

'Inzichtgeven of steunen'

Poliklinische diagnostiek en behandeling vanuit de object-relatie-theorie

door F. A. M. Kortmann

Inleiding

In de ambulante psychiatrische praktijk komen we patiënten tegen die lijden aan een zeer bonte verscheidenheid aan symptomen en/of persoonlijkheidsstoornissen. Zowel voor diagnostiek als ook voor de behandeling is relatief weinig tijd beschikbaar. Vooral voor de minder ervaren hulpverlener is het een moeilijke opgave om reeds na een of enkele gesprekken uit te maken welke behandelingsstrategie een haalbare is. Uit de veelheid van strategieën licht ik twee globale stromingen. Komt een patiënt in aanmerking voor een aantal openende, inzichtgevende gesprekken? Of is hij veeleer gebaat bij een toedekkende, steunende of structurerende aanpak? Levert een poging tot inzichtgeven bij een bepaalde categorie juist een averechts effect op, bij voorbeeld doordat de patiënt de behandeling voortijdig afbreekt?

Het gaat dus om indicatiestellingen, een gebied waar reeds vele pogingen zijn ondernomen om hier meer inzicht in te krijgen. Men kan hier denken aan het recente onderzoek van Beenen e.a. (1980, 1982). Vaste maten en harde criteria werden door zijn werkgroep niet gevonden. Ze zullen waarschijnlijk ook moeilijk te vinden zijn, al was het alleen maar omdat de inzichten in de psychopathologie en de therapeutische technieken zich steeds wijzigen. Kernberg (1980) geeft hiervan een voorbeeld. Met betrekking tot de behandeling van borderline-patiënten voerde Knight (1954) in het begin van de vijftiger jaren een pleidooi om deze categorie met een ondersteunende therapie te behandelen ter versterking van hun Ik-functies. Twintig jaar later, wanneer veel meer bekend is over de borderline-pathologie, is Kernberg *zelf* deze mening niet meer toegedaan. Hij stelt dat de borderline-patiënt goed te behandelen is met een gemodificeerde vorm van ontdekkende psychotherapie, die weliswaar jaren therapeutische arbeid kan gaan kosten.

Zoals gezegd wordt in de 'gewone' poliklinische praktijk het stellen van een indicatie gecompliceerd door twee belangrijke factoren.

Schrijver is psychiater, hoofd van de polikliniek van de Psychiatrische Universiteitskliniek te Groningen.

De deskundigheid en ervaring van de hulpverlening is vaak beperkt en de tijd die zij kunnen besteden aan de patiënt erg gering in vergelijking met langlopende reguliere psychotherapieën. Toch staan ook zij voor de moeilijke keuze betreffende de vorm en het karakter van de behandeling. Welke diagnostische aanknopingspunten zou men op een polikliniek of een andere ambulante instelling kunnen gebruiken om een wat meer theoretisch onderbouwd antwoord te vinden op de vraag of de behandeling meer een inzichtgevend dan wel een steunend karakter moet hebben? Deze vraag wil ik nader bekijken en ik maak daarbij gebruik van de objectrelatie-theorie zoals deze door Kernberg (1976, 1980) is uitgewerkt. Deze theorie heeft een plaats binnen het veel uitgebreidere psychoanalytisch, psychodynamische denken. De object-relatie-theorie moet men dus niet beschouwen als een vervanging van de reeds eerder geformuleerde theorieën en modellen zoals bij voorbeeld het dynamische model (bewust tegenover onbewust) of het structurele model (Es, Ich, Ueber-Ich), maar als een aanvulling. De object-relatie-theorie kan vanuit een wat andere optiek een nieuw licht op dezelfde zaken werpen.

Ik wil proberen een aantal diagnostische kenmerken te beschrijven in termen van deze theorie, om deze daarna te plaatsen naast een aantal psycho-pathologische begrippen uit het dynamische en structurele model. Aan de hand van deze kenmerken deel ik de patiënten op een globale wijze in twee groepen in. Deze groepen onderscheiden zich van elkaar in hun verschil in niveau van volwassenheid en rijpheid met betrekking tot het omgaan met zichzelf en hun omgeving. Ik wil proberen om te verduidelijken waarom juist dit verschil zulke grote consequenties heeft voor de keuze van behandelingsaanpak op een polikliniek.

