leidraad voor ons therapeutisch handelen en ten tweede, omdat achter een bepaalde collusievorm een andere uit een vroegere ontwikkelingsperiode afgeweerd kan worden (Kernber, 1970b; Willi, 1978).

1. De narcistische collusie: het basisprobleem van elk van beide partners is gelegen in de narcistische periode. Fixatie aan of regressie naar deze periode leidt ertoe, dat de persoon de ander beschouwt als een uitsluitend wensvervullend verlengstuk van zichzelf en niet als een persoon met eigen wensen en behoeften. De centrale relatievorm is hier de twee-eenheid (v.i.).

2. De orale collusie: in deze relatievorm spelen orale tendenzen de hoofdrol. Beide partners zoeken in de ander de zorgende en koesterende ouderfiguur, die het kind liefheeft zonder voorwaarden vooraf en zonder tegenprestatie, of willen zelf die ouderfiguur zijn tegenover de partner. Hierbij komt in de Ik-ontwikkeling de separatie-individuatie op gang, waarbij een toenemende scheiding ontstaat tussen hen zelf en de ouderfiguur, en deze meer gedifferentieerdheid gaat bezitten dan in het vorige stadium.

3. De anale collusie: normen en afspraken spelen een hoofdrol in het relationele evenwicht. Het gaat hierbij vooral om het probleem in welke mate de ene partner autonoom kan zijn ten opzichte van de andere, zonder dat deze angstig wordt dat de relatie uit elkaar zou kunnen vallen. De normen worden dus vooral toegepast om zich aan elkaar te binden. Willi onderscheidt hierbij de heerser-onderdaan collusie, de sado-masochistische collusie en de jaloezie-ontrouw collusie.

4. De fallisch-oedipale collusie: hier staat de strijd om het 'manlijke' en 'vrouwelijke' rolpatroon op de voorgrond, in de relatie zich uitend als de rivaliteit omtrent activiteit versus passiviteit. Centraal staat wie van beiden zich dient in te zetten ter bevestiging van de rol die de ander graag wil aannemen. Het betreft hier weer een gedifferentieerder gedrag dan in de vorige collusies.

Gezien bovenstaande definities mogen we verwachten, dat narcistische persoonlijkheden voornamelijk een narcistische collusie zullen aangaan. In de volgende paragrafen zal hierop nader ingegaan worden en op de rol, die de Ik-sterkte en de individuele afweermechanismen daarin zullen hebben.

Beschouwing van de narcistische collusie

Of de partner gepercipieerd wordt als 'de altijd fascinerende drager voor de eigen afgeweerde neigingen' (Tas, 1976) óf dat hij dient om

defecten in de ander zijn Ik-functies op te vullen (Stewart e.a., 1975) zal mijns inziens afhangen van de Ik-sterkte (v.s.) van de persoon zelf. De klachten, die vooral een indicatie voor P.R.T. zijn, zijn die, die een duidelijk en manipulatief karakter hebben binnen een relatie: recidiverende depressies, onderlinge verwijten over gefixeerde rolpatronen in de relatie zoals passiviteit van een der partners, buitenechtelijke seksuele relaties, alcoholmisbruik, psychosomatische klachten etc. Centraal staat, dat de een iets opgelegd krijgt of van de een iets geleerd wordt, dat nodig is voor het innerlijk evenwicht, en zelfs de identiteit van de ander. Lichamelijke nabijheid is niet alleen voldoende, maar ook een gevoelsmatige wordt geëist: wij zien, dat deze partners niet alleen alles trachten samen te doen, maar zich ook daarbij emotioneel afsluiten van anderen om alle ruimte te hebben voor het uitwisselen van eigen gevoelens. Zij doen voortdurend pogingen de ander net in die rol te krijgen, die op dat moment voor het eigen zelfgevoel nodig is. Probleemsituaties ontstaan wanneer de ene partner in een double-bind situatie (Watzlawick, Beavin, Fish, 1970) verzeild raakt met zijn partner op de volgende twee manieren: door mee te gaan met de verwachtingen van de ander voelt deze zich opeens alleen staan en overweldigd door zijn impulsen; door tegen hem in te gaan voelt deze zich niet begrepen of zelfs aangevallen.

