

## KORTE PSYCHOTHERAPIE OP PSYCHOANALYTISCHE BASIS

door TH. M. C. J. VAN DEN EERENBEEMT \*

### VOORWOORD

In het cursusjaar 1970/1971 hield een groepje van 4 derdejaars assistenten psychiatrie en 2 klinisch psychologen zich, in het kader van de psychotherapie-opleiding, onder leiding van Dr. A. A. Fisscher, bezig met het onderwerp: korte psychotherapie op psychoanalytische basis.

In 5 zittingen werd een aantal artikelen doorgenomen, welke beurtelings werden gerefereerd. Aan het eind van deze serie rees zowel de vraag naar enig overzicht, als de vraag naar een model aan de hand waarvan enkele psychotherapeuten zich zouden kunnen bezighouden met korte psychotherapie.

De besproken therapievorm zag men graag toegepast en, in een follow-up, op haar waarde getoetst.

Het besproken materiaal werd hiertoe door mij uitgebreid, vooral met informatie betreffende conceptvorming, verschil tussen lange en korte psychotherapie en techniek.

De nu volgende uiteenzetting geeft, naar ik hoop, een overzicht van de aspecten die bij de indicatie korte psychotherapie een belangrijke rol spelen.

### I INLEIDING

Onder korte therapie zou men die vormen van psychotherapie kunnen verstaan, die opvallen door hun korte behandelingsduur; dit in vergelijking tot de lange duur van de klassieke psychoanalytische behandeling. In de literatuur vindt men verschillende vormen van korte psychotherapie beschreven:

1 – psychoanalytisch georiënteerde therapie; hier treft men de namen aan van o.a. Alexander, Balint, Hoch, Malan, Wolberg;

2 – therapie op basis van regressieve toestanden van het 'ik'; bedoeld worden de klassieke hypnose en modificaties hiervan, zoals 'gestufte Aktivhypnose' (Kretschmer) en 'autogene Training' (Schultz);

3 – combinaties van technieken zoals genoemd onder 1 en 2, waarbij al dan niet gebruik wordt gemaakt van medicamenten, zoals hypnoka-tharsis en hypnoanalyse, narcoanalyse en psychoanalytische therapie (Arendsen, Leuner, Martin);

4 – gedragstherapie, gebaseerd op de klassieke conditioneringstheorie van Pawlow en operante leermodellen.

In de volgende hoofdstukjes wil ik mij beperken tot de korte therapie op psychoanalytische basis. Hierbij tracht ik te komen tot een hanteerbaar overzicht van theorievorming en praktische aanwijzingen zoals ik deze in de geraadpleegde literatuur aantrof.

\* Uit de sectie Medische Psychologie en Medische Psychotherapie van de medische faculteit der Rijks Universiteit te Utrecht. Hoofd: Dr. A. A. Fischer.

## II CONCEPT

(1) *Algemene principes* — In de publicatie van ALEXANDER komen een aantal punten naar voren, welke hij beschouwt als de wezenlijke fundamenten voor iedere vorm van therapie die gebaseerd wordt op het psychodynamisch model. Ik laat deze hier volgen:

1 — tijdens de behandeling wordt onbewust materiaal bewust gemaakt; dit bewust gemaakte materiaal kan nu gecoördineerd worden met de reeds bewuste inhoud. Als gevolg hiervan wordt de actieradius van het ego vergroot;

2 — deze mobilisatie van onbewust materiaal komt tot stand door twee elementaire therapeutische factoren, namelijk

a de interpretatie van het materiaal dat tijdens vrije associatie opkomt, b de emotionele ervaringen van de patiënt met betrekking tot de persoon van de therapeut binnen de therapeutische situatie;

3 — de patiënt toont weerstand om de onbewuste inhoud te herkennen;

het overwinnen van deze weerstand is een van de primaire technische problemen in de psychoanalytische behandeling;

4 — de patiënt zal vroeg of laat zijn typisch neurotische houding op de therapeut richten; met andere woorden er ontstaat een overdrachtsneurose, een herhaling van interpersoonlijke houdingen, meestal een herhaling van de gevoelens van het kind ten aanzien van zijn ouders. Het doel van de therapie bestaat uit het oplossen van de herleefde gevoelens en gedragspatronen en het oplossen van de overdrachtsneurose. In het nastreven van dit doel zijn twee trends te onderscheiden.

