

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Tussen spreekkamer en samenleving

Over behoud van psychoanalytisch denken

WOUTER GOMPERTS

¶ Inleiding

Van oudsher is de maatschappelijke positie van de psychoanalyse ongewis. De onveilige maatschappelijke verankering van de psychoanalyse werkt ook vanbinnen door, zowel in als tussen psychoanalytici. In het huidige tijdsgewricht is er sprake van een geslonken wetenschappelijk en sociaal prestige, afnemende aantallen opleidingskandidaten, onzekere financiering en meer gebureaucratiseerde en indringende controle door de overheid. Maatschappelijke druk zet de psychoanalytische beroepsgroep tot reactiepatronen aan die op veiligstelling van de psychoanalyse zijn gericht, maar die onbedoeld en ongewild een autonome ontwikkeling van de psychoanalyse in de weg kunnen staan.

Uitgaande van de onveilige en al geruime tijd afkalvende maatschappelijke positie van de psychoanalyse en bezien vanuit een gehechtheidstheoretisch perspectief, onderscheid ik twee reactiepatronen die veiligstelling van de psychoanalyse beogen, maar verschraling, respectievelijk marginalisering van het psychoanalytisch denken kunnen bewerkstelligen. Enerzijds is er, in analogie met een onveilige, ambivalent-gepreoccupeerde gehechtheidsstijl, een reactiepatroon waarin de psychoanalyse zich passief en/of boos verstrikt in een vergaande aanpassing aan maatschappelijke eisen. Die aanpassing leidt tot inhoudelijke verschraling en tot grensvervaging met andere therapievormen, waaronder psychoanalytische psychotherapie. Anderzijds is er, in analogie met een onveilige, gereserveerd-vermijdende gehechtheidsstijl, een tendens tot idealisering en isolering van de psychoanalyse, waardoor de psychoanalyse ten opzichte van andere therapievormen, waaronder psychoanalytische psychotherapie, een status aparte krijgt. De psychoanalyse raakt gemarginaliseerd.

Ik geef eerst een voorbeeld van de ambivalent-gepreoccupeerde reactiewijze, die tot een verschrallende aanpassing van de psychoanalyse leidt. Op dit moment verlangen zorgverzekeraars en overheid dat er meer zicht komt op de voortgang

van psychotherapeutische behandelingen door middel van Routine Outcome Monitoring (ROM). Op het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) wordt zo'n patiëntenvolgsysteem geïmplementeerd (Berghout & Hartgers 2010). Patiënten vullen voor, tijdens en bij afloop van de behandeling vragenlijsten in die het behandelingsresultaat systematisch zichtbaar moeten maken. Over het scoreverloop ontvangt de therapeut feedback, die hij met de patiënt kan bespreken. De vragenlijsten zijn ontleend aan het standaard wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten van (kortdurende) therapie en hebben betrekking op de klachten, de interpersoonlijke problemen, de kwaliteit van leven en de tevredenheid van de patiënt met de behandeling. De gebruikte lijsten zijn echter geen maat voor het specifieke doel van langdurige psychoanalytische behandelingen (structurele persoonlijkheidsverandering met als gewenst bij-effect duurzame klachtenreductie). Verschillen tussen psychoanalyse en andere (kortdurende) therapievormen kunnen zich dus slechts manifesteren in de soort veranderingen die met deze meetinstrumenten zijn vast te stellen. Bovendien bevat de ROM geen follow-up. Er wordt dus ook niet nagegaan of de geconstateerde veranderingen duurzaam zijn. Kortom: de psychoanalytische inhoud verschaalt en verschillen tussen psychoanalyse en andere therapievormen vervloeien.

Een voorbeeld van het gereserveerd-vermijdende reactiepatroon en marginaliserende idealisering van de psychoanalyse vinden we bij Rothstein (1995). Rothstein vindt psychoanalyse de beste behandeloptie voor zo goed als alle niet-psychotische patiënten. Daarom moet analyse in bijna alle gevallen op zijn minst worden uitgetoetst. Hij schrijft in zijn boek *Psychoanalytic technique and the creation of analytic patients* (p. xiv, zie ook p. 56):

I am armed with the conviction that analysis is the best treatment for most non-psychotic patients who seek help for specific symptoms or for complaints about the quality of their personal or professional lives. My conviction generates an attitude that a trial of analysis is indicated for all such non-psychotic patients.