De object-relatie-theorie

De object-relatie-theorie beschrijft een aantal stadia in de psychische ontwikkeling van het kind. Ze doet dit aan de hand van de zich steeds wijzigende manier waarop het kind zichzelf beleeft en relaties legt met zijn omgeving. De gevestigde psycho-dynamische theorieën stellen in het algemeen dat het psychische apparaat van het kind zich ontwikkelt mede onder invloed van ervaringen die het van jongs af aan opdoet. Het kenmerkende van de object-relatie-theorie is dat zij deze ontwikkeling beschrijft aan de hand van veranderingen die optreden in drie basis-componenten, die door Kernberg (1976) beschouwd worden als pijlers van de menselijke psyche, te weten:

1. de intrapsychische beelden die het kind over zichzelf verwerft, de zogenaamde subject-representanten of zelfbeelden;
2. de intrapsychische beelden die het kind verwerft over de hem omgevende wereld, de zogenaamde object-representanten of objectbeelden;
3. de gevoelens of affecten waarmee deze zelf- en objectbeelden beladen zijn, de zogenaamde affect-disposities.

Deze door gevoelens gekleurde zelf- en objectbeelden veranderen voortdurend ten gevolge van steeds nieuwe fysiologische en psychologische prikkels, waaraan het kind is blootgesteld. Om een voorbeeld te geven, met behulp van zijn groeiend vermogen om te kunnen lopen krijgt het kind een steeds gedifferentieerder beeld van zichzelf en zijn omgeving. Als het lopen een beetje wil lukken en moeder haar enthousiasme daarover duidelijk toont, ontwikkelt het kind een positief beeld van zichzelf.

Als deze psychologische ontwikkeling zonder ernstige stoornissen verloopt, zal het kind zich onder invloed van deze prikkels kunnen ontwikkelen tot een volwassen individu, dat uitgerust is met opvattingen en gevoelens over zichzelf en zijn omgeving, die overeenstemmen met de 'realiteit'. Tijdens deze rijping vinden er geleidelijke omvormingen plaats van de intrapsychische beelden en hun affectieve kleur. In het algemeen kan men stellen dat ze uitgroeien van zeer primitieve, verbrokkelde, magische en daardoor in volwassen ogen onrealistische beelden en gevoelens over zichzelf en de omgeving tot meer complexe, gedifferentieerde, genuanceerde en realistische. Het kind krijgt daarmee een steeds 'volwassener' kijk op zichzelf en zijn omgeving en is daardoor steeds beter in staat om zich te voegen in de samenleving. Kernberg beschrijft hoe parallel aan en gestimuleerd door de ontwikkelingen in de zelf- en object-relatie-vorming er bij het jonge kind tevens een rijping plaatsvindt van een aantal intrapsychische structuren, zoals het driftleven, de gewetensvorming, de manier waarop impulsen worden afgeweerd en het vermogen tot reality-testing. Het voert te ver om deze groeiprocessen en interacties uitgebreid te beschrijven. Bij de bespreking van de verschillende fasen in de zelf- en object-relatie-ontwikkeling zal ik kort weergeven op welk niveau van rijping deze intrapsychische structuren zich dan ongeveer bevinden.

Stadia in de zelf- en object-relatie-ontwikkeling

Ik wil nu nader ingaan op een aantal karakteristieken van drie belangrijke stadia in de ontwikkeling van de zelf- en objectrelaties. Het zijn afgeleiden van deze karakteristieken, die op latere leeftijd terug te vinden zijn in de psychopathologie van patiënten. Het kunnen signaleren en plaatsen hiervan kan een hulpmiddel zijn bij het bepalen welke vorm van behandeling geïndiceerd is.

1. In het vroegste stadium van zijn ontwikkeling kan het kind het onderscheid nog niet maken tussen zichzelf en zijn omgeving. In zijn beleven bestaan er louter ongedifferentieerde beelden, de zogenaamde 'zelf-object-beelden'. Deze beelden worden gekleurd door óf overweldigend plezierige óf massaal pijnlijke of angstaanjagende gevoelens. Het kind gaat geleidelijk de plezierige zelf-objectbeelden internaliseren. Ze vormen een eerste basis voor de ik-kern. De onplezierige zelf-objectbeelden worden in deze fase beleefd als niet bij hem behorend en toegeschreven aan en geplaatst in de buitenwereld. Er bestaan op deze leeftijd nog geen realisti-

sche ik-grenzen, maar slechts een primitieve scheiding tussen 'all-good' binnen en 'all-bad' buiten hemzelf. Het psychische leven van het kind wordt in deze fase nog nagenoeg geheel beheerst door zijn driften die voornamelijk een orale kleur hebben. Het ervaart driftspanningen en zoekt naar drift-bevrediging. Uitstel van drift-bevrediging wordt erg moeilijk verdragen. Frustraties daarin roepen heftige primitieve gevoelens op. Van enige gewetensfunctie en afweermechanismen is nog geen sprake. Zijn fysieke onvermogen is de voornaamste factor die hem remt in het omzetten van driftmatige wensen in daden. Door de afwezigheid van ik-grenzen en de primitieve scheiding tussen 'all-good' binnen en 'all-bad' buiten hemzelf is de reality-testing uiterst gebrekkig.