Met name de geruststellende aanwezigheid van de ander verdwijnt, en daarmee de mogelijkheid de eigen problematiek ook over de partner uit te smeren; want of deze ander wordt zo nietig dat hij verdwijnt of hij laat zich zo werkelijk zien, dat hij zich niet meer leent voor manipulatie.

Op basis van deze interactiemechanismen heeft vaak de partnerkeuze plaats gevonden: een persoon projecteert niet alleen zijn eigen onbewuste en afgeweerde tendenzen op een willekeurig persoon, maar zoekt daarbij als partner iemand uit, bij wie hij het afgeweerde aanwezig acht, resp. al heeft waargenomen (Tas, 1976); bij meer ik-zwakke personen zal het empathische gezochte verschuiven van afgeweerde impulsen naar bepaalde hechtere ik-functies, die de ander dan van hemzelf kan overnemen. Een voorbeeld hiervan is de combinatie extraverte-controlerende partner (Greene, Lustig en Lee, 1976).

Hoe onderscheidt de narcistische collusie zich nu in deze relatiedynamiek van de overige collusievormen? In de voorgaande opsomming en definiëring hebben we gezien, dat de mate van differentiatie van beide partners ten opzichte van elkaar toeneemt van narcistische tot fallisch-oedipale collusie en er een grotere verscheidenheid van gedrag mogelijk is: beide partners beleven elkaar duidelijker als gescheiden individuen met een eigen identiteit. Zij hebben elkaar niet meer nodig om zich zichzelf te voelen, maar om de (neurotisch beperkte) mogelijkheden van zichzelf te verruimen. In de narcistische collusie echter wordt veeleer de identiteit van de een mede gebaseerd op eigenschappen van de ander, die dan voor die identiteit een noodzakelijke voorwaarde vormen. Het is een dyadische relatie, met naar de omgeving toe een te sterke afgren-

zing, terwijl de onderlinge Ik-grenzen min of meer vervloeien.

In deze onderlinge afhankelijkheid van rolverdeling tussen beide partners kunnen drie vormen onderscheiden worden (Battegay, 1979), die gelijk zijn aan de spiegeloverdrachtmogelijkheden zoals Kohut (1971) die noemt; in volgorde van meer onderlinge (sub)differentiatie zijn deze:

1. een poging tot achaische versmelting met de ander aan wie gewenste eigenschappen worden toegekend, wat zich uit in een grote bewondering voor die persoon en een zichzelf wegcijferen;
2. een relatie aangaan met een partner die helemaal gelijk is aan diegene, die met andere woorden een alter-ego zoekt;
3. een relatie aangaan met een persoon, die slechts wezenlijk van belang is in zoverre dat hij bepaalde behoeften vervult van de gene die die relatie aangaat. Als die laatste zich maar bewonderd voelt, gaat alles goed.

Als wij deze relatievormen onderling vergelijken, valt op te merken dat 1. en 3. complementair zijn; deze zijn bij Willi (1975) terug te vinden in de narcistische-complementair narcistische relatie. Verder valt aan deze vormen op te merken hoezeer beide partners door elkaar gefixeerd worden aan hun specifieke gedragspatroon. Er lijkt geen ontwikkeling van de eigen identiteit mogelijk zonder zich radicaal van de ander te ontdoen, omdat de ander deze ontwikkeling van meet af aan als een bedreiging van de relatie zal voelen.

De geringste groei bij een van beide partners leidt tot grote relatieproblemen, met als meta-communicatief doel, dat beiden zich uitsluitend met de relatie bezighouden. Deze inperking geeft beiden het gevoel van stevigheid, doch laat hen ook symbiotisch regrediëren. Afhankelijk van de Ik-sterkte van de partners kunnen zo in tijden van grote stress (b.v. huwelijksproblemen) en tijdens een therapie de volgende niveau's van regressie optreden:

1. een streven naar opnieuw overmatig bewonderd te worden, c.q. de ander zo te idealiseren, dat deze weer object van bewondering kan worden; dit houdt een toenemende mate van reductie van de persoonlijkheid van de ander in, wat beleefd wordt als toenemende dwang;
2. een toenemende desintegratie van de persoonlijkheid, die zich uit in de angst voor identiteitsverlies, depressie en overwaardige hypochondere klachten; de ander wordt paranoïde bejegend als een heerszuchtige, kwaadwillende persoon; vervolgens kan deze desintegratie leiden tot onbestemde angsten (prepsychose) en vage mystieke belevenissen (Weltuntergangserlebnisse);
3. een waanachtig herstel van de geïdealiseerde figuur, die als almachtig beleefd wordt; er treedt vaak identificatie met deze almachtige figuur op, terwijl er anderzijds ook sterke paranoïde waanideeën rondom gaan spelen; deze situatie kan gemakkelijk escaleren tot agressieve daden, c.q. moord of suïcide.

Psychodynamiek van afweermechanismen en acting-out

Heb ik in de vorige paragraaf aan de hand van de complementaire

en alter-ego posities meer de interacties in de narcistische collusie behandeld, in deze paragraaf zal het gaan over de intra-psychische motieven tot deze interacties, en vooral over de rol van de gebruikte primitieve afweermechanismen daarbij. Deze geven een sterke vertekening van de perceptie van de ander; enerzijds zullen die eigenschappen van de ander, die niet passen bij de verwachtingen, ontkend worden, anderzijds zal deze ander zo door het op de afweer gebaseerde gedrag beïnvloed worden, dat hij zich hiernaar gaat gedragen – de selffullfilling prophecy. Als dan ook nog beide partners narcistische persoonlijkheden zijn – en die kans is gezien bovenstaande voordelen groot –, zullen zij in de ontstane collusie elkaars gedrag in stand houden in een wederzijdse acting out.

Deze misperceptie treedt niet 'zomaar' op, het is een directe weergave van de functie van de afweer. Als we nagaan welke eigenschappen aan de ander worden toebedeeld, blijken ook hier weer aan de hand van de mate van Ik-sterkte verschillen op te treden. Bij een goede Ik-sterkte zal vooral het negatieve, niet geaccepteerde zelf-beeld (Tas, 1976) door middel van de ander afgeweerd worden, bij matige Ik-sterkte meer de dysfunctionerende Ik-functies zoals b.v. een geringe angsttolerantie (Lloyd en Paulson, 1972; Seeman e.a., 1979), en bij zwakke Ik-functies vooral de vroegkindelijke destructieve woede (Kernberg, 1970a). In alle drie situaties staat voorop, dat in de collusie de eigen ongewenste c.q. beangstigende eigenschappen door middel van het controleren van de ander bestreden worden.

De meest primitieve afweervorm is de projectie die in het bovenstaande uitvoerig aan bod is gekomen als het toeschrijven van niet geaccepteerde eigenschappen aan de ander. De projectie legt als het ware de basis voor alle verdere afweermechanismen, die bepaalde uitwerkingen (verstevigingen) ervan zijn. Een ander afweermechanisme, dat ik niet apart wil behandelen, is de ontkenning, die voortdurend nodig is om die aspecten van de ander, die strijdig zijn met het geprojecteerde, te negeren. Komt het bij projectie tot een absoluut zwart beeld van de ander (in tegenstelling tot het eigen absoluut goede beeld), dan spreken we van splijting (Bierenbroodspot, 1980, Stewart, e.d., 1975). Komt het niet alleen tot projectie, maar vervolgens weer tot identificatie met het afgeweerde, dan wordt gesproken van projectieve identificatie. Hierbij is de mate van Ik-sterkte weer van wezenlijk belang. Bij matig sterke of zwakke Ik-functies zal de heftige drang tot projectie tot verdere vertekening van de werkelijkheid leiden, dat wil zeggen tot verdere verzwakking van de Ik-grenzen en realiteitszin. De hieruit voortvloeiende ongecensureerde identificatie met de nu bedreigende persoon kan aanleiding geven tot hevige agressie jegens die persoon. Kernberg (1967) beschreef dit proces nauwgezet. Ten aanzien van afgeweerde afhankelijkheid kan hetzelfde optreden: de ene partner kan zijn afhankelijkheidsbehoefte op de ander projecteren en zichzelf geheel op eigen benen voelen; die ander mag hem dan vertroetelen en verzorgen, waardoor de ene partner zich behaaglijk kan laten gaan (identificatie) in het narcistische gevoel, dat