Zo'n proefanalyse moet minstens zes maanden tot een jaar duren en als de patiënt niet analyseerbaar blijkt, geldt dit slechts voor de combinatie van deze patiënt met deze analyticus (p. 42, 56). In het geval dat de patiënt geen analyse wil, wordt dat als symptoom en als weerstand van de patiënt gezien (en als zodanig geanalyseerd). En als de analyticus ervan uitgaat dat bij deze patiënt een (proef)analyse niet is aangewezen, wordt dat beschouwd als negatieve tegenoverdracht vanwege de persoonlijkheid, symptomen of heftige affecten van de patiënt en/of door een (onbewuste) angst van de analyticus voor analyseren die met zijn eigen analyse samenhangt (p. 43). Zo gezien heeft het bereik van psychoanalyse bij niet-psychotische patiënten nauwelijks beperkingen. In de woorden van Ehrlich (2004, p. 1088):

Yet most analysts also know it to be true that psychoanalysis, even with all its limitations, remains a discontented person's best opportunity for a more fulfilled life. In agreement with Rothstein, I have come to think that if analysts do not privilege this point of view with a given patient, they should seriously consider that they are reluctant to analyze that patient.

Dit in zijn algemeenheid zo gesteld, lijkt mij een wilde duiding, een geloofsopvatting waarin de psychoanalyse wordt geïdealiseerd. Buiten de directe psychoanalytische beroepskring zal het te berde brengen van zo'n geloofsopvatting de positie van de psychoanalyse eerder ondergraven dan versterken.

De sociodynamiek van defensieve reactiepatronen (verschralende aanpassing enerzijds, marginaliserende idealisering anderzijds) die door de ongewisse maatschappelijke positie van de psychoanalyse wordt opgeroepen, kan een autonome ontwikkeling van de psychoanalyse in de weg staan. De psychoanalytische gedachtevorming en vakinhoudelijke discussie worden erdoor vertroebeld. Ik veronderstel dat dit het sterkst gebeurt op het collectieve niveau van de beroepsgroep en van de wisselwerking tussen psychoanalytische organisaties. Ook het debat over de verhouding tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie en over de psychoanalytische indicatiestelling wordt erdoor gehinderd. In polariserende, ideologische discussies worden overeenkomsten en verschillen tussen de psychoanalytische behandelvormen te klein gemaakt of te groot. Daarnaast veronderstel ik — en dat is de kern van dit artikel — dat autonoom psychoanalytisch denken het meest behouden blijft op het microniveau van de interactie tussen deze patiënt en deze therapeut in de reflectieve ruimte van de behandelkamer. Mijn uitgangspunt is dat dit ook geldt ten aanzien van de mogelijkheden en beperkingen van psychoanalyse en van psychoanalytische psychotherapie in de interactie tussen deze patiënt en deze therapeut.

¶ *Het Patiënt-therapeut Gehechtheidsinterview*

Ten behoeve van een klinisch-casuïstische verdieping van grootschalig kwantitatief effectonderzoek (Berghout 2010; Berghout e.a. 2010) interviewde ik drie ex-patiënten van het NPI en hun behandelaars geruime tijd na afloop van hun langdurige psychoanalytische behandeling (Gomperts 2010). In dit follow-up-gesprek kijken zowel de patiënt als de therapeut (onafhankelijk van elkaar) met mij terug op het behandelproces.

Voor de follow-upgesprekken maakte ik gebruik van het Patiënt-therapeut Gehechtheidsinterview, een aanpassing van het Adult Attachment Interview, of Gehechtheidsbiografisch Interview, dat zowel bij de patiënt als bij de therapeut wordt afgenomen (*Patiënt-Therapist Adult Attachment Interview — PT-AAI*), Diamond e.a. 2003, 1999). Dit semigestructureerde interview richt zich op de innerlijke representatie van de therapeutische gehechtheidsrelatie. Centraal

staan de beschrijving door de patiënt en door de therapeut van de therapeutische relatie en specifieke herinneringen en gebeurtenissen die de beschrijvingen ondersteunen of tegenspreken.

De vragen van het Gehechtheidsbiografisch Interview zijn inhoudelijk voor dit interview iets veranderd. Bijvoorbeeld 'Kunt u vijf kenmerken bedenken voor de relatie die u als klein kind (voor uw twaalfde) met uw moeder had?' is nu 'Kunt u vijf kenmerken bedenken die de relatie kunnen typeren die u met uw therapeut, respectievelijk met uw patiënt had?' Een ander voorbeeld: 'Hebt u zich als klein kind weleens afgewezen gevoeld door uw ouders?' is nu: 'Hebt u zich in de therapie weleens afgewezen gevoeld door uw therapeut (respectievelijk patiënt)?' Bovendien zijn er vragen als: 'Wat voelde u voor uw therapeut (respectievelijk patiënt)?', 'Wat denkt u dat uw therapeut (respectievelijk patiënt) voor u voelde?', 'En hoe zijn uw gevoelens nu?' Ook het effect van de behandeling wordt nagevraagd.

