

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



Spelen met grenzen

Beschouwingen over het grensbegrip in psychoanalytische psychotherapie[†]

Marc Hebbrecht

Kenmerken van psychische grenzen worden uiteengezet en de relatie met het psychoanalytische kader wordt onderzocht. Enkele klinische vignetten tonen hoe een psychoanalytische behandeling leidt tot een beter hanteren van de eigen grenzen. Dit gaat gepaard met een grotere innerlijke vrijheid en een verbetering van interpersoonlijke relaties.

Probleemstelling

Grenzen in hun geografische betekenis dienen om territoria af te bakenen, om ernstige ontregelingen te voorkomen (oorlog, burenruzies), om autonomie te beklemtonen (etnische minderheden, nationalisme), om de identiteit van een volk of een groep te ondersteunen. De mate waarin men bepaalde elementen als gevaarlijk beleeft, zal de stevigheid, rigiditeit en dikte van grenzen beïnvloeden (denk maar aan het vroegere IJzeren Gordijn of de Chinese muur). Grenzen worden gecreëerd vanuit angst voor invasie, vervolging en overrompeling. Grenzen worden niet alleen gecreëerd; we kennen ook natuurlijke grenzen. Krachten of energieën kunnen dikwijls slechts beheerst worden door er stevige grensstructuren omheen te bouwen. In dit opzicht behoort de constructie van grenzen tot de ontwikkeling en civilisatie. Naarmate er een groter vertrouwen groeit en er duidelijke afspraken en overlegstructuren ontworpen zijn, heeft men minder behoefte aan formele grenzen. Het openstellen van grenzen wordt vertraagd wanneer er onderlinge geschillen en spanningen rijzen of wanneer er uitgesproken verschillen in opvattingen bestaan. Ook in de analytische situatie krijgt het grensfenomeen veel aandacht. Aan de hand van klinisch materiaal zal aangetoond worden dat een psychoana-

M. Hebbrecht is psychiater en psychoanalytisch psychotherapeut, verbonden aan de psychoanalytische dienst van het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg en aan het APZ Sancta Maria te Sint-Truiden. Hij is supervisor in het kader van de postgraduate specialisatie in de psychoanalytische psychotherapieën van de K.U. Leuven (diensthoofd: Prof. dr. S. Verhaest). Hij volgt de opleiding bij de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse. Correspondentieadres: Wijkstraat 146, 3700 Tongeren.

satie in de psychoanalytische psychotherapieën van de K.U. Leuven (diensthoofd: Prof. dr. S. Verhaest). Hij volgt de opleiding bij de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse. Correspondentieadres: Wijkstraat 146, 3700 Tongeren.

lytische behandeling het vermogen om de eigen grenzen te reguleren kan verhogen. Een tweede voorbeeld maakt duidelijk dat een grensoverschrijding door de therapeut opgevat kan worden als een projectie van zijn interne grenzen op het analytische kader, die tot uiting komt in een tegenoverdrachtsenactment. Eerst zal ik enkele beschouwingen wijden aan het grensconcept zoals dit beschreven wordt in het werk van Gabbard en Lester (1995). Mijn artikel ligt in het verlengde van de wetenschappelijke bijeenkomsten die rond dit onderwerp recent zijn georganiseerd (Markx e.a. 1996; studiedag Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten 1997; studiemiddag kinder- en jeugdafdelingen N.P.I. 1998).

Grenzen: terminologie en eigenschappen

Uit de dertien omschrijvingen voor het begrip grens in Van Dale, *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* (Geerts & Heestermans 1992) zijn de volgende betekenissen voor ons relevant: 4. uiterste rand of kant; 6. dat wat bepaalt, ofwel het punt waar het ene gebied ophoudt en het andere begint; 7. afscheiding, scheiding (vb.: de grenzen tussen het goede en het kwade); 8. beperking, maat; 9. eindpaal, uiterste punt. De zegswijze 'alles heeft zijn grenzen' betekent dat er nu eenmaal een einde is aan iemands geduld, toevendheid ... het uiterste kan niet gevegd worden. Een synoniem voor grens is limiet. Mensen overschrijden, verleggen of verliezen grenzen en zijn soms grenzeloos. In de psychiatrische diagnostiek wordt de afgrenzing beschouwd als een aspect van de overkoepelende psychopathologische categorie van de zelfbeleving. De zelfafgrenzing, of het vermogen te onderscheiden tussen zichzelf en de rest van de wereld als niet behorend tot het zelf, is een aspect naast andere componenten, zoals de vertrouwdheid, de vitaliteit, de continuïteit, de integriteit, de activiteit, de identiteit van het zelf en het lichaamsschema (Pierloot 1980).