1 Nadruk op cognitief inzicht als middel om neurotische patronen te doorbreken. De patiënt ziet, begrijpt wat hij doet, beseft dat het tot het verleden behoort.

2 Nadruk op de emotionele ervaringen van de patiënt tijdens de behandeling.

Deze principes sluiten elkaar niet uit. Er bestaan echter wel contro-versen over de vraag waar de nadruk vooral moet liggen.

ALEXANDER legt niet de nadruk op de overéénkomst tussen de overdrachtshouding en de oorspronkelijke pathogene jeugdsituatie. Hij legt de klemtoon integendeel op het verschil tussen de vroege conflicten en de actuele relatie therapeut-patiënt. Juist dit verschil brengt de 'corrective emotional experience' teweeg, waarin de patiënt het irrationele van de eigen emotionele reacties ervaart en zodoende zich opnieuw leert aanpassen. ALEXANDER ziet in deze 'corrective emotional experience' de centrale therapeutische factor in iedere analytisch georiënteerde therapie, de essentie van de corrigerende invloed in de ervaringen die tijdens de therapie optreden.

Het specifieke probleem in de analytische therapie bestaat dus in het vinden van een adequate interpersoonlijke relatie tussen therapeut en

patiënt. Aanvankelijk zal deze relatie verwrongen zijn omdat de patiënt aan deze interactie gevoelens en gedragingen koppelt, die in het verleden werden gevormd en niet passen in de actuele therapeutische situatie, noch in de actuele leefsituatie. Tijdens de behandeling leert de patiënt deze oude patronen af en hij leert nieuwe aan. Hierin spelen zowel cognitieve elementen een rol als actuele ervaringen in de therapeutische interactie. Er ontstaat een 'emotional insight'. De patiënt kan de therapeutische situatie gaan gebruiken als een vehiculum om nieuwe constructieve houdingen ten opzichte van zichzelf en van anderen te ontwikkelen. Hij ontwikkelt nieuwe capaciteiten als persoon; hij wordt assertiever, onafhankelijker, beter in staat om aan zijn behoeften uitdrukking te geven binnen de eigen groepsnormen; eigen gevoelens wordt minder streng.

(2) *De korte therapie* — De korte psychotherapie wordt in de geraadpleegde literatuur niet gezien als een economische oplossing voor de groeiende vraag naar psychotherapie en evenmin als een tweederangsoplossing. De korte therapie wordt daarentegen beschouwd als een zelfstandige toevoeging aan het instrumentarium van de psychotherapeut, met een geheel eigen indicatieterrein.

Korte therapie betekent, dat men in relatief korte tijd de symptomen van een patiënt beïnvloedt, zodanig dat deze weer in staat is te functioneren. Is het doel in een lange therapie het volledig begrijpen van de motiveringen van de patiënt, in de korte therapie tracht men zo snel mogelijk een psycho-dynamisch proces op gang te helpen, zodat de patiënt via het begrijpen van de psychogenese van een omschreven symptomencomplex kan komen tot een nieuwe oriëntatie. Met andere woorden: de therapeut tracht, samen met de patiënt, een probleemgebied af te grenzen, een focus te bepalen.

SIFNEOS maakt hierbij onderscheid in twee verschillende wijzen van benadering:

(1) *De angstprovocerende therapie*. Een zekere mate van angst wordt in de bewerking van het conflict uitgelokt. Deze angst motiveert de patiënt om de aard van de onderliggende conflicten onder ogen te zien, de eigen reacties op deze conflicten te onderkennen en de corrigerende emotionele beleving bewust te ervaren. Het gevolg is dat de patiënt emotioneel beter kan gaan functioneren.