2. De volgende stap in zijn ontwikkeling geeft te zien dat het kind langzamerhand een scheiding gaat aanbrengen tussen wat zich binnen hemzelf afspeelt en wat tot de buitenwereld behoort. Het ontdekt dat het te simpel is om al het slechte zondermeer in de buitenwereld te projecteren, maar dat er zich ook onplezierige belevingen binnen hemzelf kunnen voordoen, bij voorbeeld een hongergevoel of een pijngevoel. Anderzijds groeit het besef dat bij voorbeeld de weldadige moederborst geen deel van hemzelf is, maar behoort bij de buiten hem staande moeder. Het gaat dus een andere scheiding aanbrengen tussen de zelf- en objectbeelden. Het ontdekt daarbij dat beide beelden goed óf slecht kunnen zijn. Met nadruk moeten we hier nog het woord 'of' gebruiken, want een zeer belangrijk kenmerk van deze fase is dat de 'all-good' en 'all-bad' zelf- en objectbeelden strikt van elkaar gescheiden worden. Er bestaat een absolute splitsing tussen de goede moeder, bij voorbeeld wanneer het kind van haar de borst krijgt, en de slechte moeder, bij voorbeeld wanneer het kind door haar in een te koud bad gezet wordt. In zijn beleven bestaan er dus meerdere moeders. Zijn denken en voelen is er een in extremen, in óf zwart óf wit. Of moeder is de bovenste beste. Of ze deugt nergens voor. Het kind is dus nog niet in staat om te beseffen dat één en dezelfde moeder deze beide kwaliteiten in zich verenigt. Hetzelfde zwart-wit denken en voelen geldt ook voor het beleven van zichzelf. Het kind is óf verrukt van zichzelf, óf ervaart zichzelf als waardeloos. Ook in deze fase van zijn ontwikkeling drukt het streven tot directe driftbevrediging nog een zwaar stempel op het psychisch functioneren van het kind, zij het dat de driften meer anale kenmerken krijgen. Door een groeiend besef dat er in de buitenwereld af en toe 'all-bad' bestraffende objecten of personen aanwezig zijn, om wie je het soms tijdelijk beter kan laten om je lusten bot te vieren, worden de eerste kernen van een geweten gelegd. Deze voorloper van het latere geweten werkt echter nog erg lacunair, dat wil zeggen het functioneert alleen maar tijdelijk, in aanwezigheid van de potentieel straffende buitenwereld. Het verbod om van de koektrommel af te blijven geldt nietmeer als vader de kamer uit is. Dit 'geweten' wordt gemodelleerd naar de eisen van de 'all-bad' personen uit zijn omgeving. Het kan daardoor ongenueanceerd, primitief, hardvochtig en ombarmhartig streng zijn. Men spreekt wel van de sadistische

voorlopers van het latere Ueber-Ich.

Wanneer het kind gaat beseffen dat personen buiten hem af en toe hem opleggen af te zien van zijn wens tot directe driftbevrediging of hem dwingen tot het uitstellen daarvan, gaat het impulsafweermechanismen ontwikkelen. Deze afweervormen hebben dezelfde primitieve zwart-wit kenmerken. Voorbeelden zijn splitting, ontkenning en projectie. Deze zijn ook daarom primitief te noemen omdat ze de reality-testing ernstig belemmeren. Men realiseert zich eens hoe je kijkt op de realiteit grondig vertroebeld wordt wanneer je, onbewust, je eigen boosheid in iemand anders projecteert.

3. De laatste fase in de ontwikkeling van het kind die hier besproken wordt is er een waarin het kind leert om de steeds wisselende en van elkaar gesplitste 'all-good' en 'all-bad' beelden die het van zichzelf en zijn omgeving heeft bij elkaar te brengen. Het gaat beseffen dat het een en dezelfde moeder is die goede en vervelende eigenschappen heeft. Evenzo groeit bij hem de wetenschap dat hijzelf verschillende kanten heeft, en toch een en hetzelfde individu is. Het kind krijgt daarmee een stabielere en volwassenere kijk op zichzelf en z'n omgeving. Het is in toenemende mate in staat om de positief gekleurde beelden van mensen vast te houden, ook als deze mensen hem op zeker moment frustreren of teleurstellen. Evenzo kan het kind steeds beter het positieve gevoel over zichzelf vasthouden, ook op die momenten waarop het teleurgesteld is in zichzelf, bij voorbeeld wanneer hem iets niet wil lukken. Men spreekt hier van een toenemende stabiliteit van het zelf-gevoel en van de objectrelaties, omdat ze steeds beter bestand zijn tegen tijdelijke tegenvallers. Het kind is nu beter in staat om met tegenstrijdige gevoelens om te gaan. Dit betekent dat wanneer het kind boos is op moeder, het toch ook kan blijven beschikken over het positieve beeld van haar. Het is dus nu niet meer voortdurend gedwongen om de haat en de liefde ten opzichte van moeder als elkaar niet-verdragende gevoelens uit elkaar te houden door een van beiden tijdelijk massaal te ontkennen, alsof deze niet bestaat.