Gabbard en Lester (1995) gaan uitvoerig in op het grensconcept in de psychoanalyse. Voor een bespreking van grensoverschrijdingen in de psychotherapeutische relatie verwijs ik naar een eerdere bijdrage (Hebbrecht 1997). Het psychisch apparaat kan opgevat worden als een systeem dat bestaat uit subsystemen, zoals de verschillende intrapsychische instanties van het structurele model. Elk systeem of subsysteem is afgegrensd. Het gaat hier niet om feitelijke werkelijkheden maar om constructen, die verwijzen naar specifieke operaties en functies die bij elkaar horen en georganiseerd zijn als systemen van een hogere orde. In de psychoanalytische literatuur schrijft men de ene keer over de grenzen van het psychisch apparaat en een andere keer over zelfafgrenzing of over Ik-grenzen. Deze terminologische onduidelijkheid leidt tot spraakverwarring en misverstanden.

Tausk (1918) introduceerde het begrip Ik-grenzen. Dit werd later door Federn (1952), Jacobson (1964), Landis (1970) en Hartmann (1991) uitgewerkt. Ik-grenzen zijn een functie en een attribuut van het continu fluctu-

erende ego. Men kan ze niet zomaar gelijkstellen met demarcatielijnen. Anderzijds kan een Ik-grens opgevat worden als een perifeer zintuigorgaan dat voortdurend onderscheid maakt tussen werkelijk en onwerkelijk, dat externe input waarneemt en categoriseert. De vergelijking wordt gemaakt met een amoëbe; de grenzen van het Ik zijn aan voortdurende verandering onderhevig en fluctueren tussen expansie en contractie onder invloed van de variërende energiebezettingen in het psychische apparaat. Grenzen wisselen met de mate van waakzaamheid of vermoeidheid en veranderen bij ziekte. Ze onderscheiden wat binnen is en wat buiten. Toch beperken grenzen zich niet tot het afbakenen van de buitenwereld. Naast externe grenzen zijn er ook interne grenzen: tussen de verschillende instanties in de persoonlijkheid, tussen zelf- en objectrepresentaties. De borderline patiënt leeft met de angst dat hij onder stress de grenzen tussen zelf- en objectrepresentaties niet zal kunnen handhaven (Kernberg 1984). Didier Anzieu (1985) introduceert de term 'huidego' en verwijst hierbij naar een soort psychologische lichaamsomhulling die als een permeabel membraan geplaatst is tussen het zelf en de objecten en deze van elkaar scheidt. Anzieu heeft hierover in zijn werk uitgebreid getheoretiseerd. Hij is van mening dat de patiënt zijn eigen huidego (later gebruikt hij de term psychische enveloppe) op het kader van de analytische sessie projecteert. Hij spreekt van een homeomorfisme tussen analytisch kader en psychische enveloppe. De psychische enveloppe kenmerkt zich door een aantal structurele eigenschappen ('appartenance', 'connexité', 'compacité'), een aantal plastische kwaliteiten (receptiviteit, soepelheid, consistentie en soliditeit) en een aantal functies. Terwijl Anzieu aanvankelijk slechts drie functies onderscheidt, breidt hij deze in zijn werk van 1985 uit tot negen functies. Het huidego of de psychische enveloppe is een geïnternaliseerd deel van de moeder (van haar handen in het bijzonder) en staat borg voor de 'holding' waardoor de persoon zich gedragen en vastgehouden voelt. Het huidego vervult de rol van 'container' en omhult het gehele psychische apparaat zoals de huid het lichaam. Het huidego is ook prikkelwerend. Het huidego draagt bij tot de individuatie van het zelf en het gevoel van uniek te zijn. Het huidego ondersteunt de seksuele prikkeling, integreert zintuiglijke indrukken tot iets zinnigs en draagt bij tot het heropladen van de libido ('recharge libidinale'). Als twee laatste functies noemt hij het vastleggen van tactiele sporen en de autodestructieve functie in dienst van de doodsdrijf. Het concept van de psychische enveloppe is verwant met het begrip 'container', beschreven door Bion (1963). Ook het werk van Bick (1968) dient in dit verband vermeld te worden, doch verdere uitwerking van dit thema voert ons te ver van mijn onderwerp.

Grenzen kunnen op vele wijzen geconceptualiseerd worden: als demarcatielijnen, als functies, als barrières, als kwaliteiten en attributen van de psyche, als meetbare persoonlijkheidsdimensies maar ook als processen in ontwikkeling. Mahler e.a. (1975) gaan ervan uit dat er een symbiotisch sta-

dium, gekenmerkt door afwezige demarcatie tussen zelf en object, bestaat, waarbij het kind zich als versmolten en verenigd ervaart met de moeder. Stern (1985) trekt het bestaan van een symbiotische fase in twijfel. Volgens hem gaat het hier om een pathomorfe, retrospectieve en secundaire conceptualisering. Op grond van nieuwe inzichten naar aanleiding van moeder-kindobservaties, weten we dat de cognitieve en perceptuele functies meer verfijnd zijn dan oorspronkelijk werd aangenomen. Reeds bij de geboorte bestaat er enige mate van differentiatie en afgrenzing tussen zelf en object.

