

Het therapeutisch raamwerk van Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP)

Mariëlle Hendriksen

KPSP is een kortdurende focale behandeling voor patiënten met stemmings- en of angstklachten (de Jonghe et al., 2014). Deze klachten kunnen symptomen zijn van een (persisterende) depressie, een angststoornis of een gemengd beeld van angst en somberheid met of zonder persoonlijkheidsproblematiek. De ingang van de behandeling ligt bij de stemmings- of de angstklachten. Het doel van de behandeling is in eerste instantie om somberheid of angst zodanig te verminderen dat de kwaliteit van leven weer acceptabel wordt. Daarnaast streven we naar een bevredigender interpersoonlijk functioneren en in beperkte mate naar een verandering in de persoonlijkheidsstructuur zodat terugval zoveel als mogelijk voorkomen kan worden.

Gestructureerde aanpak

KPSP is een gestructureerde behandelmethode, zowel wat betreft de vorm als de inhoud. Het aantal zittingen, de frequentie en de totale behandelperiode worden in de eerste zitting met de patiënt afgesproken en daar wijken we in principe niet van af. De inhoud is gestructureerd door een duidelijke focus op hoe de klachten van de patiënt samenhangen met diens levensomstandigheden, relaties met anderen en de relatie met zichzelf. De uitwerking van dit focus vindt plaats aan de hand van 8 bespreekniveaus en 3 therapiefasen.

Kuurmodel

De therapie omvat een van tevoren afgesproken behandelperiode. Dat noemen we het 'kuurmodel'. Daarmee maken we het kader van de behandeling duidelijk, voorspelbaar en consistent. We creëren hiermee een veilige setting waarin epistemisch vertrouwen (Fonagy et al., 2019) gewonnen kan worden. Het kuurmodel levert ook de unieke mogelijkheid om zowel libidineuze als agressieve aspecten aan de therapeutische relatie te beleven (Freud, 1915; Kernberg, 1992). Daarmee bedoelen we dat zowel het verlangen iets met de therapeut aan te gaan en zich te verbinden, als de frustratie en het ongenoegen dat deze relatie eindig is en dus niet voort kan duren, beleefd kunnen worden. Deze twee gevoelens: Het verlangen naar verbinding én de frustratie of boosheid over de begrenzing van het contact, zijn vaak de twee belangrijkste onbewuste of niet-bewuste gevoelens die ten grondslag liggen aan het ontstaan of in stand blijven van somberheid of angst.

KPSP-behandelingen bestaan over het algemeen uit 16, 25 of 50 sessies. In de eerste sessie worden alle afspraken gemaakt en wordt de einddatum vastgesteld. In de eerste 5 RCT's naar

KPSP is steeds de 16 variant gebruikt en effectief bevonden. Deze is dan ook in de meeste gevallen aan te raden. Als de persoonlijkheidspathologie fors is en er al meerdere behandelingen zijn geweest die onvoldoende hebben gewerkt, is de variant van 25 of zelfs 50 sessies te verkiezen. Ook dan worden alle afspraken in de eerste sessie gemaakt waarbij de frequentie nooit minder dan eens per week is. Hieronder zijn wat opties genoemd waarbij het er vooral om gaat dat het einde vanaf het begin afgesproken wordt én dat een frequentie van minder dan eens per week vermeden wordt.

16 zittingen	25 zittingen	50 zittingen
16 x 2-wekelijks	25 x 2-wekelijks	50 x 2-wekelijks
16 x wekelijks	25 x wekelijks	50 x wekelijks
8 x 2-wekelijks & 8 x wekelijks	12 x 2-wekelijks & 13 x wekelijks	25 x 2-wekelijks & 25 x wekelijks

De duur van de behandeling ligt daarmee tussen de vier maanden en 1 jaar. Door omstandigheden kan de behandeling korter zijn, maar nooit langer. Alleen wanneer de behandelaar het onverantwoord vindt om op grond van de klinische toestand van de patiënt, de behandeling op de afgesproken einddatum af te sluiten, kan daarop een uitzondering worden gemaakt. Door deze 'kuur' meteen vanaf het begin helder neer te zetten en de einddatum te handhaven (ook al valt er een zitting uit door omstandigheden) krijgen we bij afwijkingen hiervan de gelegenheid te onderzoeken wat dit doet met iemand: Hoe voelt dat voor de patiënt als een sessie niet doorgaat? En hoe het is om daar vrijelijk naar te kijken en woorden aan te geven? Die innerlijke vrijheid is vaak wat kan ontbreken bij iemand met somberheid of angstklachten.

Therapeut en patiënt maken een behandelplan met daarin afspraken over de duur van de KPSP, de hoeveelheid sessies, de duur van de sessies en afspraken over hoe om te gaan met verandering en te laat komen. Andere aandachtspunten zijn: Of en hoe contact tussen de sessies plaats kan vinden, facturering en betaling en eventueel contact en correspondentie met de huisarts. De therapeut benadrukt dat continuïteit in de afspraken voor de behandeling belangrijk is. De patiënt en de therapeut verbinden zich ertoe te doen wat van hen in redelijkheid mag worden verwacht om de behandeling in goede orde te laten verlopen. Voor sommige patiënten is de setting hoe dan ook goed, voor anderen is het nooit goed (de frequentie van de zittingen is te hoog of te laag, de sfeer te afstandelijk of te persoonlijk). Voor sommigen hoeft de setting nauwelijks te worden toegelicht, voor anderen moet dat telkens weer gebeuren. Voor sommigen kan nooit in het minst van afspraken worden afgeweken, voor anderen bestaan ze nauwelijks of worden ze doorkruist door allerlei invloeden. De analytische setting (Berkouwer, 2004) is een plek die continu en consistent is en daardoor veilig, voorspelbaar en vertrouwd. De therapeut hecht daaraan omdat daardoor gevoelens en belevingen naar de oppervlakte kunnen komen die anders niet zo snel in de bewuste beleving komen. Dat betekent dat alles wat van de setting afwijkt, besproken kan worden als dat progressie bevorderend is.

Steungevende attitude en techniek

In KPSP heeft de therapeut een steungevende attitude. De basistechniek van KPSP is het geven van Adequate Psychoanalytische Steun (APS). We maken gebruik van de definities

zoals die beschreven en benadrukt zijn door meerdere psychoanalytici. Voorbeelden hiervan zijn: Een 'holding environment' (Winnicott, 1960), 'containing' (Bion, 1962), een 'affirmative attitude' (Shafer, 1983), 'optimal responsiveness' (Bacal & Goldberg, 1985), 'functional neutrality' (Kris, 1990), een 'mentalizing stance' (Bateman en Fonagy, 2004) en een 'validating attitude' (Schechter, 2007). We sluiten ons aan bij de vaak in de psychoanalytische literatuur genoemde uitgangspunten: respect voor de patiënt als individu, welwillende neutraliteit, betrouwbaarheid, belangstelling en zorgzaamheid. Greenson (1971) noemt: "serious work, straight forwardness, compassion and restraint". Werman (1984) beveelt aan: "A flexible approach, the therapist being guided by his consideration of what will promote growth in the patient and what will prevent regression'(...).

Op deze wijze staan we in de therapeutische relatie naast de patiënt en onderzoeken we samen wat er zich afspeelt in diens binnenwereld zodat deze vrijer toegankelijk wordt en daardoor somberheid en angst kunnen verdwijnen. Dat doen we door adequate gratificatie van die ontwikkelingsbehoeften waarvan we denken dat die te weinig gegratificeerd werden in de kindertijd. Ontwikkelingsbehoeften zijn algemeen menselijke, aangeboren, biologisch verankerde behoeften. In de psychoanalytische literatuur worden de volgende ontwikkelingsbehoeften het vaakst genoemd.

