

# Kortdurende psychodynamische psychotherapie

J. J. L. DERKSEN

**ACHTERGROND** De laatste twintig jaar hebben zich diverse varianten van psychoanalytische psychotherapie ontwikkeld die vaak met 'dynamisch' worden aangeduid.

**DOEL** Een overzicht geven van enkele recente ontwikkelingen in de kortdurende psychodynamische psychotherapie. De diverse varianten worden kort aangestipt en de door Malan en Davanloo uitgewerkte therapievorm wordt meer uitgebreid behandeld. Het empirisch onderzoek naar de effectiviteit van deze behandelvormen wordt samengevat.

**METHODE** Er is gebruikgemaakt van recente handboeken waarin de belangrijkste vertegenwoordigers deze stromingen beschrijven. Voorts is een literatuuronderzoek verricht. Met behulp van Webspirs is gezocht in PsycINFO, Medline en Current Contents naar publicaties over (empirisch effectonderzoek van) de kortdurende psychodynamische psychotherapie.

**RESULTATEN** De psychodynamische behandelvorm kent verschillende uitwerkingen die gemeenschappelijk hebben dat de tijdsduur is verkort, doorgaans door het stellen van een focus en ook wordt er vaak een maximum aantal zittingen vastgesteld met een variabele frequentie. Ook is de psychotherapeut veel actiever dan in de klassieke psychoanalytische psychotherapie en vindt er integratie plaats van technieken uit andere therapeutische richtingen, met behoud van de op afweer en gevoelsexpressie gerichte benadering. Voornamelijk door de kortere behandelvormen is het empirische effectonderzoek en het vergelijkingsonderzoek met andere behandelvormen van de grond gekomen.

**CONCLUSIE** De kortdurende psychodynamische psychotherapie komt tegemoet aan de vereisten van deze tijd wat betreft efficiëntie, korte duur en (empirische) transparantie. Deze behandelvorm verdient een eigen plaats, vooral door de sterke gerichtheid op gevoelsbeleving in het hier en nu. Het effectonderzoek is op gang gekomen maar verdient nog aandacht.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)10, 777-786]

**TREFWOORDEN** experiëntiële therapie, kortdurend, proeftherapie, psychodynamische psychotherapie

De klassieke psychoanalytische behandeling duurt vaak (jaren)lang en is hoogfrequent (meerdere malen per week). De psychoanalytische psychotherapie duurt doorgaans ook meerdere jaren met één of enkele zittingen per week. Wellicht mede onder invloed van de tijdsgeest, waarin snelheid en efficiëntie belangrijk zijn, hebben zich de laatste

twintig jaar diverse varianten ontwikkeld die vaak met 'dynamisch' worden aangeduid (ook aantrekkelijk in deze tijd). Onmiddellijke relativisering is hier op zijn plaats aangezien Sandor Ferenczi in 1920 de passieve analyticus reeds adviseerde een serie actieve strategieën in te zetten: de patiënt die uit angst vermijdt aanmoedigen zich bloot te stel-

len aan het object van zijn vrees (*exposure* in de cognitieve gedragstherapie); van obsessieve patiënten verlangen dat zij hun rituelen onder controle houden (*responspreventie*); het gebruik van actieve fantasieën om verborgen conflicten te mobiliseren (korte dynamische therapie). Ferenczi was er op uit de emotionele beleving van de patiënt te verheiligen en versnellen en leek hiermee op de dynamische therapeuten van tegenwoordig.

Zonder naar volledigheid te streven kunnen we vaststellen dat op dit moment, naast klassieke psychoanalyse, de volgende meer of minder psychodynamische benaderingen worden geïmplementeerd: klassieke langdurige psychoanalytische psychotherapie (Langs 1973); focale psychotherapie (Malan 1976, 1979); in de tijd gelimiteerde dynamische psychotherapie (Mann 1973); kortdurende psychodynamische psychotherapie (Davanloo 1980); overdrachtsgerelateerde psychotherapie voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (Yeomans e.a. 2002); cognitief-analytische therapie (Ryle & Kerr 2002); interpersoonlijke psychotherapie (Klerman & Weissman 1993); supportieve psychotherapie (Luborsky 1984; Rockland 1989); psychodynamisch geïntegreerde groepstherapie (Berk 2001, 2003; Yalom 1994); vierzittingentherapie (Gillieron 1989); en psychodynamische benaderingen in de kindertherapie (Benedict & Hastings 2002; Fonagy & Target 2002; Greenspan 2002; Kaslow & Magnavita 2002). Voor posttraumatische stressstoornissen (Harrowitz 1995), middelenmisbruik (Luborsky e.a. 1995), echtparen en hartpatiënten zijn meer specifieke korte dynamische therapieën beschreven. Voor een overzicht verwijst ik naar Levenson e.a. (2002). Ik zal me in deze bijdrage beperken tot de korte psychodynamische psychotherapie (KPP) zoals die tegen de achtergrond van het werk van Langs en Malan door Davanloo (1980) en meer recent door Coughlin Della Selva (1996), Magnavita (1997) en Osimo (2002) voor een breed spectrum van stoornissen (zoals ook voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen) is vormgegeven.