Veel psychopathologie gaat gepaard met wazige interpersoonlijke grenzen en vervloeiing van zelf- en objectrepresentaties. We denken hier aan regressieve toestandsbeelden bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, aan psychotische decompensaties en intoxicaties. Minder pathologisch is het oceanische gevoel, een subjectief gevoel waarbij de persoon het gevoel heeft te vervloeien met de kosmos als eindresultaat van transcendent, religieuze of mystieke ervaringen. Kernberg (1995) schrijft dat gepassioneerde liefde die culmineert in coïtus en orgasme, gepaard gaat met een expansie en/of een invasie van de grenzen van het zelf. Deze ervaring is gekoppeld aan een gevoel van volheid, vervulling en transcendentie van de limieten van het zelf. In de gepassioneerde liefde worden de grenzen van het zelf tijdelijk opgeheven terwijl het gevoel over een onderscheiden identiteit te beschikken toch behouden blijft.

Grenzen kunnen door een aantal karakteristieken beschreven worden. Bij de beschrijving kan men gebruik maken van de metafoor van fysieke dichtheid: zo onderscheidt men dikke en dunne grenzen. Grenzen kunnen hard of zacht zijn. Reich (1949) beschouwt het karakter als een pantser of een muur die opgebouwd wordt ter bescherming tegen de gevaren die het ego zowel van buitenaf als van binnenuit bedreigen. Aan het karakter wordt impliciet een grenseigenschap toegekend. Hartmann (1991) vat grenzen op als een persoonlijkheidsdimensie bestaande uit vier subdimensies (dik/dun, intern/extern) en geworteld in de neurobiologische constitutie. De dikte van grenzen wordt niet alleen bepaald door constitutionele factoren maar ook door vroege ervaring en door de kwaliteit van gehechtheid aan de verzorgende figuur tijdens het eerste levensjaar. Voor de ontwikkeling van stevige grenzen zijn stabiliteit, continuïteit en ritmische regelmaat in de relatie met het primair object van het grootste belang.

Grenzen kunnen variëren in permeabiliteit. Chaotische ervaringen in het vroegkinderlijke milieu kunnen leiden tot te permeabele interne en externe grenzen. De borderline patiënt is bijvoorbeeld niet in staat een duidelijke lijn te trekken tussen zichzelf en anderen. De interne en externe grenzen van borderline patiënten zijn opvallend dun, maar ook te labiel en te permeabel. De externe grenzen van narcistische personen zijn daarentegen goed afgelijnd, dik en impermeabel. Grenspermeabiliteit is meetbaar. Landis (1970) heeft met behulp van de Rorschachtest belangwekkend onder-

zoek verricht. Met betrekking tot grenspermeabiliteit stelde hij significante geslachtsverschillen vast. Bij vrouwen zijn de externe (interpersoonlijke) grenzen doorgaans meer permeabel. Vrouwen kunnen zich gemakkelijker emotioneel beschikbaar stellen dan mannen. Ze reageren minder defensief wat betreft emotionele nabijheid. Ze zijn meer fusioneel ingesteld. Dit komt tot uiting in hun dromen en fantasieën maar ook in de karakteristieken van hun geërotiseerde overdrachten tegenover mannelijke therapeuten. Mannen zullen zich doorgaans krachtiger verzetten tegen symbiotische angsten door zich agressief te gedragen of door anale relatiepatronen te vertonen. Empathisch vermogen vereist voldoende grenspermeabiliteit; zich meevoelend inleven in de innerlijke wereld van de ander is onmogelijk wanneer de grens tussen zelf en ander dik of ondoordringbaar is (Landis 1970).

Grenzen kunnen ten slotte variëren in flexibiliteit. In de gezonde toestand zijn grenzen aan wisselingen en veranderingen onderhevig. Ze worden in het ideale geval gekenmerkt door elasticiteit. Gezonde grenzen openen en sluiten zich, in overeenstemming met wisselende omstandigheden.

Toename van grensflexibiliteit

Aan de hand van een klinisch vignet zal ik illustreren hoe iemand kan lijden onder te rigide grenzen. In de loop van een psychoanalytische therapie slaagt de patiënt erin de eigen grenzen te openen en te sluiten in wisselende omstandigheden en wint aan inzicht in de onderliggende dynamiek.

