Het belang van psychodynamische kennis voor het gebruik van esketamine

C.J. de Wit

Esketamine (intranasaal) is toegevoegd aan de behandelrichtlijn voor (matig) ernstige depressie. Naast antidepressieve en antisuïcidale effecten heeft dit middel bewustzijnsveranderende eigenschappen. Het is van belang dat behandelaren onderkennen dat deze psychedelische ervaringen kunnen optreden. Ook leent het begrippenkader van de psychodynamische psychotherapie zich om betekenis te verlenen aan de inhoud van de veranderde bewustzijnstoestand. Dit kan een impuls geven aan een psychotherapeutisch proces. In dit artikel breng ik concepten als mentaliserend vermogen, egofuncties en (tegen)overdracht onder de aandacht in de context van esketamine.

Esketamine (intranasaal) staat in de behandelrichtlijn voor matig ernstige en ernstige depressieve stoornissen vanwege antidepressieve werking.[1] Het is een effectieve en veilige toevoeging aan het behandelarsenaal van de psychiater. Wereldwijd wordt onderzoek gedaan naar toedieningsmechanismen (intraveneus, oraal en intranasaal), doseerfrequentie en onderhoudsbehandeling, comedicatie en complicaties.[2,3]
In dit artikel beoog ik de potentieel psychedelische eigenschappen van esketamine onder de aandacht te brengen. Daarnaast kunnen concepten uit verschillende psychodynamische stromingen helpen betekenis te verlenen aan verschillende elementen van deze veranderde bewustzijnstoestanden. Het kan patiënten de kans bieden op verandering en herstel van hun depressies.
Ter illustratie beschrijf ik eerst twee vignetten.

VIGNETTEN

Patiënte A, een 44-jarige vrouw, met een ernstige depressieve stoornis, werd vanwege onvoldoende effect op verschillende antidepressiva verwezen voor esketaminebehandeling. De eerste van zes toedieningen (intraveneus, offlabel, 0,25 mg/kg) gaf lichte duizeligheid. De tweede toediening (0,5 mg/kg) bracht patiënte in een veranderde bewustzijnstoestand. Ze vertelde een gevoel te hebben gehad te 'versmelten' met de stoel, gevolgd door een prettig gevoel van verbondenheid met haar familie. Ze zag beelden van vroeger, van haar strenge ouders. Ze was even bang en verdrietig, maar later was er mildheid. Dit werd vervolgd in haar psychotherapie.

Patiënt B, een 44-jarige man, had een verleden met vroegkinderlijke traumatisering, en onderging meerdere behandelingen vanwege een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en chronische depressieve klachten. Hij werd nu verwezen voor de behandeling van depressie en suïcidaliteit. Na het eerste infuus offlabel esketamine (0,25 mg/kg) voelde hij zich iets beter, maar tijdens een volgend infuus nam hij een beangstigende zwarte wolk waar. Hij staakte de behandeling voortijdig met het idee dat behandelaren hem alleen maar zieker maakten.
Beide vignetten zijn gefingeerd.

ESKETAMINEBEHANDELING; TWEE MODELLEN

Veel onderzoek vindt plaats conform het *biomedische model*. Dit model beschrijft de farmacokinetiek en farmacodynamiek van esketamine en geeft inzicht in biologische werkingsmechanismen en bijwerkingen. Er wordt gekeken naar moleculaire interacties, neurotransmittersystemen en het vrijkomen van *brain-derived neurotropic factor* (BDNF) als maten van synaptogenese en neuroplasticiteit.[4] In dit biomedische model wordt esketamine als anestheticum en antidepressivum beschreven, met bijwerkingen als misselijkheid, duizeligheid en dissociatieve verschijnselen. Uit onderzoek blijkt dat esketamine een toename van *psychologische flexibiliteit* geeft; een verbetering van het vermogen zich aan (sociale) contexten aan te passen, met een beter evenwicht op belangrijke levensdomeinen.[5]
Behalve voor dit biomedisch model is er toenemende aandacht voor *psychedelische modellen*. Vermindering op symptoomniveau (van een depressie) vindt dan niet slechts plaats door het toedienen van een bepaald geneesmiddel. De *ervaring* van een patiënt kan worden beschouwd als onderdeel van een veranderingsproces.[6]
Esketamine heeft psychedelische eigenschappen en staat in de literatuur bekend als *atypisch psychedelicum*, omdat het niet via de serotonine-2a-receptor leidt tot een veranderde bewustzijnstoestand. Een voorbeeld van een typisch psychedelicum is psilocybine.[7] Er lijkt bij esketamine sprake van een dosisafhankelijk continuüm van psychoactiviteit.[8]

