

‘Praten heeft geen zin!’

Enactment van het ‘abjecte zelf’ in de kliniek, een reconstructie van een casus.

Monique Leferink op Reinink is psychotherapeut, groepspsychotherapeut en supervisor NVGP bij GGz Centraal, Expertisecentrum Zwaluw & Enk, kliniek De Zwaluw. Reageren: m.leferinkopreinink@ggzcentraal.nl.

Aanleiding...

Iedereen in ons team was het erover eens: nog nooit is er zo lang een zo heftige discussie gevoerd over één patiënt, waarbij reflectie, (tegen)overdracht, meningen, observaties en analyses voortdurend over tafel gingen. Toen deze patiënt uiteindelijk besloot de behandeling te beëindigen, bleven we enigszins verbouwereerd achter. Weliswaar in het besef dat we gedaan hadden wat we konden, maar ook teleurgesteld en op dat moment nog niet goed in staat tot een reconstructie van wat zich precies had afgespeeld.

Dit artikel, met dank aan het team van De Zwaluw, beoogt een reconstructie te zijn van een behandeling waarin het ons als team veel moeite kostte de holding te waarborgen. Bij deze reconstructie is het artikel ‘*The abject self, self-states of relentless despair*’ van Kathleen Adams (2011) het voornaamste uitgangspunt.¹

... en inleiding

De Zwaluw is een kliniek voor specialistische psychotherapie voor jongvolwassenen

met een persoonlijkheidsstoornis en maakt deel uit van het Expertisecentrum Behandeling Persoonlijkheidsstoornissen Zwaluw & Enk binnen GGz Centraal.

Wanneer eerdere behandeling onvoldoende effect heeft gehad en patiënten op meerdere levensgebieden zijn vastgelopen, is (dag)klinische psychotherapie vaak de laatste hoop op verandering.

De jongere maakt deel uit van meerdere groepen. Al direct of na verloop van tijd, worden oude destructieve patronen zichtbaar in het contact met anderen, en kan hierop worden gereflecteerd en de weg worden vrijgemaakt voor een meer bevredigende manier van omgaan met zichzelf en de omgeving.

De behandelduur is een jaar, waarna doorgaans nog drie maanden dagklinische behandeling volgt en een half jaar resocialiserende nabehandeling gedurende twee dagen per week.

In onze intakeprocedure wordt nagegaan of een potentiële patiënt naast zijn of haar meestal ernstige psychische klachten ook beschikt over voldoende ‘eilandjes van gezondheid’ om de behandeling mogelijk te maken.

¹ De door mij beschreven patiënte heeft onderstaand artikel gelezen en kan zich vinden in het geschetste behandelverloop.

De behandeling kan worden gekenschetst als een psychodynamische groepsbehandeling waarin elementen uit de Mentalization Based Treatment zijn geïntegreerd.

Het behandelprogramma bestaat uit zowel verbale- als vaktherapieën, conform de multidisciplinaire richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen. In de behandeling staat de groep centraal. Patiënten werken actief samen en dragen in belangrijke mate bij aan elkaars behandeling. Samenhang en verbinding worden gevormd door enerzijds het gestructureerde behandelmodel en anderzijds het individuele behandelcontract van iedere patiënt.

Hoewel de intake een goed beeld geeft van de mogelijkheden en beperkingen van een patiënt, worden deze vaak in de behandeling pas echt duidelijk.

De intake

Quirine, een vrouw van eind twintig, die sinds een aantal jaren samenwoont met een oudere partner, meldt zich aan nadat zij in verband met een burn-out al verschillende behandelingen achter de rug heeft, waarover zij niet tevreden is. Zij kampt met depressieve gevoelens, zelfhaat, een gevoel van voortdurend geprikkeld en geïrriteerd zijn, perfectionisme, dwangmatig sporten en heeft een overmatige behoefte aan controle. Zij beleeft haar leven als leeg en zinloos op momenten dat zij alleen is en is gewend haar dagen vol te plannen met activiteiten. Quirine maakt in het eerste gesprek een stevige, maar ook kwetsbare indruk.

Zij is de oudste dochter uit een gezin met twee kinderen en heeft een drie jaar jongere zus. Zij zegt weinig herinneringen te hebben aan het gezin van herkomst.