Klinisch vignet 1 Een man van dertig jaar consulteert mij met als voornaamste klacht dat hij zich in interpersoonlijke contacten niet kan openstellen wanneer hij dat wil. Hij is doorgaans aangenaam en joviaal in de omgang maar op sommige momenten – zonder dat hij begrijpt waarom – wordt hij overvallen door een gevoel dicht te zitten. Hij kan niet resoneren in het gesprek en niet meelevens met de emoties van de anderen. Op dergelijke momenten krijgt hij het gevoel dat zijn gelaat als het ware een houten masker wordt dat zijn gesprekspartners doet schrikken. Hij vreest dat ze de plotse omslag van spontaniteit en openheid naar geremdheid en dichtzitten niet zullen begrijpen. Hij vreest dat men hem onaangenaam vindt. Anderen zullen vermoeden dat er in hem vieze, akelige dingen omgaan die hij evenwel niet kan benoemen. Het is alsof hij het openen en sluiten van zijn grenzen niet kan reguleren. Hij heeft geen keuze: of er is het masker, of er is het gevaar van controleverlies waarbij de ander overstroomd zal worden door een mengsel van gevoelens (warmte, verdriet, genegenheid, angst) met als gevolg dat de ander zich van hem afkeert.

De ganse therapie centreert zich rond een rattendroom die in de loop van de therapie terugkomt en evolueert. Hij droomt van ratten die langs balken lopen; vervolgens opspringen, te pletter vallen, vermorzeld worden, zich

opnieuw organiseren en zich in grote groep verenigen en hem achtervolgen. Op het einde van de droom is hij verenigd met zijn moeder. De droom evolueert naarmate de therapie vordert: hij droomt dat de ratten achterna-gezet worden door zijn vader. Zijn vader wil de ratten via de anus in hem jagen. Er is maar één manier om aan het gevaar te ontsnappen: zichzelf heel dicht maken en alle openingen afsluiten.

Bij verdere analyse blijkt dat de patiënt zich verdedigt tegen een warme, hartelijke band vooral in de relatie met een man, vanuit een onbewuste vrees geïnvadeerd en homoseksueel gepenetreerd te worden, een angst die hij in verband brengt met de wilde vechtspelletjes met vader toen hij nog klein was. Hij verdroeg niet dat zijn vader hem kustte; hij stootte zijn vader af en kreeg terzelfdertijd spijt dat hij daarmee het plezierige in het contact met vader stuk maakte. Zijn vaders uitbundige hartelijkheid heeft hem overrompeld en bang, gesloten gemaakt. Daarna heeft vader zijn belangstelling voor de patiënt verloren en ging zich vooral op een jongere broer concentreren wiens temperament meer bij dat van hem aansloot. Vader vond patiënt anders, een vreemd kind. In de therapie benadrukt de patiënt de voordelen van een koele, correcte neutrale houding. Hij apprecieert mij om mijn afstandelijkheid en mijn voorzichtigheid. Hij slaat echter 'dicht' wanneer ik me eens spontaan en hartelijk gedraag. Ik heb het gevoel dat hij het goede dat ik hem te bieden heb, niet durft binnen te laten; hij is een interessante analysant die zijn analyse bijna autonoom doet terwijl ik hem af en toe ideeën voorleg waarop hij echter niet ingaat. Ik voel spijt en verdriet omdat deze boeiende man gesloten blijft voor mijn interventies. Pas wanneer hij zijn angst voor gemoedelijkheid en warmte beleeft en bespreekt, slaagt hij erin iets van mij op te nemen en dit tot iets van hem te verwerken.

Aanvankelijk lijkt alles in dit register begrijpbaar doch naarmate de therapie vordert, wordt duidelijk dat hij vooral leed onder het onvermogen van zijn moeder om een stabiele gehechtheid aan te gaan. Hij was het oudste kind van een jonge, onzekere moeder die niet kon optornen tegen de zus van vader die toen inwoonde en zich misprijzend uitliet over de bekwaamheid van moeder. Hij voelt zich als het ware nog steeds gedragen door een angstige, onzekere moeder wier greep twijfelend is, alsof ze hem (als baby) kan laten vallen. Zich emotioneel laten gaan activeert fantasieën waarbij de moeder (in een moederlijke overdracht: de therapeut) schrikt en hem laat vallen. Zijn symptoom wordt begrijpbaar: het delen van gevoelens in een prettig contact met anderen, het gevoel van samenzijn en samen genieten is gevaarlijk en moet gemeden worden. Hij vreest dat de therapeut niet opgewassen zal zijn tegen heftige emoties. Hij speelt op veilig en houdt de grenzen netjes gesloten. Nu deze dynamiek in de loop van de therapie geleidelijk duidelijk is geworden, durft de patiënt meer zichzelf te zijn in relaties en kan hij zich gemakkelijker openen en sluiten voor heftige gevoelens in het contact met hartelijke, levendige anderen. Hij krijgt het gevoel

dat hij meester is over zijn grenzen en voelt zich vrijer. Hij kan verliefd worden; hij kan iemand missen maar hij kan vooral de ander laten zien wat er in hem gebeurt, wat gepaard gaat met verbondenheid en levendigheid (moeilijker maar heviger). Hij identificeert zich meer met de sterke vader en schuwt gezagsposities minder. Zich af en toe eisend en autoritair gedragen hoeft niet uit te sluiten dat er ook een warme meelevende band kan bestaan.