hij 'eigenlijk' de baas is. Bij meer Ik-sterke persoonlijkheden is de mate van identificatie niet zo indringend en blijft het onderscheid tussen het zelf van de een en de ander beter behouden. Dit leidt dan tot een verhoogde gevoeligheid voor de tekortkomingen (i.c. de geprojecteerde eigen tekortkomingen) van de ander (Tas, 1976), en het onvermogen om empathie op te brengen voor de eigenlijke gevoelens van die ander, waar overheen geprojecteerd wordt (Green-span en Mannino, 1974). Zinner en Shapiro (1972) zien in projectieve identificatie tevens een goede mogelijkheid tot wederzijdse empathie, maar men mag dan niet meer spreken van afweermechanisme.

Primitieve idealisering en devaluering zijn, zoals we al gezien hebben, naast stadia van regressie naar de vroeg-kinderlijke, symbiotische relatievorming ook afweermechanismen bij de afweer van mogelijke narcistische krenkingen. Bij de idealisering beschermt de persoon zich met de gefantaseerde grootheid van zijn partner, waar hij zich achter kan terugtrekken, bij de devaluering met diens gefantaseerde nietigheid, waardoor hijzelf in staat is de machtigste te zijn. Ook hier treedt weer een sterke vertekening op van de persoonlijkheid van de ander, die aanvankelijk vanwege een complementaire partnerkeuze, die op idealisatie-devaluatie berust, geen problemen hoeft te geven; maar geen van beide partners kan in deze situatie veranderen. In dit licht kunnen we de paranoïde en de schizoïde persoonlijkheid behalve als ontwikkelingsstoornis, ook opvatten als een afweerorganisatie, waarbij de persoonlijkheid in z'n geheel betrokken is.

Deze personen hebben geleerd zich van anderen te distantiëren, om het gevaar van een narcistische krenking te vermijden, daar deze zou leiden tot een ongecontroleerde regressie, i.c. de narcistische woede (Battegay, 1979). Differentiaal diagnostisch kan verwarring ontstaan met neurotische geremdheid en depressiviteit. Deze kwetsbare personen zoeken vaak contact met partners die zelf ook kwetsbaar zijn en daardoor niet snel zullen kwetsen, met andere woorden het alter-ego; dit zijn echter zeer labiele evenwichten, die snel kunnen verschuiven naar de idealisatie-devaluatie combinatie, waarbij de persoonlijkheid veel minder gedifferentieerd is en dus overzichtelijker. De interactionele en de psycho-dynamische omschrijving geven twee aspecten van dezelfde relatie weer; zij verduidelijken elkaar en verlenen zin aan het dynamisch evenwicht binnen de narcistische collusie. Of een P.R.T. bij een dergelijke relatie tot een succesvol resultaat leidt, is bij de huidige stand van theorievorming en uitgewerkte praktijkvoorbeelden nog niet te zeggen (Beeren, 1979; Greene, e.a. 1976; Lloyd, e.a., 1972; Seeman, e.a., 1979; Trommel, 1978; Willi, 1978).

Verder onderzoek zal moeten leren wanneer wel en wanneer niet de P.R.T. een zinvolle therapie is bij de narcistische collusie. Ik wil nu trachten enige uitgangspunten en richtlijnen over therapiedoel en techniek te formuleren, in de hoop door deze specifieke consequenties uit het voorgaande de P.R.T. bij deze relatievorm theoretisch en praktisch meer toegankelijk te maken.