Davanloo Davanloo (1980, 1990) noemde zijn behandelvorm *intensive short-term dynamic psychotherapy*. In Nederland is in 1989 de Vereniging voor Korte Dynamische Psychotherapie (VKDP) opgericht naar aanleiding van een training door Davanloo (Collumbien 1990; Hoos 1991). In de VS wordt de korte dynamische psychotherapie *short-term dynamic psychotherapy* (Coughlin Della Selva 1996), *accelerated experiential-dynamic psychotherapy* (Fosha 2000) of *experiential short-term dynamic therapy* (Osimo 2003) genoemd en sinds ongeveer twintig jaar toegepast. In september 2005 organiseerde de International Dynamic Therapy Association haar derde congres te Los Angeles. Op dit congres en op vergelijkbare workshops wordt de meeste tijd besteed aan het bestuderen van video-opnames van toepassingen bij doorgaans complexe patiënten. Er bestaan diverse instellingen en instituten (bv. in New York, New Jersey en Los Angeles), en er wordt gecommuniceerd via de website [www.stdp.org](http://www.stdp.org) (STDP-Discussion List). Met behulp van die website worden zowel theoretische als technische discussies gevoerd en ervaringen en inzichten uitgewisseld. Er is uitgebreid aandacht geweest voor de pro's en de contra's van de wijze waarop de grondlegger, Davanloo, zijn therapie bedrijft. Empathie is daarin een belangrijk onderwerp van discussie. Er was ook een uitgebreide discussie over de wijziging in de naam van deze therapie.

Zowel in Nederland als in de VS speelt het erfgoed van Davanloo een rol in de discussies: in hoeverre moeten we hem schatplichtig blijven en in hoeverre slaan we nieuwe wegen in? Een tweede thema in de VS is de relativisering van de korte duur, vooral bij patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis. Recentelijk zijn er op de website [www.stdp.org](http://www.stdp.org) twijfels geuit over hoe kort dit kan.

#### PROEFTHERAPIE

Sigmund Freud nam patiënten voor drie maanden op proef in psychoanalyse en besloot dan pas definitief over voortzetting. Davanloo (1990,

2000) heeft voorgesteld te beginnen met een (eigentijdse) proeftherapie (*trial therapy*): een langdurige zitting (bijvoorbeeld twee keer anderhalf uur met een pauze van vijftien minuten) waarin wordt getracht 'het onbewuste te openen' middels een actieve, confronterende aanpak. De wijze waarop de patiënt reageert op de interventies wordt minutieus geobserveerd. Menigeen is van mening dat deze specifieke vormgeving van de proeftherapie de belangrijkste bijdrage van Davanloo aan deze therapievariant is geweest. De wijze van proeftherapie kan erg verschillen en hangt samen met de typische weerstanden van de patiënt. Training en intervisie gebeuren aan de hand van videobanden en verbatimverslagen. Coughlin Della Selva (1996) noemt de proeftherapie een 'rite de passage' voor zowel patiënt als psychotherapeut. De patiënt krijgt te horen dat de psychotherapeut zal trachten tot de bodem van de problemen te gaan en dat op die manier wordt uitgezocht of dit een passende behandeling is. Op basis van de literatuur en mijn eigen ervaring met de proeftherapie reconstrueer ik de verschillende fases die hierin kunnen worden onderscheiden.

