

Varianten van 'Short-term Dynamic Psychotherapy'

door E. Collumbien en R. A. Pierloot

'Short-term dynamic psychotherapy' is een methode van psychotherapie, berustend op psycho-analytische principes (o.a. interpretatie). Zij werd, in de jaren vijftig, haast gelijktijdig en onafhankelijk van elkaar, ontwikkeld door P. E. Sifneos en D. H. Malan, als een techniek waarmee aan bepaalde categorieën van patiënten binnen een beperkte tijdsperiode hulp verleend kon worden. Hierbij werd enigszins aangesloten bij de meer radicale technieken, tevoren beschreven door Alexander en French (1946). Zoals beschreven door van Strien (1977) vertoont deze methode enerzijds zekere gelijkenissen, anderzijds zekere verschillen met de klassieke psycho-analyse. Binnen de short-term dynamic psychotherapy (verder afgekort als STDP) tekenen zich varianten af die van elkaar verschillen op de gebieden van evaluatie, selectie en techniek (Malan, 1963, 1976a, 1976b; Sifneos, 1967, 1972; Davanloo, 1976, 1977; Huyser, 1977). Er vormden zich 3 'scholen' met als hoofdvertegenwoordigers: D. H. Malan (Tavistock Clinic, Londen) die zijn therapievorm 'Brief Psychotherapy' verkiest te noemen (verder afgekort als BP), P. E. Sifneos (Beth Israël Hospital, Boston) met 'Short-term anxiety-provoking psychotherapy' (afgekort STAP) en H. Davanloo (Montreal General Hospital, Montreal) met 'Broad-focused short-term dynamic psychotherapy' (afgekort BFSDP). Het is onze bedoeling in dit overzicht deze 3 richtingen binnen de STDP te vergelijken in hun respectievelijke overeenkomsten en verschillen op het gebied van organisatie van therapeutische faciliteiten, evaluatie- en selectie-criteria, techniek, evaluatie van therapieresultaten, opleiding en supervisie.

Structuur en functie van een STDP-eenheid in een teaching hospital

Het lijkt aangewezen te beginnen met deze meer organisatorische aspecten, omdat deze zeker, door de mogelijkheden die ze verschaffen of door de beperkingen die ze opleggen, mee de verschil-

len gaan bepalen in de beoefening, exploratie en research van de STDP.

In de Tavistock Clinic (*Malan*) wordt uitsluitend ambulante psychotherapie verstrekt. De kliniek fungeert alleen als dienstverlenend orgaan en niet als researchafdeling, zodat alleen positief geselecteerde patiënten in therapie worden genomen. De patiënten worden geëvalueerd in een intake-gesprek en bij voorkeur verwezen voor psychologische tests, die Malan als complementair beschouwt aan het psychiatrisch interview. Voor de therapie zelf wordt de patiënt aan een 'trainee' toegewezen, die in de mate van het mogelijke het meest geschikte 'type' van therapeut vertegenwoordigt, d.w.z. ten overstaan van wie de sterkste overdrachtsreacties verwacht worden of met wie belangrijke 'correctieve' ervaringen kunnen opgedaan worden. Malan zelf superviseert deze BP in een seminarie van 1u30 per week waarin een 6-tal BP's worden voorgesteld. Hij is genooddaakt te vertrouwen op de schriftelijke weergave van de sessies, die echter precirculeren en door alle deelnemers op voorhand worden doorgenomen, zodat onmiddellijk ingegaan kan worden op de discussie van de psychodynamiek. Van audio-visuele middelen wordt niet courant gebruik gemaakt.