Ontwikkelingsbehoeften en waar ze toe leiden in de volwassenheid

Beschermd worden -> epistemisch vertrouwen en zelfvertrouwen
Gezien, gekend, erkend worden als individu -> ik-besef
Geliefd worden -> zelfliefde
Bewonderd worden -> zelfwaardering
Kinderlijke seksualiteit -> volwassen seksualiteit
Primitieve agressie -> assertiviteit

Wij hebben APS als volgt gedefinieerd:

1. De therapeut bedoelt te steunen;
2. De patiënt voelt zich gesteund;
3. De steun is progressie bevorderend;
4. Er is sprake van een relationele dissonantie.

De therapeut is sensitief, beschikbaar en responsief en beoogt hiermee een andere relatie aan te bieden dan die de patiënt verwacht op basis van zijn primaire gehechtheidservaringen. Door de verinnerlijking van deze nieuwe relatie, hopen we groei te bevorderen in de persoonlijkheidsstructuur. Als het gaat om hele vroege problematiek rondom hechting en veiligheid, is de therapeut stevig aanwezig, spiegelt gemarkeerd, houdt rekening met een nog falende object permanentie of object constantie en probeert in de therapeutische relatie het mentaliserende vermogen te versterken door te onderzoeken wanneer iemand somber of angstig wordt en welke gebeurtenissen, gevoelens, gedachten en gedragingen daaraan voorafgaan. Bij meer neurotische problematiek, probeert de therapeut het innerlijke proces in de patiënt op gang te brengen en te onderzoeken welke gevoelens onderdrukt of vermeden worden waardoor de depressie of de angst is ontstaan.

De therapeut houdt rekening met overdracht en tegenoverdracht, reguleert zijn eigen emoties adequaat en co-reguleert die van de patiënt. Hij stemt zijn interventies af op die ontwikkelingsbehoeften van de patiënt waarvan hij denkt dat daar te weinig afstemming is geweest in de kindertijd. We gaan ervan uit dat het dít te kort is waardoor op dit moment in het leven van de patiënt, naar aanleiding van een meer recente levensgebeurtenis, klachten zijn ontstaan. De belangrijkste steungevende interventie die de therapeut toepast is het exploreren van situaties, gedachten, belevingen, wensen, verlangens en gevoelens. De therapeut vraagt naar Concreet materiaal, dat in de Actuele beleving is, dat zich in een Relationele context bevindt (extern of intern) en dat Emotioneel beladen is; afgekort tot CARE. Met de steungevende techniek staat de therapeut naast de patiënt en verhoogt nauwelijks de angst van het belevend Ego doordat er geen confrontaties en geen interpretaties gedaan worden met onbewust materiaal (Greenson, 1967). De therapeut probeert op die manier de belevingen en de gevoelens vrij te maken die door de stemming- of angstklachten worden afgeweerd, ofwel die worden afgesplitst zonder inzichtgevende en dus angst verhogende interventies.

De KPSP-therapeut heeft een focale doelstelling in relatief beperkte tijd. Hij verdraagt veel in het contact met zijn patiënt. Daarbij helpt het als we ons als realiseren dat de patiënt met zichzelf omgaat zoals er vroeger met hem is omgegaan. In de tegenoverdracht voelt en verdraagt de therapeut hetgeen de patiënt heeft moeten voelen en verdragen; bijvoorbeeld machteloosheid, boosheid of verdriet. Het kan zijn dat de therapeut zich gevléid voelt, of afgewezen, gekwetst, opgeslokt of verlaten. Het kan zijn dat hij geïrriteerd of verveeld raakt, merkt dat hij in een strijd verwickeld raakt, op een kleinhoudende manier verzorgend wordt, zich gaat verdedigen of rechtvaardigen, blind vertrouwen schenkt of argwanend reageert. De therapeut doet er geen goed aan de patiënt met deze gevoelens te belasten uit naam van 'transparantie'. Hij dient zijn eigen gevoelens te accepteren als een innerlijk, subjectief feit. De therapeut zal deze zoveel mogelijk proberen te ontleden: wat zegt dat over mijn patiënt en wat zegt dat over mij? Het resultaat daarvan bespreekt de therapeut niet met de patiënt, maar wendt dit aan in het belang van de behandeling. Wanneer er een breuk in de therapeutische relatie dreigt te ontstaan en de samenwerking belemmerd wordt, onderzoekt de therapeut samen met de patiënt wat het aandeel is van de therapeut en wat het aandeel is van de patiënt.

Indicatie

Door de steungevende attitude en techniek, kan KPSP toegepast worden bij alle patiënten die lijden onder stemmings- of angstklachten en is persoonlijkheidsproblematiek geen contra indicatie. Dat komt omdat we de angst niet of nauwelijks verhogen. Bovendien sluiten we aan bij waar de patiënt in zijn beleving is en bij diens specifieke ontwikkelingsbehoeften. KPSP is daardoor een aantrekkelijk alternatief naast de andere richtlijnbehandelingen voor stemmings- en angstklachten zoals Cognitieve Gedrags Therapie, InterPersoonlijke Psychotherapie en farmacotherapie.

In termen van de DSM V zijn de volgende classificaties geïndiceerd:

- Een depressieve stoornis
- Een persisterende depressieve stoornis (dysthymie)
- Een andere of ongespecificeerde depressieve – stemmingsstoornis of angststoornis

- Een sociale angststoornis
- Een gegeneraliseerde angststoornis
- Alle persoonlijkheidspathologie waarbij stemmings- of angstklachten de significante lijdensdruk veroorzaken en waar de patiënt aan wil werken.
- Als er sprake is van posttraumatische stress klachten waarbij de stemmingscomponent een rol speelt, kan ook voor KPSP gekozen worden als de patiënt het gevoel heeft dat dit kan aansluiten bij zijn beleving van de klachten en bij de zoektocht naar waar deze klachten een psychodynamische oplossing voor zijn.

Na een kennismakingsgesprek of intakeprocedure kan met de behandeling worden gestart. Een uitgebreid biografisch onderzoek is niet nodig. Gaandeweg komen de belevingen die het meest relevant zijn voor het ontstaan of het voortduren van de stemmings- of angstklachten vanzelf aan bod tijdens het therapieproces en op de verschillende bespreekniveaus.

De reguliere voorwaarden voor iedere vorm van een op verandering gerichte psychotherapie, gelden ook voor KPSP:

- Geen ernstige somatische aandoening hebben die gerelateerd is aan de stemmings- of angstklachten of die onmiddellijke behandeling vraagt.
- Niet in omstandigheden verkeren zoals werk, thuissituatie of financiële situatie die ofwel het komen naar therapie of een reflectief proces tussen de zittingen door onmogelijk maken.
- Geen omstandigheden zoals bijvoorbeeld fors middelengebruik die een reflectief proces tijdens de zittingen of tussen de zittingen door onmogelijk maken.

Relationeel focus

Het belang van relaties binnen de psychoanalyse

Mensen zijn sociale dieren voor wie (interpersoonlijke) relaties met soortgenoten het leven lang van doorslaggevend belang zijn. De psychoanalyse is een theorie en een praktijk die primair betrekking heeft op menselijke relaties. In de verschillende psychoanalytische theorieën is dit nader uitgewerkt:

- De Drifttheorie (Freud, 1915a) leert hoe in relaties seksualiteit en agressie voelbaar worden, ontluiken, beleefd, bevredigd en gefrustreerd worden.
- De Egopsychologie (Freud, 1923) leert dat relaties de basis zijn voor het ontstaan van het ik-besef, het besef van de buitenwereld en het geweten. Tevens leert het ons hoe het individu het vermogen ontwikkelt om met zijn drijfveren, zijn geweten en de externe realiteit om te gaan.
- De Objectrelatie theorie (Klein, 1934) leert dat splitsing ontstaat wanneer in de heel vroege ontwikkeling representaties van zelf en anderen niet geïntegreerd kunnen worden vanwege hevige libidineuze en agressieve affecten. De representaties van het zelf en de anderen moeten dan blijvend gesplitst worden in goed of slecht.
- De Zelfpsychologie (Kohut, 1971) en de Gehechtheidstheorie (Bowlby, 1969) leren hoe het individu op grond van relaties zelfwaardering, zelfvertrouwen en zelfliefde ontwikkelt, hoe het leert over dit alles te denken en te praten en hoe het ernaar leert handelen.