**Druk uitoefenen** Er wordt druk op de patiënt uitgeoefend om authentieke gevoelens te ervaren. Deze ingeklemde, onbewuste gevoelens worden verondersteld aan de symptomen en klachten ten grondslag te liggen. De chronisch vermoeide patiënt die opnieuw zijn klachten vertelt, wordt onderbroken met de vraag: 'Ik weet wat uw klachten zijn, maar kunt u mij nu eens vertellen over wat uw probleem in uw leven is?' De patiënt wordt geholpen in het hier en nu drie aspecten aan deze diepliggende gevoelens bewust te beleven en te bespreken: de cognitieve kanten zoals de beelden en voorstellingen die bij een gevoel horen ('Ik erger me aan Henk'); de fysiologische aspecten – de sensaties in het lichaam op het moment dat de gevoelens sterker worden (zonder lichamelijk sensatie geen echt gevoel); de motorische en impulsieve kanten van het gevoel – de handelingsbereidheid – deze worden doorgaans in de fantasie uitgewerkt ('Ik geef Henk een opdoffer in zijn gezicht').

**Angst verhogen** De benadering van de therapeut werkt angstverhogend op de patiënt en dit stimuleert tot afweer. In contrast tot een meer klassieke psychoanalytische behandeling, waarbij de patiënt ontspannen ligt of zit en vrije invallen laat komen, wordt nu gelet op een optimaal angstniveau zodat de afweer en weerstand, die het effect van de behandeling bedreigen, maximaal zichtbaar worden en kunnen worden gespiegeld of geduid. Soms gebeurt dit middels de zogenaamde 'head on collision' en dus met behoorlijk veel verbale kracht van de therapeut. Doel is de patiënt zijn neiging tot vasthouden aan zelfdestructieve afweer bewust te maken en de gezonde kanten van het ego opnieuw controle over het gedrag te geven. De verantwoordelijkheid voor deze 'keuze' wordt bij de patiënt gelegd en de behandelaar weigert het werk voor hem te verrichten. De psychotherapeut maakt duidelijk dat hij, openlijk en eerlijk, de kant in de patiënt kiest waar de pijn en het verdriet zit en niet ingaat op de neiging van de patiënt deze toe te dekken.

**Afweer uitdagen** Tijdens de proeftherapie bij KPP is veel aandacht voor de zogenaamde karakterweerstand, zoals een typische glimlach, de houding, typische bewegingen met armen en benen, een bepaalde mimiek. In de regel verbergen die weerstanden een op dat moment onderdrukt gevoel. Om bij dit gevoel te komen wordt de typische trek van de patiënt gespiegeld: de psychotherapeut zegt wat hij ziet en laat dat eventueel vergezellen door een vraag ('Ik zie u glimlachen, voelt u zich ook vrolijk?'). Tactische weerstanden die tot uitdrukking komen in zinnen als 'Ik denk dat ik boos ben'; 'Ik denk dat ik ga stoppen met roken'; 'Zo ben ik nu eenmaal' worden gespiegeld en vervolgens doorbroken met het volgende type confrontatie: 'Bent u boos of bent u niet boos?'; 'Gaat u stoppen met roken of niet?' Met deze weerstanden laat de patiënt (onbewust) zien dat hij afstand bewaart tot de psychotherapeut en die afstand wordt doorbroken. De bedoeling is heel snel en direct een betekenisvol contact tussen

patiënt en psychotherapeut op gang te brengen – niet de overdrachtsrelatie maar de echte relatie. Het therapeutische effect van authentieke menselijke betrokkenheid wordt hoger aangeslagen dan het laten ontstaan en doorwerken over overdrachtsverschijnselen. In dit opzicht is er overeenkomst met sommige richtingen in de cliënt-gerichte psychotherapie.

*Negatieve overdracht* Doorgaans leiden het ontwrichten van de weerstand en het activeren van diepliggende gevoelens tot negatieve overdracht. De patiënt wordt nijdig op de behandelaar die zijn afweer frustreert, disfunctioneel maakt en daarmee doet wankelen. De irritatie over en de agressie tegenover de psychotherapeut worden aanvankelijk onderdrukt maar die afweer wordt beïnvloed door de behandelaar en daardoor komt de agressie vrij. De bedoeling is dat de negatieve overdrachtsgevoelens uitgebreid tot expressie komen in het hier en nu ten opzichte van de psychotherapeut. Alle beelden die hierbij horen worden gedetailleerd uitgevraagd en de gevoelens van de patiënt in het hier en nu eraan gekoppeld. Vervolgens roept dit proces onderliggende, weggedrukte gevoelens op. Deze authentieke gevoelens krijgen vrij baan en wordt eveneens uitgebreid doorgewerkt, wederom rekening houdend met de drie aspecten van emoties. Interpreteren is veel minder van belang dan het hier en nu beleven van het weggedrukte affect.