De dienst van *Davanloo* maakt deel uit van de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis in de grootstad Montreal, met 60 psychiatrische bedden en met een 3.500 aanmeldingen per jaar. Residents kwamen hier vroeger voor psychotherapie-opleiding, maar konden moeilijk differentiëren in verschillende therapievormen. Zo werden patiënten gezien door generaties van assistenten, wat men ironisch placht te betitelen als 'institutionele transferneurose'. In dit 'trial-and-errorsysteem' ontbrak ook elke systematische selectievorm. Daarom werd een evaluatie-afdeling opgericht waarin alle gerefereerde patiënten gezien worden in een 'comprehensive evaluative assessment' (door resident en supervisor). Dan volgt een bespreking en wordt georiënteerd naar STDP, gedragstherapie, gezinstherapie, community therapie enz. . . Als een patiënt kandidaat geacht wordt voor STDP, wordt hij nogmaals door een onafhankelijke evaluator gezien in een video-taped interview. Daarna volgt de uiteindelijke beslissing. Evenwel worden door *Davanloo* zelf, patiënten die op basis van de huidige selectiecriteria door 2 onafhankelijke evaluatoren werden afgewezen, toch in therapie genomen (BFSDP), vaak met verrassende resultaten. Dit vormt dan een experimentele reeks ter exploratie van de grenzen van STDP.

Sifneos in Beth Israël Hospital (Boston) evolueerde na jaren onderzoek naar meer vastomlijnde criteria, met uitsluiting uit de selectie van patiënten en aard van problemen waarmee hij in zijn vroegere series het meest mislukkingen opliep. De intake gebeurt door 2 onafhankelijke evaluatoren en de beslissing wordt genomen in een groepsbijeenkomst na een video weergave van de intake, waarna de patiënt op de diverse criteria 'gescoord' wordt. *Sifneos'* criteria, de vrucht van vele jaren onderzoek, hebben het voordeel dat ze operationeel gedefinieerd zijn en dus gescoord kunnen wor-

den, zodat eindeloze discussies over psychopathologische en psychodynamische opinies omzeild worden en een beslissing snel genomen kan worden. Patiënten die na het eerste interview twijfel laten, worden nog een tweede maal gezien of eerder uitzonderlijk verwezen voor aanvullende psychologische testing. Verder worden gedurende de behandeling alle sessies op video geregistreerd en op video weergave gesuperviseerd. Bovendien wordt de supervisie zitting ook op video opgenomen.

Evaluatie- en selectiecriteria

Gemeenschappelijk voor de verschillende scholen is dat men door evaluatie van de psychodynamiek in het intake interview probeert tot een hypothese te komen over het focale emotionele conflict dat schuilt onder patiënt's relationele moeilijkheden en symptomen en dat zijn gedrag in het algemeen kan verklaren. Deze hypothese moet getoetst en bevestigd worden door verdere gegevens die de patiënt verstrekt. De intake wordt zo kort mogelijk gehouden d.w.z. 1 tot maximum 2 sessies. Wat vaak in belangrijke mate bijdraagt tot de mogelijkheid om tot een focusformulering te komen, is het uitzoeken of de uitlokkende factoren van recente symptomen een zelfde emotionele betekenis hebben als factoren die vroeger aanleiding gaven tot symptoomvorming, en of deze op hun beurt weer begrepen kunnen worden in termen van patiënt's oorspronkelijke familiale relaties. Ook moet men een volledig beeld kunnen krijgen van alle relatiepatronen om de diepte van de stoornissen te kunnen beoordelen en transfer-reacties ongeveer te kunnen voorspellen. 'Trial'-interpretaties zijn essentieel, evenwel niet dieper dan nodig is voor het beoogde doel, nl. om de relatie tussen patiënt en interviewer te verdiepen, weerstanden af te zwakken, spontaan nieuw materiaal te verkrijgen, meer eerlijk antwoord op vragen te krijgen, in tweede instantie om te zien of patiënt ze kan elaboreren (elaboratie wijst op het standhouden van de motivatie op het impact van de interpretatie) en in derde instantie om de psychodynamische hypothese te testen.

Van de patiënt wordt een 'psychological sophistication or mindedness' vereist: hij moet zijn problemen in emotionele termen kunnen zien en zich bewust zijn van psychologische motieven en reacties. Hij moet ook beschikken over introspectiemogelijkheden en expressiemogelijkheden van gedachten, gevoelens, fantasieën en innerlijk leven en hierin een zekere flexibiliteit vertonen in de interactie met de evaluator. Er wordt een zekere consistentie in de kwaliteit van zijn relaties verwacht (bv. één belangrijke give-and-take relatie in de levensgeschiedenis), en affecten en angst moeten in goede mate getolereerd kunnen worden. Tenslotte moet de patiënt vooral in staat zijn interpretaties te elaboreren en te werken met 'past-presence transference link'-aanduidingen. De verschillen in selectiecriteria betreffen voornamelijk opvattingen rond motivatie en keuze van de focus.