Deze casus doet me denken aan de hypothese die Houzel (1987) formuleert met betrekking tot de plastische eigenschappen van de psychische enveloppe. Deze hangen af van de meest primitieve niveaus van de psychische bisexualiteit. Kwaliteiten zoals receptiviteit en flexibiliteit of souplesse houden vooral verband met de moederlijke pool terwijl kwaliteiten als consistentie en soliditeit afhangen van de vaderlijke pool. De casus laat ook vermoeden dat niet alleen de aard maar ook de intensiteit van de gevoelens bij het kleine kind bijdragen tot het ontstaan van dikke, weinig flexibele grenzen. Voorts heb ik ingezien dat het spelen van de patiënt met de grenzen van het analytisch kader (te laat komen, eens niet komen, de therapeut plagen) een ervaring mogelijk maakt waardoor zijn grenzen flexibeler worden. Dit is een belangrijke ervaring voor een dwangmatig iemand als deze patiënt.

Grenzen en het psychoanalytisch kader

De interne en externe grenzen van het psychische apparaat bepalen hoe grenzen in de buitenwereld tot stand komen en georganiseerd worden. Men kan eigenlijk stellen dat er een wederkerige relatie is tussen grenzen in de persoon en de begrensdheid van de omgeving. Men kan veel afleiden over de structurele organisatie van een persoon uit de wijze waarop hij bijvoorbeeld met de grenzen van een psychoanalytisch of een psychotherapeutisch kader omgaat. Bovenstaand vignet is hiervan een voorbeeld. De relatie tussen objectrelaties en interne grenzen wordt geïllustreerd door het feit dat kinderen die in een zeer chaotische omgeving zijn opgegroeid, meer moeite hebben om zich als volwassene stabiel en flexibel af te grenzen van de omgeving.

In elke vorm van psychoanalytische psychotherapie is het vermogen van de therapeut tot het stabiel en duurzaam bewaken en handhaven van de grenzen van het kader één van de grondvoorwaarden van een analytisch proces. In de loop van een psychoanalytische behandeling komt het regelmatig voor dat poreuze interne grenzen van patiënten met borderline pathologie verdichten en dat dikke interne grenzen van dwangmatig gestructureerde personen (mijn casus is hiervan een illustratie) flexibeler worden. Dwangmatigen durven zich meer te laten gaan in vrije associatie en fantasie, de afweer van intellectualiseren en isoleren wordt minder belangrijk. Er bestaat overigens een nauwe relatie tussen afweer en interne grenzen. Zo kan men verdringing begrijpen als het achter een muur plaatsen van pijnlij-

ke herinneringen en angstwekkende impulsen. Isolatie is te begrijpen als een barrière tussen gedachten en de bijhorende emoties. Intellectualiseren is het oprichten van een wal van woorden en abstracties tegen het gevoelsmatig beleven van een pijnlijke interne of externe werkelijkheid.

Het psychoanalytische kader dient duidelijk afgegrensd te zijn. Het is gemakkelijker te beschrijven wat men niet mag doen dan wat men als ideaal beoogt. De grondleggers en de toonaangevende vernieuwers in alle psychoanalytische bewegingen gedroegen zich vaak anders in hun therapeutische praktijk dan ze predikten in hun geschriften.

Gutheil en Gabbard (1993) stellen dat de therapeut in de eerste plaats zijn professionele rol dient te vervullen. Dit houdt onder andere in dat we de rol die de patiënt ons oplegt, niet aanvaarden. Soms wordt deze rol ons met kracht opgedrongen door middel van projectieve identificatie. Het vignet toont aan dat de patiënt mij in een zo neutraal mogelijke houding wil plaatsen. Ook deze positie moeten we niet zomaar accepteren. Gilliéron (1994) omschrijft dit gebeuren met de term 'étayage objectal'. Volgens Gilliéron gaat de patiënt op een voor hem karakteristieke manier om met de therapeut. Hij oefent druk uit op de therapeut en zet hem aan tot handelen en/of denken. De patiënt hanteert, maakt gebruik van de therapeut op een zodanige wijze dat het eigen innerlijke evenwicht behouden blijft. Hij tast als het ware de grenzen af en probeert de therapeut uit zijn professionele rol te duwen. Hoe meer ervaren de therapeut, hoe minder hij zal zwichten voor de invloed die de patiënt op hem uitoefent (Hebbrecht 1995a). Zo zal de patiënt druk op ons uitoefenen om de rol op te nemen van de goede vader of moeder die tekortkomingen uit de vroege kindertijd alsnog goedmaakt en op een magische wijze, bovendien met veel liefde, alle pijn en lijden wegtovert.