Het driftleven wordt in deze fase steeds meer fallisch gekleurd. Het kind leert langzamerhand om af en toe zijn wens tot driftbevrediging uit te stellen of er van af te zien. Dit gebeurt mede onder invloed van de groeiende stabiele positieve band met mensen uit zijn omgeving. Door deze band gaat het kind zich meer en meer identificeren met deze mensen en kan het zich zo nu en dan ook in andere mensen 'verplaatsen'. Zowel uit angst voor liefdesverlies als uit idealisering maakt het hun normen en waarden gedeeltelijk tot de zijne. Deze normen worden de bouwstenen voor zijn geweten. Het geweten rijpt uit tot een intra-psychische regulerende instantie die zijn invloed ook blijft uitoefenen wanneer de mensen om hem heen, die hem de normen aangeven en/of die hij idealiseert, niet lijfelijk aanwezig zijn. Het lacunaire karakter van de voorlopers van het geweten verdwijnt geleidelijk. Omdat het kind de waarden overneemt van mensen van wie het is gaan ontdekken dat zij naast bestraffende ook aardige kanten hebben, worden de sadistische

trekken van het geweten steeds meer geneutraliseerd. Naarmate de drang tot directe en absolute driftbevrediging afneemt, neemt ook het rigoreuze en massale karakter van de afweervormen af. Van ontkenning, projectie en splitsing, afweervormen die de reality-testing op grove wijze verstoren, gaat het kind langzamerhand over op verdringing, intellectualisering, rationalisering en sublimering, afweermechanismen die men 'reality-testing-vriendelijker' zou kunnen noemen.

Samenvattend kan men stellen dat er vanuit de object-relatietheorie een drietal fasen in de ontwikkeling van het kind is te onderscheiden. Elke fase heeft een kenmerkende manier waarop het kind zichzelf en zijn omgeving beleeft en er mee omgaat.

In de eerste fase bestaat nog geen scheiding tussen het kind en de buitenwereld. Al het goede wordt door het kind geïncorporeerd; al het slechte wordt in de buitenwereld geprojecteerd. Wanneer een patiënt op volwassen leeftijd op een dergelijke wijze het contact met de realiteit verloren heeft, spreken we van een psychotisch toestandsbeeld.

In de volgende fase raakt het kind in staat op een reëlere wijze een scheiding aan te brengen tussen hemzelf en de buitenwereld. De realiteitszin schiet echter nog steeds tekort omdat het kind zichzelf en zijn wereld splitst in óf goed, óf slecht. Wanneer we dergelijke kenmerken zien in het psychisch functioneren van een volwassene, dan kunnen we denken in de richting van een border-line-state. In de fase die hierop volgt krijgt het kind geleidelijk aan beschikking over het vermogen om op een en hetzelfde moment te beseffen dat het zowel plezierige als vervelende kanten in zich herbergt en dat deze elkaar in evenwicht kunnen houden. Dezelfde nuances verschijnen er in het beeld dat het van zijn omgeving gaat krijgen. Het kind leert omgaan met ambivalente gevoelens. Zijn vermogen om relaties aan te gaan met mensen uit zijn omgeving, die bestand zijn tegen tijdelijke teleurstellingen, neemt toe. Ook zijn zelfgevoel wordt stabiel. Patiënten met neurotische symptomatologie hebben dit stadium van de persoonlijkheidsontwikkeling zo ongeveer bereikt, of zijn als kind in deze fase van hun ontwikkeling vastgelopen. Parallel aan de rijping van de zelf- en objectrelaties vindt er ook een rijping plaats binnen de verschillende intrapsychische instanties en functies. Ook hiervan volgt een korte samenvatting. De drang om uitsluitend te leven vanuit het eigen driftmatige of instinctmatige neemt in intensiteit af. Steeds meer op de ander gerichte motiverende krachten doen hun intrede in het psychisch leven van het kind. De frustratietolerantie neemt toe. De ik-grenzen worden stabiel. Het karakter van de afweermechanismen wordt 'verfijnder' in die zin dat ze de realiteitszin minder verstoren wanneer ze worden aangewend. Het absolute en primitieve zwart-wit denken en voelen neemt af. Het vermogen tot toetsing van de realiteit neemt daarmee toe. Lacunes in gewetensfuncties worden kleiner. Het geweten gaat steeds meer autonoom functioneren. Schuldgevoelens gaan bij het overschrijden van de norm een toenemende rol spelen.

