

Psychoanalytische steungevende psychotherapie

door R.C. van der Mast, J.M.J. Smorenburg en F. de Jonghe

Gepubliceerd in 1994, no. 4

Samenvatting

In dit artikel wordt psychoanalytische steungevende psychotherapie (PSP) beschreven als een specifieke therapeutische methode, gebaseerd op de psychoanalytische theorie.

De psychoanalytische psychotherapieën kunnen worden beschreven aan de hand van een continuüm met aan de ene pool de psychoanalyse in z'n meest zuivere vorm en aan de andere pool de strikt steungevende psychotherapie. Hoe meer men zich op dit continuüm verplaatst van de pool van de psychoanalyse naar de pool van de steungevende psychotherapie, hoe meer patiëntencategorieën behandeld kunnen worden.

In dit artikel wordt ingegaan op de indicatiestelling voor psychoanalytische steungevende psychotherapie en worden de veranderingen in behandelingsstrategie, in de therapeutische techniek en in de houding van de therapeut, in vergelijking met inzichtgevende psychotherapie, uiteengezet en toegelicht.

Inleiding

Psychoanalytische steungevende psychotherapie (PSP) is een specifieke therapeutische methode gebaseerd op de psychoanalytische theorie (De Jonghe e.a. 1994). In Nederland wordt meestal gesproken van een steunend-structurende behandeling. PSP was en is wellicht nog steeds het stiefkind onder de psychoanalytische behandelwijzen. Hoewel PSP door velen wordt toegepast, is het slechts voor weinigen duidelijk wat deze vorm van behandeling omvat (Rockland 1989; Werman 1984). Pas de laatste tijd is er meer aandacht voor de bestudering ervan. De overheersende mening is, dat een steungevende behandeling feitelijk géén psychotherapie is. Deze zou niet gericht zijn op verandering, laat staan op genezing, maar op zorg en op het handhaven van de status quo, een vorm van 'pappen en nathouden'. PSP geniet derhalve weinig waardering in vergelijking met inzichtgevende (IP) (openleggende, ontdekkende etc.) psychotherapie. PSP wordt, in tegenstelling tot IP, dikwijls gedelegeerd aan de minst ervaren en terzake kundige behandelaars.

De traditionele dichotomie tussen inzichtgevende en steungevende psychotherapie veronderstelt dat het om twee geheel verschillende vormen van behandeling gaat. In werkelijkheid komen ze beide in zuivere vorm niet of nauwelijks voor. Psychoanalytisch bekeken zijn er gelijksoortige therapeutische mechanismen en factoren werkzaam (Wallerstein 1986). Ook De Wolf (1991), die Malan-therapieën op hun psychoanalytisch karakter onderzocht, komt tot de conclusie dat de basis ervan bestaat uit het geven van steun door de therapeut. Volgens hem kunnen zowel inzicht als steun leiden tot structurele verandering. In de praktijk vindt psychoanalytische therapie plaats op een inzichtgevend- steungevend continuüm (Gabberd 1990; De Jonghe e.a. 1987, 1993; Werman 1984). De verschillen worden bepaald door de plaats waar men zich - al dan niet tijdelijk - op dit continuüm bevindt en door de techniek die men dan hanteert.

In dit artikel wordt ingegaan op de volgende vragen: wat is PSP en wat beoogt het, wat zijn de voornaamste verschillen tussen de polen van het genoemde inzichtgevende-steungevende continuüm en wat vormen de belangrijkste indicaties en contraïndicaties voor PSP. Het accent zal liggen op de

behandelingsstrategie en de techniek van PSP en de houding van de therapeut. Tot slot zullen enkele belangrijke valkuilen worden geschetst.

Wat is psychoanalytische steungevende psychotherapie?