Volgens Casement (1990) dient de analyticus niet in de eerste plaats de libidineuze behoeften van de patiënt te bevredigen doch wel tegemoet te komen aan de groei behoeften van de patiënt zoals de wens om op een empathische wijze begrepen te worden en door een competent iemand met bekommernis en zorg behandeld te worden. Het zin geven aan de ervaring van de patiënt – in het hier en nu maar ook vanuit zijn verleden – is een andere wezenscomponent van de analytische rol.

In de meest repressieve en restrictieve betekenis kan men analytische of therapeutische grenzen definiëren als een geheel van regels waarop ethische comités of onderzoekscommissies zich baseren om te beslissen of er bij overtreding disciplinaire maatregelen opgelegd moeten worden. Het karikaturaal naleven van dergelijke regels leidt vaak tot een koude, antitherapeutische houding. Men moet regels meer opvatten als elastische vangrails die mogelijk maken dat er binnen het kader gewerkt en gespeeld kan worden met een minimaal risico van traumatisering en catastrofe zowel voor de patiënt als voor de therapeut. Het analytische kader is vooral een verlengstuk, een uitbreiding van de externe grenzen van de analyticus.

Wanneer de professionele grenzen gehandhaafd blijven, beschikken de therapeut en patiënt over de vrijheid om ze in fantasie te overschrijden. Elke aanslag op het kader door de therapeut waarbij reële grenzen overschreden worden, zoals zelfonthulling, de patiënt bij de voornaam noemen, accepteren van geschenken, gebruik maken van de professionele mogelijkheden van de patiënt voor privé-doeleinden, heeft tot gevolg dat het onderscheid tussen symbolische en concrete realiteit vervaagt en daarmee de centrale bedoeling van psychoanalytische therapie ondermijnt. Deze bewering is echter te sloganesk en radicaal. In verband met zelfonthulling wil ik verwijzen naar het artikel van Pizer (1997). Pizer geeft omstandigheden aan waarin zelfonthulling echt vereist is en een noodzakelijke component van de analytische techniek, bijvoorbeeld wanneer de therapeut zeer ernstig ziek wordt.

De afgelopen jaren wordt in de analytische literatuur uitgebreid aandacht geschonken aan tegenoverdrachtsenactments en actualiseren (Van Waning 1994). Het gaat hier om subtiele vormen van manipulatie die uitgaan van de analysant waardoor de analyticus meestal onbewust gaat handelen of spreken op een bijzondere manier en hierdoor een overdrachts-wens van de patiënt bevredigt ofwel er zich in het tegenovergestelde geval tegen verdedigt. McLaughlin (1991) pleit ervoor de term 'enactment' te hanteren voor interpersoonlijke fenomenen die een bijdrage van zowel de analyticus als de analysant omvatten. Men kan de term in algemene zin gebruiken maar ook in specifieke zin, waarbij verwezen wordt naar die regressieve (defensieve) interacties tussen patiënt en analyticus die door één van hen als gevolg van het gedrag van de ander worden ervaren. Vanuit een interpersoonlijk perspectief wordt er aandacht gegeven aan de betrokkenheid van beide partijen en de intrapsychische dynamiek van beide. Wanneer slordig omgegaan wordt met grenzen, wordt het moeilijk om een grensoverschrijding vast te stellen en de betekenis ervan vervolgens te analyseren. Het onderscheid tussen het symbolische en het concrete raakt op de achtergrond en men voedt de illusie bij de patiënt dat infantiele verlangens bevredigd kunnen worden. Dergelijke illusies worden ooit ontkracht. De patiënt zal zich dan onvermijdelijk bedrogen voelen. Wanneer de therapeut telkens op een correct contract kan terugvallen met duidelijke grenzen, wordt de patiënt niet bedrogen.

Klinisch vignet 2 Ik herinner me een tegenoverdrachtelijke enactment bij een patiënte in analytische psychotherapie waarbij ik een zitting vijftien minuten te vroeg stopte. Dit gebeurde volstrekt onbewust en werd pas duidelijk toen ik me realiseerde dat de volgende patiënte langer dan gewoonlijk op zich liet wachten. Deze tegenoverdrachtelijke enactment deed zich voor in een stille fase van de psychotherapie waarbij patiënte weinig sprak. Deze stille fase bleek de voorbode te zijn van een periode gekenmerkt door een heftige erotisering van de therapeutische relatie. Tijdens de supervisie-

zitting die volgde op de grensoverschrijding werd duidelijk dat ik me sterk verdedigde tegen seksuele gevoelens in de tegenoverdracht en mijn patiënte te vroeg wegstuurde, wat bij haar fantasieën uitlokte van afgewezen te zijn door een koele minnaar. Het kon toch niet dat ik juist haar te vroeg weg zou sturen. Blijkbaar heb ik onbewust de intense erotisering gevoeld en geregistreerd maar ben ervan geschrokken en heb de zitting te vroeg beëindigd. De verdere exploratie van patiëntes gevoel afgewezen te zijn door haar minnaar (de therapeut) bracht de erotische overdracht onverhuld aan het licht. Terzelfdertijd kon ik meer onbevangen openstaan voor haar gevoelens omdat ik me bewust realiseerde dat zij voor mij ook iets bijzonders betekende en een grote hoeveelheid gevoelens meebracht in verband met een belangrijk iemand uit mijn persoonlijk verleden. De smeuulende erotische overdracht van de patiënte werd onbewust aan gevoeld. Ik schrok en ageerde zonder me bewust te zijn van deze angst en haar aantrekkingskracht op het moment van de enactment. Dank zij verdere reflectie over mijn vroegtijdig eindigen, kwam de therapie in een meer productieve fase en werd analytische bewerking van de geërotiseerde overdracht mogelijk.