De beide modellen tesamen nemend geven het volgende beeld in de ontwikkeling van het kind te zien. Het kind groeit uit van een overwegend driftmatig 'egocentrisch' individu tot een persoon die zich zo 'altruïstisch' kan opstellen dat het zonder al te veel botsingen kan leven in een samenleving met anderen. Het kind leert toenevend te geven en te nemen. De relaties met de mensen om hem heen krijgen een steeds minder eenzijdig eisend karakter. Ze worden stabiel en gelijkwaardiger. Het kind leert luisteren, rekening houden met de anderen en zich in hen te verplaatsen zonder zichzelf te veel weg te cijferen. Het gevoel een eigen stabiele en waardevolle identiteit te bezitten neemt toe en wordt hechter en minder afhankelijk van de bewondering en waardering van mensen uit zijn omgeving. In een zin samengevat zou men kunnen zeggen dat het kind steeds 'aardiger' wordt voor zichzelf en voor de mensen om hem heen.

Persoonlijkeheidsstructuur bij neurotische stoornissen en 'vroegere stoornissen'

De bovenbeschreven theoretische beschouwing maakt het ons mogelijk om patiënten op een zeer globale wijze in te delen in twee groepen. Absolute grenzen zijn zeker niet aan te geven. Uiteraard bestaan er vloeiende overgangen. Toch heeft maken van een onderscheid zin vanwege de gevolgen voor de therapeutische aanpak. We onderscheiden:

1. Patiënten die lijden aan oedipaal-neurotische stoornissen. Naast een grote verscheidenheid aan symptomen zoals angst, depressie, fobie, lichamelijke klachten, etcetera, hebben deze groep patiënten met elkaar gemeen dat zij een persoonlijkheidsstructuur bezitten die een groot aantal kenmerken heeft van uitgerijpte realistische en stabiele zelf- en objectrelaties waarin ambivalente gevoelens een plaats hebben. Deze groep patiënten bezit een redelijke frustratietolerantie. Ze hanteren 'rijpere' afweermechanismen, zoals verdringing, rationalisering, intellectualisering en sublimering. Hun doen en laten is minder impulsief en wordt mede bestuurd vanuit een autonoom werkend geweten. Fantasieën of activiteiten in strijd met hun geweten roepen schuldgevoelens op. Met het oog op de diagnostiek kan worden opgemerkt dat deze kenmerken er onder andere ook toe bijdragen dat deze groep patiënten in staat is om vrij snel een redelijk affectief contact te leggen en vast te houden met de onderzoeker. De onderzoeker ervaart dat dit soort patiënten ook rekening met hem kan houden en naar hem kan luisteren. De contacten hebben kenmerken van wederkerigheid en hebben daarmee iets 'aantrekkelijks'.

2. Patiënten die lijden aan 'vroegere stoornissen'. Ook deze groep patiënten kan een bont scala aan symptomen te zien geven. Onder de symptomen is er een aantal dat op het eerste gezicht niet afwijkt van neurotische symptomen zoals depressie, angst, vermijdingsgedrag, etcetera. Waarin deze patiënten een – zij het zeer omvangrijke – groep vormen die zich onderscheidt van de groep van neuroti-

sche patiënten ligt in hun persoonlijkheidsstructuur waarin sporen van onrijpe zelf- en objectrelaties te vinden zijn. Het zelfgevoel van deze groep is kwetsbaar en fluctueert overmatig sterk met de waardering die men op dat moment voor zichzelf heeft. Relaties met anderen worden vermeden, blijven erg oppervlakkig of fluctueren sterk met de mate waarin de ander hen koestert en/of bewondert. Deze relaties hebben een ongelijkwaardig karakter omdat de ander veel moet geven en slechts weinig mag nemen. De frustratietolerantie is laag en af en toe ziet men doorbraken van impulsief handelen zonder dat deze patiënten zich daarover naderhand erg schuldig lijken te voelen. De groep hanteert primitievere afweermechanismen, die de realiteitszin ernstig aantasten, zoals ontkenning, projectie en splitsing. Er wordt nog sterk in termen van alles of niets gedacht en gevoeld. Het geweten vertoont lacunes en heeft soms sadistische trekken.

Reeds bij het diagnostische gesprek merkt men dat men met deze soort patiënten moeilijker een volwassen contact kan leggen en vasthouden dan met de meer neurotische patiënten. Soms ervaart de onderzoeker tijdens het gesprek of naderhand dat hij steeds meer zijn best gaat doen om de patiënt toch te bereiken; immers, de patiënt praat soms wel veel, maar geeft blijk moeilijk echt te kunnen luisteren naar de onderzoeker. Hoewel het taalkundig normale gesprekken zijn blijven het in psychologische zin vaak monologen. Er zijn weinig signalen die er op wijzen dat de patiënt zich kan verplaatsen in de onderzoeker. Deze patiënten hebben daardoor in de ogen van hun omgeving minder 'aantrekkelijke' kanten.