Diamond e.a. (2003) namen het PT-AAI af na een jaar behandeling, om de therapeutische gehechtheidsrepresentatie en de reflectieve functie in de therapeutische dyade te onderzoeken. Ik gebruikte het PT-AAI als follow-up-interview. Centraal staan de therapeutische relatie en het therapeutisch resultaat, zoals ervaren door de patiënt en door de therapeut. Mijn ervaringen met dit interview doen me denken aan de bevinding uit eerder psychoanalytisch follow-uponderzoek (Pfeffer 1961, 1963; Leuzinger-Bohleber e.a. 2003), namelijk dat centrale thema's, reactiewijzen en interactiepatronen uit de behandeling (overdracht, tegenoverdracht) zich in beknopte vorm opnieuw voordoen in het follow-upgesprek.

Bij patiënt 1 is dat al het geval als ik hem telefonisch uitnodig voor het interview. De therapie is dan tweeënhalf jaar beëindigd. Patiënt 1 ging in therapie vanwege overspannenheid, perfectionisme en psychosomatische klachten. Hij kreeg twee keer eerder hulp vanwege burn-outklachten. In het telefoongesprekje dat ik met hem heb, klinkt hij gespannen. Hij zegt absoluut geen tijd te hebben voor een follow-upinterview. Hij heeft het zo druk met zijn werk dat hij zich niet kan vrijmaken: 'Ik kom nu al niet uit met mijn werkuren. De eerste maanden heb ik hiervoor echt geen ruimte.' De deur voor een follow-up-interview zit dicht. In het telefoongesprekje is de gespannenheid herkenbaar waarmee patiënt 1 zich indertijd bij het NPI aanmeldde, en in zijn afwijzing voel ik het kleineren, waarover zijn therapeut vertelde in het interview dat ik kort tevoren met haar had.

Patiënt 2 vertelt mij in het follow-upinterview heel veel, maar het is clichématig en onpersoonlijk. Dat komt overeen met wat haar therapeut vertelde over de therapie. De laatste vraag van het gesprek is: 'Ten slotte: hoe voelt u zich over dit interview?' Patiënt 2 zegt: 'Ja, goed. Ik vind het altijd goed om aan dit soort onderzoeken mee te werken. Dus ik vond het vanzelfsprekend om ook aan dit onderzoek mee te doen. Ik hoop dat u er wat aan heeft gehad?' In mijn reactie doe ik wat haar therapeut ook vaak deed: steun en bevestiging geven,

terwijl ik, net als de therapeut, eigenlijk teleurgesteld ben door de beperkte diepgang van het contact.

De afspraak met patiënt 3 is gemakkelijk gemaakt, maar als ik kort daarop bij haar aanbel, is zij onze afspraak glad vergeten. Als ik haar mijn komst heb uitgelegd, moet ze even lachen. In haar werkkamer is het contact snel gemaakt. Patiënt 3 vertelt geïnvolveerd over haar behandeling, ze voelt zich in het gesprek met mij, net zoals zij en haar therapeut over haar behandeling vertellen, serieus genomen. Ze laat mij onverbloemd veel van haar emotionele leven weten en ik voel snel betrokkenheid en sympathie. Patiënte antwoordt op de laatste vraag van het interview (Hoe voelt u zich over dit gesprek?):

Van tevoren, toen ik werd uitgenodigd om dit gesprek te doen, dacht ik: Oké, laat ik het doen. Maar ik had er niet zo veel gevoel bij. Maar nu, al doende, vind ik het ontzettend prettig om erop terug te kijken, om het op deze manier weer even door te nemen. Eigenlijk komt alles in verkorte vorm een beetje terug. En daardoor merk ik weer zo duidelijk hoeveel de therapie me heeft opgeleverd.

De behandeling van deze patiënt (Mies) bestond zowel uit psychoanalyse als uit psychoanalytische psychotherapie (bij dezelfde behandelaar). Hoe hebben de mogelijkheden en beperkingen van psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie zich bij deze patiënt en deze behandelaar in en door het behandelproces — en in de follow-upperiode daarna — concreet uitgekristalliseerd?