Therapie doel

Een partnerrelatie moet volgens Willi (1975) aan drie belangrijke principes voldoen, wil het een goed functionerende relatie zijn; dit wil dan zeggen: een relatie, bestand tegen uit- en inwendige stress, zonder dat een van beide partners decompenseert, of de relatie verbroken wordt, of een derde object erin betrokken wordt. Deze principes zijn:

1. het afgrenzingsprincipe, dat wil zeggen beide partners moeten zich van elkaar kunnen afgrenzen en zich, met elkaar, van de buitenwereld;
2. het gelijkwaardigheidsprincipe, waarbij het zelfgevoel van beiden in de relatie behouden dient te blijven;
3. het evenwichtsprincipe, dat inhoudt, dat beide partners evenveel dominerende als passieve rollen van elkaar toegedeeld krijgen.

Het zal zonder meer duidelijk zijn, dat deze principes niet opgaan als er in een relatie de bovengenoemde controleproblematiek overheerst. Hoewel zij kunnen gelden als het ideale doel, zal het in de therapeutische praktijk echter reëler zijn ernaar te streven, dat in de relatie inperkende afweermechanismen niet meer op de voorgrond staan, of vervangen zijn door andere, die minder inperking van de partner veroorzaken. Ook zal het een hele winst zijn als de partners empathie voor elkaar kunnen opbrengen (Greenspan, e.a., 1974) en elkaar in hun beperkingen kunnen accepteren en deze niet meer als louter agressie zullen beoordelen; daarnaast is het een winstpunt wanneer schijnoplossingen, zoals overbezorgdheid voor de kinderen of psychosomatische klachten, vervangen kunnen worden door minder conflictueuze bevredigingen.

Beide patiënten zullen dus moeten gaan inzien hoezeer ze in hun collusie verstrikt zijn geraakt. Aanvankelijk zal de therapeut erop moeten richten deze narcistische collusie aan het paar duidelijk te maken, als het ware de grillig wisselende acting out trachten te consolideren tot een centraal gesteld, gezamenlijk, zij het pathologisch, interactiepatroon, waarin zij zichzelf en de ander herkennen, zonder door de angst overmand te worden elkaar te verliezen of gedomineerd te worden. Dan pas kan de therapeut zich het doel stellen, waar Engelsman (1976) het over heeft bij zijn beschrijving van de P.R.T. bij meer geremde Ik-sterkere patiënten: het helpen losmaken van relatieprocessen uit een verstarde toestand.

Therapeutische consequenties

Beide partners zullen geneigd zijn de therapeut van meet af aan te idealiseren en hem daardoor trachten te verleiden om het spel voor hen te gaan maken ('zegt U maar hoe het zit en wat we eraan moeten doen') of om bepaalde gratificaties van hem te krijgen ('als ik dit doe, dan is het eerlijk dat zij dat doet'). Op deze wijze loopt de therapeut het risico in de collusie betrokken te raken en zo machteloos gemaakt te worden. Het zal echter ook te begrijpen zijn dat het

afstand doen van alle gezag door de therapeut de rollen finaal zal omdraaien en grote angst – met de daaruit voortvloeiende groothedsfantasieën en destructieve wensen – bij zijn patiëntenpaar teweeg zal brengen.

Ten behoeve van een tussenweg, lijken mij de volgende punten van belang:

1. *Hantering van overdracht en tegenoverdracht*: afhankelijk van de sterkte van hun persoonlijkheidsstructuur zullen beide partners vroeg of laat komen tot het ontwikkelen van overdracht naar de therapeut, veelal in de vorm van manipulatief gedrag (acting-out). De therapeut zal deze pogingen om hem in een bepaalde positie te krijgen opmerken en hij zal hierop vanuit zijn eigen persoonlijkheid specifiek reageren: de zogeheten tegenoverdracht. Door middel van de tegenoverdracht kan de therapeut aanvoelen waar en op welke wijze de patiënt(en) bezig is (zijn) (zie ook: Groen, 1978). Aangezien beide partners in hun narcistische collusie steun bij elkaar zoeken tegenover de interventies van de therapeut, die erop gericht zijn hen uit hun symbiose te halen, kan de therapeut zich het beste beginnen te richten op de overdracht en tegenoverdracht, die tussen beide partners als paar en hem bestaan. Een directe interpretatie van hun onderlinge interactie zou te beangstigend zijn. Hoe meer beide partners elkaar als individu beleven, hoe meer de therapeut zich kan bezighouden met die onderlinge interacties. Lloyd, e.a. (1972) en Beeren (1979) beschreven elk een goed voorbeeld.