*Schuld en schaamte analyseren* Schuld- en schaamtegevoelens komen in deze fase vaak bij de patiënt ter sprake en volgen op de agressie. Schuld en schaamte worden meestal opgevat als afweer van dieperliggende vaak tedere gevoelens. Deze schuld- en schaamtegevoelens worden weer zoveel mogelijk en uitgebreid in het hier en nu tot expressie gebracht.

*Unlocking* In deze fase vindt opluchting plaats, er komen doorbraken van dieperliggende en voorheen afgeweerde gevoelens en conflicten. Dit noemde Davanloo 'unlocking', het openen van

het onbewuste. In veel gevallen is dit overigens een partiële doorbraak van een afgeweerd gevoel. Dit wordt dan vaker herhaald in de loop van de behandeling. In deze fase komen vaak gevoelens van dieperliggend verdriet, van tederheid en liefde naar de oppervlakte. Deze worden in het hier en nu geëxploreerd. De beelden die hierbij opkomen of op initiatief van de therapeut worden opgeroepen, worden gedetailleerd besproken en de gevoelens die erbij horen onderzocht. Hierdoor worden weer nieuwe weggedrukte gevoelens opgeroepen. De genetische figuren (de ouders of verzorgers) komen op deze momenten vaak spontaan ter sprake en de conflictueuze gevoelens eveneens.

*Driehoeken* Werken met de driehoeken zoals die onder anderen door Malan (1979) zijn beschreven kan in deze fase zinvol gebeuren. Bij patiënten met veel weerstand heeft dit in een eerdere fase weinig of geen zin, er moet opening van het onbewuste hebben plaatsgevonden. Bij deze laatste is het focus of kernthema van de behandeling richtinggevend en de driehoeken van Malan (1979) ondersteunen de techniek.

#### HOUDING VAN DE PSYCHOTHERAPEUT

Een kenmerk van KPP in relatie tot de klassieke psychoanalytische psychotherapie is de opstelling van de psychotherapeut. De passieve houding is zeker in de beginfase van de behandeling voorgoed verleden tijd geworden. Een nieuwe zitting kan beginnen op initiatief van de therapeut. Deze grijpt terug op een focus en onderzoekt hoe het hiermee in de tussenliggende tijd is vergaan. De psychotherapeut is actief, emotioneel betrokken, echt en authentiek, en zorgt er directief voor dat de behandelfocus niet ondersneeuwt en hij integreert technieken die in de jaren zestig in de gestalttherapie voorkwamen en meer recent in de in de cognitieve therapie ontwikkelde methoden. Bij sommige stoornissen, zoals de narcistische persoonlijkheidsstoornis, vinden nog verdere aanpassingen van de techniek en houding plaats (Derk-

sen 2004a). Via de instructie die de patiënt krijgt wordt de intimiteit met de therapeut gestimuleerd. Voorheen ging het om de regel van de vrije associatie waarbij de patiënt gevraagd werd alles te zeggen wat in hem opkwam. Die breedte is versmald tot een instructie die neer kan komen op het volgende: 'Ik vraag u hier te komen en te praten over uw meest intieme, persoonlijke gedachten, gevoelens, fantasieën en dromen, probeer het diepste uit u te halen en wees daarbij eerlijk en oprecht over alles, ook over de behandeling hier. Indien u hierin slaagt, is de kans dat we samen succes hebben het grootst' (Magnavita 1997). De tijdbepervingen en de variabele frequentie van de zittingen behoren tot de actieve ingrepen door de behandelaar. In de traditie van Davanloo worden in de beginfase vaak uitgebreide zittingen van tussen de twee en vier uur gehouden.

Neutraliteit, abstinentie en empathie worden niet meer zoals voorheen praktisch continu toegepast, maar ingezet als techniek in plaats van als attitude en afhankelijk gemaakt van het weerstandspatroon. Indien een patiënt niet toekomt aan het praten over en werken aan belangrijke gevoelens in het hier en nu, vermindert de empathie van de behandelaar. In de non-verbale expressie van de psychotherapeut kan dat tot uiting komen door verminderde belangstelling (bv. wegkijken, onderuit gaan zitten). Ten opzichte van weerstand en afweer is de psychotherapeut niet neutraal maar kritisch en soms afwijzend. De behandelaar toont respect voor de authentieke gevoelens van de patiënt, maar niet voor de afweerpatronen. Abstinentie heeft een (bescheiden) plaats op momenten dat analyse van een bepaalde houding, een conflict of een gevoel aan de orde is, in andere situaties, bijvoorbeeld om vermijding te doorbreken, worden adviezen gegeven.