De ingang van de behandeling zijn de klachten en symptomen van de patiënt, maar de focus van KPSP is gericht op diens actuele levensomstandigheden en relaties. De achtergrondgedachte is dat met name relationele factoren een rol spelen in zowel het ontstaan als het voortbestaan van klachten. Want ieder mens leert tijdens zijn vroege ontwikkeling in de spiegel van de ander, die meer of minder op hem is afgestemd, dat hij is, dat hij voelt en beleeft als een uniek persoon. Dat ervaart ieder mens allereerst aan zijn primaire verzorgers en later meer los van hen. Als deze spiegeling voldoende goed genoeg past bij hoe iemand werkelijk is, kan dit in de latere ontwikkeling uitgroeien tot een stevig zelfgevoel, tot worden wie je werkelijk bent en relaties vormgeven zoals dat bij je past. Het vormen en aangaan van relaties is een basisbehoefte die nodig is om een mentaal leven te kunnen ervaren en opbouwen. Het is tevens binnen deze relatievorming dat conflicten rondom lust en agressie en rondom verbinding en autonomie zich afspelen. Ook jaloezie en jijd, onzekerheid over eigenwaarde en zelfgevoel alsmede vroegkinderlijke niet bewuste en onbewuste traumata spelen zich af binnen relaties. Het zijn de vroegste relaties die ieder mens nodig heeft in het allereerste begin van het leven om zich veilig en vertrouwd te leren voelen met onze verzorgers. Dit vertrouwen is nodig om van ze te kunnen leren en aan ze te kunnen groeien. Het psychoanalytisch denken gaat ervan uit dat klachten die in het dagelijks leven hinderlijk zijn, iets te maken hebben met belevingen (gevoelens, verlangens, fantasieën, trauma's, pijn) die niet bewust of onbewust zijn en die conflicteren of verboden voelen. In relaties met anderen, komen deze niet bewuste en onbewuste inhoud tot uiting. Vooral in gehechtheidsrelaties. Klachten manifesteren zich dan ook vaak in een relationele, sociale of maatschappelijke context. Daarom willen we liefst zo snel mogelijk met de patiënt exploreren wat er aan de hand was in diens leven en in diens leven met anderen, toen de klachten zodanig ernstig werden dat hulp werd gezocht.

Externe en interne relaties

Relaties kunnen extern of intern zijn ofwel met andere woorden interpersoonlijk of intrapersonlijk. De relationele benadering van KPSP omvat de relaties die ik met anderen heb (hoe de ander met mij omgaat en hoe ik met de ander omga), maar ook de relatie die ik met mijzelf heb (hoe ik met mijzelf omga).

- Externe interpersoonlijke relaties zijn die relaties die we hebben met de in de buitenwereld aanwezige anderen.
- Interne interpersoonlijke relaties bevinden zich vanbinnen, dat wil zeggen: in de fantasie, in het onbewuste of in het niet bewuste. Hiervan zijn we ons meer of minder gewaar in het dagelijks leven. Het zijn de sporen van hoe er met ons is omgegaan door onze primaire verzorgers, die verbonden met affect en via een proces van identificatie of introjectie in onze binnenwereld terecht zijn gekomen. Het zijn ook de affectief geladen gefantaseerde relaties met diezelfde verzorgers. En het zijn de affectief geladen relaties die we in ons latere leven internaliseren en die zo ook onderdeel worden van onze persoonlijkheidsstructuur.
- We hebben ook allemaal een relatie met onszelf: onze intrapersonlijke relatie. Deze relatie is altijd intern, dat wil zeggen tot de binnenwereld van de beleving behorend. Freud (1933) beschreef de intrapersonlijke relatie, zonder deze zo te noemen: "Het Ik kan zichzelf als object nemen, zichzelf behandelen als andere objecten, zichzelf observeren, kritiseren, God weet wat al niet met zichzelf doen. Daarbij komt een deel van

het Ik tegenover het overige te staan. Het Ik is dus splitbaar, het splitst zich, althans tijdelijk, bij sommige van zijn functies". Ook de 'intersystemische conflicten' tussen de drie 'instanties': 'het Boven-Ik; 'het Ik' en 'het Es', zoals deze beschreven worden binnen de egopsychologie betreffen de intrapersonlijke relatie. De relatie die ik met mijzelf onderhoud is vaak verre van prettig, door wat ik mijzelf opleg en verbied, door wat ik van mijzelf vind, door wat ik mijzelf misgun en aandoe. Deze intrapersonlijke relatie ontstaat doordat ik mij identificeer met sommige aspecten van mijn interne interpersoonlijke relaties. Ik identificeer mij met de sporen die externe relaties uit mijn verleden in het heden hebben achtergelaten in mijzelf. Dit zijn psychische representaties van de interne 'vader' en 'moeder; de interne objectrelaties en de interne zelfobjectrelaties. Daardoor ga ik mijzelf zien en behandelen zoals ik, althans in mijn beleving, gezien en behandeld ben. De intrapersonlijke relatie maakt oude, ooit externe relaties tijdloos. Freud (1926) beschrijft impliciet de internalisatie van, gevolgd door de identificatie met de vader, wanneer hij het Boven-Ik omschrijft als 'de onpersoonlijk geworden vader'.

De (externe) relaties die ik met de ander onderhoud worden bemoeilijkt of verrijkt doordat wij beiden onbewust de interacties kleuren op grond van onze eigen psychische representaties van innerlijke relaties en dan vooral de intrapersonlijke. Hoe dit werkt hangt af van iemands persoonlijkheidsorganisatie. We maken onderscheid tussen een neurotische persoonlijkheidsorganisatie en een borderline persoonlijkheidsorganisatie (conform de indeling ontwikkeld door Kernberg (1984).

Overdracht en tegenoverdracht

Bij de meer neurotische persoonlijkheidsorganisatie zijn interne relaties medebepalend voor de vorm en inhoud van externe relaties. Ze fungeren als een mal die nieuwe relaties vervormen tot deze meer lijken op oude (externe) relaties. Dit gebeurt soms een beetje en soms heel sterk. In de therapeutische relatie noemen we het verschijnsel waarbij emoties uit de kinderjaren herhaald worden en met grote intensiteit opnieuw worden beleefd aan de therapeut, overdracht. In de overdracht wordt het onbewuste zichtbaar en voelbaar. De overdracht wordt 'positief' genoemd als het om vriendelijke, libidineuze gevoelens van de patiënt naar de therapeut gaat. De overdracht wordt 'negatief' genoemd als het om afwijzende of agressieve gevoelens naar de therapeut gaat. In alle communicatie tussen mensen speelt overdracht een rol, ook in kunst en literatuur waarin het onbewuste op een maatschappelijk aanvaarde manier gesublimeerd mag worden en op die manier een gezicht en betekenis kan krijgen.