PSP is één van de psychoanalytische psychotherapieën. Zij is gebaseerd op het psychodynamische begrip van de individuele patiënt met zijn eigen, typische persoonlijkheidskenmerken, zijn levensverhaal en zijn objectrelaties. Het begrip van zijn kernconflict, van zijn karakteristieke afweerpatronen, van de sterkte respectievelijk zwakte van de verschillende ik-functies, van de organisatie van het geweten, van de afstand tot het ideaal-ik en van de kwaliteit van de objectrelaties bepaalt in belangrijke mate welke therapievorm op het psychoanalytische steungevend- inzichtgevende continuüm voor de desbetreffende patiënt de meest geschikte is. Vanuit een oorspronkelijk strikt psychoanalytisch gezichtspunt is iedere therapievorm die niet primair tot doel heeft om wat onbewust is bewust te maken door middel van interpreteren, een steunende c.q. suggestieve therapie. Het door interpretatie verworven inzicht in zijn intrapsychische conflicten doet iemand begrijpen wat de onbewuste betekenis en de oorsprong zijn van zijn klachten en gedragingen. Het gaat om het oplossen van intrapsychische conflicten. De aard van de afweer en van de onderliggende wens wordt begrijpelijk gemaakt om daarna anders dan voorheen met de wens te kunnen omgaan, waardoor de betreffende afweer niet meer nodig is ('Wo Es war, soll Ich werden'). Het belangrijkste doel van PSP daarentegen is de ego-functies te versterken en zó de adaptatie te verbeteren. Het is het ego dat gesteund wordt ten dienste van een zo goed mogelijke adaptatie aan een conflictueuze binnenwereld, waarin driftimpulsen, geboden, verboden en idealen strijden om de macht, en aan de eisen van de buitenwereld, die het ego beperkt, eisen stelt maar ook mogelijkheden biedt. Wat onbewust is, wordt daarbij vaak onbewust gelaten. Het gaat er bij PSP niet om onbewuste conflicten op te sporen en te onderzoeken om hieromtrent inzicht te verwerven. Niet de tijdelijke regressie en afhankelijkheid worden gestimuleerd, maar de progressie en de autonomie worden gesteund in de richting van groei naar meer normaliteit en volwassenheid.

De ego-functies kunnen op twee manieren worden gesteund en versterkt:

1. *direct* door bij voorbeeld het verbeteren van de realiteitstoetsing, door een toename van het vermogen om lustbevrediging of spanningsontlading uit te stellen of door het leren verdragen van onlustbezorgende gevoelens;

2. *indirect* door vermindering van de druk op het ik vanuit de omgeving (= de externe realiteit) of vanuit de intrapsychische structuren het Es (de driften) en het ber-Ich (het geweten en ik-ideaal).

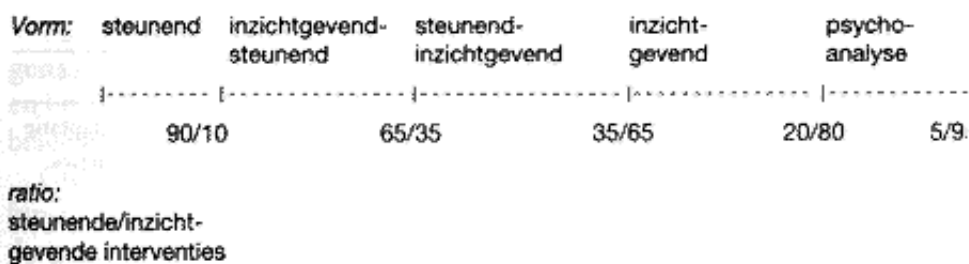
Vanuit een ego-psychologisch referentiekader gezien fungeert de therapeut voor de patiënt als een 'hulp-ik', die de patiënt steunt in het toetsen van de realiteit, hem leert te anticiperen op de gevolgen van zijn gedragingen en zo zijn oordeelsvermogen verbetert. Vanuit het standpunt van de objectrelatietheorie gezien is vooral verbetering van de kwaliteit van iemands relaties het doel van de therapie (dit geldt overigens zowel voor inzichtgevende als voor steungevende psychotherapie). Vanuit het gezichtspunt van de zelfpsychologie gezien is het doel van behandeling in de eerste plaats de versterking van de cohesie van het 'Zelf', het leren rijpere 'zelfobjecten' te kiezen en zo het zelfgevoel steviger en stabiel te maken (Gabbard 1990).