SIFNEOS verdeelt deze angstprovocerende aanpak in a) crisisinterventie, duur tot twee maanden; b) korte therapie, waarvan de duur varieert van twee maanden tot een jaar.

(2) *De angstonderdrukkende therapie*. Deze is aangewezen wanneer de angst als een belemmerende factor voor verder inzicht en aanpassing zou werken. De angst wordt geëlimineerd of verminderd. Het gebruik maken van medicamenten is hierbij als regel aangewezen. Directe interventie in het dagelijks levenspatroon of sociale omstandigheden kan

noodzakelijk zijn. Deze aanpak verdeelt SIFNEOS qua duur op dezelfde wijze als ad 1.

Ook in de korte psychotherapie is te verwachten, dat de patiënt zijn therapeut zal ordenen in een categorie, die hij uit vroegere ervaringen kent. De therapeut kan hierop in een of andere richting ombuigend werken, zoals door zijn leeftijd, geslacht, wijze van reageren. De korte therapie zal zich moeten afspelen in het gebied vóór de, door Freud in de analyse voor noodzakelijk gehouden, overdrachtsneurose. Ontwikkelt deze overdrachtsneurose zich tóch, dan kan men zich niet meer beperken tot één terrein, m.a.w.: de korte psychotherapie wordt een lange therapie. De therapeut zal dus een duidelijke rol moeten spelen ten opzichte van de patiënt, zodat deze de persoon van de therapeut en zijn reactie op een andere manier kan beleven dan in de klassieke setting.

Behalve door de met de patiënt besproken korte duur van de therapie, kan de regressie worden voorkomen door het achterwege laten van de bank; met andere woorden, de voorkeur voor de vis à vis positie, waardoor de therapeutische situatie dichter bij de realiteit komt te staan. De ontwikkeling van een sterke negatieve overdracht wordt door deze gewijzigde setting vermeden. Het therapeutisch gebeuren kan zich dan afspelen binnen een als positief ervaren werkrelatie.

Van de vrije associatie wordt afgezien om daarentegen de aandacht naar bepaalde problemen te richten, bij voorbeeld door de z.g. 'forced fantasies'. RADO ziet de interacties tijdens de therapie in het kader van de motivatie. Hij noemt hiervan vier categorieën, die correleren aan stadia in de persoonlijkheidsontwikkeling:

- 1 'magical craving'
- 2 'parental invocation'
- 3 'cooperative striving'
- 4 'realistic self-reliance'.

De techniek welke tijdens de therapie wordt toegepast zal moeten inhaken op het bestaande motivatieniveau (bijvoorbeeld suggestie bij 1 en 2).

In de korte therapie zou men twee fasen kunnen onderscheiden:

- 1 — het ordenen van ervaringen, waarnemingen, conflicten enz. tot er een focus omlind kan worden waarop de therapie zich richt;
- 2 — het opnieuw ordenen van ervaringen, gevoelens enz. nadat de patiënt samenhangen heeft begrepen, corrigerende emotionele ervaringen heeft geïntegreerd (MC GUIRE).

(3) *Te verwachten resultaten* — Bij verschillende onderzoekers treft men de mening aan dat

1 symptomatische verbetering, als begrensde doelstelling, ook redelijkerwijs te verwachten is.