In theoretisch en technisch opzicht valt KPP op door een eclectische oriëntatie. Verder hebben de dogma's en waarheden van voorheen plaatsgemaakt voor een focus die het kenmerk van een hypothese of zoekschema draagt. Er wordt gestreefd naar een maximale gevoelsbeleving tijdens de zittingen, het hier en nu domineert het verleden en

de toekomst. In dit opzicht vormt deze methodiek een aanvulling op de cognitieve therapie waarbij emoties veel minder centraal staan. Overdracht en tegenoverdracht worden, voor zover de behandeling dit toelaat, dynamisch gebruikt, maar even goed en wellicht vaker wordt er buiten de overdracht gewerkt. Interpretaties, indien zinvol voor het belevingsproces in het hier en nu, worden veel vroeger in de behandeling gegeven, in vele opzichten lijken de korte dynamische therapieën wat dit betreft op het continueren van de wat vroeger tijdens de diagnostiek als proefduiding werd benoemd.

#### (CONTRA-)INDICATIES VOOR KPP

Het is geen toeval dat de term dynamisch steeds terugkeert. Enerzijds verwijst deze term naar de kern van de methode: men is gericht op de afweer en weerstand en bewerkt deze intensief. Anderzijds wordt de beperking hiermee ook aangeduid: daar waar door de aard van de problematiek of door de typische persoonlijkheid de afweer minder goed is georganiseerd neemt de toepasbaarheid af. Bij zwakker gestructureerde patiënten worden de steungevende aspecten belangrijker en hier wordt de behandelvorm meer experiëntieel. Minutieus wordt het momentane gevoel gevolgd en tot expressie gebracht. Magnavita (1997) beschrijft de methode expliciet bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Hierbij houdt hij rekening met de structuur van het ego en maakt hij gebruik van de structurele diagnostiek zoals die is vormgegeven door Kernberg (1984). Het ego kent een organisatiegraad die we psychotisch, borderline of neurotisch kunnen noemen (Derksen 2004b). Het is denkbaar dat KPP vooral bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zoals we die kennen in het DSM-as-II-C-cluster effectief is. De proeftherapie breekt bijvoorbeeld bij de patiënt met een obsessieve compulsieve stoornis door de afweer heen. De neiging via karakterologische afweer tedere en agressieve gevoelens weg te houden is bij deze patiënten doorgaans vrij groot. De proeftherapie roept authentieke gevoelens op die

worden beleefd bij een psychotherapeut van bijvoorbeeld hetzelfde geslacht en daarmee ontstaan corrigerende ervaringen ten opzichte van de ingeklemde gevoelens die doorgaans zijn ontstaan bij de genetische personen. Het meeste werk dat de dynamisch therapeuten laten zien is gericht op het ontdekken en doorwerken van psychotrauma's uit de kindertijd. Gevoelens van voorheen weggedrukte agressie en verdriet komen meer aan bod dan thema's rondom seksualiteit.

Patiënten die beschikken over weinig ontwikkelde verbale kwaliteiten en meer algemeen een slecht ontwikkelde cognitieve intelligentie komen ook minder snel in aanmerking voor deze wijze van behandelen. Hierbij denken we aan een totaal IQ van minder dan 90 en aan een score op de verbaal-begrip-index van een test als de *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. Ook hebben mensen die hoog scoren op 'alexithyme trekken' een contra-indicatie: zij zijn laag emotioneel intelligent en hebben weinig vermogens om hun gevoelens te herkennen, te begrijpen en over te brengen. Dit type contra-indicaties is van meer belang dan het type DSM-as-I-stoornis dat de patiënt tijdens de diagnostiek krijgt.

#### THERAPEUTEN

Om de KPP-technieken toe te kunnen passen hebben psychiaters, gz-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten een aanvullende opleiding en training nodig. Dit geldt ook voor psychoanalytici en psychoanalytische psychotherapeuten. Zeker voor deze laatste groep geldt dat ze een behoorlijke verandering in technisch opzicht en in hun houding moeten maken. Zij hebben wel het voordeel van de kennis van het theoretische referentiekader.

Het is voor deze manier van werken een absolute voorwaarde dat men goed ingevoerd is in de psychoanalytische psychopathologie en ontwikkelingstheorieën, vooral de hechtingstheorieën. Juist vanwege het snel ontdekken en doorwerken van vroeg ingeklemde conflicten en affecten bestaat de noodzaak van een theoretisch begrip van

wat er in het proces kan gebeuren.