Quirines vader, een rustige man, werkt volgens haar altijd en ook moeder heeft hard werken als devies. Quirine noemt het een zelfstandig gezin. Iedereen gaat zijn eigen gang. Over gevoelens wordt niet gesproken. Op mijn vraag wat hen bindt zegt Quirine 'dat we familie zijn'. Moeder voegt hier later aan toe dat iemand belt, mocht er iets aan de hand zijn, maar meestal gaat het met iedereen goed. Moeder kan zich niet herinneren wanneer haar dochter voor het eerst problemen kreeg. Wel weet ze dat Quirine op haar zestiende zelf naar een psycholoog is gegaan, zij weet niet meer waarom.

Quirine wordt door moeder beschreven als een rustige baby die zich alleen liet horen als zij honger had. De motorische ontwikkeling verliep normaal. Opvallend was dat Quirine op de peuterspeelzaal nergens toe kon komen. Thuis volgde zij moeder voortdurend. Op de basisschool was Quirine een open en ondernemend kind dat graag buiten was en veel vriendjes en vriendinnetjes had. Zij vroeg nooit om affectie of steun, niet binnen en niet buiten het gezin. Op haar vijftiende kreeg zij een relatie, die het karakter had van 'wij tegen de wereld'. De ouders stonden niet achter deze relatie. Quirine rondde de havo af en deed hierna een hbo-opleiding. Na een aantal jaren te hebben gewerkt begon zij tegelijkertijd een universitaire studie. Zij vond een partner en heeft verschillende, al jarenlang be-

staande vriendschappen. Op het moment van intake woont zij samen met haar huidige partner.

Op grond van de intakegesprekken, het psychologisch onderzoek en haar sociaal maatschappelijk functioneren leek ons in structureeldiagnostische zin sprake van een neurotische persoonlijkheidsorganisatie.

Gezien het onderliggende gevoel van zinloosheid en leegte, de ineffectiviteit van eerdere behandelingen en onze klinische indruk van zowel kracht als kwetsbaarheid, dachten we differentiaaldiagnostisch aan een borderline persoonlijkheidsorganisatie, waarbij sprake was van een sociaal aangepaste façade.

Het verloop van de behandeling zou hierover waarschijnlijk meer duidelijkheid geven.

Descriptief diagnostisch (DSM IV) classificeerden wij een Persoonlijkheidsstoornis NAO met ontwijkende, narcistische en borderline trekken.

Behandelverloop

Quirine voegt gemakkelijk in de groep. Al snel stuit zij op haar moeite met groepsregels en groepsafspraken. Na drie dagen heeft ze het 'helemaal gehad'. Zij voelt zich vaak gespannen en zorgt veel voor anderen. In de sociotherapie en vaktherapieën laat ze horen dat zij niets aan de groep heeft. Ook de staf moet het ontzien. Quirine vindt ons incapabel en wij bieden haar niet wat zij nodig heeft.

Tijdens muziek krijgt ze een black-out, wanneer zij iets persoonlijks inbrengt. In de

groepspsychotherapie vertelt ze dat zij zich geen goed mens voelt en dat zij ervan overtuigd is dat niemand haar kan helpen. Ze vertrouwt alleen op haar verstand. Ze ziet de zin niet in van over jezelf praten, doet dit ook nauwelijks en staat niet open voor adviezen.

In de beeldende therapie zegt ze dat 'de hele wereld nep is' en uit ze haar angst dat de groep helemaal 'klaar' is met haar gedrag, waarbij de tranen haar over de wangen stromen.

In psychodrama geeft Quirine zichzelf geen ruimte om iets te verkennen en kan zij zich niet verbinden met haar gevoelens. Ze krijgt erg veel aandacht, hoewel ze zich weinig met groepsleden verbindt en vooral op zoek is naar een persoonlijk band met stafleden.

Iedere constructieve stap die zij zet wordt door een sarcastische innerlijke stem weer teniet gedaan. Zowel Quirine als de groep voelen zich angstig, machteloos en wanhopig. Sommige groepsleden zijn bang voor haar. In haar geschreven evaluaties laat zij zien dat ze goed kan reflecteren. Ook is ze verrassend kundig in haar observaties van anderen, zij is zich bewust van de emotionele behoeften van anderen en werpt zich op als redder van degenen die in haar ogen meer hulp nodig hebben dan de stafleden bieden.