Watillon (1991) beschrijft gedetailleerd de onderliggende dynamiek bij een gelijksoortige tegenoverdrachtsenactment. Het vroegtijdig beëindigen van een sessie maakt een probleem duidelijk in de analytische relatie en heeft bovendien als resultaat dat de patiënte haar woede, gericht op het primair object dat niet in staat is haar te 'containen', voor het eerst bewust kan beleven.

Zoals de grenzen van het Ik, het zelf of de psyche kunnen variëren in dichtheid, permeabiliteit en flexibiliteit zo zal ook het analytische kader tot op zekere hoogte aan wisselingen en veranderingen onderhevig zijn. In elke psychotherapie of psychoanalyse treden omstandigheden op waarbij nood wet breekt en waarbij men genoodzaakt is zich meer reëel of steunend op te stellen (Pierloot en Thiel 1986; Hebbrecht 1995b).

Klinisch vignet 3 Zo is het mij overkomen dat een patiënt na zijn therapiezitting vaststelt dat de accu van zijn auto leeg is omdat hij zijn lichten heeft laten branden en dan vraagt of hij mijn startkabels even kan lenen. Alhoewel er hier tal van onbewuste betekenissen voorhanden liggen en exploratie verdienen, heeft het ook iets onmenselijks hem de klus alleen te laten klaren. In de volgende sessie is het belangrijk materiaal dat geanalyseerd kan worden.

Bij psychotici en borderline patiënten zal men vaak gedwongen worden overdrachtsbehoeften in een beperkte mate te bevredigen. Het blijft echter een netelige kwestie, aangezien de patiënten met belangrijke grensdefecten juist vooral behoefte hebben aan een rigoureuze en duurzaam stabiel gehouden kader. Veranderen van het kader op momenten van desorganisatie kan hen nog meer beangstigen en chaotische situaties in de hand wer-

ken. De therapeut meent dan dat hij steunend intervenieert maar realiseert zich vaak onvoldoende dat er een niet onderkend tegenoverdrachtsprobleem aan de orde is. Het aanbieden van een voorspelbaar en duidelijk begrensd kader door een consistente therapeut die niet al te veel interverteert, is waarschijnlijk voor de patiënt één van de meest ondersteunende ervaringen die hij kan doormaken (Hebbrecht 1995b).

Psychoanalytische behandelingen brengen onvermijdelijk een dosis frustratie met zich mee. Het vergt meestal een stevig vertrouwen in de mogelijkheden van de therapie, in de bekwaamheid van de patiënt maar ook in de eigen vaardigheden om de verlangens van de patiënt niet te bevredigen. Vooral wanneer we door de patiënt als frustrerend worden ervaren, kan het moeilijk zijn om binnen de grenzen van het kader niet alleen neutraal maar ook levendig en spontaan te zijn. Enige elasticiteit van het analytische kader is wenselijk. Verbruggen (1996) heeft bijvoorbeeld gewezen op het onvermijdelijke van buiten-analytische contacten. Hij acht het niet raadzaam buiten-analytische contacten wederzijds krampachtig te vermijden. Ze vormen, mits expliciet besproken in de analytische situatie, een weg naar de overdracht en de fantasie. Bij patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie houden ze echter risico's in en kunnen ze archaïsche delen naar boven brengen. Dergelijke patiënten verdragen afwijkingen in de regelmaat slecht.

Slotbeschouwing

De analyse van de psychische afgrenzing komt in elke psychotherapie die streeft naar inzicht, aan de orde. Het consequent bewaken van de grenzen van het therapeutische kader biedt aan de patiënt de mogelijkheid – via het verwoorden van fantasie maar ook door ruimte te laten voor ageren – met grenzen te spelen: ze te verleggen, aan te vallen, te penetreren, te openen en te sluiten. Hierdoor krijgen de psychische grenzen van de patiënt een grotere beweeglijkheid en permeabiliteit, die terzelfdertijd samenhangt met elasticiteit, beschermende dikte en stevigheid. De houding van functionele neutraliteit en welwillende 'free floating role-responsiveness' van de analyticus (Sandler 1976) schenkt de patiënt een model ter identificatie en laat hem zien dat het mogelijk is om zich op een soepele en speelse wijze af te grenzen. Dit betekent niet dat de analyticus zich door wie of wat ook uit zijn professionele rol laat duwen. Het gevoel de eigen grenzen te kunnen reguleren lijkt me een constituerende eigenschap van innerlijke vrijheid en een voorwaarde voor empathie: de eigen grenzen openen zodat men de innerlijke wereld van de ander laat binnenkomen, en voor creativiteit: de eigen grenzen openen en met kracht de uitwendige wereld zodanig beïnvloeden zodat iets uit de eigen innerlijke wereld gematerialiseerd wordt.