Sifneos wil een motivatie tot levensverandering zien en niet alleen

tot symptoomverlichting of -bevrijding; patiënt moet zich ontevreden tonen met zijn huidige manier van leven of handelen en hierin verandering willen aanbrengen. (Hij onderscheidt nog 7 subcriteria in de motivatie).

Malan acht niet zozeer de motivatie die de patiënt brengt, belangrijk, maar eerder het toenemen van de motivatie als de patiënt via interpretaties werkelijk de kans heeft gekregen te begrijpen wat er misloopt. Bovendien ziet hij een interactie tussen motivatie en focaliteit (focaliteit is de mate waarin men zicht krijgt op de dynamiek en de mate waarin de therapeut zich kan houden aan het therapeutisch plan of aan één enkel thema voor interpretaties). Hij vond dat deze beide variabelen in het begin van de behandeling een lage correlatie vertonen, maar hoog gecorreleerd worden tussen de vijfde en achtste sessie. Aldus kan de therapeut, volgens hem, een matige motivatie overstijgen als een heldere focaliteit aanwezig is.

Davanloo ziet het criterium van de motivatie deels als functie van het eerste interview en van de technische kwaliteiten van de intaker. De voornaamste indicator van een goede motivatie is het toenemen van de spontaneïteit tijdens het gesprek, het meer gewillig, aandachtig en coöperatief worden van de patiënt op herhaalde weerstandsbetekenissen en transferbetekenissen met past-present link (vnl. bij die dwangmatige persoonlijkheden die hij ook in therapie neemt).

Voor *Sifneos* moet de patiënt een hoofdklacht kunnen omschrijven, d.w.z. een keuze kunnen maken en eventueel andere klachten terzijde kunnen schuiven. Zijn criteria, evenals die van *Davanloo* zijn operationeel gedefinieerd en worden gescoord. *Malan* neemt in zijn criteria ook absolute en relatieve contra-indicaties op zoals ernstige psychiatrische stoornissen in de voorgeschiedenis of risico op verwikkeling met diepere onderliggende conflicten die niet op korte tijd doorgewerkt kunnen worden (bv. ernstige afhankelijkheid, complexe of intense en ongunstige transferreacties, risico op verergering van depressieve of psychotische stoornissen).

De focus: voor *Sifneos* komen alleen duidelijke oedipale conflicten in aanmerking als focus. Voor *Malan* zijn ook andere problemen dan oedipale te focaliseren en te behandelen, bv. verlies- en rouwproblematiek. *Davanloo* neemt hoofdzakelijk oedipale conflicten als focus, maar breidt zijn techniek uit tot passief-dependente, 'obsessive-compulsive' karakters en tot multiële fobieën, waar door de karakterdefensies heen, naar het oedipale wordt toegewerkt (d.i. broad-focused). Deze laatste categorie van patiënten werd altijd als onmogelijk beschouwd voor behandeling van korte duur, maar wordt in BFSDP aangenomen en behandeld in een tijdsduur van 25 tot 40 sessies. *Davanloo* doet dit met een zeer actieve 'breaking-through'-techniek, waarin hij drie fasen van behandeling onderscheidt: (1) honeymoon phase, (2) shocking-phase (= bereiken van het oedipale conflict) en (3) working-through phase.

De algemene conclusie met betrekking tot de huidige selectiecriteria is dat ze nog maar een gedeeltelijk houvast bieden, dat men wel

meent hiermee patiënten te kunnen identificeren, die met een bepaalde vorm van STDP te helpen zijn, maar dat dit niet betekent dat ze daarom geschikt zijn voor elke vorm van STDP. Anderzijds stelt men ook bij herhaling vast dat patiënten die buiten de huidige criteria vallen het soms wel uitstekend doen indien ze toch in therapie genomen worden. Dit betekent dus dat de huidige criteria in de toekomst nog verder geëxploreerd en gevalideerd zullen moeten worden.