Tabel 1. Enkele verschillen tussen biomedische en psychedelische modellen

	Biomedisch model	Psychedelische modellen
Esketamine	Antidepressivum	Psychedelicum
Mechanisme	NMDR-R-antagonisme, neuroplasticiteit, synaptogenese	Veranderde bewustzijnstoestand
Dosering (intranasaal, intraveneus -offlabel) (andere toedieningsvormen blijven buiten beschouwing)	Intranasaal 56-84 mg 2 x/week Intraveneus 0,25-0,5 mg/kg, 15 mg/uur.	Intraveneus 0,5 mg/kg, inlooptijd 40 minuten
Focus behandeling	Symptoomreductie	Symptoomreductie, aanhoudend door verandering onderliggende dynamieken
Fenomenologie psychotrope effecten	Dissociatieve verschijnselen zijn ongewenste bijwerkingen	Veranderingen perceptie, beleving zelf/ander, innerlijke rust, mystieke ervaring of angst belangrijk in behandeling
Begeleiding	Aanwezig (onder)steunend	Non-directief
Psychotherapie	Eventueel, niet geïntegreerd	Preparatie-, doseer- en integratiesessies als geïntegreerde behandeling; aanvullende scholing is noodzakelijk
Set, setting	'Standaard'	Groot belang, extra aandacht

Hoewel er nog weinig wetenschappelijke evidentie is voor gebruik van veranderde bewustzijnstoestanden in psychotherapie, lijkt het passend dit te exploreren. De eerdergenoemde 'dissociatieve' bijwerkingen, zoals pseudohallucinaties, kunnen hier als helpend en helend omschreven worden (hoewel ook als beangstigend of uitdagend). Vaak scharen patiënten hun psychedelische ervaringen onder zeer betekenisvol in hun leven.[9] Dergelijke ervaringen kunnen een ingang zijn voor een evidencebased psychotherapie.
Een medicijn met psychedelische eigenschappen in de behandelrichtlijn voor depressie nodigt uit kennis te nemen van beide modellen; ze sluiten elkaar niet noodzakelijkerwijs uit (**tabel 1**).

ESKETAMINE IN DE PRAKTIJK

De organisatie van zorg in Nederlandse instellingen waar esketamine wordt toegediend, lijkt vooral gebaseerd op de richtlijn Depressie, waar het gaat over contacten voor toediening van het middel en de afspraken rondom aanvullende farmacotherapie of psychotherapie. De verschillende behandelmodaliteiten zijn meestal niet geïntegreerd. In de praktijk lijkt een aanzienlijk deel van de met esketamine behandelde patiënten in enige mate een psychedelische ervaring te hebben, eenmalig of vaker – bij opeenvolgende giften. Dit lijkt dosisafhankelijk, waarbij er grote verschillen in ervaring van de behandeling kunnen optreden tussen patiënten.[8] Fenomenologische thema's die patiënten beschreven tijdens hoge doses esketamine zijn te groeperen onder perceptuele effecten (visueel, auditief en proprioceptief), onthechting (van lichaam, het zelf, van emoties en van de buitenwereld), innerlijke stilte en openheid, mystieke ervaringen (transcendentie, relativiteit en spiritualiteit) en vrees/angst.[10] Bij onvoldoende begeleiding bestaat het risico dat patiënten zich niet gehoord of begrepen voelen. Hierdoor kan men de inhoud van de ervaring voor zichzelf houden, simpelweg omdat er geen tijd is voor een nabespreking. Het kan zijn dat behandelaren zelf niet weten hoe om te gaan met de inhoud van veranderde bewustzijnstoestanden.
Er kunnen herbelevingen van vroegere (traumatische) gebeurtenissen optreden, of andersoortige nare ervaringen, met beelden en emoties die te weinig besproken worden en daardoor een aversieve uitwerking hebben. De ervaringen kunnen dan *ongementaliseerd* blijven, zonder taal; te weinig van *betekenis* voorzien. Symptomen kunnen hierdoor soms verergeren.
Gegeven de frequentie van voorkomen en de ernst van negatieve ervaringen tijdens esketaminebehandeling, wordt in alle behandelstadia aanvullende begeleiding aanbevolen.