Wanneer ze na een paar maanden de uitputting nabij is en aangeeft niet meer in staat te zijn zelf uit bed te komen en aan tafel mee te eten, bieden we haar een gesprek aan om samen een plan te maken waardoor zij meer tot rust kan komen. Het hierop volgende

weekend plant ze vol activiteiten en ze komt als herboren terug in De Zwaluw. In de rol van voorzitter in de sociotherapiegroep vuurt zij vragen af op medegroepsleden. Groepsleden reageren angstig op de muur van afwijzing die zij in het contact met haar ervaren. Op andere momenten zit Quirine stil in de groep, verbergt haar hoofd in haar trui of zit ineengedoken met haar handen voor haar ogen. Zowel groep als staf raken langzamerhand vertwijfeld door haar wanhoop.

Dan maakt zij in de beeldende therapie een vrouw van klei die ze eerst uitgebreid uitlacht en dan wegzet. In psychodrama zet ze haar levenslijn neer. Zij loopt erover, in de mist. In individuele gesprekken met een sociotherapeut werkt ze aan het leren zich meer kwetsbaar op te stellen door kleine persoonlijke stappen te zetten. Dit lukt vaak, maar soms leidt kwetsbaarder zijn tot paniek. De muziektherapeut merkt dat iedere poging tot toenadering bijna teveel is. Quirine blijft een eenling in de groepen, worstelend met woede, wanhoop en eenzaamheid. Zij heeft het idee dat de staf haar heeft opgegeven. In de gang hangen groepsleden om en over haar heen.

In Quirines eigen evaluatie valt op dat zij vooral beschrijft wat haar niet is gelukt. Daarnaast is ze vooral gericht op wat er in het contact met de verschillende therapeuten gebeurt. Uit haar evaluatie blijkt dat ze zich enerzijds niet serieus genomen voelt, anderzijds lopen haar gevoelens naar sommige therapeuten zo hoog op dat zij zich er geen raad meer mee weet.

In het team raken de meningen steeds meer verdeeld. Sommige therapeuten twijfelen aan de haalbaarheid van de behandeling, zij vinden dat Quirine vanuit narcistische gekrenktheid te grote moeite heeft met het in behandeling zijn. Haar behoefte steeds bezig blijven en te zorgen voor de ander worden gezien als vermijdingsstrategie. Anderen benadrukken dat er duidelijker grenzen gesteld moeten worden. Quirine moet gecorrigeerd worden als zij zich verliest in kritiek en moet haar eigen verantwoordelijkheid gaan nemen.

De twee sociotherapeuten en de dramatherapeute aan wie Quirine zich heeft gehecht, blijven positief en beschermend. Zij zien een ontwikkeling naar een zich persoonlijker durven opstellen en het nemen van kleine, maar belangrijke stappen in de richting van constructiviteit. Begrenzing versus het bieden van ruimte wordt een thema waarover teamleden frequent met elkaar van mening verschillen. Een teamlid signaleert dat veel collega's gefrustreerd uit een groep met Quirine komen.

In een evaluerend gesprek halverwege de behandeling bespreken wij onze overwegingen en leggen wij Quirine de keuze voor wel of niet verder te gaan met de behandeling. Met daarbij de opdracht dat als zij verder wil gaan, zij zelf aangeeft wat zij denkt te kunnen veranderen. Quirine vindt het een moeilijke keuze. Zij zegt geen hoop op verbetering te hebben en tot dan toe vooral op de hoop en het vertrouwen van de staf te hebben gevaren. Na een paar dagen laat zij weten met de

behandeling verder te willen gaan. Wij spreken af dat zij gaat oefenen met het zich openstellen in de groepen.

Dan gaat de ene sociotherapeut waar Quirine zich aan heeft gehecht voor een aantal maanden elders binnen de organisatie werken en de andere sociotherapeut drie weken met vakantie. Quirine wordt woedend. Zij loopt het bos in en slaat met takken tegen de bomen. In de sociotherapie roept zij 'Rot toch op!' naar de vertrekkende sociotherapeut. Er volgt een beleidsgesprek² naar aanleiding van haar woede, waarin Quirine zegt naar huis te willen om tot rust te komen. Ze erkent dat ze te ver is gegaan, maar geeft ook aan de grip op zichzelf te verliezen en zich steeds verder te voelen afglijden. Wij stemmen hierin toe en spreken af dat zij na twee dagen weer terugkomt.

Bij terugkomst lijkt Quirine gevangen in gevoelens van verlatenheid, verdriet en woede, die zij niet kan hanteren. In het team lopen eveneens de emoties op.