Tegenoverdracht is dan het geheel van onbewuste reacties van de therapeut op de patiënt. Overdracht en tegenoverdracht vormen elkaars tegenhanger. Wat de patiënt oproept bij de therapeut, kan verhelderend zijn. Uiteraard onderzoekt de therapeut eerst zijn eigen beleving en gevoeligheid ten aanzien van wat er in hem opgeroepen wordt op dit moment in dit proces. Vervolgens kan de tegenoverdracht iets voelbaar of merkbaar maken van de binnenwereld van de patiënt, zij het dan nog niet bewust of voorbewust. Tegenoverdracht kun je in KPSP gebruiken om de richting van de exploratie te bepalen. Als de therapeut bijvoorbeeld irritatie voelt of verdriet terwijl de patiënt ogenschijnlijk onaangedaan een voorval van gisteren met zijn partner vertelt, zou het kunnen dat het gevoel dat de therapeut ervaart, het gevoel is dat de patiënt onderdrukt of vermijdt. Exploreren van gevoelens over deze actuele relationele gebeurtenis met de beleving van de therapeut in mind, kan dan het

vertellen of het rationaliseren doorbreken en zo de weg vrij maken voor wat er affectief aan de hand is.

Projectieve identificatie

Wanneer er sprake is van een borderline persoonlijkheidsorganisatie is, zijn de innerlijke representaties van affectief geladen interne interpersoonlijke relaties niet geïntegreerd, maar gesplitst in goede en slechte zelfobject representaties. (Kernberg, 1984, 1992; Klein, 1934). In de externe relaties wordt de dynamiek gekleurd door afgesplitste zelfobject representaties die aan de ander worden toegeschreven. Binnen de therapeutische relatie noemen we dat geen overdracht maar projectie, omdat er vaak weinig tot geen mentale ruimte gevoeld wordt noch door de patiënt, noch door de therapeut. Het afgesplitste wordt als het ware in de therapeut geëvacueerd. En die wil er vervolgens vanaf, omdat het niet past of niet klopt. De therapeut kan daardoor geneigd zijn te gaan handelen precies op de manier die afgesplitst werd bij de patiënt. Wanneer de therapeut deze neiging zou volgen, zou hij herhalen hoe er in het verleden met de patiënt werd omgegaan. Dit proces werd door Melanie Klein projectieve identificatie genoemd. (Klein, 1946). Een voorbeeld hiervan is als de therapeut tijdens een sessie gevoelens, belevingen of fantasieën krijgt die normaliter niet opgeroepen worden zoals haat of gewelddadige fantasieën of hevige gevoelens van verlangen of erotiek. Het voelt als onontkoombaar of als een gegeven en het maakt vaak angstig omdat het niet echt klopt met wat de therapeut voelt of denkt. Omdat dit vaak ongementaliseerde inhoud is, kan ook de therapeut er nauwelijks over mentaliseren en dus is de kans op handelen vanuit dit gevoel reëel.

Daar waar overdracht en tegenoverdracht processen zijn waarover te denken, te voelen en te mentaliseren valt, is deze mentale ruimte bij projectie en projectieve identificatie nihil of zelfs afwezig. Het kan dus ook minder vrijelijk door de therapeut gebruikt worden om de dynamiek in de therapeutische relatie te begrijpen. Meestal kan dat pas achteraf.

Relationeel perspectief op depressie, angst en persoonlijkheid

KPSP is gebaseerd op de eerdergenoemde vijf psychoanalytische theorieën: de Drifttheorie (Freud, 1915a), de Egopsychologie (Freud, 1923), de Objectrelatietheorie (Klein, 1934), de Zelfpsychologie (Kohut, 1971) en de Gehechtheidstheorie (Bowlby, 1969). Er bestaat vanuit het psychoanalytische referentiekader niet één geïntegreerde theorie over het ontstaan van depressie en angst. Het psychoanalytisch referentiekader is als het ware een huis met meerdere kamers dat ruimte biedt aan uiteenlopende opvattingen. Dit maakt het mogelijk verschillende technische interventies op een geïntegreerde wijze toe te passen (Van, 2011). Het relationele perspectief op depressie en angst vanuit KPSP is een poging tot integratie van deze verschillende referentiekaders met de steungevende techniek als basis.

De persoonlijkheid van iemand kan worden beschreven in termen van het interpersoonlijk functioneren en het intrapersonlijk functioneren oftewel het functioneren in relatie met anderen en in relatie met en tot het zelf. Dit gebeurt in het alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidspathologie (APA, 2014). Het inter- en intrapersonlijk functioneren wordt hierin geoperationaliseerd aan de hand van de volgende kenmerken:

- Het vermogen tot het voelen van empathie naar de ander
- Het functioneren van het zelf

- De beleving van de eigen identiteit
- Autonomie
- Zelfsturing

Deze kenmerken worden gescoord op een schaal variërend van geen of minimale beperkingen tot ernstige of extreme beperkingen in het inter- en intrapersoonlijke functioneren. Uiteenlopende theorieën en het onderzoek dat op basis daarvan is gedaan, laten zien dat de kern van persoonlijkheidspathologie bestaat uit beperkingen in de ideeën over het zelf en beperkingen in het interpersoonlijke functioneren. Deze beperkingen komen in verschillende interpersoonlijke situaties voor en zijn niet gemakkelijk te veranderen.

Met behulp van de psychoanalytische theorieën proberen we de aard van deze beperkingen te begrijpen als iets dat ontstaat in de (relationele) ontwikkeling. Psychodynamische theorieën geven reliëf aan de persoonlijkheidspathologie zoals omschreven in de DSM-5. De DSM-5 beschrijft persoonlijkheidspathologie vanuit een descriptief en dimensioneel oogpunt. Terwijl de verschillende psychoanalytische theorieën de onderliggende structuur en dynamiek van de persoonlijkheid benadrukken. (Eurelings-Bontekoe et al., 2007). Allemaal beschrijven ze een visie op de impact van relaties op de ontwikkeling van het zelf.

Kernberg (1970) spreekt van de organisatie van de persoonlijkheid. Hij heeft de drifttheorie, de egopsychologie en de objectrelatie theorie geïntegreerd en onderscheidt op basis daarvan de neurotische, borderline en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie.

Neurotische persoonlijkheidsorganisatie

Wanneer de persoonlijkheidsorganisatie in termen van Kernberg meer neurotisch is, is de psychische structuur meer intact. Dat wil zeggen dat er sprake is van een duidelijke afgrenzing tussen binnenwereld en buitenwereld en een stabiel gevoel van identiteit. Het zijn vooral innerlijke conflicten die de psychische binnenwereld kunnen domineren en die lijdensdruk geven. Loyaliteitsconflicten tussen representaties van interne interpersoonlijke relaties of tegengestelde wensen of frustraties vanuit het Es, zorgen voor een geweten in conflict. Deze problematiek wordt zichtbaar aan het gevoel van zelf en aan de manier waarop relaties met anderen worden aangegaan (of niet worden aangegaan), maar het lijden speelt zich voornamelijk van binnen af. Verdringing en onderdrukking zijn de belangrijkste afweermechanismen van het Ego. Depressie en angst kunnen begrepen worden als afweer van en angst voor gevoelens, belevingen, fantasieën of verlangens.

De KPSP-therapeut probeert door de steungevende attitude en techniek in de therapeutische relatie een correctieve ervaring aan te bieden waardoor er een klein stukje verschuiving of verandering in de persoonlijkheidsorganisatie kan ontstaan. Daarmee bedoelen we een klein stukje verschuiving of verandering in de interpersoonlijke mal en in de relatie tot het zelf (de intrapersoonlijke relatie) te merken aan het ontstaan van meer rijpe afweermechanismen. Hoe klein die verschuiving of verandering ook is, het kan een groot verschil tot stand brengen in beleefde vrijheid, in het contact met anderen en in het gevoel en denken over het zelf en de wereld.