Het steunend-inzichtgevende continuüm en de indicatiestelling

In de artikelen 'Uitzicht op inzicht' breken De Jonghe e.a. (1987, 1988) een lans voor de erkenning van PSP als één van de behandelingsmethoden die vanuit een psychoanalytisch referentiekader worden toegepast. Zowel Rockland (figuur 1) als De Jonghe e.a. tekenen aan dat het feitelijk niet gaat om drie verschillende behandelingsmethoden: de psycho-analyse, de psychoanalytische inzichtgevende

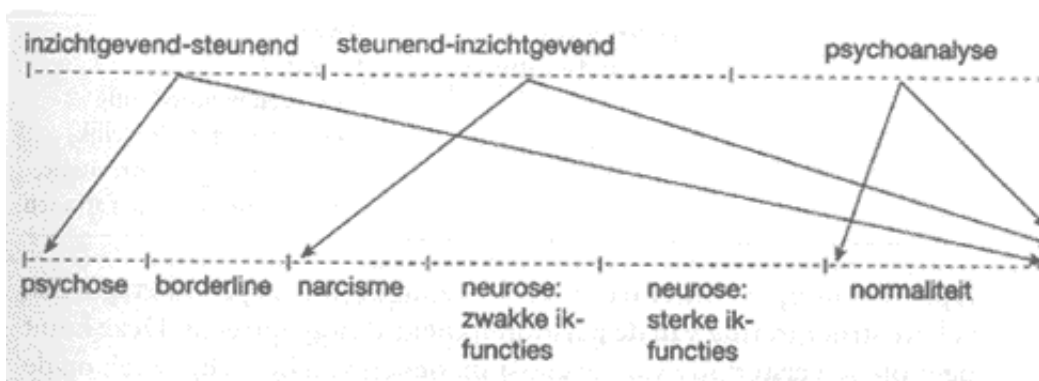
psychotherapie en de psychoanalytische steunende psychotherapie, maar om een continuüm met aan de ene pool de psychoanalyse in z'n meest zuivere vorm en aan de andere pool de strikt steungevende psychotherapie. De beide polen zijn feitelijk abstracties. Zij komen niet of nauwelijks voor. Dit continuüm kan men opvatten als een 'widening scope' van de psychoanalyse. Immers, hoe meer men zich op dit continuüm verplaatst van de pool van de 'zuivere' psychoanalyse naar de pool van de 'steunende' therapie hoe meer patiëntencategorieën behandeld kunnen worden (figuur 2). Men moet er echter attent op zijn dat dit gepaard gaat met veranderingen in de strategie, techniek en houding van de therapeut, waarop hierna zal worden ingegaan.

Psychoanalytische steungevende psychotherapie



Figuur 1: Het steunend-inzichtgevend continuüm (Rockland 1989)

Zowel inzichtgevende- als steungevende psychotherapie beogen uiteindelijk de ego-functies te versterken en de aanpassing aan de binnen- en de buitenwereld te vergroten (tabel 1). Zoals gezegd probeert men dit in IP te bereiken door onbewuste intrapsychische conflicten op het spoor te komen en te bewerken. In PSP worden deze vaak juist toegedekt. Men gaat ervan uit dat door middel van inzichtgevende psychotherapie een geleidelijke en blijvende structurele verandering in de persoonlijkheid optreedt. Dat betekent een verandering in de intrapsychische structuren, zowel in de verhoudingen tussen Es, Ego en Superego, als in de geïnternaliseerde zelf- en objectrepresentaties en de 'zelf-structuren', waarbij het 'pathologisch zelf' wordt vervangen door een 'cohesief zelf' (Gabbard 1990). Het gaat hier dus om 'herstructurering' van de persoonlijkheid.