2. *Het interpreteren*: het duiden van interacties zal geruime tijd beperkt moeten worden tot het louter beschrijven van de logische consequenties van elkaars gedrag. Afhankelijk van hun vermogen tot angsttolerantie zullen de partners anders te angstig worden en de collusie zal zich versterken, hetgeen een toename van het acting-out gedrag met zich mee zal brengen. Een goed voorbeeld hiervan is de case-study van Seeman, e.a. (1979). Als het paar bekend is geraakt met zijn wijze van interacteren komt vervolgens de duiding van de behoeften van hen gezamenlijk en van elk apart aan de orde en niet een confrontatie met hun gedrag. De overweldigende angst van het alleen komen te staan kan alleen verminderen onder invloed van de steun die de therapeut geeft door het belang van beiden voorop te stellen. Gebeurt dit niet, dan zal een van beide partners zich gekwetst voelen en hierop reageren met paranoïde of/een sterke affectieve vervlakking. Ondanks de vaak heftig verlopende problematiek komt echter een scheiding als mogelijke oplossing bijna nooit ter sprake.

3. *Het doseren van empathie*: het snel verwoorden van gevoelens, die het paar zich nog niet bewust is, kan erg bedreigend zijn, vooral als het een verwijdering teweeg lijkt te brengen op dat moment. Een sterke empathie van de therapeut kan een gevoel van identiteitsverlies teweeg brengen en een zich blootgesteld voelen aan de andere partner. Hetzelfde geldt voor het sterk focussen op niet bewust gevoel. Het verdient te overwegen afgrenzingsproblemen onderling en naar de therapeut toe aanvankelijk te generaliseren en te doen accepteren als problemen van menig ander echtpaar en hen eerst

door te spreken op een intellectualiserende wijze. Dan, als het ware geneutraliseerd, kunnen de ervaringen en gevoelens van de personen zelf in de realiteit naar voren gehaald worden. Met name overdrachtsgevoelens van afhankelijkheid ten opzichte van de therapeut, die anders de therapie aanzienlijk kunnen verlengen, zijn hiervoor een goed voorbeeld.

4. *Structureren*: in de gesprekken dient vastgehouden te worden aan een bepaald kernthema (het therapiefocus), dat zoveel mogelijk gecentreerd is rond de collusieproblematiek. De therapeut brengt dit focus in op een zodanige wijze, dat het ook door beide partners als het hoofdprobleem wordt gezien; het verdient de voorkeur een focus te kiezen, waar vandaan duidelijke verbindingen lopen naar de motieven voor hun partnerkeuze. Dit laatste maakt voor hen het onderwerp inzichtelijker, verwijst naar een duidelijke activiteit van henzelf en is daardoor gemakkelijker benaderbaar. Wat verder spanningsreducerend werkt, is de voorspelbaarheid en de regelmatige terugkeer van bepaalde reacties van de therapeut (die natuurlijk wel juist moeten zijn gebleken), die zo gemakkelijker geïnterpreteerd zullen worden.

5. *Activiteit van de therapeut*: de therapeut zal vaak de positie van hulp-ik of scheidsrechter moeten innemen om de angsten niet te hoog te doen oplopen. Ook zal het kernthema goed vastgehouden moeten worden, wil niet de therapie verzanden in de telkens weer nieuwe, maar in feite eigenlijk dezelfde, problemen die elk uur worden aangedragen. Vaardigheden die de partners bezitten en die zij niet destructief gebruiken, zullen behouden moeten worden en vaardigheden die zij ontwikkelen, beschermd tegen de woede van de ander: zowel de autonomie van het paar ten opzichte van de buitenwereld als van beide partners ten opzichte van elkaar, is erg belangrijk als bron van eigenwaarde en dus een barrière tegen desintegratie-angsten.