Borderline persoonlijkheidsorganisatie

Kernberg spreekt van een borderline persoonlijkheidsorganisatie wanneer de psychische structuur bij oplopende spanning niet helemaal meer afgegrensd kan worden. Het Ego wordt

dan tijdelijk permeabel en representaties over zelf en anderen worden gespleten in goed of slecht. Splitsing is nodig omdat de affecten agressie en verlangen zo hevig zijn, dat het Ego en de ander daartegen als het ware beschermd moeten worden. De affectief geladen interne interpersoonlijke relaties zijn veelal introjecties. De innerlijke representaties van het zelf en de ander zijn niet geïntegreerd maar gesplitst in goede en slechte representaties. Door het gebrek aan integratie zijn ze niet stabiel en komen wisselend via projectie, introjectie en projectieve identificatie bij ofwel de patiënt ofwel bij de ander terecht. Dit noemen we object relationele dyaden. Splitsing is het belangrijkste afweermechanisme. Splitsing verstoort de relatie met de realiteit en de beleving van de realiteit. Relaties worden bemoeilijkt omdat (externe) interpersoonlijke relaties gekleurd worden door deze gesplitste belevingen van zelf en de ander. Verwachtingen, verlangens en ook angsten, boosheid of haat worden door middel van projectie in de ander geëvacueerd. De ander moet daar vervolgens wel op reageren. Het gevolg is dat de ingewikkeldheid en lijdensdruk vaak in de relatie met de ander wordt ervaren terwijl dat bij de neurotische persoonlijkheidsorganisatie veelal van binnen wordt gelokaliseerd. Depressie en angst als toestandsbeelden zijn te begrijpen vanuit de angst voor eigen affecten en voor de geprojecteerde goede of slechte intenties van de ander. Deze structuur helpt ook (aanhoudende) somberheid en suïcidaliteit te begrijpen, omdat de wereld, de ander en het zelf als in en in slecht kunnen worden ervaren

De KPSP-therapeut probeert door de steungevende attitude en techniek in de therapeutische relatie een correctieve ervaring te laten ontstaan waardoor er een klein stukje integratie in de belevingen van het zelf en van de ander kan ontstaan en daarmee een klein stukje verschuiving of verandering in de persoonlijkheidsorganisatie te merken aan de afname van onrijpe afweermechanismen. Hoe klein die verschuiving of verandering ook is, het kan een groot verschil in stabiliteit en stevigheid geven in het contact met anderen en in het gevoel en denken over zelf en de omringende wereld.

Narcistische pathologie situeert Kernberg overwegend op het borderline organisatieniveau. Het grote verschil met de theorie van Kohut is de nadruk die door Kernberg wordt gelegd op de rol van agressie. Voor Kohut is agressie secundair aan de krenking van het grandioze zelf terwijl voor Kernberg agressie de drijvende kracht is achter het ontstaan van het grandioze zelf en daarmee een afweerstructuur.

De KPSP-therapeut maakt als het gaat om narcistische pathologie op het borderline organisatieniveau, gebruik van de theorie van Kohut omdat dit beter aansluit bij de attitude en techniek van APS.

Psychotische persoonlijkheidsorganisatie

Kernberg spreekt van een psychotische persoonlijkheidsorganisatie wanneer sprake is van een gebrek aan afgrenzing tussen zelf en ander, er is alleen onderscheid tussen agressie en lust. De realiteitstoetsing is niet intact. Door het gebrek aan scheiding tussen zelf en ander is de oorsprong van onverdraaglijke affecten niet duidelijk. Vooral in intieme relaties worden deze patiënten dan ook snel door angst voor vervloeiing en voor agressie overspoeld. Agressie trachten zij zo lang mogelijk te controleren en te vermijden.

De KPSP-therapeut probeert door de steungevende attitude en techniek in de

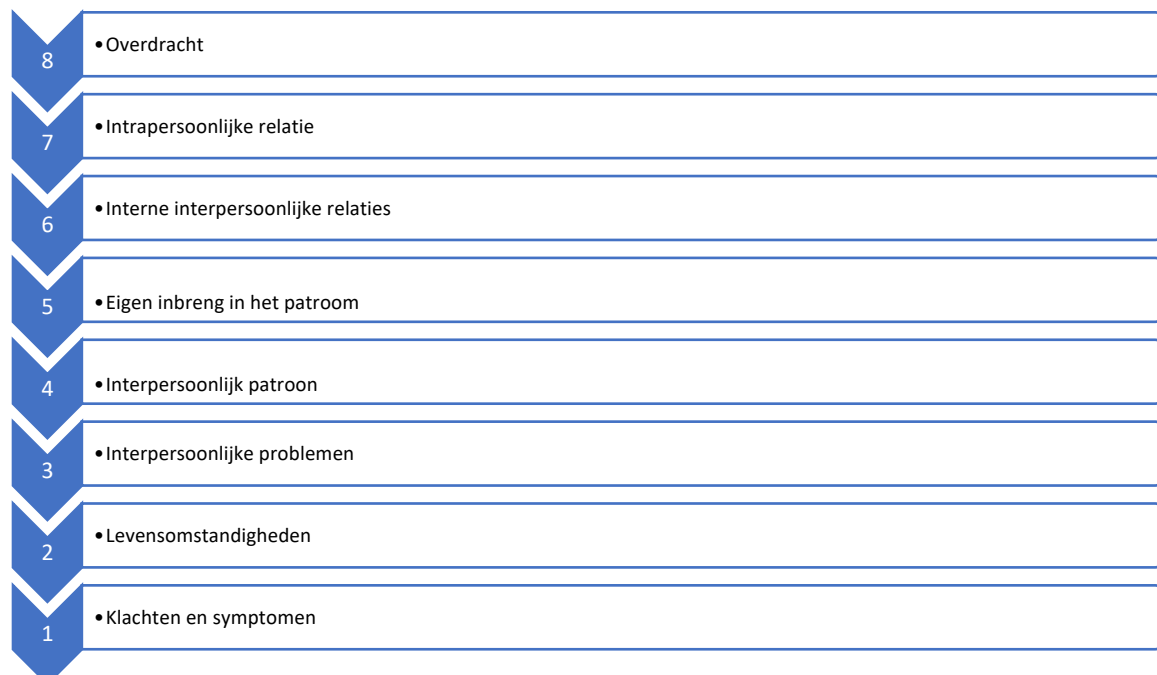
therapeutische relatie een correctieve ervaring te laten ontstaan waardoor er iets meer stevigheid aan de randen van het Ego beleefd kan gaan worden en binnen - en buitenwereld wat meer onderscheiden kunnen gaan worden. Dit doet de therapeut door het mentaliserend vermogen te bevorderen en te onderzoeken hoe een bepaalde mate van contact toch mogelijk is ondanks de angst en paranoïdie die waarschijnlijk zal blijven. De therapeut verdraagt bovendien dat intimiteit maar tot op zekere hoogte tot stand komt in de therapeutische relatie.

Het therapeutisch proces

Bespreekniveaus

De inhoud van de KPSP wordt gestructureerd aan de hand van 8 bespreekniveaus. Een bespreekniveau staat voor de wijze waarop de patiënt in de therapie zijn klachten en problemen ervaart en bespreekt. Het verwijst naar het niveau van doorleefd zelfinzicht dat de patiënt heeft bereikt. Daarbij is het van belang dat de therapeut in elke sessie aansluit bij de actuele beleving van de patiënt en zich afvraagt op welk niveau van zelfinzicht die zich bevindt. Vervolgens probeert de therapeut met steungevende interventies toe te werken naar het volgende niveau van inzicht. De therapeut doet dit pas nadat op een bepaald niveau de relatie met de depressie of angst helder is en er veranderingen in gevoel, denken en gedrag zijn opgetreden waardoor de depressie of angst al iets meer binnen de eigen innerlijke sturing beleefd kan worden. Het is dus niet zozeer de hoogte van een bespreekniveau dat bepalend is voor verandering maar de mate waarin de patiënt eigenaarschap en zelfsturing kan ervaren over de klachten.