Dagelijks zijn er discussies over allerlei gevoelens en gedachten rondom de behandeling van Quirine. Observaties, analyses, meningen, reflectie en tegenoverdrachtsgevoelens rollen over de teamtafel. De ruimte voor reflectie verdwijnt.

Het lukt de dramatherapeute op een gegeven moment niet meer nog iets te zeggen in het team, zij zit in tranen aan tafel en heeft het gevoel dat zij Quirine niet in de steek mag laten.

In een systeemgesprek geven Quirines ouders, zus en partner aan weinig verschil

te zien met het begin van de opname, eerder een verslechtering.

Quirine zelf zegt in de groepspsychotherapie dat ze niet weet of zij nog in behandeling wil blijven, omdat zij zelf ook geen verbetering ziet en toenemend uitgeput raakt. Na samen uitgebreid te hebben stilgestaan bij het verloop van haar behandeling, neemt ze zelf de beslissing eerder te stoppen. Het lijkt haar op dat moment op te luchten.

Een dag later beleeft zij haar beslissing als een door de staf genomen beslissing, omdat sommige therapeuten genoeg van haar zouden hebben, terwijl andere therapeuten het juist niet eens zouden zijn met de beslissing te stoppen. De dagen hierna raakt Quirine toenemend ontredderd. Zij vraagt dezelfde week nog te mogen afronden, is in paniek en heeft het gevoel volledig te hebben gefaald. Zij wil geen enkele hulp meer aannemen en meldt zich ziek. Zij zegt dat zij helemaal 'open ligt' door de behandeling en voelt zich een groot, gapend gat. Uit een beleidsgesprek naar aanleiding van de crisis waarin zij zich bevindt, loopt zij na twintig minuten weg. Een dag later neemt zij telefonisch contact met ons op.

We spreken af dat zij de week erop afscheid neemt. Quirine komt terug en neemt afscheid, in tranen, want zij heeft de behandeling helemaal verprutst en wij wilden haar niet meer.

Enige weken later blijkt zij in gesprek met haar werkgever en lijkt zij haar oude leven weer te hebben opgepakt.

² Gesprek met patiënt, twee groepsleden, sturend behandelaar en sociotherapeut met als doel de behandelingslijn neer te zetten en/of de grenzen van de behandeling te bewaken.

The abject self

Wat was er met Quirine aan de hand? Hadden wij kunnen voorkomen dat de behandeling op deze manier eindigde? Hoe was alles wat zich afspeelde in en rond de behandeling van Quirine te verklaren? Deze vragen hielden het team erg bezig.

Een antwoord denk ik te kunnen vinden in wat Kathleen Adams heeft beschreven in haar artikel '*The abject self, self-states of relentless despair*'. Adams beschrijft in dit artikel hoe op grond van een gedesorganiseerde hechting en affectieve verwaarlozing preverbale ervaringen van nietigheid, betekenisloosheid en dreiging afgesplitst kunnen zijn geraakt van de latere zelfbeleving. Adams noemt dit afgesplitste deel van het zelf *the abject self*. Ervaringen vanuit dit *abject self* worden in de behandeling onbewust vaak opnieuw geënceneerd (*enactment*) omdat zij niet kunnen worden herinnerd. De patiënt raakt dan overspoeld door een gevoel van onverklaarbare wanhoop en is niet bij machte zichzelf te troosten of kalmeren. Wat op zo'n moment wordt ervaren is zoiets als een niet mogen bestaan en het verdriet en de razernij die dit met zich meebrengt. Er bestaat een groot verlangen naar contact met de ander, naar begrip, wat wordt ervaren als noodzakelijk om te kunnen overleven. Tegelijkertijd wordt deze verbondenheid afgewezen (Adams, 2011).

Quirines diep gewortelde overtuiging dat niemand haar kon helpen, haar woede, verdriet, wanhoop en eenzaamheid, bleven onveranderd na eerdere behandeling en

bleken ook in deze behandeling nauwelijks te beïnvloeden. Dit kan betekenen dat er hier sprake was van een overtuiging op grond van ervaringen vanuit het *abject self*, een niet bewust toegankelijk, afgesplitst deel van het zelf. Schaamte hierover, wantrouwen, cynisme en gevoelens van almacht helpen volgens Adams (2011) daarbij te verdedigen tegen een aanhoudend gevoel van emotionele kwetsbaarheid, hulpeloosheid en angst. Ook dit zagen wij in de behandeling van Quirine: iedere meer persoonlijke stap die zij zette werd door een cynische innerlijke stem weer teniet gedaan, wantrouwen was alom aanwezig en gevoelens van almacht wisselden af met een gevoel van grote kwetsbaarheid.