Figuur 2: 'Widening scope' (De Jonghe e.a. 1988)

Bij patiënten bij wie, vanuit een psychoanalytisch referentiekader gezien, steungevende psychotherapie is aangewezen, is vaak sprake van ego-tekorten doordat een ontwikkelingsstoornis geleid heeft tot een 'developmental arrest'. De klinische praktijk heeft geleerd dat deze patiënten niet

(of nog niet) geschikt zijn voor inzichtgevende psychotherapie. De hoop is echter dat door de steungevende psychotherapie een zekere structurering van de persoonlijkheid alsnog optreedt. Deze komt neer op de versterking van de ego-functies en van het zelfgevoel, op de verbetering van de objectrelaties en leidt tot een toegenomen adaptatie.

Tabel 1: Verschillen tussen IP en PSP

	<i>IP (conflictmodel)</i>	<i>PSP (deficitmodel)</i>
Doel	<ul style="list-style-type: none"> - ↑ inzicht - structurele veranderingen → 'herstructurering' 	<ul style="list-style-type: none"> - ↑ homeostase en adaptatie - versterking ego-functies → 'structurering'
Houding van de therapeut	'blank screen'	'echt', open, helder en duidelijk aanwezig
Focus van behandeling en houding t. o. v. regressie	<ul style="list-style-type: none"> - focus op het onbewuste materiaal - regressie wordt bevorderd door onthouding van bevrediging, door vrij associëren en door aandacht voor droom/fantasiemateriaal 	<ul style="list-style-type: none"> - focus op het bewuste en voorbewuste materiaal - ontmoediging van vrije associatie - ↓ aandacht voor droom en fantasiemateriaal → nadruk op logisch en rationeel denken en realiteit
Hantering overdracht	overdracht wordt gestimuleerd en aangemoedigd én is materiaal voor interpretatie en inzicht	<ul style="list-style-type: none"> - negatieve gevoelens c.q. overdracht worden onmiddellijk aangepakt → <i>realiteitsconfrontatie</i> → <i>relatie met 'significant others' wordt voorgelegd</i> - geen aanmoediging overdracht, minder aandacht voor patiënt/therapeut interactie, méér voor relaties buiten de therapie - excessief geïdealiseerd of geïrotiseerde overdracht wordt eveneens onmiddellijk besproken
Hantering weerstand + afweer	systematische verheldering, confrontatie en interpretatie van weerstand en afweer	beoordeling van de <i>adaptieve betekenis</i> van de weerstand en afweer: * <i>adaptief</i> : steun en bemoediging * <i>niet-adaptief</i> : (schadelijk) verheldering, confrontatie, ondermijning, actief afraden

rapie. De hoop is echter dat door de steungevende psychotherapie een zekere structurering van de persoonlijkheid alsnog optreedt. Deze komt neer op de versterking van de ego-functies en van het zelfgevoel, op de verbetering van de objectrelaties en leidt tot een toegenomen adaptatie.

Bij de bespreking van de verschillen tussen PSP en IP werd reeds stilgestaan bij het psychoanalytische steunend-inzichtgevende continuüm en bij de geschiktheid van verschillende patiëntenpopulaties voor deze beide behandelingsvormen.

Grofweg kan gesteld worden dat PSP geïndiceerd is wanneer de ego- functies onder zware druk staan en de draagkracht onder de draaglast dreigt te bezwijken. Dit betreft twee groepen patiënten: de patiënten met een redelijk gezonde persoonlijkheid in een voorbijgaande, ernstige crisis, en de patiënten met chronische, ernstige persoonlijkheidsproblematiek, gekenmerkt door ik-zwakke berustend op ik-defecten. Voor de eerste groep is IP niet nodig en voor de tweede groep is IP niet mogelijk. Immers, in de laatste groep kan IP gevaarlijk zijn door het vergroten van het risico op suïcide, psychotische desintegratie, ernstige regressie, destructief gedrag en onvermijdbare hospitalisatie. Bij een goede indicatiestelling is psychoanalytische, met name steungevende psychotherapie mogelijk bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of ernstige karakterpathologie (De Jonghe 1993).