6. *Frequentie*: de frequentie van de therapiezittingen kan het best bepaald blijven op 1 x per week, met een duur van gemiddeld 5 kwartier. Zittingen met een hogere regelmaat lijken te heftige spanningen op te roepen, die niet in de tussentijd verwerkt kunnen worden (Seeman, e.a., 1979), zodat escalatie van de acting-out optreedt. Om de patiënten meer gevoel van veiligheid en structuur te geven, kan overwogen worden hen aan te bieden, dat zij tussen de zittingen ook nog telefonisch in contact met hun therapeut kunnen treden.

7. *Co-therapie*: Hoewel Willi (1979), vanuit zijn praktijk redenerend, co-therapie alleen vanwege opleidingsdoelen verantwoord acht, tenderen anderen (o.a. Lloyd, e.a., 1972) bij meer Ik-zwakke patiëntenparen toch naar twee therapeuten tijdens de zitting. Dit heeft als voordelen dat de druk beter verdeeld kan worden en wanneer een der therapeuten in de collusie wordt getrokken, via de andere de werkrelatie met het paar behouden blijft. Ook kan een therapeutenpaar gezien worden als een model om met elkaar om te gaan, problemen op te lossen etc., terwijl daarnaast het bij het patiëntenpaar allerlei fantasieën kan oproepen over de eigenlijke rela-

tie, die dan in de therapie uitgewerkt kunnen worden. Met partners, die in de P.R.T. te angstig worden, kunnen de therapeuten, elk met een van beiden, apart gesprekken hebben. De combinatie van individuele en relatiegesprekken met één therapeut lijkt bij deze patiënten tot mislukken gedoemd, aangezien de nadruk waarschijnlijk steeds meer zal komen te liggen op de individuele band, die elk van beide partners met de therapeut heeft en die in de P.R.T. alleen een verhevigde rivaliteit te zien zal geven. Het behoeft hier verder geen betoog, dat het overleg en de onderlinge relatie tussen beide therapeuten goed zal moeten zijn, willen zij niet de kans lopen tegen elkaar uitgespeeld te worden, doordat zij elk apart in een narcistische collusie met de patiënten betrokken raken.

Besluit

Na dit theoretische en technische gedeelte wil ik nog even stilstaan bij de prognose en 'outcome' van deze relatietherapie. Hierover is weinig geschreven in verhouding tot overige publikaties over narcistische (relatie)stoornissen, hetgeen ongunstig zou kunnen worden geacht. Mijns inziens is echter meer gericht onderzoek noodzakelijk, voordat gezegd kan worden dat P.R.T. bij narcistische relatieproblemen niet 'werkt'. Er bestaat immers nog maar weinig ervaring op dit gebied, temeer daar het niet zolang geleden is dat ook individuele inzichtgevende therapie bij deze stoornissen niet van toepassing scheen. Bij veel personen met een matige tot slechte Ik-sterkte zullen de therapeuten veel moeten bijspringen en improviseren, hetgeen een gestandaardiseerde evaluatie niet goed mogelijk maakt. Ook de mogelijkheden van het voorschrijven van medicatie en een kortdurende opname bij periodes van stress zijn niet bij voorbaat uit te sluiten, en dienen het liefst bij aanvang van de relatietherapie met beide partners doorgesproken te worden. De vraag in hoeverre het resultaat van deze therapievorm wijst in de richting van Ik-versterking of van een meer structurele persoonlijkheidsverandering, lijkt mij een verkeerde voorstelling van zaken te geven: in het beloop van deze therapie is Ik-versterking een essentiële stap, die noodzakelijk is om tot een betere afgrenzing tussen beide partners te komen. Dan pas kunnen meer persoonlijke veranderingen zich voltrekken. Ik kan mij ook voorstellen dat op dat moment een of beide partners een individuele therapie beginnen, die tot dat moment vanwege hun hechte collusie niet mogelijk leek. Ook hier is verder onderzoek aangewezen.

Ten aanzien van de diagnostiek tenslotte ben ik mij ervan bewust, dat het gebruikte psycho-analytische referentiekader, hoewel veel gebruikt en praktisch goed bruikbaar, niet goed geschikt is voor statistisch en experimenteel onderzoek (zoals daar zijn: de inter-rater-reliability, de predictieve en de begripsvaliditeit – Kendell, 1975). Mag dit vooral gelden voor het herkennen van de gebruikte afweermechanismen, ik hoop toch, dat bovenstaande verhandeling voldoende consistent is om aangrijpingspunten te bieden voor het praktisch handelen en een meer specifieke evaluatie daarvan.