Hoewel zij in de rol van verzorger van anderen of van criticus goed kon functioneren, kon zij hier op geen enkele manier meer mee in contact komen op andere momenten, wat ook wijst op een splitsing tussen delen van het zelf.

De manier waarop het *abject self* zich tijdens een behandeling uit, lijkt op wat we vaak zien bij masochistisch gedrag. Alleen lijdt de masochist met als doel aandacht en zorg te krijgen, waar het *abject self* lijdt in de overtuiging dat hij niet te helpen is (Adams, 2011).

Deze overtuiging zagen wij ook bij Quirine, zij vertelde in de groepspsychotherapie dat zij ervan overtuigd was dat niemand haar kon helpen.

Taak van de therapeut is volgens Adams allereerst voldoende veiligheid te creëren en een veilige gehechtheid tot stand te brengen. Hierna kan dan voorzichtig

worden geprobeerd de afgesplitste delen van het zelf weer met elkaar in verband te brengen. Een zorgvuldig afgestemde mate van empathie en betrokkenheid bevordert daarbij de zelfreflectie. Interpretaties werken juist averechts, terwijl voor therapeuten juist interpretaties nogal eens een manier zijn om te ontsnappen aan de eigen ondraaglijke gevoelens (Adams, 2011).

Integratie van verschillende delen van het zelf kost veel tijd, omdat dit nauw is gekoppeld aan de wijze waarop de neurale netwerken functioneren. Het bieden van positieve ervaringen kan daarbij latent sluimerende krachten doen ontwaken. Een belangrijke ommekeer is vaak het moment waarop een patiënt voor het eerst iets constructiefs doet of zegt.

Quirine hechtte zich geleidelijk aan drie therapeuten. Het feit dat zij, hoewel zij zich voortdurend ellendig voelde in de behandeling, toch zelf koos voor voortzetten van de behandeling, geeft mijns inziens aan dat er wel sprake was van enig vertrouwen in de staf en medegroepsleden die haar, ondanks vaak forse pogingen tot destructie, niet lieten vallen.

Op het moment dat zij zich met drie stafleden daadwerkelijk verbonden voelde, vielen er door omstandigheden tijdelijk twee weg. Hierdoor kwamen onderliggende gevoelens van waardeloosheid, angst, wanhoop en woede opnieuw in alle hevigheid naar voren.

Opvallend was dat Quirine de behoeften en noden van medegroepsleden wel scherp waarnam en ook emotioneel responsief reageerde. Ook dit wijst eerder in de richting

van een afsplitsing van het *abject self* dan op primair narcistische problematiek.

Teamreacties

Volgens Adams (2011) worden wanneer er sprake is van het opnieuw insceneren van het *abject self* in de tegenoverdracht gevoelens van aversie, uitputting, verachting en machteloosheid opgeroepen. Hierdoor hebben behandelaren soms de neiging om afstand te nemen van deze patiënten of werken ze erg hard om het lijden te stoppen.

Dit is wat we ook in ons behandelteam zagen: sommige therapeuten werden het omgaan met zoveel weerstand moe, zagen geen verandering, voelden zich machteloos en betwijfelden of de behandeling nog wel zin had. Anderen wilden Quirine redden en voelden zich oververantwoordelijk.

Patiënten die destructief gedrag vertonen vormen doorgaans een uitdaging voor het team. De behandeling kan dan namelijk meer een aaneenschakeling van het hanteren van crisismomenten worden dan een dynamische behandeling.

Zoals Krikorian & Fowler (2008) beschrijven, is de functie van een behandelteam *holding* te bieden aan de patiënten en een consultatieve functie te bieden aan de teamleden. Met name het herstellen van optredende breuken in de relatie tussen een patiënt en therapeut is volgens hen een belangrijke factor in het veranderingsproces. Bij de behandeling van patiënten met destructief gedrag treden vaak hevige

tegenoverdrachtsgevoelens op. Vaak is er een splitsing tussen teamleden die de patiënt steun en bescherming willen bieden en teamleden bij wie boosheid wordt opgeroepen door de destructie van de patiënt. Bovendien hebben dergelijke patiënten volgens Krikorian & Fowler (2008) het vermogen een unieke positie in te nemen in het leven van hun behandelaren, gekenmerkt door wederzijdse ambivalentie. Wanneer een behandeling bovendien stagneert of dreigt te stagneren, lopen de emoties nog hoger op, vooral als er sprake is van onderliggende schaamte of onuitgesproken boosheid bij teamleden (Gabbard, 1986). Ook angst over extreem symptomatisch gedrag beperkt vaak de ruimte in het team voor reflectie. Wanneer een team wordt geconfronteerd met openlijk afwerende en destructieve patiënten, verliest het vaak het vertrouwen in zichzelf en neemt de angst bij teamleden toe (Krikorian & Fowler, 2008).