Daarna treden op:

- 2 herstel van het niveau van functioneren zoals dat vóór de huidige conflictsituatie bestond;
- 3 het begrijpen van enkele krachten, die de plotselinge crisis in gang hebben gezet;
- 4 het onderkennen van problemen binnen de eigen persoon, die een betere aanpassing in het leven verhinderen;
- 5 het tenminste gedeeltelijk zien van de oorsprong van de onder 4 genoemde problemen in vroegere belevenissen;
- 6 aansluitend aan 4 en 5 het herkennen van de relatie tussen de meest in het oog lopende persoonlijke problemen en de huidige conflict-situatie;
- 7 het onderscheiden van factoren in de omgeving en deze zo nodig kunnen wijzigen;
- 8 in goed verlopende therapieën bij patiënten met een sterk integreerend vermogen en een grote flexibiliteit wellicht ook veranderingen in de persoonlijkheid als geheel.

(4) *De therapeut* — Aan de therapeut worden hoge eisen gesteld. Hij moet de moed en de mogelijkheid hebben om geïnvolveerd te raken met de patiënt en zijn problemen. STIERLIN noemt dit de 'tension of involvement'. Naast een hoge mate aan 'innerlijke aanwezigheid' zal hij actief en resoluut moeten zijn in de aanpak van de problematiek, de eerste verschijnselen van overdracht en weerstand. De therapeut zal een realistisch en flexibel mens moeten zijn, want rigiditeit in de therapeut zal de mobiliteit van de reacties van de zijde van de patiënt blokkeren. Hij zal een grondige kennis moeten hebben van het psychoanalytisch model en de nodige ervaring in het hanteren ervan. Nadruk wordt ook gelegd op de capaciteit van de therapeut de eigen overdrachtsgevoelens te doorzien zodat deze niet in onaangepaste reacties tot uiting komen en het therapeutisch proces verstoort of zelfs onmogelijk maken.

### III TECHNIEK

Hoewel in de literatuur geen vast omlijnd programma te vinden is voor de korte therapie op analytische basis, zijn er toch wel enige richtlijnen te destilleren uit de gegevens. Hierbij gaan we uit van het in hoofdstuk II beschreven concept en de praktische aanwijzingen welke bij de verschillende schrijvers te vinden zijn.

(1) *Setting, frequentie, duur van de therapie* — De korte therapie speelt zich af in een vis à vis opstelling. Een therapeutische zitting beslaat 45 minuten.

Over het aantal zittingen variëren de meningen. Genoemd worden tien tot twintig, tien tot veertig en maximaal één jaar, met een frequentie van eenmaal per week.

Vaak wordt het tijdstip van beëindigen van tevoren vastgelegd, met

medeweten van de patiënt. In andere gevallen wordt het tijdstip voor het beëindigen van de therapie in overleg met de patiënt tijdens de therapie bepaald.

Een en ander is uiteraard afhankelijk van de problematiek en de flexibiliteit van de patiënt.

(2) *Therapeutische middelen* — Binnen bovengenoemde setting is het nodig dat zich snel een positieve werkrelatie ontwikkelt aangezien deze als het belangrijkste therapeutische agens kan worden benut.

Er wordt geen gebruik gemaakt van de vrije associatie. In de eerste gesprekken kan men de patiënt spontaan laten vertellen, maar doelgerichte vragen van de kant van de therapeut kunnen het aangebrachte materiaal vanaf het begin ordenen.

Samen met de patiënt wordt gezocht naar een omschreven area van onopgeloste emotionele conflicten, welke aan de basis liggen van de symptomen of de crisis welke de patiënt doormaakt. Met andere woorden: acute problemen, conflicten in de onmiddellijke leefsituatie worden omgrensd tot een focus waarop de therapie zich kan richten. Karaktertrekken, welke aanleiding zouden geven tot een gecompliceerder te bewerken terrein, worden terzijde gelaten. Zo worden ook conflicten, waarvan de oplossing buiten het bepaalde doel liggen, buiten beschouwing gelaten (bij voorbeeld almachtsfantasieën). Doordat therapeut en patiënt zich richten op een omschreven focus, worden de synthetiserende ik-functies sterk aangesproken.