¶ *Van psychoanalyseadvies naar psychoanalytische psychotherapie*

Ik interviewde Mies en vervolgens haar therapeut anderhalf jaar na beëindiging van de behandeling. In het onderstaande heb ik vanwege de herkenbaarheid veel veranderd, zowel met betrekking tot de persoon van de patiënt als die van de therapeut. De strekking heb ik hetzelfde gehouden. Ik beperk me tot fragmenten waarin zij, ieder vanuit het eigen perspectief, vertellen over de mogelijkheden en beperkingen van psychoanalyse en psychoanalytische therapie in deze behandeling.

Mies meldde zich aan bij het NPI omdat zij geen conflicten durfde aan te gaan. Zij noemde zich een vermijdende aanpasser en daarom liep het mis in haar werk en relaties. Na het indicatieonderzoek werd een psychoanalyse geadviseerd. Mies gaf echter de voorkeur aan psychotherapie. De therapie werd na een paar maanden omgezet in een psychoanalyse en vervolgens, na een halfjaar, teruggedraaid in een psychoanalytische therapie. Bij elkaar duurde de behandeling bijna vier jaar. Haar therapeut vertelt in het interview:

Vanaf het eerste begin was je emotioneel in gesprek met haar. Een affectieve dialoog, meteen. Ze kwam binnen en haar openingsvraag was: hoe lang zit

je hier al? Ik zei: lang, lang, en dat was een geruststellende mededeling. Dat gaf een basis van zekerheid en vastigheid, dat voelde je. Ik denk dat mijn leeftijd haar aansprak: een oudere man. Ik denk dat zij iets van wat zij bij haar overleden vader heeft gemist bij mij heeft kunnen inhalen.

Mies vertelt over de relatie met haar behandelaar:

Ik mocht hem meteen, ik vond hem een innemende man en ik denk dat hij qua uiterlijk, een oude man weet je wel, de rust uitstraalde, die was wat ik zocht. Er heeft vast iets gespeeld van idealiseren, maar ik voelde me erg goed bij hem. Hij zal ook zijn problemen hebben, maar in die setting zag ik in hem de wijze man die hij van mij moest zijn.

Er was een analyse geadviseerd. De behandelaar vertelt:

Analyse was als indicatie gesteld en ik had een plaats voor analyse open. Maar zij stond er aarzelend tegenover. We zijn begonnen met twee keer in de week.

Mies vertelt over het analyseadvies:

Ik had er niet veel trek in. Ik dacht: daar heb ik geen tijd voor, dat heb ik niet nodig. Maar ik was ook terughoudend omdat ik het eng vond, het was onbekend. Ik wist niet wat het mij zou opleveren. Therapie vond ik gelijkwaardiger omdat je tegenover elkaar zit en oogcontact hebt. Dat heb je met analyse niet, je ligt op je rug en de therapeut zit achter je. Ik had een beeld van dat je je overlevert. In het begin was ook een reden waarom ik tegen analyse opzag dat ik dacht: wanneer eindigt dat? Dat dat onduidelijk was, vond ik eng: stel dat ik de rest van mijn leven met een therapeut in gesprek moet blijven om te kunnen functioneren?

¶ *Van psychoanalytische psychotherapie naar psychoanalyse*

Een belangrijk thema in de eerste maanden therapie was dat Mies zich gekleind voelde als jongste kind in een groot gezin. Ze was vaak uitgelachen om haar gevoel. Het viel de behandelaar op dat ze hem met een sarcastisch lachje groette. Hij noemde dit en daarop kwam naar voren dat Mies bang was zelf geminacht te worden en uit zelfbescherming andere mensen is gaan minachten, zoals nu haar therapeut. Ze vertelt in het interview:

Ik herkende wat hij zei en dat was confronterend. Want ik mocht hem graag. Maar dat je daar dan toch onbewust mee bezig bent...

De behandelaar vertelt:

Zij was een vrouw die in het contact haar emotionele leven liet zien, dingen oppakte, het vasthield, erop terugkwam. Ze voelde zich door mij serieus genomen, en toen zij zich wat vertrouwder voelde, nam zij het voorstel voor analyse over. Maar dat het dus een analyse werd, ging niet van haar uit, en dat is belangrijk. Ik had de ruimte, zo stond ik er zelf in. En zij vond het prettig om te komen, haar verhaal kwijt te kunnen. Ik zei tegen haar: je hebt zo veel te vertellen, er gebeurt zo veel, waarom gun je jezelf niet het volle pond? We hebben de mogelijkheid. Toen wou zij het wel uitproberen.