Het verschil in functie en betekenis van de symptomen bij de beide groepen

Beide groepen patiënten kunnen zich voor een ambulante behandeling aanmelden omdat ze lijden aan symptomen. Deze symptomen kunnen er oppervlakkig bij beide groepen hetzelfde uitzien, bij voorbeeld angst of depressie. Stolorow en Lachmann (1980) wijzen er echter op dat met het oog op het uitstippelen van een goede behandelingsaanpak het van groot belang is de volgende vragen te beantwoorden. Tegen de achtergrond van welk soort mentale activiteiten worden de symptomen voortgebracht? Welke plaats en betekenis hebben de symptomen voor de patiënt? De auteurs onderscheiden twee soorten mentale activiteiten:

1. Mentale activiteiten gericht op het onbewust houden van een intra-psychisch conflict, de zogenaamde neurotische afweer;
2. Mentale activiteiten gericht op het herstel of behoud van fragile zelf- en object-representaties, die door een stilstand in de psychologische ontwikkeling (developmental arrest) niet volwassen en uitgerijpt zijn; zij noemen deze activiteiten voorstadia van de neurotische afweer.

Ad 1. Bij patiënten die lijden aan een neurotische stoornis is de

symptomatologie overwegend gekoppeld aan mentale activiteiten die tot doel hebben te beletten dat conflicten tussen de verschillende intrapsychische structurele instanties (Es – Ich – Über-Ich) in het bewustzijn doordringen.

Ik wil een voorbeeld geven. Een patiënte komt op het spreekuur met depressieve klachten. Het blijkt dat haar echtgenoot haar ontrouw is geweest. Haar strenge geweten belet haar haar boosheid ten opzichte van haar echtgenoot te voelen en te uiten. Zij verdringt deze gevoelens door deze op zichzelf te richten met het gevolg dat ze depressief wordt.

Van het grootste belang hierbij is dat men zich realiseert dat bij dergelijke neurotische stoornissen de symptomen ontstaan binnen een stelsel van redelijk uitgerijpte zelf- en objectrepresentaties, hetgeen reeds merkbaar wordt bij het afnemen van de anamnese. Men krijgt snel een goed contact met de patiënt. Het is mogelijk dat een neurotische patiënt in geval de psychische stress erg groot wordt zijn toevlucht gaat nemen tot massalere en primitievere symptomen en dus sterk regredieert. Ook al ziet het beelder op zo'n moment indrukwekkend 'vroeg' uit, de patiënt kan blijvend beschikken over zijn vermogens die verankerd liggen in een relatief rijpe persoonlijkheidsstructuur.

Ad 2. Bij 'vroeger' gestoorde patiënten moet de symptomatologie, aldus Stolorow en Lachmann, vooral gezien worden tegen de achtergrond van mentale activiteiten die gericht zijn op herstel of behoud van wankelende zelf- en objectrepresentaties, welke door een vertraging of stilstand in de psychologische ontwikkeling niet voldoende uitgerijpt zijn. Wat hiermee bedoeld wordt zal ik aan de hand van enkele voorbeelden proberen te verduidelijken.

Een jonge man komt op een polikliniek in verband met gevoelens van lusteloosheid en leegheid. Hij vertelt dat deze gevoelens zijn verergerd nadat zijn meisje hem in de steek gelaten heeft. Wanneer we de anamnese verder uitdiepen komt het volgende verhaal naar voren. Een jaar geleden ontmoette hij een meisje dat hij erg bewonderde en aardig vond. Toen ze intensiever met elkaar gingen optrekken kwamen ook de minder aangename karaktertrekken van het meisje naar voren. Dit leidde tot heftige ruzies. Relatief geringe frustraties riepen heftige woedeuitbarstingen op. Intrapsychisch speelde zich daarbij het volgende af. Door de heftige woedegevoelens dreigde de jongen de aardige kanten van het meisje (de positief gekleurde objectrepresentant) totaal uit het oog te verliezen. Met behulp van het splitsingsmechanisme bracht hij als het ware het positieve beeld in veiligheid. Voor de toeschouwer was het alsof hij twee partners had. Een alleraardigste en een zeer vervelende. Door zo te splitsen werd de realiteitszin echter zeer ernstig aangetast. Het meisje begreep dit wisselende gedrag met die explosieve, agressieve uitbarstingen niet en kreeg er op den duur genoeg van. De relatie ging stuk. De man werd depressief en meldde zich voor behandeling. Ook tijdens het afnemen van de anamnese manifesteerde hij zich als iemand die veel van de onderzoeker eiste en weinig rekening met hem hield, kenmerken van een 'vroege stoornis'.

Men heeft in dit voorbeeld dus te maken met de gevolgen van een psychisch mechanisme, de splitsing, dat er op gericht is om een hiaat in het vermogen tot volwassen objectrelaties op te vullen, zij het op een zeer gebrekkige wijze.