De activiteit van de therapeut bestaat uit het — samen met de patiënt — formuleren van het centrale conflict en het terzijde schuiven van alle daar niet bijbehorende elementen die door de patiënt naar voren worden gebracht. Vervolgens zal de therapeut het materiaal duiden.

Weerstand en eerste verschijnselen van overdracht worden direct geïnterpreteerd, zodat regressie, resp. overdrachtsneurose zich niet kunnen ontwikkelen.

Verskillende schrijvers onderstrepen hierbij het aanmoedigen van de patiënt door hem zijn sterke kanten te laten zien wanneer hij met zijn zwakke zijden, moeilijk te verwerken samenhangen en afweermechanismen, wordt geconfronteerd. Deze positieve interpretaties verhogen het zelfvertrouwen van de patiënt, geven hem ook meer kans reële beperkingen in de therapie onder ogen te zien en zich weer op taken resp. satisfacties in de buitenwereld te richten.

WOLBERG geeft genoemde factoren en het praktisch nut ervan voor de patiënt op een duidelijke wijze weer in een flexibel systeem dat hier in het kort volgt:

1 — Er wordt snel een werkrelatie tot stand gebracht door a) invoelend te luisteren naar het verhaal van de patiënt, b) te ondersprepen, dat men zelf vertrouwt in de te volgen benaderingswijze, c) de patiënt gerust te stellen, dat zijn toestand niet hopeloos is, d) over te laten komen dat

- men de situatie begrijpt, e) de therapeutische situatie te structureren;
- 2 – vervolgens komt men tot een voorlopige diagnose;
  - 3 – met de patiënt ontwikkelt de therapeut een werkhypothese ten aanzien van het dynamisch gebeuren;
  - 4 – het probleemgebied wordt als focus ter exploratie omgrensd; de neurotische patronen worden belicht en de patiënt wordt aangemoedigd zichzelf hierin te observeren;
  - 5 – droominterpretatie wordt alleen gebruikt als de therapeut analytisch getraind is;
  - 6 – de therapeut blijft alert op weerstanden en lost deze zo snel mogelijk op;
  - 7 – de therapeut spoort aanwijzingen van overdracht op, interpreteert deze direct om overdrachtsneurose te vermijden;
  - 8 – milieufactoren worden bestudeerd en indien noodzakelijk (en mogelijk) gewijzigd;
  - 9 – excessieve spanning, angst of depressie worden – zo nodig ook medicamenteus – behandeld;
  - 10 – het is de bedoeling dat de patiënt leert het verworven inzicht te gebruiken als een corrigerende kracht; met andere woorden: hij moet leren symptomen te relateren aan een innerlijk conflict, hinderlijke afweermechanismen te herkennen;
  - 11 – daarom wordt met de patiënt een actief actieplan ontworpen, waardoor hij zijn inzicht kan gebruiken in de richting van de gewenste verandering;
  - 12 – Wolberg wil tevens de ontwikkeling van een eigen levensfilosofie bevorderen; hij geeft hiervoor een aantal punten aan (voor een eventuele oriëntatie verwijs ik u naar het geraadpleegde artikel);
  - 13 – beëindiging van de therapie;
  - 14 – follow-up bezoeken.

(3) *De therapeut* – In hoofdstuk II par. 4 werden reeds de voorwaarden genoemd, waaraan de therapeut, die zich op deze vorm van korte psychotherapie wil toeleggen, zal moeten voldoen.

#### IV INDICATIESTELLING

(1) *Indicatie* – Hoewel er in de literatuur geen standaardaanwijzingen voorkomen, welke de therapeut zou kunnen hanteren bij het stellen van de indicatie korte psychotherapie, zijn er toch wel enige richtlijnen op te bouwen uit de ervaringen die de geraadpleegde onderzoekers op schrift hebben gesteld.

Allereerst wordt de nadruk gelegd op de capaciteit van de patiënt een positieve werkrelatie met de therapeut aan te gaan. Een gezonde 'basic personality' met de mogelijkheid tot 'basic trust' en het leggen van persoonlijke relaties met anderen (anamnese!) wordt als eis gezien.