De bespreekniveaus vormen een impliciet kader voor de therapeut dat helpt om het beloop van de behandeling te begrijpen en de ontwikkeling van de patiënt te bevorderen.



De beginfase

Het hoofddoel van de beginfase is het ontwikkelen van een stevige therapeutische relatie.

Dat doen we door te vertellen over KPSP, door in de gaten houden of dit beklift of dat we dit mogelijk nog wat vaker moeten herhalen. We checken in de eerste zittingen impliciet of we on track (Bartak & van Grieken, 2019; Miller et al., 2005, 2007) zijn en blijven doen wat we hebben afgesproken. Ook is het van belang om te geloven in deze methodiek en dat uit te stralen. We zijn stevig over de setting, het kader en de afspraken door dit te bewaken. De kwaliteit van de therapeutische relatie heeft haar grootste voorspellend effect op symptoomafname in de eerste zittingen (Hendriksen et al., 2013). Zodra we alle afspraken gemaakt hebben, starten we met de depressieve - of angstklachten te definiëren en vervolgens te relateren aan de levensomstandigheden waarin deze klachten zijn begonnen of die het meest lijdensdruk gaven. We geven hiermee impliciet de boodschap dat een depressie of een angststoornis niet een vaststaand gegeven is, niet uit niets is ontstaan en ook niet van de westenwind komt, maar een toestand is die een oplossing voor iets lijkt te zijn dat we nog niet weten. Hiermee begint de gezamenlijke zoektocht naar die oplossing. Als we daar zicht op krijgen kan er immers keuzevrijheid ontstaan en kan de patiënt voor een andere oplossing gaan kiezen.

In deze eerste fase proberen we een werkhypothese voor onszelf te formuleren over de vraag waarom deze klachten op dit moment in het leven van de patiënt zijn ontstaan óf waarom de klachten al veel langer bestaan en nu voor zodanig veel lijdensdruk zorgen, dat hulp is gezocht. We gaan met andere woorden op zoek naar waar de klachten van somberheid of angst een psychodynamische oplossing voor zouden kunnen zijn. Daarbij gebruiken we de kennis van de 5 psychodynamische deeltheorieën om in de eerste zittingen een idee te krijgen over waarom deze stemming – of angstklachten bij deze persoon met dat wat we weten van diens voorgeschiedenis op dit moment in het leven zijn ontstaan en of we samen kunnen beginnen te begrijpen waar dit mogelijk een oplossing voor is. We kijken en luisteren naar wat er gezegd, gedeeld, verteld of gevoeld wordt en evenzeer naar wat er niet gezegd, gedeeld, verteld of gevoeld wordt. We kijken en luisteren naar hoe de patiënt praat, vertelt, beweegt en op welke manier de patiënt contact maakt. We kijken, luisteren en hebben aandacht voor wat de patiënt met ons doet in de tegenoverdracht of projectief van ons maakt. We exploreren concreet, actueel, relationeel en emotioneel de levensomstandigheden die samenhangen met de klachten.

Dat alles geeft ingangen voor het vormen van een hypothese over hoe adequate steun voor deze specifieke patiënt eruit zou kunnen zien. Dit bepaalt de koers, de therapeutische attitude en de interventies in deze beginfase. Uiteraard toetsen we telkens aan het contact, in onszelf en aan wat de patiënt meebrengt of de hypothesen over de psychodynamische betekenis van de klachten en over wat adequate steun is nog kloppen. Mogelijk is er een ander inzicht of idee ontstaan. Dit proces gaat altijd door, maar in een focale tijd gelimiteerde therapie in ieder geval tot het einde van de middenfase.

Na een intake of een kennismaking waarin samen met de patiënt gekozen is voor KPSP beginnen een typische eerste en tweede zitting KPSP met:

Stap 1: Uitleg over de therapie: ‘KPSP is een kortdurende psychoanalytische psychotherapie waarin we uw depressie of angst gaan proberen te begrijpen aan de hand van uw levensomstandigheden, uw relaties met andere mensen, patronen in die relaties en de relatie die u hebt met uzelf of hoe u met uzelf omgaat’.

Stap 2: Daarna plannen we alle afspraken in en vragen we naar hoe het voelt dat de einddatum vastligt? Zo proberen we al een beetje te zoeken naar gedachten, belevingen en gevoelens rondom het kuurmodel en mogelijk is dat al iets anders dan somberheid of angst.

Stap 3: Deze stap begint met de vraag wanneer de huidige depressie of angst begonnen is en wat er toen allemaal aan de hand was in iemands leven. Het is belangrijk om de meest recente decompensatie als kapstok te nemen om de levensomstandigheden op bespreekniveau 2 samen te verkennen. Immers hoe actueler, hoe groter de kans dat het concreet en emotioneel beleefd kan worden. Als de patiënt vooral klachten noemt en de behoefte heeft daar in eerste instantie over te praten, valideren we het lijden en benoemen we dat al die klachten horen bij wat wij een depressie, een angststoornis of een combinatie van beide noemen. We gaan niet al die verschillende klachten uitvragen want ze horen feitelijk allemaal bij het syndroom depressie of angst (ook en zeker schuld en schaamtegevoelens in dit stadium van de behandeling). Vervolgens maken we zo snel als dat natuurlijk en prettig aanvoelt de overstap naar de vraag wanneer de klachten zodanig ondraaglijk werden, dat de patiënt hulp is gaan zoeken en wat er toen allemaal in zijn leven aan de hand was. We hebben hierbij een houding waarin we onderzoekend zijn naar de start van de huidige decompensatie doen dat in het tempo en de woorden die passen bij de patiënt. Hierdoor hopen we dat de patiënt in de loop van de behandeling gaat voelen dat de huidige klinische toestand niet altijd zo geweest is en dat als we iets gaan begrijpen van de levensomstandigheden waarin dit begonnen of verergerd is, we mogelijk een belangrijk aanknopingspunt hebben gevonden om de depressie of angst te gaan begrijpen. Immers klachten komen niet zomaar uit de lucht vallen. Ze zijn ook geen dingen op zich, maar een oplossing voor iets dat we nog niet weten. En als we daar iets van gaan begrijpen, kan er ruimte komen voor wat eronder zit en waar de patiënt zich nog niet van bewust is.

Mochten er meerdere omstandigheden zijn (veelal is dat zo bij persisterende klachten of bij forse persoonlijkheidspathologie) die speelden op het moment dat de klachten begonnen of merkbaar erger werden, dan brengen we ze in kaart. En vervolgens vragen we naar die omstandigheid of gebeurtenis die volgens de patiënt het meest tot de huidige decompensatie geleid heeft. Het gaat om waar de patiënt de meeste lijdensdruk van heeft ervaren, dát wordt de ingang.

Mochten er meerdere levensomstandigheden zijn en het is lastig voor de patiënt om te voelen wanneer het echt slecht ging of wanneer de klachten ondraaglijk werden, dan proberen we uit de verschillende levensomstandigheden een thema te halen en leggen dit voor aan de patiënt, bijvoorbeeld: *‘Dus zowel op werk, als in je relatie, als met je vrienden, voel je je eenzaam en niet gewaardeerd. Denk je dat het gevoel van toenemende eenzaamheid iets te maken heeft met het feit dat je somber geworden bent een paar maanden geleden? Zullen we samen de komende tijd eens onderzoeken hoe dat precies zit en wat je daar allemaal bij voelt?’*

Mocht de patiënt het lastig vinden om de onset van de klachten aan te geven, dan gaan we samen onderzoeken hoe het met de stemming - of angst klachten is geweest de afgelopen week. Was het steeds hetzelfde (dat is eigenlijk nooit zo), of waren er kleine veranderingen in stemming of angst de afgelopen week, de afgelopen dagen? In onze houding stralen we

uit dat we samen die speld in de hooiberg die depressie of angst of allebei heet, echt gaan vinden. Dat somberheid en angst zelden of nooit 7 dagen, 24 uur lang hetzelfde zijn. En als we dan een gaatje in dat wolkendek gevonden hebben, kunnen we gaan onderzoeken wat de levensomstandigheden op dat specifieke moment waren. Wat was er aan de hand toen de stemming of angst nét iets minder of juist nét iets erger merkbaar was.