Ik wil nog een ander voorbeeld geven. Een meisje van 25 jaar heeft klachten van angst en depressies. Ze bezit een erg wankel en kwetsbaar beeld van zichzelf ten gevolge van een vroege stoornis. Zij onderhoudt nog steeds een symbiotische band met moeder. Op een gegeven moment maakt haar werkgever een vernederende en kwetsende opmerking tegen haar. Het meisje is volledig van de kaart en blijft thuis van haar werk. Ze voelt zich waardeloos en wordt depressief. In het onderzoek brengt ze zonder het in de gaten te hebben allerlei pathologische groothedenfantasieën naar voren, die opgevat kunnen worden als fantasieën ter afwending of reparatie van de haar toegebrachte psychologische schade. De groothedenfantasieën vullen het gat dat geslagen is in haar zeer wankele zelfgevoel enigszins op.

Morgenthaler (1974) illustreert de 'zelf- en objectrelatie-sparende' functie van symptomen aan de hand van een patiënt die kampt met perverse gedachten en perverse handelingen. De perversie moet bij vroeg gestoorde patiënten gezien worden als een 'Plombe' (een vulling in een tand of kies), waarmee dit soort patiënten proberen het defect in de regulatie van hun zelfgevoel dat ze op jongere leeftijd hebben opgedaan, tijdelijk op te vullen wanneer dit zelfgevoel te veel bedreigd wordt. Het perverse symptoom is in dit geval op te vatten als een laatste redmiddel, een kurk waarop de patiënt zich drijvende houdt of als een middel om erger te voorkomen. We zien dus dat symptomen op zichzelf onvoldoende aanknopingspunten bieden om te bepalen of een patiënt lijdt aan een neurotische stoornis dan wel aan een vroegere stoornis. Men moet hierover meer duidelijkheid krijgen door proberen te achterhalen welke plaats het symptoom inneemt binnen het totale psychische krachterspel, dat mede bepaald wordt door de mate van rijpheid van de persoonlijkheid. Deze graad van rijpheid kan o.a. afgemeten worden aan de kwaliteit en de invloed van het driftleven, de functie van het geweten en de afweervormen die de persoon hanteert.

Gevolgen voor de behandeling

Zoals we gezien hebben bestaan er enerzijds symptomen die in verband staan met de neurotische afweer tegen het bewust worden van intrapsychische conflicten. Deze ziet men bij patiënten met een redelijk stabiel zelfgevoel en volwassen objectrelaties. Anderzijds bestaan er symptomen die veeleer in verband staan met psychische activiteiten die gericht zijn op het herstel of behoud van het gebrekkige zelfgevoel of de objectrelaties. Deze komen vooral voor bij patiënten die door vroegere stoornissen in de ontwikkeling van hun zelfgevoelen objectrelaties zijn achtergebleven. Met het oog op het vaststellen van een behandelingsstrategie is het van groot belang om dit globale onderscheid aan te brengen.

Heeft men te maken met overwegend neurotische problematiek dan kan de behandeling inzichtgevend zijn. Zij is er dan op gericht om de afweer tegen het bewustworden van de intrapsychische conflicten langzamerhand te doen verminderen. Dit gebeurt in de klassieke psycho-analytische behandeling en allerlei varianten hiervan, waarbij het duiden en het interpreteren een belangrijke plaats innemen. Wanneer de patiënt door de behandeling meer zicht heeft gekregen op zijn voorheen onbewuste problematiek, dan is hij beter in staat om deze problematiek emotioneel te verwerken en op te lossen, waarbij de symptomen geleidelijk aan verdwijnen. Voorwaarde om een inzichtgevende behandeling aan te kunnen is dat de patiënt gedurende de behandeling kan blijven beschikken over een voldoende stabiel zelfgevoel en een voldoende vermogen om relaties te leggen en vast te houden met mensen en dus ook met zijn therapeut. Therapie is een pijnlijk proces, vanwege het feit dat de therapeut de patiënt als het ware tegen de haren in strijkt door niet mee te gaan in diens afweer. De patiënt is echter in zijn persoonlijkheidsstructuur zo volwassen, dat hij of zij tegen een stootje kan.