Mies vertelt over de overgang van psychotherapie naar analyse:

Het begon dus met twee keer per week. Het was snel duidelijk dat ik in die intake terughoudend was geweest en dat ik dat in de therapie niet was. Ik had zó veel te vertellen. Ik had tijd tekort. Mijn therapeut zag dat ook. Hij vroeg of ik toch in analyse wilde. Het was niet dat hij aandrong of zo, dat het vervelend werd. Maar hij kwam er wel op terug en hij bood ook een uitweg: als het je niet bevalt, dan kunnen we teruggaan naar twee- of eenmaal in de week. Toen dacht ik: laten we het maar proberen en kijken wat het oplevert. En ik merkte dat het echt werkte. Dan lag ik daar, en wist ik niet wat ik te zeggen had, en dan begon ik met onbelangrijke dingen. En als je dan daarop doorgaat, kom je toch ergens uit. Bij dingen die onderhuids spelen.

¶ *Afgebroken psychoanalyse*

De behandelaar vertelt:

Na vijf maanden analyse gleed ik uit op straat. Ik was twee maanden uit de running met een gebroken heup. Toen ik weer begon, had ik op één dag niet meer hetzelfde analyse-uur ter beschikking. En toen was het voor haar: dan hoeft het voor mij niet meer! Je hebt mijn uur aan een ander gegeven. Je bent niet eerlijk, ik doe er niet toe. Dat daar een kern van waarheid inzat, hebben we uitvoerig besproken. Maar dat het zó heftig aankwam, was niet alleen dat, maar omdat analyse haar niet lag, dat kon zij later zeggen. Ze wou zitten.

Mies vertelt over de onderbroken analyse:

Toen het ophield was het prettig om te merken: hé, ik kan ook zonder functioneren. Het is niet dat ik afhankelijk ben. Maar toen ik ruzies had en frustraties, toen miste ik het. Toen dacht ik: nu zou ik met hem willen praten.

Toen we het na een maand of twee weer oppikten, reageerde ik met die analyse niet meer vol te houden. Hij vroeg of ik het niet meer wilde omdat ik mij door hem verlaten voelde. Hij vroeg of ik het met hem aan het uitsvechten was: ben jij er niet, dan hoeft ik jou ook niet meer. Of ik mij verraden voelde en verwaarloosd. Maar dat kon ik niet zo voelen. Het was eigenlijk iets waar ik niet echt bij kon komen. Ik deed echt mijn best in die analyse, maar ik vond het gewoon helemaal niet prettig. Je ligt op je rug en je therapeut zit achter je. Je kan iemands gezicht niet aflezen. Je praat in de ruimte. Die analyse voelde gewoon niet goed.

De behandeling is als psychotherapie voortgezet. De therapeut vertelt:

Ze wou mij aankijken. Ze was een vrouw die bestaat in het je zien. Dan riep zij over haar vriend: 'Jakhals', en dan moest ze mijn reactie zien. Ik had het idee dat zij uit het contact ging als ze me niet zag. Wegzakken, leegte, doodheid en dan maakte zij contact door te zeggen: 'Dit hoeft voor mij niet!' Ze was een niet echt gewenst, aan zichzelf overgelaten kind. Ze had weinig bescherming van haar moeder gehad. Haar moeder propageerde de vrije liefde en lag midden in de Jordaan op haar platje bloot te zonnen. Haar vader is vroeg overleden, en soms dook wel eens de vraag op: is mijn vader wel mijn vader? Een vraag die zij dan maar weer liet liggen, want wat moet je ermee? Een moerassige wereld van verwarringen, waarvan ik me kan voorstellen dat je denkt: daar ga ik me niet vijf dagen per week in begeven, want dat leidt tot niks. Dat leidt tot meer van hetzelfde, zwartigheid, doeleloosheid. Wij zijn zittend doorgeslagen.

¶ *Psychoanalytische psychotherapie*

Mies kreeg een vriend en zij merkte dat ze oude relatiepatronen ging herhalen. Ze maakte zich heel boos op hem en kreeg dat keihard van hem terug. Hun ruzies escaleerden en dan kwam ze huilend en razend naar therapie. Mies vertelt in het interview wat de reactie van haar therapeut met haar deed:

En omdat hij zich niet veroordelend opstelde, hoorde ik mezelf die vuiligheid spuien. En toen zag ik dat ik hetzelfde deed als mijn vriend: razend tieren, jakhals, jakhals, hem naar beneden halen terwijl ik mij juist zo verbolgen voelde over wat hij mij aandeed.