Als het helemaal niet lukt om een aanknopingspunt van welke aard dan ook te vinden, niet in de afgelopen periode en ook niet in de afgelopen week of dagen, stellen we voor om samen de komende tijd te gaan onderzoeken hoe het precies werkt bij de patiënt als het gaat om stemming – of angstklachten. *‘Zullen we daar de komende weken eens de tijd voor nemen samen? Om wat beter te gaan begrijpen wanneer jij je heel somber of angstig of misschien juist wat beter voelt?’*

Patiënten komen regelmatig met verklaringen over waarom ze somber of angstig zijn geworden en brengen dat niet zelden in verband met patronen in relaties of traumata uit het verleden. Als dat gebeurt, valideren we dat inzicht, geven indien passend aan dat we het daar vast over gaan hebben samen maar dat we graag eerst samen op zoek willen gaan naar wanneer de huidige klachten begonnen zijn of zo erg werden dat hulp gezocht werd.

Stap 4 gaat gelijk op met stap 3: We luisteren, kijken en voelen naar hoe de patiënt vertelt en proberen behalve naar de onset en de levensomstandigheden, ook goed te luisteren naar onbewust of niet bewuste betekenissen en naar mogelijke ontwikkelingsbehoeften die door het materiaal heen klinken. We proberen aan de hand van de realiteitstoetsing, het identiteitsgevoel, de meest voorkomende afweermechanismen en de mate van regulatie van gevoelens en frustratie, een hypothese te vormen van de mogelijke organisatie van de persoonlijkheid. Ook proberen we een inschatting te maken van het vermogen tot mentaliseren, van het Object Relationeel functioneren, van het Zelfgevoel, van innerlijke conflicten en van het vermogen tot verbinding en autonomie. Dit alles doen we impliciet, steeds onderzoekend met als doel om na 1 of maximaal 2 zittingen een werkhypothese te hebben over welke tekortgekomen ontwikkelingsbehoefte(n) ten grondslag ligt of liggen aan het ontstaan van de huidige decompensatie. Dit bepaalt namelijk welke groei we willen bevorderen en wat we adequaat willen gaan steunen en wat niet.

Praten over levensomstandigheden, gaat vaak gepaard met praten over interpersoonlijke relaties. Immers levensgebeurtenissen vinden veelal plaats in de context van interpersoonlijke relaties. We blijven echter in deze fase eerst de levensomstandigheden in kaart te brengen die volgens de patiënt verband houden met het ontstaan van de klachten en waken ervoor te snel in te gaan op bepaalde relaties of vriendschappen voordat we overeenstemming hebben over de onset. Ook het al te gedetailleerd ingaan op levensomstandigheden, hoe verleidelijk het materiaal mogelijk ook is, leidt af van eerst de onset vinden. Duidelijkheid hierover dient als kapstok voor de exploratie in de latere zittingen om te gaan begrijpen waar de stemming – of angstklachten een oplossing voor kunnen zijn.

De middenfase

In de middenfase proberen we op bespreekniveau drie en verder (als dat haalbaar en nodig is) te focussen op de betekenissen van externe relaties. Daarna, vanaf bespreekniveau zes ligt

de focus bij de interne relaties. Dit doen we aan de hand van fluctuaties in stemming of angst tussen de zittingen door. We beginnen iedere zitting met de vraag: 'Hoe was je stemming- of angst de afgelopen week of afgelopen dagen (in het geval van een frequentie van 2 x 7)?' Vanaf de beginfase proberen we een proces op gang te brengen waarbij de klachten ego dystoon worden: De patiënt gaat zich toenemend afvragen als hij zich heel somber of heel angstig of juist wat beter voelt, hoe dat kan en wat er aan de hand kan zijn in zijn leven, met andere mensen (bespreekniveau twee en drie), en hoe dat voelt en wat hij daarbij beleeft. Zo komt er een psychodynamisch proces op gang waarbij klachten toenemend betekenis krijgen als een oplossing voor iets en komt er steeds meer gevoelde betekenis over iemands leven en zijn relatievorming met anderen. Pas als de somberheid of de angst voor een deel in remissie is en er wat verbetering in het sociale functioneren en de beleefde kwaliteit van leven komt, maken we de stap naar patronen, eventueel het eigen aandeel in die patronen en de geïnternaliseerde relaties met primaire gehechtheidsfiguren (bespreekniveaus vier t/m zes). Soms is dit een natuurlijk proces waar de patiënt zelf komt en zich actief vragen over stelt. Soms is dit een wat taaier proces en soms zijn de hogere bespreekniveaus niet haalbaar of niet nodig. De hypothese die we gevormd hebben in de beginfase en die we telkens meer of minder bewust toetsen, is de koers voor de steungevende attitude en techniek: Wat is adequate steun bij deze patiënt, hoe blijven we steunend ondanks minder of meer hevige tegenoverdrachtsgevoelens of de valkuil van projectieve identificatie, welke groei willen we bevorderen en welke correctieve ervaring willen we in deze kuur bewerkstelligen? Ook nu kijken en luisteren we naar wat er gezegd, gedeeld, verteld of gevoeld wordt en evenzeer naar wat er niet gezegd, gedeeld, verteld of gevoeld wordt. We kijken en luisteren naar hoe de patiënt praat, vertelt, beweegt en op welke manier hoe de patiënt contact maakt. We kijken luisteren en voelen naar wat de patiënt met ons doet in de tegenoverdracht of projectief van ons maakt. We exploreren concreet, actueel, relationeel en emotioneel die situaties of gevoelens die hebben geleid tot een verslechtering van de stemming of angst of juist een verbetering in de afgelopen dagen of week. We toetsen telkens aan het contact, in onszelf en aan het materiaal of de werkhypothese nog klopt en proberen als dat haalbaar en nodig is, het proces naar een hoger bespreekniveau te brengen.

De eindfase

In de eindfase bespreken we expliciet het einde van de behandeling. We bevorderen dat de patiënt het beëindigen van de behandeling als een periode van potentiële rouw onderkent, maar ook zijn eigen vermogen tot onafhankelijk functioneren erkent. Gevoelens van verdriet dat deze therapeutische relatie stopt, verlangens dat het voort kan duren, frustratie of boosheid over dat het stopt, teleurstelling over wat de therapie niet gebracht heeft en dankbaarheid over wat het wel gebracht heeft, kunnen allemaal aan de orde komen. Als deze gevoelens er vrijelijk kunnen zijn, is er immers geen of veel minder depressie of angst. We bespreken de vroegtijdige herkenning en aanpak van in de toekomst te verwachten problemen. Ook kan er aandacht nodig zijn voor de mogelijkheid van een verdere behandeling in de toekomst mochten er na ongeveer 9 maanden nog steeds dusdanige klachten zijn dat een andere vorm van behandeling nodig lijkt. Die 9 maanden therapie pauze is belangrijk omdat we weten dat alle focale tijd gelimiteerde behandelingen hun uitwerking op symptoomvermindering nog tot 9 maanden na het stoppen hebben. We zouden de kracht van KPSP en de kracht van de patiënt ondermijnen als we die pauze en recuperatietijd niet zouden benutten en niet zouden uitgaan van de potentiële groeimogelijkheden van ieder mens. Daarbij hoeft niet alle somberheid of angst volledig weg