Andere mogelijke indicaties voor een, in ieder geval aanvankelijk, voornamelijk steungevende therapie zijn: gebrek aan motivatie voor het opdoen van zelfkennis, beperkte mogelijkheid tot zelfreflectie, het ontbreken van een zekere psychologische begaafdheid zich uitend in verschijnselen als alexithymie, acting-out gedrag, en een gebrekkige frustratie-, depressie- of angsttolerantie. Onder invloed van uitzonderlijke levensomstandigheden of chronische stress kan PSP eveneens aangewezen zijn.

PSP is gecontraïndiceerd wanneer meer mogelijk en nodig is dan alleen of in hoofdzaak steunen. Immers, dan is IP geïndiceerd. Het gaat dan om patiënten die op het steunend-inzichtgevende continuüm verder in de richting van de inzichtgevende pool te plaatsen zijn. In de loop van een behandeling kan een verschuiving in de plaats op het continuüm optreden. Psychopathie, chronisch liegen, ernstig verslavingsgedrag en herhaalde therapie-mislukkingen vormen in de meeste gevallen, zoals voor nagenoeg elke vorm van therapie, voor PSP een contraïndicatie.

Behandelingsstrategie van PSP

De behandelingsstrategie van PSP wordt volgens Rockland (1989) gekenmerkt door:

1. de 'echtheid' van de therapeut,
2. het richten van het focus van behandeling op het bewuste en het voorbewuste materiaal,
3. het stimuleren van een licht positieve overdracht,
4. het voortdurend evalueren door de therapeut van de weerstand en de afweer.

Ad 1 - In PSP is de therapeut géén 'blank screen' maar een 'echt', duidelijk aanwezig, open en helder iemand (tabel 1). Hij functioneert als '*holding environment*', waarin sommige kinderlijke behoeften en noden van de patiënt gedeeltelijk bevredigd worden door middel van steun, advies, geruststelling, het stellen van regels en grenzen, het geven van leiding, het tonen van belangstelling, begrip en empathie. De therapeut zorgt voor een ruimte waarbinnen de patiënt '*de werkelijkheid*' onder ogen kan gaan zien en deze tegemoet kan treden zonder dat daarbij de narcistische krenking zo groot is dat 'het zelf' ineens stort of desintegreert. De therapeut dient de woede, de heftigheid en de destructiviteit van de patiënt te doorstaan en te overleven. De therapeut fungeert als model met wie de patiënt zich kan identificeren met hopelijk als gevolg dat de objectrelaties van de patiënt verbeteren (Werman 1984). Hierbij houdt de therapeut een 'kritische afstand' in acht, gekenmerkt door een optimale nabijheid en afstand. Een te grote vriendelijkheid versterkt de altijd sluimerend aanwezige fusiewens en

veroorzaakt panische angst. Nabijheid kan door de patiënt als bedreigend worden beleefd. Het ervaren van duidelijke regels en grenzen geeft hem een gevoel van opluchting en veiligheid. Het bevordert uiteindelijk de autonomie van de patiënt doordat deze zich afgegrensd weet van de therapeut. Teveel gratificatie bedreigt deze beoogde ontwikkeling van de autonomie, maar een te autoritaire houding en gebrek aan elke gratificatie wordt beleefd als kleinerend en afwijzend en staat de ontwikkeling en handhaving van de therapeutische relatie in de weg.