Het leren werken met afweer en het herstructureren van de weerstand brengt het risico van drop-out met zich mee, zeker in het begin. Het adequaat en respectvol toepassen van deze weerstandsanalyse veronderstelt veel technische training. In die gevallen waarbij de weerstand niet zo sterk is en het onbewuste al open is, vindt men vaak een therapeutische stijl die gericht is op het minutieus volgen en bewust maken van de gevoelens en het ervaringsproces in het hier en nu. Dit doet denken aan wat in de experiëntiële richting binnen de cliëntgerichte therapie gebruikelijk is. Er bestaat echter nog geen gedetailleerde handleiding van de technieken. Een ander probleem is dat er in Nederland geen vereniging is die erkende opleidingen en registratie verzorgt. De VKDP verzorgt wel opleidingen. Ook is het opvallend dat zowel in Nederland als daarbuiten, bijvoorbeeld in Engeland, de klassieke psychoanalytische verenigingen de KPP de rug toe hebben gekeerd, zodat van enige wederzijds beïnvloeding geen sprake is.

#### EMPIRISCH ONDERZOEK

Effectonderzoek naar bankanalyses is wegens de lange duur moeilijk. Dit geldt niet meer voor de psychodynamische benaderingen. Daar hebben de video- en audioband een sterke opmars gemaakt. Naar de kortere dynamische psychotherapieën, maar dan in alle varianten zoals die in de inleiding werden genoemd, is inmiddels veel meer effect- en procesonderzoek gedaan. Korte dynamische psychotherapie blijkt het niet beter of slechter te doen dan andere therapieën, vooral cognitieve gedragstherapie. Dit is vaak onderzocht voor bijvoorbeeld patiënten met een depressie (Leichsenring 2001). De effectiviteit van interpersoonlijke therapie bij depressies, boulimie en middelenmisbruik is onderbouwd (Gotlib & Schraedley 2000). Een probleem is echter dat de nieuwe vormen van interpersoonlijke therapie meer zijn gaan lijken op cognitieve therapie dan op psychoanalytische therapie. In diverse onderzoeken is dit voor de psycho-

dynamische psychotherapie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis onderzocht (Leichsenring & Leibing 2003). De meta-analyse van Leichsenring en Leibing (2003) bevatte 14 onderzoeken naar psychodynamische behandeling en 11 naar cognitieve therapie. Voornamelijk bij de psychodynamische therapie werd op langere termijn gemeten: een follow-upmeting 1,5 jaar na beëindiging van de behandeling. Beide therapievormen lieten significante veranderingen zien in specifiek op de persoonlijkheidspathologie gerichte metingen. Voor patiënten met een psychosomatische stoornis vonden Junkert-Tress e.a. (1999) grotere effectgroottes dan voor neurotische patiënten en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In een recente meta-analyse naar effectiviteit van korte dynamische therapie bij allerlei type as-I-stoornissen is door Leichsenring e.a. (2004) volgens strengere criteria een selectie van de onderzoeken gemaakt. De onderzoeken naar interpersoonlijke therapie werden er buitengelaten. In de onderzochte groep waren de benaderingen van Luborsky, Horowitz, Shapiro & Firth en Davanloo het meest frequent aanwezig. Het gemiddelde aantal zittingen was 21. Door toepassing van de strenge inclusiecriteria voor empirisch ondersteunde behandeling van de *task force* van de American Psychological Association kwamen zij uiteindelijk op 17 onderzoeken. Het betreft hier *randomized controlled trials* waarin een therapie wordt vergeleken met een controleconditie op basis van een therapiehandleiding en de behandeling van een specifieke stoornis. De effectgroottes van KPP waren 1,39 na de behandeling en 1,57 bij follow-up na gemiddeld 1 jaar. Een probleem blijft dat er allerlei vormen van korte dynamische therapie zijn onderzocht en de hiervoor beschreven variant maakt daarvan maar beperkt deel uit.

In de toekomst is onderzoek naar de effectieve ingrediënten van KPP zinvol. Het ligt voor de hand te beginnen met proces- en effectonderzoek van de proeftherapie. Ook is het zinvol om het effect van KPP bij specifieke stoornissen te evalueren, zoals bij ernstige stoornissen waar cognitieve gedragstherapie weinig succesvol is. Helaas is er in

Nederland een tekort aan psychotherapeuten met de betreffende vaardigheden.

Specifiek voor de psychiater heeft Abbass (2002) een analyse gemaakt van de voordelen van KPP in zijn privépraktijk. Bij 89 patiënten ging hij na welke geneeskundige gezondheidskosten 1 jaar na therapie (gemiddeld 15 uur) werden bespaard. Hij kwam uit op 400.000 Canadese dollars.