Voor de therapie lenen zich het beste

- acute neurotische stoornissen, waarbij een snel herstel van het evenwicht nodig is,
- de acute crisis binnen een chronische persoonlijkheidsstoornis. Deze crisis kan worden opgelost door de gebruikelijke afweermechanismen weer te herstellen,
- die gevallen waarbij reconstructie van de persoonlijkheid door middel van een lange therapie niet mogelijk is (dit om allerlei redenen, variërend van de capaciteiten van de patiënt tot factoren als tijd en financiën).

De psychopathologie van de patiënt moet omschreven kunnen worden (focus) en in feite mild van aard zijn; angsten, reacties en moeilijkheden meer situationeel bepaald dan constant.

Wat de aard van de problemen betreft richt men zich bij voorkeur op primair oedipale stoornissen, m.a.w. driehoeksproblemen, met meer nadruk op de libidineuze dan op de agressieve conflicten in de neurose. De patiënt voor de korte psychotherapie zou bij voorkeur jong moeten zijn (18 tot 30 jaar). Hij moet in staat zijn tot inzicht, zodat zijn intelligentie boven het gemiddelde moet liggen (werk, opleiding!).

De patiënt moet vooral gemotiveerd zijn om tijdens de behandeling hard te werken. Zijn verwachtingen over de bereikbare resultaten dienen redelijk te zijn.

(2) *Contra indicaties* — Niet ten onrechte wordt benadrukt om vóór het beginnen aan een behandeling goed na te gaan hoe serieus de emotionele stoornis is en hoe de flexibiliteit van de patiënt is. Chronische psychosomatische reacties, dwangtoestanden, reeds lang bestaande onbehandelde psychische stoornissen, paranoïde beelden worden als contra indicaties beschouwd. Bij te grote behoefte aan afhankelijkheid en passiviteit, bij stoornissen op oraal niveau lijkt een korte therapie niet aangewezen. Evenmin bij constante angst en blijvende oncontroleerbare neiging tot uitageren.

(3) *Selectie en prognose* — SIFNEOS gebruikt de motivatie van de patiënt als criterium voor selectie en prognose. Genoemde schrijver stelde 7 punten op om deze motivatie af te tasten:

- 1 de mogelijkheid om te erkennen dat de symptomen psychogeen van aard zijn;
- 2 neiging tot introspectie en de mogelijkheid om een eerlijk betrouwbaar verslag te geven van emotionele moeilijkheden;
- 3 de bereidheid om in de behandelingssituatie actief mee te werken;
- 4 interesse en bereidheid om zichzelf te begrijpen;
- 5 bereidheid om te veranderen, te exploreren en te experimenteren;
- 6 reële verwachtingen ten aanzien van de resultaten van de psychotherapie;

7 bereidheid om voor deze therapie redelijke offers te brengen.

MALAN stelde de volgende selectieprocedure op:

- 1 in het eerste psychiatrisch interview worden gedeeltelijke interpretaties gegeven om
  - a de patiënt duidelijk te maken en hem eraan te laten wennen, dat de therapie interpretatief zal zijn,
  - b af te tasten of de patiënt zijn gevoelens kan pakken en hierbij tot inzicht komt,
  - c te zien welk effect de interpretatie heeft op de motivatie van de patiënt,
- 2 eventueel na een week nog een exploratief gesprek;
- 3 een week na dit tweede gesprek een projectietest;
- 4 hierna volgt het advies. De patiënt moet zelf beslissen of hij zal ingaan op het advies. Hij doet dit schriftelijk, na het adviesgesprek;
- 5 therapeut en psycholoog trachten een therapeutisch plan te formuleren.