Ad 2 - Het focus van de behandeling ligt op het bewuste en het voorbewuste materiaal. Dat wat onbewust is, wordt doorgaans onbewust gelaten. In PSP worden, in tegenstelling tot in IP, regressieve verschijnselen niet gestimuleerd en aangemoedigd maar juist bestreden, aangezien de patiënten dikwijls al té regressief en afhankelijk zijn (tabel 1). Logisch en rationeel denken wordt gewaardeerd en bekrachtigd ten koste van vrij associëren en van fantasie- en droommateriaal. De nadruk ligt op de realiteit van de patiënt-therapeut interactie en op de relaties van de patiënt met zijn omgeving.

Ad 3 - Zowel in IP als in PSP is het focus van de behandeling gericht op overdrachts- en weerstandsfenomenen (tabel 1). In IP wordt de overdracht zoveel mogelijk gestimuleerd en voor interpretatie gebruikt. Zij is ook meestal gedifferentieerd en geïntegreerd, ontwikkelt zich langzaam en is meer stabiel. In PSP gebruikt men de positieve overdracht als vehiculum voor de vaak gevaar lopende therapeutische relatie. De overdracht wordt niet gestimuleerd en voor interpretatie gebruikt, maar neemt de vorm aan van 'transference attachment'; een mechanisme voor overdrachtsgenezing. Gabbard (1990) omschrijft dit begrip als 'het beter worden om de therapeut te behagen'. Hij geeft aan dat een dergelijke genezing niet inferieur is aan conflictoplossing en eveneens stabiel en langdurend blijkt te zijn (Wallerstein 1986).

De overdrachtsoverontwikkeling wordt in PSP nauwlettend in de gaten gehouden. Opkomende negatieve (overdrachts)gevoelens en sterk gekleurde positieve fenomenen als geïdealiseerde en geërotiseerde overdrachtsverschijnselen ('split-off parts') worden onmiddellijk aangepakt door confrontatie met de realiteit van de arts-patiënt relatie. Overeenkomstige relatiepatronen van de patiënt met voor hem belangrijke anderen worden opgemerkt en voorgelegd. Dikwijls gaat het hier om primitieve overdrachtsverschijnselen, die snel en onverwachts opduiken, ernstig vervormd en gefragmenteerd zijn en vlug kunnen wisselen.

Ad 4 - Weerstandsfenomenen en afweerpatronen worden in PSP vooral beoordeeld op hun adaptieve betekenis (tabel 1). Zo zal men weerstand bespreken als het de therapeutische werkrelatie in gevaar brengt, maar toestaan als het verdere regressie of suïcidaliteit indamt. De adaptieve, rijpere afweermechanismen worden ondersteund, versterkt en zelfs aangemoedigd. Het stimuleren van activiteiten bij een toename van moeilijk te verdragen depressieve verlatingsgevoelens bij patiënten die geneigd zijn tot 'turning passive into active' is hiervan een voorbeeld. De maladaptieve, primitieve afweermechanismen worden systematisch en voortdurend aangepakt door confrontatie, verheldering en ondermijning. Dit vereist een zorgvuldige klinische afweging, daar bij voorbeeld projectie en excessieve loochening enerzijds innerlijke rust en evenwicht kan brengen waardoor paniek en regressie worden voorkomen, maar anderzijds de realiteitsopvatting zó kan beschadigen dat de aanpassing aan de buitenwereld ernstig te kort schiet.

In tabel 2 worden de belangrijkste steungevende interventies weergegeven. Men dient zich te realiseren dat wat voor de één steungevend is, dat voor de ander helemaal niet hoeft te zijn. Steunend is alleen wat als steunend wordt ervaren. Steun geven is niet meer dan het bevorderen van de ervaring van steun en garandeert deze niet.