WAAROM EEN PSYCHODYNAMISCHE BLIK?

Patiënten lijden vaak aan gevoelens. Bij psychodynamische psychotherapie staat betekenis geven aan deze gevoelens centraal.[11] Daarbij is de therapeut gericht op innerlijke processen, het (on)bewuste, mentale representaties, verschillende afweerstrategieën, overdracht/tegenoverdracht en innerlijke conflicten. De psychodynamische psychotherapie kan helpen met het verlenen van persoonlijke betekenis, voorbij symptoom- en klachtdenken.[12] Omdat bij de psychedelische ervaring betekenisverlening van belang kan zijn, kan aanvullende psychotherapie van waarde zijn. Naast de psychodynamische school zijn ook andere therapiescholen waarschijnlijk van belang. In dit artikel ga ik in op betekenisverlening in de psychodynamische zin, inclu-

sief psychodynamische diagnostiek om capaciteiten en kwetsbaarheden in kaart te brengen.
De veranderde bewustzijnstoestand door esketamine kan goed in psychodynamische termen beschreven worden: het faciliteren van regressie, het doen verzachten van afweermechanismen, het verdiepen van de overdrachtsrelatie en het vergemakkelijken van het primaire proces (toename van associaties, droomachtige toestanden of herinneringen).[13] Dit materiaal kan een belangrijk onderdeel zijn van het psychotherapeutisch proces dat leidt tot klachtreductie en duurzame verandering.
Om de in het psychotherapeutisch proces vrijkomende angst en regressie voldoende te kunnen *containen* zijn enkele basale aspecten van belang: het bieden van een adequaat *holding environment,* het verkrijgen van zicht op de kwaliteit van de *ego-identiteit* en de kwaliteit van de *objectrelaties*.[14]

HOLDING ENVIRONMENT, SET EN SETTING

Een adequaat holding environment is een omgeving waarin voldoende basale veiligheid is en waar een passend en flexibel evenwicht is tussen gratificatie en (veilige) begrenzing.[15] In de klinische praktijk kan dit basaal zijn: 'Komt er iemand als ik op de bel druk?'. Problemen op dit niveau kunnen – wanneer niet gesignaleerd en *gecontaind* – grote gevolgen hebben; een gevoel van onveiligheid, verhoogde spanning of overspoeling door emoties kan het gevolg zijn. Dit kan een iatrogene re-enscenering zijn van vroegere verlating, dreiging of controleverlies.
In een veranderde bewustzijnstoestand zijn ook *set* en *setting* waarbinnen een medicijn als esketamine wordt toegediend, belangrijk voor het effect.[16] De set (of mindset) beschrijft het geheel van persoonlijkheid, anticipatoire gevoelens en 'vorm van de dag'.
Setting is een verzamelbegrip voor de situationele context(en) waarbinnen de esketaminebehandeling plaatsvindt, onder meer veiligheidsmaatregelen en plek (toedieningsruimte, andere aanwezigen en sfeer), sociale context (ideeën over het middel van het steunsysteem) of het grotere maatschappelijk geheel (esketamine geframed als *partydrug*). Dit alles kan een rol spelen in de behandeling, omdat esketamine gevoeliger maakt voor deze context. Holding environment beschrijft hier de veiligheid van de omgeving, de beschikbaarheid van belangrijke anderen, vrijheid om 'los te laten', om te kunnen ervaren. Hoewel de genoemde aspecten van belang lijken voor de behandeluitkomst, is er momenteel nog geen richtlijn beschikbaar hoe dit uniform vorm te geven.