Als indicatie voor een goede prognose ziet MALAN:

- de verstaanbaarheid van het materiaal,
- de mogelijkheid een therapeutisch plan te formuleren,
- aanduidingen dat de patiënt met een interpretatie begint te werken,
- tekenen van een zich ontwikkelende overdracht maar niet te eisend of afhankelijk,
- een hoge of stijgende motivatie.

## V FOLLOW-UP

Zoals te verwachten valt is er in de literatuur nog maar weinig te vinden over de langer durende resultaten van de korte psychotherapie. Wel zijn pogingen beschreven om de patiënten via een gereguleerde intake in een behandeling te plaatsen welke wordt gesuperviseerd door een vaste programma-coördinator.

Een follow-up studie betreffende 55 patiënten werd door SIFNEOS gepubliceerd. De conclusie van dit onderzoek is, dat patiënten die bij de selectie een goede motivatie tonen een sterkere verbetering tonen dan de patiënten met slechte motivatie die weinig of geen profijt blijken te trekken uit de therapie. Er wordt echter door deze onderzoeker benadrukt, dat zijn uitkomsten niet als 'statistisch evident' worden gepresenteerd.

GILMAN boekt resultaten variërend van: vrij van symptomen tot verbetering bij een gemiddelde follow-up van vijf jaar. Hij geeft echter geen aantallen.

De patiënten beschrijven hun verbetering als 'nieuwe ervaringen', het stijgen van zelfgevoel en zelfinzicht.

Bij controle blijkt, dat er beperkte dynamische veranderingen zijn opgetreden. Oude afweermechanismen zijn vervangen door nieuwe. Er is

een nieuwe wijze van zich aanpassen en probleemoplossen gegroeid. Het verworven inzicht blijft sterk verbonden met de wijze van optreden van de therapeut, zijn interpreteren van de overdracht en zijn model voor het oplossen van conflicten.

Volgens WOLBERG is het de ervaring van veel therapeuten dat er als het ware een kettingreactie ontstaat, wanneer de patiënt zich eenmaal bewust wordt van de relatie van slechts enkele facetten in de vervorming van zijn eigen persoon met ervaringen van vroeger. Enige afweer kan dan worden overwonnen. Door deze kettingreactie wordt de persoonlijkheid langzaam maar zeker in diepere lagen gereconstrueerd.

Genoemde schrijver heeft bij enige honderden patiënten, die in twee tot twintig sessies waren behandeld en gedurende tien jaar gevolgd, kunnen constateren hoe veranderingen, die bij het beëindigen van de therapie nauwelijks zichtbaar waren, zich hadden voortgezet.

## VI CONCLUSIE

Uit de voorgaande hoofdstukjes blijkt m.i. wel dat het mogelijk moet zijn uit de groep patiënten, die zich voor onderzoek en therapie aanmeldt, degenen te selecteren die in aanmerking zouden kunnen komen voor korte psychotherapie op psycho-analytische basis.

Bij de intake zou men enerzijds gebruik kunnen maken van de selectieprocedure zoals MALAN deze beschrijft, anderzijds de motivatie (en daarmee de eventuele prognose) kunnen aftasten. Zie IV par. 3.

Het gebied waarover indicaties en contra-indicaties zich uitstrekken, lijkt de moeite van het exploreren waard.

Wil men echter komen tot een systematische aanpak van onderzoek, diagnose, advies, therapie en follow-up, dan zou men een projectietest moeten inschakelen vóór het advies, na het beëindigen van de behandeling en bij voorbeeld na een bepaalde periode van follow-up.

Uit de literatuur komt echter de waarschuwing naar voren dat het resultaat van deze therapievorm niet alleen afhankelijk is van de flexibiliteit van de patiënt, maar eveneens van de mogelijkheid tot activiteit, 'involvement' en plooibaarheid van de therapeut. Een getrainde therapeut zou dan ook de voorkeur verdienen.

Het lijkt me dan ook zinnig om bij de opzet van een systematisch programma meteen rekening te houden met factoren van de kant van de therapeut.