## CONCLUSIE

Ferenczi kan tevreden te zijn met de hierboven beschreven ontwikkelingen, al zou hij waarschijnlijk vinden dat het allemaal wat lang heeft geduurd. Malan voorspelde in 1979 dat deze benadering een revolutie in de psychotherapie teweeg zou brengen. Dat dit niet gebeurd is, verklaart hij doordat het veel te moeilijk is gebleken de technieken van Davanloo door andere therapeuten te laten overnemen. De persoon Davanloo speelt een grotere rol en er zijn kennelijk niet zo veel psychotherapeuten bij wie deze werkwijze past (Malan 2003).

Het theoretische gedachtegoed uit de psychoanalyse werkt door in de moderne psychodynamische psychotherapieën. Hierbij zijn voorheen vaststaande overtuigingen ('elke neurose komt voort uit een oedipaal conflict') vervangen door zoekschema's en hypothesen die in de behandeling getoetst en bijgesteld worden. In technisch opzicht heeft zich een breed spectrum aan methoden ontwikkeld, een technisch eclecticisme heeft de plaats ingenomen van het vertrouwde tamelijk beperkte technische arsenaal van weleer. De klassieke bankanalyse en de klassieke psychoanalytische psychotherapie hebben hun hegemonie verloren, maar hun rol is niet uitgespeeld. Er blijven in de klinische praktijk indicaties denkbaar voor deze methodieken.

In de praktijk zijn voorts de grenzen verwaagd, niet alleen binnen de psychodynamische therapieën, maar ook in relatie tot andere stromingen zoals de cognitieve. In veel opzichten is de centrale rol van het behandelmodel opgegeven en zijn aanpassingen gemaakt aan type stoornis en

type patiënt en daarmee is de toepasbaarheid ver-groot. Het verkorten van de behandelduur is on-miskenbaar aanwezig in de nieuwe varianten en daarmee passen die beter in deze tijd en wordt em-pirisch effectonderzoek mogelijk gemaakt. Wat dit laatste betreft is in vergelijking tot de cognitieve therapie nog een inhaalslag te doen, maar het be-gin is er.

## LITERATUUR

- Abbass, A. (2002). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness, *American Journal of Psychotherapy*, 56, 225-232.
- Benedict, H. E., & Hastings, L. (2002). Object-Relations Play Therapy. In F. Kaslow & J. Magnavita (Red.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume 1, Psychodynamic/ Object Relation* (47-80). New York: John Wiley & Sons.
- Berk, T. (2001). *Handboek korte psychodynamische psychotherapie. Context, theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Berk, T. (2003). *Handboek korte dynamische groepstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Collumbien, E.C.A. (1990). 'Ontsluiting van het onbewuste' volgens Davanloo, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, 300-312.
- Coughlin Della Selva, P. (1996). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy- theory and technique*. New York: Wiley.
- Davanloo, H. (Red.). (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious, Selected Papers*. New York: John Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy, Selected Papers*. New York: John Wiley.
- Derksen, J.J.L. (2004a) Kortdurende psychodynamische psychotherapie bij narcistische stoornissen. Nieuwe mogelijkheden voor de behandeling van een moeilijke groep patiënten? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 711-722.
- Derksen, J.J.L. (2004b). *Psychologische diagnostiek: enkele structurele en descriptieve aspecten*. Nijmegen: PEN Tests Publisher.
- Ferenczi, S. (1920). The further development of an active therapy in psychoanalysis. In J. Suttie (Red.), *Further contribution to the theory and technique of psychoanalysis*. London: The Hogarth Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Psychodynamic Approaches to Child Therapy. In F. Kaslow & J. Magnavita (Red.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume 1, Psychodynamic/ Object Relation* (105-129). New York: John Wiley & Sons.
- Fosha, D. (2000). *The Transforming Power of Affect: A Model for Accelerated Change*. New York: Basic Books.
- Gillieron, E. (1989). Short psychotherapeutic interventions (four sessions), *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 32-37.
- Gotlib, I.H., & Schraedley, P.K. (2000). Interpersonal Psychotherapy. In C.R. Snyder & R.E. Ingram, *Handbook of Psychological Change* (258-279). New York: Wiley.
- Greenspan, S.I. (2002). The Developmental Basis of Psychotherapeutic Processes. In F. Kaslow & J. Magnavita (Red.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume 1, Psychodynamic/ Object Relation* (15-45). New York: John Wiley & Sons.
- Hoos, L. (1991). Een voortdurende confrontatie, Davanloo's korte dynamische psychotherapie, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 17, 342-355.
- Horowitz, M.J. (1995). Short-term dynamic therapy of stress response syndromes. In J.P. Barber & P. Crits-Christoph (Red.), *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders: Axis I* (166-198). New York: Basic Books.
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Scheibe, G., e.a. (1999). The Duesseldorf short-term dynamic psychotherapy project (DKZP). *Psychotherapi, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 142-152.
- Kaslow, F., & Magnavita, J. (Red.). (2002). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume 1, Psychodynamic/ Object Relation*. New York: John Wiley & Sons.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (Red.). (1993). *New Application of Interpersonal Psychotherapy of Depressions*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Langs, R. (1973). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 21, 401-419.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Levenson, H., Butler, S.F., Powers, T.A., e.a. (2002). *Concise guide to Brief Dynamic and Interpersonal Therapy* (2de druk). Washington, DC:



- American Psychiatric Publishing.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Woody, G.E., & Hole, A.V. (1995). Supportive-expressive dynamic therapy for treatment of opiate drug dependence. In J.P. Barber & P. Crits-Christoph (Red.), *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders: Axis I* (131-160). New York: Basic Books.
- Magnavita, J. (1997). *Restructuring personality disorders. A short-term dynamic approach*. New York: The Guilford Press.
- Malan, D.H. (1976). *The frontiers of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D.H. (1979). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. London: Butterworth.
- Malan, D.H. (2003). Foreword. In F. Osimo, *Experiential Short-Term Dynamic Psychotherapy A Manual* (xi-xii). Bloomington: 1stBooks.
- Mann, J. (1973). *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Osimo, F. (2002). Brief Psychodynamic Therapy. In F. Kaslow & J. Magnavita (Red.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Volume 1, Psychodynamic/Object Relation* (207-237). New York: John Wiley & Sons.
- Osimo, F. (2003). *Experiential Short-Term Dynamic Psychotherapy A Manual*. Bloomington: 1stBooks.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. New York: Basic Books.
- Ryle, A., & Kerr, I.B. (2002). *Introducing cognitive analytic therapy*. New York: Wiley.
- Yalom, I. (1994). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4de druk). New York; Basic Books.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., & Kernberg, O.F. (2002). *A Primer of Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale: Jason Aronson.

## AUTEUR

J.J.L. DERKSEN is hoogleraar klinische psychologie, werkzaam in een eerstelijns psychologenpraktijk en aan de universiteiten van Nijmegen en Brussel.  
E-mail: jjlderksen@planet.nl.

Strijdige belangen: Ons opleidingsinstituut organiseert opleidingen in de kortdurende dynamische psychotherapie. Ik onderwijs deze therapievorm aan diverse instellingen, zoals Rino's en andere postdoctorale opleidingscentra.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-11-2005.

## SUMMARY

Short-term psychodynamic psychotherapy – J.J.L. Derksen –

**BACKGROUND** The past twenty years have seen many developments in ‘psychodynamic’ psychotherapy.

**AIM** To provide an overview of recent developments in short-term psychodynamic psychotherapy. This involves summarizing current approaches and describing in detail the model developed by Malan and Davanloo. A summary is also given of empirical research into the effect of the various treatment modalities.

**METHOD** Modern manuals were consulted, which describe many of the recent developments and contain contributions by the leading representatives of the various therapeutic orientations. In addition, a literature survey was carried out; by means of Webspirs it was possible to search PsycINFO, Medline and Current Contents for studies relating to empirical research in the effect of psychodynamic psychotherapy.

**RESULTS** There are several variants of the psychodynamic treatment modality. In each of them the treatment duration is reduced, mainly because the focus is on certain particular elements. In addition, a maximum number of sessions is specified. The frequency can be varied and the psychotherapist is much more actively involved than in classical psychoanalytic psychotherapy. Techniques from other therapeutic orientations are integrated, but the focus on defence and affect expressions is preserved. Especially shorter treatment has stimulated empirical research and gradually it is becoming possible to compare short-term treatment with other forms of treatment.

**CONCLUSION** Short term psychodynamic psychotherapy fits in with modern requirements with regard to efficiency, brevity and (empirical) transparency. This form of treatment deserves its own place in modern psychotherapy because it focuses directly on the patient’s actual feelings and emotions. Research into the effectiveness of dynamic therapy has already begun, but more work needs to be done in this area.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)10, 777-786]

**KEY WORDS** brief, experiential therapy, psychodynamic psychotherapy, trial therapy