Frequentie en duur

Er is een duidelijke relatie tussen de plaats op het inzichtgevend-steungevende continuüm en de frequentie van de therapie. In het algemeen kan men zeggen dat hoe dichter de therapievorm zich bij de inzichtgevende pool van het continuüm bevindt, hoe groter het aantal zittingen per week kan zijn. De theoretische achtergrond voor het vaststellen van het aantal zittingen is de mate waarin de overdracht mag oplopen. In PSP, in tegenstelling tot in IP, mag de overdracht niet al te zeer oplopen. PSP vindt meestal eenmaal per week plaats, zelden meer dan eenmaal per week en soms slechts eenmaal per maand.

Ook de duur van de zittingen kan door een te hoog oplopende overdracht (tijdelijk) tot minder dan de gebruikelijke 45 minuten worden teruggebracht. Het is natuurlijk belangrijk weerstandsaspecten en tegenoverdracht hierbij in de gaten te houden.

In tegenstelling tot de frequentie van de zittingen is de duur van een PSP onafhankelijk van de plaats op het continuüm. Een PSP kan van korte duur zijn (b.v. in het geval van crisisinterventie) of van lange duur (b.v. bij ernstige karakterpathologie), afhankelijk van de beoogde doelstelling.

Tabel 2: Interventies van psychoanalytische steungevende psychotherapie

-
1. Het opbouwen en bewaken van de therapeutische werkrelatie; 'gedeelde verantwoordelijkheid'.
 2. Het bieden van (realistische) geruststelling en hoop.
 3. Het geven van suggesties en adviezen.
 4. Het geven van informatie en voorlichting → cognitieve beheersing, met als doel gevoelens van schuld, schaamte en krenking te verminderen; 'universaliseren'.
 5. Het accepteren en bevorderen van emotionele ontlading.
 6. Het betrekken van de omgeving bij de behandeling in b.v. crises.
 7. Het bemoedigen, prijzen, verbieden, grenzen stellen.
 8. Het benadrukken van begaafdheden en sterke kanten, het aanmoedigen van sublimeren.
 9. Het voorschrijven van medicatie.
 10. Het dienen als identificatiemodel.
 11. Het verhelderen en confronteren; het verschaffen van rationeel inzicht.
 12. Het versterken van de adaptieve, rijpere afweermechanismen: verdringing, verschuiving, rationalisatie, turning passive into active.
 13. Het ondermijnen van de maladaptieve, primitieve afweermechanismen: excessieve loochening, projectie, projectieve identificatie, splitting (devaluatie/idealisering).
 14. Het geven van onvolledige en inexacte interpretaties.
 15. Het gebruik maken van 'goedaardige projecties'.
 16. Het rekening houden met het begrip en de kennis van de karakterpathologie en de overdracht.
-

Valkuilen

De belangrijkste valkuil voor de therapeut bij PSP is de eigen emotionele reacties op de patiënt, vaak aangeduid als tegenoverdracht. Onder tegenoverdracht in brede zin wordt verstaan alle emotionele reacties van de therapeut op de patiënt. Onder tegenoverdracht in strikte zin wordt verstaan de overdracht van de therapeut op de patiënt, meestal een onbewuste reactie op de overdracht van de patiënt.

Patiënten die met PSP worden behandeld hebben in het algemeen ernstige karakterpathologie. Zij weten feilloos de zwakke kanten van de therapeut te vinden en deze te attaqueren. Hun gevoelsreacties en overdrachtsverschijnselen zijn meestal heftig, primitief, snel wisselend en vervormd. Daardoor kan de therapeut gemakkelijk in verwarring worden gebracht en in de hoek worden gedreven. Emotionele reacties en tegenoverdrachtsgevoelens van de therapeut worden derhalve vaak onverwacht snel opgewekt. De verleiding tot uitageren door de therapeut is groot. Hierin schuilt dan ook de belangrijkste valkuil voor de therapeut. Tegelijkertijd zijn echter de eigen emotionele reacties en tegenoverdracht een belangrijk werktuig om de patiënt te kunnen begrijpen. Zij kunnen helpen zicht te krijgen op wat zich afspeelt in de interactie met de patiënt en in de binnenwereld van de patiënt. Voortdurend zelfonderzoek en -inzicht zijn dan ook onontbeerlijk. Regelmatige supervisie danwel intervisie is van cruciaal belang.