te zijn. Geen mens is zonder somberheid of angstgevoelens van tijd tot tijd. Het is een illusie en een onmogelijkheid een leven na te streven waarin deze toestanden niet af en toe voorkomen. Wel streven we naar een begrip over waar deze somberheid of angst een oplossing voor is geweest, verbeterde interpersoonlijke relaties of meer vrije keuzes daarin en daardoor een verbeterde kwaliteit van leven. De steungevende attitude en techniek maakt dat we ook in deze eindfase steeds de volgende vragen stellen: Hoe blijven we deze patiënt adequate steunen? Hoe blijven we dat ondanks minder of meer hevige tegenoverdrachtsgevoelens of de valkuil van projectieve identificatie doen? Welke groei willen we bevorderen en welke correctieve ervaring willen we uiteindelijk bewerkstelligen? Daarbij verdragen we zowel een dankbaar afscheid in contact als ook een wat bozer afscheid als de patiënt dat zo ervaart. Steeds vragen we ons af of deze manier van afscheid nemen groeibevorderend en een correctieve ervaring geeft bij de patiënt. Dat kan zelfs betekenen dat de patiënt de laatste keer niet komt. Als dat de manier is die past en die de patiënt verkiest, verdragen we dat en steunen we de patiënt in diens autonome, zij het ambivalente of ambitendente keuze. De laatste fase is een belangrijke fase, minstens zo belangrijk als de voorgaande fasen. In de psychoanalyse heet afscheid nemen termineren en dat houdt in dat het een proces is dat tijd nodig heeft en niet dat het een gebeurtenis in de tijd is. Hoe meer persoonlijkheidsproblematiek er speelt, hoe eerder en hoe intensiever dit proces van termineren zal zijn en hoe eerder we hieraan denken en op anticiperen.

Evaluatie

Evalueren is een proces dat continu aanwezig is in een psychoanalytisch proces. Dat wil zeggen dat we kijken, luisteren en interveniëren met het behandelfocus en de doelen van de behandeling in gedachten. We nemen dus waar of het proces op gang komt, of het voortgang heeft, of het stagneert of überhaupt niet op gang komt. Dit is een impliciet proces dat zich in iedere therapeut en zeker in een tijd gelimiteerde behandeling, afspeelt. We maken het explicieter bij iedere faseovergang van bijvoorbeeld 2 x 7 afspraken naar 1 x 7 of richting de eindfase en de terminering. Maar ook gaandeweg als er breuken zijn in het contact, als de patiënt herhaaldelijk niet meer lijkt te (willen) weten wat de afspraken waren, als de patiënt herhaaldelijk en storend voor het proces niet komt of later komt dan de afgesproken tijd, of als er andere dingen spelen in de therapeutische relatie waardoor het proces stagneert of dreigt te stagneren. Interventies zijn en blijven steungevend en progressie bevorderend.

Periodieke evaluatie door middel van vragenlijsten is ook een mogelijkheid, mits deze lijsten passen bij de doelen van KPSP, namelijk afname van depressieve of angstige symptomatologie, verbetering van sociaal functioneren en verbeterde beleving van de kwaliteit van leven. De beoogde verandering in persoonlijkheidsstructuur kan ook gemeten worden. Zeker met de 50 zittingen variant, is er gereede kans dat ook op zo'n lijst enige verandering te zien is. Het is van belang dat de uitkomsten ingebed zijn in het proces, dus dat we weten wanneer de lijsten worden afgenomen of digitaal verzonden worden en bespreken de uitkomsten op een steungevende manier in de zitting na de afname. Het is belangrijk dat de laatste evaluatie altijd vóór de laatste zitting is zodat de resultaten en vooral de beleving daarbij van de patiënt nog in de voorlaatste of laatste zitting aan bod kunnen komen.

De therapeut kan zichzelf evalueren door middel van de Adherentie Lijst KPSP (Vroegop et al., 2020). Deze lijst is ook te gebruiken in een KPSP-intervisie.

Referenties

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bacal, H.A., & Goldberg, A. (Ed), (1985). *Progress in self-psychology*, Vol. 1, pp. 202-227. New York: Guilford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press.
- Bartak, A., & van Grieken, R. (2019). Vanaf de bank gezien. *Tijdschrift voor Psychoanalyse en haar toepassingen*, vijftienvigste jaargang, nummer 1., pp 17-26.
- Berkouwer, A.Y. (2004). *Handboek de psychoanalytische setting. Anatomie van een plek*. Amsterdam: Boom.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Londen: Heinemann Medical Books.
- De Jonghe, F. et al. (2014). *Handboek Kortdurende Psychoanalytische Steunende Psychotherapie*. Amsterdam: Benecke BV.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Koelen, J., & Snellen, W. (2007). Psychodynamische modellen: van Freud tot Fonagy. In E.H.M Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, R. en W.M. Snellen (Ed.). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology*; 52(2): 94-103.doi:10.1159/000501526.
- Freud, S. (1915 a). Driften en hun lotgevallen. In: *Sigmund Freud, Nederlandse editie*. Meppel: Boom.
- Freud, S. (1915 b). *Rouw en melancholie*. Uit Sigmund Freud Werken, uitg. Boom, 2006, Band 7, pag. 129-148.
- Freud, S. (1923). Het Ik en het Es. In: *Sigmund Freud, Nederlandse editie*. Meppel: Boom.
- Freud, S. (1926). Remming, symptoom en angst. In: *Sigmund Freud, Nederlandse editie*. Meppel: Boom.
- Freud, S. (1933). *Colleges inleiding tot de psychoanalyse, Nieuwe Reeks*. Meppel: Boom.
- Greenson, R.R. (1971). *The 'real' relationship between the patient and the psychoanalyst*. In M. Kanzer (Ed.), *The Unconscious Today*. New York: International University Press.
- Greenson, R.R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis, vol.1*. New York: International University Press.
- Hendriksen, M., Peen, J., Van, H.L., Barber, J.P., & Dekker, J. J.M. (2013). Is the alliance always a predictor of change in psychodynamic psychotherapy for depression? *Psychotherapy Research*, 24:2, 160-170.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven and London: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1970). Psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Klein, M. (1934). A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. In E. Jones (Ed.). *Contributions to Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press, 1921-1945.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In *Envy and Gratitude & Other Works 1946-1963*. Delacorte Press/Seymour Lawrence.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International University Press.

- Kris, A.O. (1990). Helping patients by analysing self-criticism. *J Am Psychoanal Assn*, 38, 605-635.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R., & Brown, G.S. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208.
- Miller, S.D., Hubble, M., & Duncan, B.L. (2007). Supershrinks, what's the secret of their success? *Psychotherapy Networker*, November/December.
- Schechter, M. (2007). The patient's experience of validation in psychoanalytic treatment. *J Amer Psychoan Assn*, 55, 105-130.
- Shafer, R. (1983). *The analytic Attitude*. The Hogarth Press Ltd. Basic Books.
- Van, H.L. (2011). Psychodynamische visie op depressie. In Dirkx, J., Hebbrecht, M., Mooij, A.W.M., & Vermote, R. (Eds). *Handboek Psychodynamiek. Een verdiepende kijk op psychiatrie en psychotherapie*. Utrecht, De Tijdstroom.
- Vroegop, M., Hendriksen, M., Kortrijk, R.M., van, H.L., Dekker, J.J.M. (2020) KPSP Adherentie Schaal.
- Werman, D.S. (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Winnicott, D.W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Analysis*, 41, 585-595.