Spelen met grenzen

Marc Hebbrecht

Noot

1. Met mijn dank aan mevrouw Dr. A. Watillon en aan Prof. dr. S. Verhaest voor hun

gewaardeerde opmerkingen bij eerdere versies van dit artikel.

Literatuur

- Anzieu, D. (1985), *Le Moi-peau*. Dunod, Paris.
- Bick, E. (1968), The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis* 49, p. 484-486.
- Bion, W.R. (1963), *Elements of Psychoanalysis*. Heinemann, London.
- Casement, P.J. (1990), The meeting of needs in psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry* 10, p. 325-346.
- Federn, P. (1952), The ego as a subject and object in narcissism. In: E. Weiss (ed.), *Ego psychology and the psychoses*. Basic Books, New York, p. 283-322.
- Gabbard, G.O. en E.P. Lester (1995), *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Basic Books, New York.
- Geerts, G. en H. Heestermans (red.) (1992), *Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*. Van Dale Lexicografie, Utrecht/Antwerpen.
- Gilliéron, E. (1994), *Le premier entretien en psychothérapie*. Dunod, Paris.
- Gutheil, T.G. en G.O. Gabbard (1993), The concept of boundaries in clinical practice. *American Journal of Psychiatry* 150, p. 188-196.
- Hartmann, E. (1991), *Boundaries in the mind: a new psychology of personality*. Basic Books, New York.
- Hebbrecht, M. (1995a), Over korte psychotherapeutische interventies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 37B2, p. 10-16.
- Hebbrecht, M. (1995b), Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. In: Hoogduin e.a. (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 1994-1995*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, p. 194-206.
- Hebbrecht, M. (1997), Behandelen met liefde. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 39, p. 912-922.
- Jacobson, E. (1964), *The self and the object world*. International Universities Press, New York.
- Houzel, D. (1987), Le concept d'enveloppe psychique. In: D. Anzieu, D. Houzel e.a. (1987), *Les enveloppes psychiques*. Collection Inconscient et culture. Dunod, Paris, p. 23-54.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders: psycho-therapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven.
- Kernberg, O.F. (1995), *Love relations*. Yale University Press, New Haven.
- Landis, B. (1970), Ego boundaries. *Psychological Issues Monograph* 6 (4), p. 1-177.
- Mahler, M.S., F. Pine en A. Bergmann (1975), *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. Basic Books, New York.
- Markx, O.N., R.C. van der Mast en M.M.T. Hendriks (red.) (1996), *Grenzen aan psychoanalytische psychotherapie*. Van Gorcum, Assen.
- McLaughlin, J.T. (1991), Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytical Association* 39, p. 595-614.
- Pierloot, R.A. (1980), *Inleiding tot de psychopathologie*. De Tijdstroom, Lochem/Poperinge.
- Pierloot, R.A. en J.H. Thiel (1986), *Psychoanalytische therapieën*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Pizer, B. (1997), When the analyst is ill: dimensions of self-disclosure. *The Psychoanalytic Quarterly* LXVI, p. 450-469.
- Reich, W. (1949), *Character-analysis*. Orgone Institute Press, New York.
- Sandler, J. (1976), Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis* 75, p. 709-721.
- Stern, D.N. (1985), *The interpersonal world of the child*. Basic Books, New York.
- Tausk, V. (1918), On the origin of the 'influencing machine' in schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 2, p. 519-556.
- Verbruggen, G. (1996), Buiten-analytische contacten: meestal onvermijdelijk, vaak onbesproken. *Tijdschrift voor Psychoanalyse* 2, p. 84-95.
- Waning, A. van (1994), *Geen woorden maar daden*. Thesis Publishers, Amsterdam.
- Watillon, A. (1991), The consequences of an instance of acting out in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 72, p. 553-569.

Spelen met grenzen

Marc Hebbrecht

Summary This article presents a review of the literature concerning the concept of boundaries of the mind. The concept is defined and its major characteristics described as thickness, elasticity, permeability and flexibility. Three case reports are presented that highlight the possibilities of change to the boundaries of the mind during the psychoanalytic process. Countertransference enactments can be understood because of their effect on the psychoanalytic frame. The possibility of regulating one's boundaries is a major component of inner freedom.

Manuscript ontvangen: 17 augustus 1997

Definitieve versie: 27 september 1998