Technieken

De schijnbare verschillen in techniek berusten bij nader toezien eerder op een verschil in selectie. Het is daarom beter eerst in te gaan op de overeenkomsten en de meer algemene technische principes van de STDP:

- 1 Het opstellen van een psychodynamische hypothese, het bereiken van een accoord met de patiënt, van een 'working-alliance' en het bepalen van een tijdsduur voor de behandeling.
- 2 De actieve confronterende rol van de therapeut:
 - (a) de therapeut houdt de patiënt binnen de focus, onderbreekt hem en brengt hem actief naar de focus terug, als hij wegens weerstanden ervan wegloopt. Materiaal buiten de focus wordt genegeerd of geduid als defensie. Malan zegt dat, als aan punt 1 voldaan is, meestal alles wat de patiënt brengt relevant zal zijn voor de focus, gezien het selectie van problemen betreft, die onder druk staan voor expressie;
 - (b) 'anxiety-provoking': d.w.z. de tensie van het gesprek wordt op een goed niveau gehouden door het aanwenden van angst-verwekkende vragen, interpretaties, confrontaties en clarificaties;
 - (c) het aanwenden van de overdracht zodra deze zichtbaar is. Men gaat met de overdracht snel tewerk om geen overdrachtsneurose te doen ontstaan; deze zou immers in deze setting niet geanalyseerd kunnen worden;
 - (d) de klassieke psychoanalytische triade 'defensie-angst-impuls' wordt bewerkt, door via interpretatie van defensie en angst het afgeweerde impuls in het bewustzijn te brengen;
 - (e) een tweede triade die bewerkt wordt, bestaat uit de drie area's of situaties waarin het conflict beleefd kan worden en de drie types van personen t.o.v. wie deze conflictueuze gevoelens beleefd worden, namelijk (1) in het heden of recente verleden t.o.v. 'others' – andere personen dan de ouders of siblings –, (2) in het verre verleden, meestal t.o.v. de ouderfiguren, en (3) in de overdrachtssituaties t.o.v. de therapeut. De therapeut toont aan dat dezelfde patronen van defensie-angst-impuls in de overdracht komen en in huidige relatiepatronen en dat dit een herhaling is van patronen die in het verleden ontstonden. Hij maakt 'linking'-interpretaties van volgende aard: heden-verleden (anderen-ouders), transfer-heden (therapeut-andere) en transfer-verleden (therapeut-ouders). Dit wordt de driehoek van inzicht

genoemd. Het is echter niet altijd nodig de defensies te interpreteren, soms kan het impuls samen met de angst rechtstreeks geïdentificeerd worden;

(f) op deze wijze wordt het cognitief leerproces gekoppeld aan de 'corrective emotional experience', met vermijden en voorkomen van regressie en overdrachtsneurose.

Laat ons nu wat nader ingaan op de verschillen in techniek, voortkomend uit verschillen in selectie en met weerslag op de duur en terminatie van het therapeutisch proces. *Sifneos* vermijdt het omgaan met zogenoemde 'characterological issues', d.w.z. het ingaan op afhankelijkheidsnaden, passiviteit, acting-out neigingen en in het algemeen pregenitaal materiaal. Hij sluit deze aspecten uit de focus uit, en gaat er evenmin op in tijdens de behandeling, tenzij als duiding van weerstand. Zodoende is hij er vrijwel zeker van de lengte van de therapie te kunnen beperken tot gemiddeld 9 à 15 sessies. Hij heeft haast nooit problemen rond terminatie. Na het doorwerken van het oedipaal conflict en het aanbieden van 'problem-solving' aan de patiënt onder vorm van meer volwassen oplossingen dan de neurotische patronen, begint de patiënt meestal 'evidence for change' in gedrag en beleving te brengen. Op dit moment moet de therapie beëindigd worden (een voorstel, waar de patiënt vaak zelf mee komt). Noemenswaardige problemen van separatie-angst, ambivalentie of agonie komen in *Sifneos'* groep niet voor. (Wel in zijn vroegere reeksen, en juist typisch bij patiënten met verlatingsproblematiek of met 'characterological issues' in de focus).