Dit zagen wij ook in ons team bij de behandeling van Quirine. Geleidelijk aan liepen de emoties in het team steeds hoger op en dreigde de ruimte voor mentaliseren te verdwijnen. Daarbij speelde bovendien op een gegeven moment de vraag over de haalbaarheid van voortzetting van de behandeling. Haar met ontslag laten gaan zou voor Quirine hebben betekend dat haar klachten niet te behandelen waren en haar eigen overtuiging niet te helpen te zijn hebben versterkt. Het afnemend mentaliserend vermogen van het team is te zien als een herhaling van het tekort in de *holding* tussen Quirine en moeder in het verleden. Parallel

hieraan liep het dilemma waarin veel teamleden terecht kwamen: afstand van haar nemen, in dit geval afstand doen van het destructieve kind, of Quirine willen redden. Ook het idee een destructief gedrags- en belevingspatroon dat al jarenlang bestond, in een aantal maanden te willen veranderen, leek weinig realistisch.

Door middel van beleids gesprekken en een aantal individuele gesprekken kwam er tijdens de behandeling ruimte voor dialoog en onderhandeling, waarin het ook enigszins mogelijk was breuken in de therapeutische relatie weer te herstellen. Zo goed en zo kwaad als het ging hebben wij gelaveerd tussen het bespreken en hanteren van de verschillende (tegen)overdrachtsgevoelens, het stellen van grenzen, het geven van ruimte en het Quirine haar eigen verantwoordelijkheid laten houden. De afloop van de behandeling kan niet anders dan als pijnlijk worden gezien. Het wegvallen van twee van de drie stafleden aan wie Quirine veilig gehecht was, deed een broze basis opnieuw wegvallen. Haar gehechtheid aan sociotherapiegroep en therapiegroep is altijd ambivalent gebleven en bood haar onvoldoende holding om verder te gaan.

Hadden wij kunnen voorkomen dat de behandeling op deze manier eindigde? Een klinische groepspsychotherapeutische behandeling vraagt van de patiënt het vermogen zich te kunnen verbinden met de therapiegroep. Quirine bleek hier slechts beperkt toe in staat. Alleen door Quirine een langdurig individueel behandelcontact aan te bieden naast de groepsbehandeling,

was er mogelijk meer perspectief geweest, hoewel ook dit had geleid tot een complex dynamisch proces. Tot nu toe bieden wij in De Zwaluw alleen kortdurend individuele gesprekken. Wel zien wij ook het belang van langer durende individuele ondersteuning bij sommige patiënten. Het blijft daarbij een vraag in hoeverre dit wenselijk en haalbaar is in een klinische groepspsychotherapeutische behandeling. Verder werd tijdens de behandeling duidelijk dat er bij Quirine onderliggend sprake was van een borderline persoonlijkheidsorganisatie.

Wat wij als team in ieder geval van deze behandeling hebben geleerd is de grenzen van onze behandeling te accepteren en de ruimte voor reflectie in het team te blijven bewaken.

Ook hebben we geleerd destructief gedrag beter te begrijpen in het licht van een onbewuste encenering van het *abject self*. In hoeverre klinische groepstherapeutische behandeling in een dergelijk geval haalbaar is, staat wat ons betreft open voor discussie. Voor Quirine vielen door het lezen van dit artikel en het samen bespreken van het verloop van haar behandeling eindelijk de puzzelstukjes op hun plaats.

Literatuur

Adams, K. (2011). The abject self: self-states of relentless despair. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61 (3), pp. 333-364.

Gabbard, G. (1986). The treatment of the 'special' patient in a psychoanalytic hospital. *International Review of Psycho-analysis*, 13, pp. 333-347.

Krikorian, S.E. & Fowler, J.C. (2008). A view from Riggs: Treatment resistance and patient authority-VII. A team approach to treatment resistance. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36 (2) pp. 353-373.