## SUMMARY

*This article tries to give manageable information about short-term psychotherapy on psychoanalytic lines.*

*Successively concepts, techniques and indications are discussed. In the literature much attention is given to the qualities the therapist should have.*

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- 1 Alexander, Fr.: Psycho-analytic contributions to short-term psychotherapy. in: *Short-term psychotherapy*. L. R. Wolberg e.a. New York (1967) 84-127.
- 2 Browne, S. E.: 'Short psychotherapy with passive patients.' *Brit. J. Psychiat.* (1964) 110, 233-239.
- 3 Dührssen, Annemarie: 'Möglichkeiten und Probleme der Kurztherapie.' *Zeits. f. Psychosom. und Psychoanalyse* 15 (1969) p. 229-238.
- 4 Dreiblatt, J. S. en Weatherley, D.: 'An evaluation of the efficacy of brief-contact therapy with hospitalized psychiatric patients.' *Journal of Consulting Psychology* (1965) vol. 29 p. 513-519.
- 5 Gillman, R. D.: 'Brief Psychotherapy: a psychoanalytic view.' *Am. J. of Psychiatry* (1965) p. 601-611.
- 6 Haskell, D., Donald Pugath and Douglas M. Mc.Neir: 'Time-limited Psychotherapy for whom?' *Arch. of General Psychiatry* (1969) vol. 21 p. 546-552.
- 7 Hoch, P. H.: 'Short-term versus Long-term Therapy.' *Short-term Psychotherapy*. L. R. Wolberg e.a. New York (1967) 51-67.
- 8 Leuner, H.: 'Kurzpsychotherapie, ihre Problematik und ihre Notwendigkeit.' *Zeits. f. Psychotherapie und med. Psychologie* 17 jrg. (1967) p. 125-131.
- 9 Leuner, H.: 'Analytische Kurztherapie. Ueber einige Grundprinzipien der Kurztherapie.' *Zeits. f. Psychoanalytische Medizin und Psychoanalyse* 15 (1969) p. 199-202.
- 10 Malan, D. H.: *A study of brief Psychotherapy*. Tavistock Publications. London (1963).
- 11 Mc.Guire, M. T.: 'The process of short-term insight psychotherapy.' *Journal of nerv. and mental disease*. vol. 141 (1965) p. 83-94 en p. 219-230.
- 12 Mentzel, G.: 'Zur gezielten Kurztherapie bei funktionellen Erkrankungen.' *Zeits. f. Psychosom. Medizin und Psychoanalyse* (1969) 15 p. 37-44.
- 13 Rado, S.: 'Relationship of short-term Psychotherapy to Developmental Stages of Motivation and Stages of Treatment Behavior.' in: *Short-term Psychotherapy*. L. R. Wolberg e.a. New York (1967) p. 67-84.
- 14 Rosenbaum, C.: 'Events of Early Therapy and Brief Therapy.' *Archives of General Psychiatry*. vol. 10 (1964) p. 506-512.
- 15 Schindler, W.: 'Analytische Kurztherapie.' *Zeits. f. Psychosom. Medizin und Psychoanalyse* 15 (1969) p. 202-204.
- 16 Sifneos, P. E.: 'Two different kinds of Psychotherapy of Short Duration.' *Amer. J. of Psychiatry*, vol. 123 (1967) p. 1069-1074.
- 17 Sifneos, P. E.: 'The motivational Process. A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration.' *The Psychiatric Quarterly*, vol. 42 (1968) 0 271-279.
- 18 Stierlin, H.: 'Short-term versus Long-term Psychotherapy in the light of a general theory of human relationships.' *Br. J. of med. Psychol.* (1968) 41, p. 357-367.
- 19 Wolberg, L. R.: 'The technique of Short-term Psychotherapy.' in: *Short-term Psychotherapy* L. R. Wolberg e.a., New York (1967) p. 127-207.