Malan, die meer gericht is op de exploratie van de grenzen van BP, neemt juist wel deze laatstgenoemde problemen in de focus op, evenwel met een hoger risico op het niet kunnen termineren en op het ontstaan van een overdrachtsneurose, met het gevaar dat de BP mislukt of dat moet worden overgeschakeld naar een langdurige psychotherapie. Daarom hecht hij ook veel meer belang aan het vroegtijdig, grondig voorbereiden en bespreken van de terminatie. Bij tekenen van afhankelijkheid in de patiënt, is het doorwerken van de belevingen rond de verlaten een zeer belangrijk deel van de therapeutische ervaring. Een deel van de problemen die hij in vroeger werk ondervond met terminatie, kon opgevangen worden door het vooropstellen van een tijdslimiet, die aan de patiënt wordt medegedeeld, niet onder vorm van een aantal sessies, maar als een einddatum. Op deze manier wordt de terminatie op meer natuurlijke wijze geïntroduceerd. *James Mann* (1973) maakte in zijn korte therapieën de tijdslimiet, namelijk 12 sessies onder vorm van een einddatum, zelfs tot centraal punt van de therapie met als doel de vier volgende conflicten, die hij als universeel aanziet, bespreekbaar te stellen: (1) onafhankelijkheid versus afhankelijkheid, (2) activiteit versus passiviteit, (3) aangepaste zelfwaardering versus het gebrek hieraan en (4) onopgeloste rouwreacties. Volgens *Malan* is, wanneer zowel een oedipaal conflict als een verlatingsproblematiek aanwezig is, het deze laatste die na doorwerken van het oedipale, de terminatie doet mislukken. Daarom adviseert hij de verlaten

zeker niet te ignoreren, maar in een aantal sessies nadien apart te behandelen.

Resultaten en evaluatie van de behandeling

De meningen rond dit onderwerp zijn controversieel en wijzen op de grote confusie en op het gebrek aan valide criteria om therapie-resultaten in het algemeen te evalueren. Strupp (Third International Symposium and Workshops on Short-term dynamic psychotherapy, 1977) wijst erop dat resultaten, voor welke therapievorm ook, steeds op oordelen berusten en dus slechts aan de hand van relatieve standaarden, die socio-cultureel bepaald zijn, uitgezet kunnen worden. Hij onderstreept de nood aan hogere specificiteit in het definiëren van wat we behandelen, op welke wijze we deze bijzondere condities of geïdentificeerde problemen aanpakken en met welke middelen we de resultaten kunnen beoordelen in relatie tot de vooropgestelde objectieven. Hij geeft drie perspectieven of invalshoeken aan van waaruit deze beoordeling kan gebeuren, nl. vanuit de waarden van het subject, van de maatschappij en van de therapeut. Het is nodig deze drie perspectieven gescheiden te houden, want het zijn verschillende manieren om naar therapeutische veranderingen te kijken (die in de literatuur bovendien voortdurend door elkaar gehaald worden).

1 De patiënt wil van zijn symptomen bevrijd worden, wil tot veranderingen in beleving of gedrag komen, d.w.z. wil een bepaald gedrag kunnen stopzetten of nieuwe gedragingen mogelijk zien worden. Hij is niet zozeer geïnteresseerd in intra-psychische structurele veranderingen. Zijn objectieven kunnen verschillen van wat de therapeut als ideaal objectief stelt.

Om deze reden juist vindt *Sifneos* het in STAP belangrijk om tot een psychodynamische focusformulering te komen, van waaruit de stoornissen en klachten verklaard kunnen worden. Ook *Malan* ziet geen essentieel verschil in gezichtspunt tussen therapeut en patiënt, als de therapeut de patiënt maar de kans heeft gegeven zijn moeilijkheden in bepaalde termen te zien. (Hij vergelijkt dit met de garagist die iets 'symptomatisch' of iets 'causaals' kan doen voor het te hoge olieverbruik van je wagen, en je hiervoor al dan niet in de onwetendheid kan laten). Hierbij is het zelfs mogelijk dat aanvankelijk gebrachte hoofdklachten of symptomen na enig gesprek met de patiënt, naar het tweede plan verschuiven en dat andere moeilijkheden hem nu voornameer lijken.