MENTALISEREND VERMOGEN

Het flexibele evenwicht tussen gratificatie en veilige begrenzing staat in interactie met de gehechtheidsstijl van de patiënt. Er zijn één *veilige* en drie *onveilige* gehechtheidsstijlen.[17] Deze gehechtheidsstijlen vertalen zich in verschillende manieren om met verhoogde spanning om te gaan in termen van een evenwicht tussen het zoeken van nabijheid/verbondenheid met de ander of het prioriteren van de eigen autonomie.
Gehechtheid en spanningsregulatie zijn begrippen verwant aan het *mentaliserend vermogen* van een patiënt; het vermogen om zichzelf en anderen te begrijpen in termen van mentale toestanden, emoties en intenties.[18] Diagnostiek van kwetsbaarheden in het mentaliserend vermogen is van belang om bijvoorbeeld het risico op overspoeling in te schatten. Ook brengt diagnostiek de vaardigheid tot verbaliseren en integreren van emoties en ervaringen in het narratief van de patiënt in kaart.
Als esketamine een psychedelische ervaring induceert, is het van belang deze te helpen vatten in taal (integreren), en daarnaast om de ervaring congruent en gemarkeerd te spiegelen aan de patiënt. Er ontstaat grip op de ervaring, met leniging van symptomen tot gevolg.
Verder kan de psychedelische ervaring door esketamine een *alternatief perspectief* op zichzelf induceren ('het zelf als object'), met dientengevolge realistischere zelfrepresentaties.[19] Zoals kijken met twee ogen diepte oplevert, zo geldt dit ook voor het kijken naar zichzelf, doordat observerend en belevend ego tijdelijk uiteenlopen. Esketamine kan patiënten een kans bieden dit te ervaren. Het is van belang dat therapeuten een nieuwsgierige basishouding hebben in het mentaliseren-bevorderend proces van integratie, zodat het de patiënten zelf zijn die de betekenis aan hun verhaal toekennen.

EGOFUNCTIES

Het ego is een psychodynamisch construct dat zijn oorsprong vindt in Freuds *structurele model* en nadien door verscheidene psychoanalytische auteurs is uitgewerkt. Het ego laat zich omschrijven aan de hand van de verscheidene functies (**tabel 2**).
Een patiënt met voldoende *egosterkte* beschikt onder meer over een *stabiel, geïntegreerd zelfgevoel*, voldoende *afgrenzing* van zelf en buitenwereld/ander, goede *zelf- en objectrepresentaties*, rijpe *en adaptieve afweermechanismen* en *intacte realiteitstoetsing*. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen of andere psychiatrische stoornissen zijn te beschrijven in termen van afwijkingen van genoemde egofuncties (bijvoorbeeld rigiditeit, disadaptiviteit, verminderde realiteitstoetsing of paranoïdie).
Ego-identiteit is het gevoel over een stabiel en uniek zelf te beschikken.[21] In andere termen is het ego de 'narratieve identiteit', het verhaal van het zelf.[22]
De werking van psychedelica (ook van esketamine) wordt vaak in termen van egofuncties en veranderingen hierin beschreven.[23] Dit is geen *statische* omschrijving van een pathologische stoornis, maar een *dynamische,* tijdelijke verandering van een evenwicht, met dientengevolge psychotherapeutische mogelijkheden.
Depersonalisatie, derealisatie en *egodissolutie* zijn veelgebruikte termen die refereren aan veranderingen in egofuncties. Esketamine kan een tijdelijke en deels gecontroleerde toestand van *verminderde egogrenzen*,

Tabel 2. Overzicht van egofuncties (vrij naar Bellak en Sheehy)[20]

Egofunctie	Enkele voorbeelden
Realiteitstoetsing	Onderscheid waar-niet waar; binnen-buiten; oriëntatie
Oordeelsvermogen	Anticipatie gevolgen van gedrag, gedragsaanpassing, suggestibiliteit
Realiteitsgevoel	Derealisatie, depersonalisatie, zelfidentiteit en zelfvertrouwen, afgrenzing zelf-ander
Drift-, affect-, impulsregulatie	Capaciteit tot vertragen, reguleren Affect-/angsttolerantie
Objectrelaties	Primitief-rijp Objectconstantie, gehechtheid
Denkprocessen	Geheugen, aandacht Conceptualiseren, abstraheren Primair versus secundair proces
Adaptieve regressie in dienst van het ego	Capaciteit om te spelen, cognitie laten ontspannen, inspiratie opdoen
Afweermechanismen	Rijp, neurotisch, onrijp
Stimulusbarriere	Prikkelverwerking
Autonoom functioneren	Zelfstandigheid, autonomie
Synthetiserende-integratieve functie	Acceptatie innerlijke conflicten Verhouding externe realiteit
Bekwaamheidsfunctie	Competenties, meesterschap, gevoel van invloed, toetsing aan zelfbeeld