Literatuur

- Battegay, R. (1979), *Narzissmus und Objektbeziehungen*, 2. unveränderte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien.
- Beeren, J. (1979), Ervaringen met partner-relatietherapie 'on analytic lines' bij een anorexiapatiënte en haar echtgenoot. *T. v. Psychiatrie* 21, 489-506.
- Bierenbroodspot, P. (1980), Klinische psychotherapie van de psychotische patiënt, theoretische en technische aspecten, *T. v. Psychotherapie* 6, 253-270.
- Engelsman, P. (1976), Partner-relatietherapie, *T. v. Psychotherapie* 2, 149-154.
- Greene, B. L., N. Lustig, R. R. Lee (1976), Marital Therapy when one spouse has a primary affective disorder, *Am. J. Psychiatry* 133, 827-830.
- Greenspan, S. I., V. Mannino (1974), A model for Brief Intervention with couples Based on Projective Identification, *Am. J. Psychiatrie*, 131, 1103-1106.
- Groen, J. (1978), Spiegels en schaduwen van de analyticus, *T. v. Psychotherapie* 4, 19-29.
- Kendell, R. E. (1975), *The Role of Diagnosis in Psychiatry*, Blackwell Scientific Publ., Oxford, London.
- Kernberg, O. (1967), Borderline Personality Organization, *J. Am. Psychoanal. Ass.* 15, 641-685.
- Kernberg, O. (1970a), Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities, *J. Am. Psychoanal. Ass.* 18, 51-85.
- Kernberg, O. (1970b), A psychoanalytic classification of characterpsychology, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 18, 800-822.
- Kernberg, O. (1971), Prognostic considerations regarding borderline personality organization, *J. Am. Psychoanal. Ass.* 19, 595-635.
- Köhlner, L. (1978), Über einige Aspekte der Behandlung narzistischer Persönlichkeitstörnissen im Lichte der historischen Entwicklung psychoanalytischer Theoriebildung. *Psyche* 32, 1001-1058.
- Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*, Internat. University Press Inc., New York.
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, Internat. University Press Inc., New York.
- Lasch, C. (1980), *De cultuur van het Narcisme*, Synopsis, Uitg. De Arbeiderspers, Amsterdam.
- Lloyd, R. A., I. Paulson (1972), Projective Identification in the Marital Relationship as a Resistance in Psychotherapy, *Arch. Gen. Psychiatry* 27, 410-413.
- Schaper, W. W. F. (1976), Een gestructureerde relatietherapie, in: A. P. Cassee, P. E. Bocke, T. J. Barendregt, *Psychotherapie in Nederland*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Seeman, M. V., B. Elwardes-Evans (1979), Marital Therapy with Borderline Cases, it is beneficial? *J. Clin. Psychiatry* 40, 308-312.
- Stewart, R. H., T. C. Peters, S. Marsh, M. J. Peters (1975), An Object-Relations Approach to Psychotherapy with Marital Couples, Families and Children, *Family Process* 14, 161-178.
- Stolorow, R. D. (1975), Toward a functional definition of narcissism, *Int. J. Psychoanal.* 56, 179-187.
- Tas, L. (1976), Over echtparen gesproken, *T. v. Psychotherapie* 2, 215-218.
- Trommel, M. J. van (1978), Relationale aspecten van psychotische syndromen in het puerperium, *T. v. Psychiatrie* 20, 5-20.

- Watzlawick, P., J. H. Beavin, D. D. Jackson (1972), *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Willi, J. (1975), *Die Zweier-Beziehung*, Rowohlt Verlag, Hamburg.
- Willi, J. (1978), *Therapie der Zweierbeziehung*, Rowohlt Verlag, Hamburg.
- Zinner J., R. Shapiro (1972), Projective Identification as a mode of perception and behaviour in families of adolescents, *Int. J. Psychoanal.* 53, 523-530.