De therapeut vertelt:

Het heeft haar goed gedaan dat zij in contact kwam met het sadisme in haar-

zelf. Want die jakhalzen komen natuurlijk niet alleen van buitenaf, maar ook van binnenuit.

Ook met het bespreken van de overdracht ging Mies de jakhalzen meer in zichzelf herkennen. Soms vergat ze te komen, terwijl ze de avond tevoren dacht: morgen ga ik naar therapie. Ze vertelt:

Ik redeneerde dan: zo erg is het niet, want dan heeft hij een uurtje vrij, en dan kan hij zijn administratie doen. Maar hij liet merken dat het hem raakte. Geen felle bewoordingen of bestraffing, maar een serieusheid in zijn blik. Dat het hem raakte als ik niet kwam. Ik leerde eigenlijk wat agressiviteit is. Ik ging voorbeelden in mijn relatie zien, waarvan ik dacht: ik kan best dingen niet doen om daarmee iets agressiefs te doen, waar ik me totaal niet bewust van was.

De jakhalzenwereld werd minder beangstigend en in de therapie kwam een andere gevoelslaag. Mies vertelt:

We hadden het veel over mijn moeder gehad, maar toen ging het meer om mijn vader. Een enorm verdriet, omdat ik hem zo miste. Hij overleed toen ik zestien was, maar toen had het ogenschijnlijk niet veel impact. En in die therapie bleek het verdriet enorm, het kwam gewoon.

De therapeut vertelt:

Ze schreef het aan de therapie toe, dat zij dat nu pas kon voelen, ze zat te kronkelen van verdriet.

Ook in het interview met mij krijgt Mies tranen in haar ogen als ze over het verlies van haar vader vertelt. Ze zegt:

Ik was gek op mijn vader, hij was een hele warme man. Nu word ik gewoon weer emotioneel: ik zie me daar in die stoel zitten met het verdriet om mijn vader.

¶ *Het behandel-effect*

De therapeut spreekt van een geslaagde psychoanalytische psychotherapie:

Je hebt iets voor haar kunnen betekenen. Het heeft haar geholpen om, in een cruciale fase van haar leven, de stap te zetten naar volwassenheid, naar

geven en nemen, eigen gezinsvorming, plezier in werk, kortom naar anders in de wereld staan.

Mies vertelt terugkijkend op haar therapie:

De therapie heeft me veel opgeleverd. Ik heb er veel levenszin in gevonden. Ik denk aan mijn relatie, waarin ik heel gelukkig ben, en we hebben een kind. Mijn therapeut kon mij het vertrouwen geven mijn verhaal te vertellen. Hij liet zien dat hij begaan was. En anderzijds was hij intelligent genoeg om mij of de ander niet te veroordelen, zoals ik dat op zulke momenten zelf deed. In het begin worstelde ik met me ongelijkwaardig voelen, maar nadat we het over die grappenmakerij hadden gehad dat ik niet kwam opdagen, werd het duidelijker wat voor dingen er speelden tussen ons. Aan het eind van de therapie was me duidelijk wat de relatie was die ik met hem had. En had ik daar vrede mee. Ik voelde ook minder noodzaak om dingen met hem uit te werken. Ik heb veel van mijn emoties en kwetsbaarheden laten zien, en hij natuurlijk weinig, maar tegelijkertijd zag ik zo veel van hem dat hij geen vreemde meer voor mij was. Het gebeurt natuurlijk nu ook nog wel dat ik te lang blijf hangen in uitstellen, in mijn werk vooral, wat absoluut onhandig is. Maar dan ga ik voor mezelf de rol die hij had invullen en kijken of ik daar een gevoel bij heb. En dan denk ik niet meer van mezelf: wat ben je toch een stommerd.

¶ *Epiloog*

Het debat over de verhouding tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie wordt vertroebeld door de ongewisse en sinds enkele decennia sterk afkalvende maatschappelijke positie van de psychoanalyse. Een socio-dynamiek van defensieve reactiepatronen (verschralende aanpassing van de psychoanalyse enerzijds, marginaliserende idealisering anderzijds) brengt met zich mee dat overeenkomsten en verschillen tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie te klein of te groot worden gemaakt. Abend (1987, p. 34) concludeerde over de psychoanalytische indicatiestelling: ›Hard and fast criteria do not exist, and it is possible that the degree to which the analyst believes in the special value of psychoanalytic treatment [...] may determine what he advises as much as any other single factor.‹ Omdat heldere criteria ontbreken, krijgen in de algemene vakdiscussie geloofsopvattingen sterk de kans. In de spreekkamer echter kunnen polariserende ideologische discussies en concurrentieverhoudingen op de achtergrond raken. Door de kracht van het behandelproces, waaraan ook de therapeut zich maar zeer ten dele kan onttrekken, kristalliseert zich een verhouding uit tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie waarover geen ideologische dis-