2 De maatschappij hecht belang aan de sociale performantiemogelijkheden en de werkmogelijkheden van het individu en aan het feit of hij al dan niet een productieve rol speelt of materiële bijstand nodig heeft.

3 De geestelijke gezondheidswerker of therapeut is geïnteresseerd in structurele veranderingen, en legt zijn waarden dus ook deels in theoretische concepten.

In deze derde positie gaat *Malan* voor zijn evaluaties van BP als volgt tewerk: met de gegevens van de initiële interviews stelt hij een

vrij eenvoudige psychodynamische hypothese op, waaruit kan afgeleid worden (1) tegenover welke specifieke soort stress de patiënt kwetsbaar is, (2) het hoofdcriterium van genezing (dit bestaat uit het oplossen van het centraal conflict en uit het aankunnen van de specifieke stress op een nieuwe wijze en zonder symptoomvorming) en (3) de wijzen waarop schijnverbetering kan optreden door omzeilen van het centraal probleem of van de specifieke stress. Op basis van deze psychodynamische hypothese worden 'criteria van maximale verbetering' gedefinieerd. Deze worden operationeel vertaald in een lijst van gedragingen en belevingen die observeerbaar en beschrijfbaar zijn. Resolutie wordt aangenomen, niet als de onaangepaste reacties alleen maar verdwijnen, maar wel als duidelijk aantoonbaar is dat ze vervangen zijn door de correlerende aangepaste reacties. De laatste stap bestaat dan in het 'scoren' van de actuele bevindingen in de follow-up interviews met betrekking tot deze individueel vastgelegd criteria. Deze evaluatie gebeurt het best door een onafhankelijke evaluator en niet door de therapeut, en stijgt in betrouwbaarheid naarmate de follow-up een langere periode bestrijkt.

Sifneos ziet, naast de oplossing van het conflict, de capaciteit om nieuwe emotionele problemen op te lossen, lang na het beëindigen van de STAP, als een specifiek neveneffect van de therapie en als gevolg van een 'new learning experience'. Zijn patiënten vertonen hoofdzakelijk positieve oedipale banden d.w.z. gevoelens van genegenheid overwegen op vijandigheidsgevoelens. Vrij recent kwam *Sifneos* tot een indeling van drie prognostisch licht verschillende categorieën binnen de oedipale focus. De verschillen liggen hierin dat in de eerste groep van patiënten (prognostisch de gemakkelijkste) de ouder zich eerder neutraal opstelde tegenover het kind, en in de tweede groep eerder 'verleidend' optrad. Een derde mogelijkheid (prognostisch het moeilijkst) is dat de rivaal-ouder in de realiteit is weggevallen op het hoogtepunt van de oedipale fase, door scheiding of dood.

Malan zoekt een mogelijke verklaring voor zijn mindere successen met oedipale foci, deels in het meer ingaan op de ambivalentie tegenover de ouder van hetzelfde geslacht dan op de gehechtheid aan de ouder van de andere sexe, en deels in een grotere contaminatie met pregenitale problemen en een meer met negatieve gevoelens bezette oedipale band.

Davanloo neemt de patiënt zelf tot evaluator van het therapeutisch proces door hem 6 maanden na het beëindigen van de therapie, de video-tapes van een 5-tal willekeurig gekozen sessies te laten bekijken en te laten commentariëren. Hierdoor krijgt hij vaak verassend materiaal van de patiënt omtrent bv. opgetreden weerstanden en de meest doorslaggevende therapeutische interventies.