Behandelt men een patiënt die lijdt aan de gevolgen van vroegere stoornissen, dan kan deze er als het ware (nog) niet tegen om tegen de haren in gestreken te worden. Inzicht geven, zo dit al zou lukken, betekent bij zo'n patiënt dat men hem gaat confronteren met zijn onvermogens of lacunes. Daarmee helpt men de patiënt van de regen in de drup. Zijn toch al zwakke zelfgevoel wordt hierdoor nog meer ondermijnd en de kans neemt toe dat de patiënt de relatie met de therapeut verbreekt. Het volgende voorbeeld uit de normale omgang met kinderen moge dit verduidelijken. Wanneer het zelfgevoel van een peuter aan het wankelen gebracht wordt doordat hij gaat beseffen dat zijn oudere zus veel mooier kan tekenen dan hij, dan is de kans groot dat hij ter reparatie van deze krenking zelf ook aan het tekenen slaat. Het resultaat bestaat uit een aantal chaotische krassen. Toch loopt hij er trots mee naar zijn moeder en verwacht niets anders dan bevestiging. Wat zal de moeder doen? Heeft ze enig gevoel voor en kijk op opvoeden, dan weet ze wat haar te doen staat. Ze zal het kind beslist geen inzicht proberen te geven in zijn jaloeziegevoelens waardoor hij kwam tot zijn 'mislukte' poging om zijn zus te evenaren. Zou moeder dat wel doen dan zou het zelfgevoel van de peuter alleen nog maar verder ondermijnd worden omdat hij zou gaan beseffen dat het resultaat van zijn tekenactiviteit uiteindelijk toch een bewijs is dat hij niet in staat is te tekenen en alleen nog maar wat kan krassen. Nee, de moeder zal het kind veeleer prijzen en stimuleren in zijn pogingen om iets te presteren en zal het kind voordoen hoe het nog mooier kan. Patiënten die lijden onder de gevolgen van de stagnaties in de ontwikkeling van hun zelfgevoel en objectrelaties (developmental arrests) moeten dus op een andere wijze therapeutisch benaderd worden. De strategie bij deze stoornissen moet er een zijn zoals de 'good enough mother' (Winnicott, 1960) haar kind benadert. Voor ambulante poliklinische praktijk vertaald betekent dit dat wij een

vroeger gestoorde patiënt moeten steunen waar dit nodig is, bekrachtigen waar dit mogelijk is, en laten voelen dat wij een beetje kunnen begrijpen waar hij het moeilijk mee heeft. Zo mogelijk kunnen wij hem ook wat structuur aanbieden en hem adviseren om zijn leven op een iets andere manier in te richten in de hoop dat dit een meer bevredigend resultaat zal opleveren. Interpretaties of duidingen zoals in een neurosebehandeling toegepast worden zijn voor deze categorie patiënten in een poliklinische setting minder aangewezen. Ze kunnen zelfs een averechts effect opleveren omdat men in feite hiermee een aanslag pleegt op mechanismen die voor de patiënt van vitaal belang zijn om zijn gebrekkige zelfgevoel en objectrelaties enigszins overeind te houden.

Naast deze steunende aanpak, die in een ambulante praktijk meer aangewezen is, bestaan er voor deze categorie vroeggestoorde patiënten zeker ook meer reconstructieve therapeutische methoden die gericht zijn op verdere rijping van de persoonlijkheidsstoornis. Onder anderen Kohut (1971) heeft op dit terrein veel werk verricht. Dit zijn echter langdurige intensieve behandelvormen. Men heeft hiervoor veel tijd nodig en moet beschikken over de kennis en ervaring om heel andere parameters (spiegeloverdracht, idealiserende overdracht) in te kunnen brengen dan in de neurosebehandeling gebruikelijk zijn.

Conclusie

Resumerend zou ik willen stellen dat men, om te komen tot een realistisch behandelingsplan, eerst een grondige anamnese moet hebben afgenomen en onderzoek moet hebben gedaan om de symptomen van patiënten te kunnen plaatsen tegen de achtergrond van de mate van rijpheid van hun persoonlijkheidsstructuur. Wanneer men hier meer kijkt op heeft kan men beslissen tot een behandelingsstrategie die voor de meer oedipale-neurotische patiënten inzichtgevend kan zijn en die voor de vroeger gestoorde patiënten in een poliklinische setting meer van steunende en structurerende aard zal moeten zijn.

Literatuur

- Beenen, F., e.a. (1980), Over psychoanalyse-indicatie: empirische herwaardering van klinische overwegingen, *Tijdschr. v. Psychotherapie*, 3, 123-140.
- Beenen, F., e.a. (1982), Over psychotherapie-indicatie: vervolg onderzoek met de AI-vragenlijst, *Tijdschr. v. Psychotherapie*, 5, 287-291.
- Kernberg, O. (1976), *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson Inc., New York.
- Kernberg, O. (1980), *Internal World and External Reality*, Jason Aronson Inc., New York.
- Knight, R. P. (1954), Borderline states. In: *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, ed. R. P. Knight and C. R. Friedman, International Universities Press, New York.
- Kohut, H. (1971), *The analysis of the Self*, International Universities Press, New York.

- Morgenthaler, F. (1974), Die Stellung der Perversionen in Meta-psychologie und Technik, *Psyche*, 28, 1077-1098.
- Stolorow, R. D. en F. M. Lachmann (1980), *Psychoanalysis of developmental Arrests*, International Universities Press, New York.
- Winnicott, D. W. (1958), *Through Pediatrics to Psychoanalysis*, Tavistock Publ., London.