cussie nodig is, maar die voor zichzelf spreekt. In die zin blijft het analytisch denken overeind; in de spreekkamer is de psychoanalyticus op zijn best. Ik pleit er dan ook voor de verhouding tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie te bestuderen vanuit het empirische fundament van zorgvuldige beschrijvingen van behandelingen waarin beide aan de orde zijn. Het hierboven toegepaste follow-updubbelinterview laat zich hiervoor gebruiken.

Bij Mies en haar behandelaar zijn anderhalf jaar na beëindiging van de behandeling de beschrijvingen van het therapeutische veranderingsproces en de herinneringen aan de therapeutische relatie opmerkelijk congruent, terwijl er bij beiden ook besef is dat ze als patiënt en therapeut verschillend in de behandeling stonden. Dit net verschillend spiegelen van elkaars perspectief vat ik op als teken van een veilige therapeutische relatie, die, ook in het follow-upgesprek, reflectieve ruimte geeft.

In de intake was psychoanalyse als indicatie gesteld. Mies voelde echter niet voor analyse. Ze was bang aan de analyticus overgeleverd te worden. De behandelaar exploreerde dit en de behandeling begon als psychotherapie. Toen Mies zich vertrouwd voelde en merkte dat zij zo veel te bespreken had dat zij tijd tekort kwam, ging ze op het aanbod van een analyse in. Na vijf maanden werd de analyse onderbroken vanwege de gebroken heup van de analyticus en toen hij weer begon, had hij op één dag niet meer hetzelfde analyse-uur voor haar ter beschikking. Waren deze interferenties hertraumatiserend? Mies heeft bij haar moeder, die vaak vreemdging, weinig veiligheid ervaren. Haar vader stierf toen zij zestien was. Verwaarlozing, bedrog en verlies hebben in haar levensgeschiedenis een belangrijke rol gespeeld, en nu gebeurde het in de analyse in zekere zin opnieuw. Als de analyticus hiernaar vroeg, kon Mies dat niet herkennen. Ze wees niet haar analyticus af, maar wilde geen analyse meer. Op die manier kon zij wellicht vasthouden aan de positieve vaderoverdracht. Is de analyticus hierin te gemakkelijk met Mies meegegaan? Als ik hem daarnaar vraag, zegt hij:

Ik vond zelf analyse bij haar ook wat geforceerd, dat voelde ik ook in de periode voor de onderbreking. Analyse lag haar niet. Ze vond het geklets in de ruimte. Ze wou zitten en me zien. Ik denk dat voor haar analyse stond voor leegte, doodsheid, verwaarlozing, verwarring. Ten aanzien van dit moeras-sige was er de kracht om 'nee' te zeggen: hier gaan we niet mee door. En dat is ook de kunst: we komen op een psychoanalytische psychotherapie uit, zonder dat dit een tweede keus is. Dat is anders dan de ongelukkige uitgangspositie die je keer op keer tegenkomt: psychoanalyse staat voor diepte en beter, en psychoanalytische psychotherapie voor oppervlakte en minder.

Waldhorn (1960) typeerde de potentiële analysant als ziek genoeg om analyse nodig te hebben en gezond genoeg om ertegen te kunnen. In lijn van deze vaak aangehaalde uitspraak resteert er voor psychoanalytische psychotherapie de

negatieve indicatie «niet gezond genoeg om tegen analyse te kunnen», of de troostprijs «niet ziek genoeg om analyse nodig te hebben». In de intersubjectieve ruimte van Mies en haar behandelaar tekende zich een verhouding tussen psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie af, waarin psychoanalytische therapie geen tweede keus is, maar een positieve, eigenstandige indicatie die voor beiden evidentie heeft. De behandelaar noemt ook de beperkingen van hoe de behandeling is gegaan:

Een versleten oude vent die met de eerste de beste gladheid zijn heup breekt? Dat zijn dingen die in een analyse meer aan bod kunnen komen, dan komt het vanzelf wel naar voren. Dat geldt misschien ook voor opdrachten laten verslonzen. Dat dwars blijven hangen in een kinderleven. In een analyse had het meer infantiele stuk meer aan de orde kunnen komen. De spot en hoon heeft ze op mij kunnen botvieren. Dan kon zij mijn reactie ervaren en dat heeft haar veiligheid gegeven. Het agressieve bleef wat vreemd, een beetje afgesplitst. Het zat vooral in het uitageren. En dat geeft mij allerlei herinneringen aan vroeger, aan wat ik in mijn opleiding heb geleerd. Ik zie onze oudere analytische collega's en ik hoor ze zeggen: zij is wat ageerderig. Maar bij haar zat voelen in het handelen. Ze had handelen nodig in het contact, uitproberen en kijken hoe de ander reageert. Zo is haar persoon en daar moet je op inhaken. Daarin sloot psychoanalytische psychotherapie beter bij haar aan dan analyse. Ik denk dat impliciet vooral het positieve van het oedipale aan de orde is geweest, dat de behandeling daarop heeft gewerkt, en ik denk dat zij dat ook als herinneringsbeeld heeft vastgehouden.

Mijn dank gaat uit naar de geïnterviewde ex-patiënt en haar behandelaar.

Literatuur

- ABEND, S. (1987). Evaluating young adults for analysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 7, 31-38.
- BERGHOUT, C. C. (2010). *A cohort study into the effectiveness of long-term psychoanalytic treatment for patients with personality disorders and/or chronic depression*. Academisch Proefschrift. Vrije Universiteit Amsterdam.
- BERGHOUT, C. C. & HARTGERS, C. (2010). *Routine Outcome Monitoring — Wat komen we te weten door te meten?* Voordracht op de Dag van de Psychoanalyse, Vrije Universiteit Amsterdam/Nederlands Psychoanalytisch Instituut, 10 februari 2010.
- BERGHOUT, C. C., ZEVALKINK, J. & WOLF, T. DE (2010). Psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie — Effectgroottes en klinische significantie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36, 22-39.
- DIAMOND, D., CLARKIN, J., LEVY, K., LEVINE, H., KOTOV, K. & STOVALL-MCCLOUGH, C. (1999). *The patient therapist adult attachment interview (PT-AAI)*. Niet-gepubliceerd manuscript, The City University of New York, Department of Psychology.
- DIAMOND, D., STOVALL-MCCLOUGH, C.,

- CLARKIN, J.F. & LEVY, K.N. (2003). Patiënt-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- EHRlich, L. (2004). The analyst's reluctance to begin a new analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 1075-1093.
- GOMPerts, W.J. (2010). *Grote veranderingen op klein formaat — Kwantitatief gestuurde klinische casuïstiek*. Voordracht op de Dag van de Psychoanalyse, Vrije Universiteit Amsterdam/Nederlands Psychoanalytisch Instituut, 10 februari 2010.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M., STUHR, U., RÜGER, B. & BEUTEL, M. (2003). How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being — A representative, multi-perspective follow-up study. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 263-290.
- PFEFFER, A. Z. (1961). Follow-up study of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 9, 689-718.
- PFEFFER, A. Z. (1963). The meaning of the analyst after analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 229-244.
- ROTHSTEIN, A. (1995). *Psychoanalytic technique and the creation of analytic patients*. Madison: International Universities Press.
- WALDHORN, H.F. (1960). Assessment of analyzability — Technical and theoretical observations. *Psychoanalytic Quarterly*, 29, 478-506.

SUMMARY

Between the consulting room and society — On the preservation of psychoanalytic thinking

The societal position of psychoanalysis is chronically insecure. Analogous to an ambivalent-preoccupied attachment pattern, there is currently a response style among practitioners in which psychoanalysis is entangled in a sweeping social adjustment that has a reductive effect on its content. However, analogous in turn to an avoidant-dismissive pattern of attachment, there is also a tendency to idealize and isolate psychoanalysis, which marginalizes it. The socio-dynamics of reductive adaptation and marginalizing idealization is a burden to the substantive professional debate on the relation between psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy and on what works for whom.

The author presumes that autonomous psychoanalytic thinking about the capacities and limitations of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy is best preserved at the micro-level of the interaction between a patient and a therapist in the reflective space of the consulting room. He supports this postulate with a case study of a treatment consisting of psychoanalysis as well as psychoanalytic psychotherapy. For this purpose, he interviewed a patient and the therapist after the completion of treatment following the procedure of a Patient-Therapist Adult Attachment Interview (PT-AAI).

Key words: follow-up, insecure attachment patterns, professional identity of the psychoanalyst, Patient-Therapist Adult Attachment Interview (PT-AAI), psychoanalysis and society, relation of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy

Manuscript ontvangen 4 mei 2010

Definitieve versie 13 juli 2010