Opleiding en supervisie

We zullen ons hier beperken tot slechts enkele opmerkingen. Van *Strien* (1977) wees reeds op de belangrijke vereisten aangaande

analytische kennis en ervaring. Treffend is dat binnen de STDP de discussie niet zozeer gaat rond het al dan niet vereist zijn van een opleiding tot analyticus, maar dat twee andere meningen tegenover elkaar staan, namelijk het al dan niet vereist zijn – voor residents – van ervaring met langdurige analytische therapieën voor hun opleiding in de STDP. *Sifneos* (Third International Symposium and Workshops on Short-term Dynamic Psychotherapy, 1977) meent dat tweedejaars 'niet-hersengespoelde' residents het voor hem vaak beter doen dan vierdejaars, die meer moeite hebben met het binnen de focus blijven. Deze visie wordt enigszins begrijpelijker, als men denkt aan de setting waarin hij werkt en waarin haast aan de maximale voorwaarden voor supervisie voldaan is, en ook aan zijn selectie van in wezen vrij gezonde en solide patiënten, die vrijwel zeker angst aankunnen zonder gevaar voor compensaties. De resident krijgt hier juist de kans om klare, duidelijke oedipale situaties te leren herkennen, met meer overtuigingskracht waarschijnlijk dan in andere therapeutische leersituaties. Als ander materiaal, buiten de focus, gebracht wordt, is dit vrijwel zeker van defensieve aard. Door de intensieve supervisie kunnen ook overdrachts- en tegenoverdrachtsproblemen tijdig herkend en gehanteerd worden. De aan de therapeut gestelde vereisten zijn zeker erg afhankelijk van de setting, de patiëntenreeks en de supervisie-mogelijkheden en kunnen niet zomaar veralgemeend worden.

Conclusie

We zijn ons ervan bewust dat vele aspecten, vragen en discussiepunten onbesproken bleven, zoals o.m. de verschillen in instelling, aanpak en stijl, gebonden aan de persoonlijkheid van de hierboven besproken therapeuten, die zeker een aspect vormen dat opweegt tegen de criteria die men de patiënt oplegt en dus meer aandacht zouden verdienen. De realisaties en beloften van STDP dienen zeker verder gevalideerd en geëxploreerd te worden. Het is allerm minst de bedoeling dat ze de psychoanalyse zouden verdringen; deze is en blijft een onmisbare bron voor de uitbreiding van onze begrippen over dynamismen en ziektepatronen. Wel beoogt men in de geschetste varianten van STDP de kennis, die de analyse ons als wetenschap opleverde, doelmatig toe te passen. Het werk van Malan, Sifneos, Davanloo e.a. leverde in dit opzicht voldoende klinische evidentie voor het doen erkennen van de STDP als een valabele therapievorm en meer nog, als een 'treatment of choice' voor bepaalde hulpzoekenden.

Literatuur

- Alexander, F., en French, T. (1946), *Psychoanalytic therapy*. Ronald Press, New York.
- Davanloo, H. (1976), *Basic Methodology of Short-term dynamic psychotherapy*. Presented at World Congress of Psychotherapy, Paris 1976.
- Davanloo, H. (1977), *Basic Principles and Techniques in Short-term Dynamic Psychotherapy*. Spectrum, New-York.

- Huijser, E. (1977), 2nd International Symposium and Workshops on Short-term dynamic Psychotherapy. Montreal, 29 maart-3 april 1976. *T. Psychotherapie*, 3, 33-38.
- Malan, D. H. (1963), *A Study of Brief Psychotherapy*. Plenum Press, New York.
- Malan, D. H. (1976a), *The Frontier of Brief Psychotherapy*. Plenum Press, New York.
- Malan, D. H. (1976b), *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. Plenum Press, New York.
- Mann, J. (1973), *Time-limited Psychotherapy*. Harvard University Press, Cambridge.
- Sifneos, P. E. (1967), Two different kinds of psychotherapy of short duration. *Amer. J. Psychiat.* 123, 1069-1073.
- Sifneos, P. E., (1972), *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press, Cambridge.
- Straker, M. (1968), Brief Psychotherapy in an outpatient clinic: evolution and evaluation. *Amer. J. Psychiat.* 124, 1219-1226.
- Strien, A. P. M. van (1977), Psychoanalyse en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie. *T. Psychiatrie*, 19, 559-576.
- Strupp, H. H. (1975), Psychoanalysis, 'focal therapy' and the nature of the psychotherapeutic influence. *Arch. Gen. Psychiat.* 32, 127-135.
- Third International Symposium and Workshops on Short-term Dynamic Psychotherapy*. Los Angeles, 9-13 november 1977.