regressie (in dienst) van het ego en *leniging van rigide afweermechanismen* geven, waardoor minder filtering van het primaire procesdenken kan optreden. Door het ontspannen van rigide afweerstrategieën met bijkomende affectieve arousal kunnen lang bestaande disadaptieve innerlijke representaties toegankelijk worden voor psychotherapie.[24] Dit is geen dichotoom, maar een gradueel proces en is onder meer afhankelijk van de dosis en toedieningssnelheid van esketamine, van de (mind)*set* van de patiënt en de *setting* waarin de behandeling plaatsvindt.

De verandering in egofunctie door toediening van esketamine heeft overeenkomsten met de theorie van *relaxed beliefs under psychedelics* (REBUS).[25] Met een therapeutisch doel vindt een verstoring plaats van *top-down priors*, de psychologische uitgangssituaties van de patiënt (bijvoorbeeld rigide afweermechanismen, een negatief zelfbeeld of basaal wantrouwen naar de buitenwereld door vroegkinderlijk trauma). Deze verstoring vindt plaats door een 'update' met *bottom-up*informatie vanuit de zintuigen, door (psychedelische) veranderingen in controle, adaptatie en synthese van het ego. De zintuigelijke veranderingen worden (liefst veilig) geïnduceerd door esketamine, en psychotherapeutisch bewerkt.

HERKENNEN VAN (TEGEN)OVERDRACHT

Vanuit psychodynamisch gezichtspunt heeft medicatie een betekenis en is het passend aandacht te hebben voor de overdrachtsrelatie. De patiënt kan in de overdracht veel beleven aan de voorschrijver en aan medicatie, hetgeen vele vormen aan kan nemen. Dit geldt waarschijnlijk ook voor esketamine. Enkele voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld medicatie als gedroomd panacee, met de hoop geen psychotherapie te hoeven doen, of juist medicatie als straf, omdat het gevreesde bijwerkingen kan geven. Ook *tegenoverdracht* kan een rol spelen; de voorschrijver kan veel beleven aan patiënt en medicijn. Voorbeelden zijn het wel (of juist niet) *geloven* in een nieuw medicijn, een verwijzing naar een esketaminecentrum doen om een ingewikkelde behandeling te kunnen *staken*, of juist een geloof in esketamine als *oplossing* voor therapieresistentie.[26]

Vanuit *objectrelationeel* gezichtspunt zijn de organisatie en integratie van de persoonlijkheid hierbij van belang, met aandacht voor de kwaliteit van innerlijke representaties van zelf en ander en de mate van realiteitstoetsing. 'Rijpere' patiënten manifesteren zich bijvoorbeeld zoals patiënt A, uit het eerste vignet. Echter, als er bijvoorbeeld een *borderlineorganisatie* van de persoonlijkheid is blijven bestaan, met splitsing van representaties van zelf en ander, kunnen ook heviger (tegen)overdrachtsfenomen in de esketaminebehandeling een rol gaan spelen, zoals idealiseren, projectie of projectieve identificatie (patiënt B).[27] Voor therapeuten is het belangrijk eigen kwetsbaarheden in termen van (tegen)overdracht te onderkennen, om bijvoorbeeld reensceneringen te voorkomen.

CONCLUSIE

Esketamine heeft – naast de antidepressieve werking – ook de potentie het bewustzijn te veranderen. Veel is onbekend over dit middel, hetzelfde geldt voor de mogelijk kansrijke combinatie met psychotherapie. In dit artikel vraag ik aandacht voor psychodynamische concepten omdat deze kunnen helpen de processen in taal te vatten, te begrijpen en er betekenis aan te geven. Nader onderzoek is noodzakelijk om de plaats te bepalen van het medicijn, begeleidende psychotherapie en de rol hierin van een veranderde bewustzijnstoestand.