Conclusie

PSP is één van de psychoanalytische psychotherapieën. Het is pas de laatste jaren dat deze vorm van psychoanalytische psychotherapie de aandacht krijgt die het behoeft en toekomt. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het hiervoor beschreven ruimere indicatiegebied voor psychoanalytische psychotherapie.

Het belangrijkste oogmerk van PSP is de ego-functies van een patiënt te herstellen danwel te versterken. Door de toegenomen adaptatie aan zowel binnen- als buitenwereld kan de patiënt meer weerbaar worden.

De therapeutische techniek richt zich op het stimuleren van progressie en autonomie en het inperken van regressieve verschijnselen. Omdat de gevoelsreacties en overdrachtsverschijnselen van de patiënt zeer heftig kunnen zijn en verrassend snel kunnen wisselen, is de kans op verwarring van de therapeut groot. De verleiding om eigen (tegenoverdrachts)gevoelens uit te ageren ligt voortdurend op de loer. Regelmatige supervisie danwel intervisie is een belangrijke hulpbron om deze verschijnselen bij zichzelf te leren onderkennen en hanteren.

Literatuur

Gabbard, G.O. (1990), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*

. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC/Londen.

De Jonghe, F., P. Rijniere en R. Janssen (1987), Uitzicht op inzicht I. Een psychoanalytisch beschreven spectrum van behandelingsmogelijkheden. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 13, 180-190.

De Jonghe, F., P. Rijniere en R. Janssen (1988), Uitzicht op inzicht II. Een psycho- analytisch beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 14, 2-15.

De Jonghe, F., P. Rijniere en R. Janssen (1988), Uitzicht op inzicht III. Over het mogelijke en het nodige. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 14, 91-99.

De Jonghe, F., P. Rijnierse en R. Janssen (1994), Psychoanalytical supportive psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 42, p. 533-558.

De Jonghe, F. (1993), Over het stellen van de indicatie: psychoanalytische therapie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In: J.L.L. Derksen en R.C. van der Mast (red.), *Psychoanalytische psychotherapie en persoonlijkheidsstoornissen*. Academische Uitgeverij, Amersfoort, 24-39.

Rockland, L.H. (1989), *Supportive therapy: A psychodynamic approach*. Basic Books, Inc., New York.

Wallerstein, R.S. (1986), *42 lives in treatment*. Guilford Press, New York/Londen.

Werman, D.S. (1984), *The practice of supportive psychotherapy*. Brunner/Mazel, Inc., New York.

Wolf, M.H.M. de (1991), *Hoe psychoanalytisch zijn Malan-therapieën?* Coutinho, Muiderberg.

Summary: Psychoanalytical Supportive Psychotherapy

In this article Psychoanalytical Supportive Psychotherapy (PSP) is described as a specific psychotherapeutic method based on the psychoanalytic theory. The psychoanalytical psychotherapies can be described on the basis of a continuum with on the one pole psychoanalysis proper and on the other pole pure supportive psychotherapy. The more one moves on this continuum from the pole of psychoanalysis to the pole of supportive psychotherapy, the more patient categories can be treated.

In this article indications and contra-indications for psychoanalytical supportive psychotherapy are described and changes in treatment strategy, in therapeutic technique and in the attitude of the therapist, in comparison with expressive psychotherapy, are explained and elucidated.

De auteurs zijn resp. psychiater/psychoanalytisch psychotherapeut (afd. Psychiatrie, Ac. Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt), psychiater (afd. Kinderpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam) en hoogleraar psychiatrie (Universiteit van Amsterdam). Correspondentie: mw. R.C. van der Mast, psychiater afd. Psychiatrie AZR- Dijkzigt, Dr. Molenwaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 26-11-1993.