LITERATUUR

1 Richtlijn Depressie 2024. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/depressie/startpagina_-_richtlijn_depressie_2024.html
2 Smith-Apeldoorn SY, Veraart JKE, Kamphuis J, e.a. Ketamine als anestheticum, analgeticum en als antidepressivum. Tijdschr Psychiatr 2020; 8: 629-39.
3 Drozdz SJ, Goel A, McGarr MW, e.a. Ketamine assisted psychotherapy: a systematic narrative review of the literature. J Pain Research 2022; 15: 1691-706.
4 Collo G, Pich E. Ketamine enhances structural plasticity in human dopaminergic neurons: possible relevance for treatment-resistent depression. Neural Regener Res 2018; 13: 645.
5 Mathai DS, Mora V, Garcia-Romeu A. Toward synergies of ketamine and psychotherapy. Front Psychol 2022; 13: 868103.
6 Garel N, Drury J, Thibault Lévesque J, e.a. The Montreal Model: an integrative biomedical-psychedelic approach to ketamine for severe treatment-resistant depression. Front Psychiatry 2023; 14: 1268832.
7 Blom RE, Bostoen T, Bloemen OJN, e.a. Psychedelica bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen anno 2025. Tijdschr Psychiatr 2025; 6: 313-16.
8 Dore J, Turnipseed B, Dwyer S, e.a. Ketamine assisted psychotherapy (KAP): patient demographics, clinical data and outcomes in three large practices administering ketamine with psychotherapy, J Psychoactive Drugs 2019; 2: 189-98.
9 Griffiths RR, Richards WA, McCann U, e.a. Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantia land sustained personal meaning and spiritual significance. Psychopharmacol 2006; 187: 268-83.
10 Breeksema JJ, Niemeijer A, Kuin B, e.a. Phenomenology and therapeutic potential of patient experiences during oral esketamine treatment for treatment-resistant depression: an interpretive phenomenological study. Psychopharmacol 2023; 1547-60.
11 Solms M. The scientific standing of psychoanalysis. B J Psych Int 2018; 15: 5-8.
12 Ingenhoven T, Van Riel L, Van HL. Psychodynamische diagnostiek geeft klachten en symptomen een persoonlijke betekenis. Tijdschr Psychiatr 2025; 67: 431-5.
13 Lichtenstein J, Hoeh NR. Psychedelics and psychoanalysis: The journey from talking cure to transformation. J Psychedel Stud 2025; 1: 85-97.
14 De Wolf MHM. Psychoanalytische behandelingen. Onderbouwing, uitleg en toepassingen van diverse behandelvormen. Bussum: Coutinho; 2011.
15 Winnicott DW. Playing and reality. Londen: Penguin; 1971.
16 Hartogsohn I. Set and setting, psychedelics and the placebo response: an extra-pharmacological perspective on psychopharmacology. J Psychopharmacol 2016; 30: 1259-67.
17 Ainsworth MD, Blehar M, Waters E, e.a. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Earlbaum; 1978.
18 Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatr 2010; 9: 11-5.
19 Fischman LG. Seeing without self: discovering new meaning with psychedelic-assisted psychotherapy. Neuropsychoanalysis 2019; 21: 53-78.
20 Bellak L, Sheehy M. The broad role of ego function assessment. Am J Psychiatry 1976; 133: 1259-64.
21 Auchincloss EL, Samberg E. Psychoanalytic terms and concepts. New Haven: Yale University Press; 2012. P 69.
22 Nour MM, Carhart-Harris RL. Psychedelics and the science of self-experience. Br J Psychiatr 2017; 210: 177-9.
23 Buchborn T, Kettner HS, Kärtner L, e.a. The ego in psychedelic drug action – ego defenses, ego boundaries and the therapeutic role of regression. Front Neurosci 2023; 17: 1232459.
24 Guss J. A psychoanalytical perspective on psychedelic experience. Psychoanal Dialogues 2022; 32: 452-68.
25 Carhart-Harris RL, Friston KJ. REBUS and the anarchic brain: toward a unified model of the brain action of psychedelics. Pharmacol Rev 2019; 71: 316-44.
25 Mintz D, Psychodynamic Psychopharmacology, caring for the treatment-resistant patient. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022. p. 141.
27 Kernberg OF. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.

AUTEUR

Nelis de Wit, psychiater, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem.

Correspondentie
Nelis de Wit (ndewit@rijnstate.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-7-2026.

Citeren
Tijdschr Psychiatr. 2026;68(09):527-531