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

Het voordeel van de twijfel

Het divergerende conflict als ontmoetingspunt tussen psychoanalyse en psychiatrie

J.K. Mokkenstorm

Samenvatting

Het psychoanalytische divergerende-conflictmodel is goed toepasbaar op een scala aan intrapsychische conflicten waar psychiaters bij hun patiënten vaak mee geconfronteerd worden, in het bijzonder bij ambivalentie tegenover de behandeling. Divergerende conflicten worden gekenmerkt door een typische 'of-of'weerstand waardoor de patiënt steeds wisselt tussen de alternatieven, en die rationele en emotionele exploratie van de alternatieven in de weg staat. Bij het hanteren van divergerende conflicten speelt functionele, door de patiënt ervaren, neutraliteit van de behandelaar een voorname rol. Naast toepassing in de psychiatrische praktijk biedt het model aanknopingspunten voor een technische en theoretische dialoog tussen psychiaters en psychoanalytici.

Trefwoorden
ambivalentie, divergerend conflict, neutraliteit, psychiatrische behandeling, psychoanalyse

Inleiding

Een themanummer over de relatie tussen psychiatrie en psychoanalyse impliceert dat deze relatie niet vanzelfsprekend en ondubbelzinnig (meer) is. Om aan te geven dat hedendaagse psychoanalytische concepten een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van de kwaliteit van de psychiatrische behandeling wil ik in dit artikel het divergerende-conflictmodel van de psychiater-psychoanalyticus Anton Kris bespreken. Dit model kan voor psychiaters van grote waarde zijn bij het begrijpen en hanteren van ambiva-

J.K. Mokkenstorm is als psychiater werkzaam bij Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg De Geestgronden te Bennebroek.
Correspondentieadres: J.K. Mokkenstorm, Santpoorterstraat 33, 2023 DA Haarlem.

lentie van patiënten, in het bijzonder tegenover de psychiatrische behandeling. Hierbij kunnen ook meer directieve technieken worden gebruikt, maar deze leggen in mijn ogen minder dan de psychoanalyse nadruk op de mens en zijn verhaal. In die zin voegt toepassing van het divergerende-conflictmodel een element van bezieling toe aan de steeds meer ontzield rakende psychiatrie.

Kris' werk heeft binnen het psychoanalytische referentiekader een vaste plaats verworven (Wallerstein 1995), maar is bij psychiaters minder bekend. Kris (1982) heeft zich toegelegd op de studie van het vrij associëren en de weerstand hiertegen. Op grond hiervan kwam hij tot een aanvulling op de klassieke psychoanalytische conflicttheorie met het concept van het divergerende conflict, en tot de formulering van het begrip 'onbewuste straffende zelfkritiek'. Hij verhelderde hiermee de werking van steun bij inzichtgevende psychoanalytische behandelingen, zonder hierbij (zoals Kohut deed) afstand te nemen van de klassieke analytische theorie. Het werk van Kris kan gezien worden als een verbindend element tussen de klassieke en de postklassieke psychoanalytische gedachtevorming over de therapeutische techniek, en is in dat opzicht sterk verwant aan het werk van Treurniet. Voor een overzicht van Kris' werk verwijs ik naar Mokkenstorm en Van Tilburg (1993, 1997) en Wallerstein (1995).

Het divergerende conflict

De term intrapsychisch conflict refereert aan strijd tussen krachten of structuren binnen de menselijke geest. De meest bekende vorm van intrapsychisch conflict is het (onbewuste) conflict tussen drift en afweer, waarbij de afweer de expressie van de drift in het bewuste tegengaat. Men kan dit visualiseren door zich krachten voor te stellen die tegen elkaar in duwen. Kris noemde dit type conflict daarom convergerend.

Bij het divergerende conflict gaat het om een intrapsychisch conflict tussen twee – vaak motivationele – krachten, die over en weer elkaars expressie in gedachten en gedrag trachten te belemmeren. De patiënt kan zich van dit conflict in principe bewust zijn als het geen aanleiding tot afweer geeft. Gezien de manier waarop de krachten in het conflict de patiënt ieder een verschillende kant op willen trekken noemde hij dit type conflict divergerend.

De dynamiek van divergerende conflicten wordt gekenmerkt door een typisch patroon van afwisseling van tegengestelde wensen, motieven of tendensen. De patiënt wordt als een pendule heen en weer geslingerd tussen alternatieven die hij als onverenigbaar ervaart, aangedreven door de angst voor verlies en het depressieve affect dat ermee gepaard gaat. Door te denken, te fantaseren of te spreken over één kant van het conflict, vreest de patiënt de andere kant te verliezen. Het is alsof er in een parlement twee volksvertegenwoordigers elkaar steeds onderbreken uit vrees dat de ander het pleit beslecht. De angst dat een keuze voor het ene een volstrekte afwij-

zing van het andere dient in te houden versterkt de ervaring van een scherpe tegenstelling, terwijl er misschien toch ook overeenkomsten zijn. Door deze 'of-of'weerstand kunnen thesis en antithesis elkaar niet in een synthese vinden.

Schaamte voor de wens twee tegengestelde dingen tegelijk te willen en niet te kunnen kiezen geeft de patiënt het gevoel onmogelijk, gefragmenteerd en onecht te zijn. Dit bemoeilijkt het bespreken van het conflict. Door de innerlijke spanning die het conflict oproept, de angst voor verlies en de schaamte, worden divergerende conflicten vaak afgeweerd of onderdrukt. Voorbeelden hiervan zijn ambigue compromisformaties waarin beide polen van het conflict onder één noemer worden samengevoegd, en schijnoplossingen, waarbij de ene pool de voorkeur krijgt bij de gratie van het wegmaken van de andere en alles wat daarmee geassocieerd is. Vaak ziet men dat de patiënt één deel van het conflict uitbesteedt aan een andere persoon, om de spanning niet innerlijk te ervaren en het conflict in de interpersoonlijke sfeer te kunnen beheersen. Op deze wijze kunnen intrapsychische divergerende conflicten ook leiden tot interpersoonlijke conflicten.

De oplossing van een divergerend conflict bestaat volgens Kris uit een proces dat veel lijkt op rouw. Patiënten die worstelen met een divergerend conflict ervaren een keuze als een onvermijdelijk verlies, hetgeen vaak maar niet altijd terecht is, en trachten dit verlies te vermijden. Toenemende acceptatie van het verliesaspect maakt dat de patiënt het kan verdragen vrijuit te spreken over de ene en de andere pool. Hiermee verdwijnt het 'of-of'karakter van het divergerende conflict, en daarmee vermindert de weerstand tegen het onderzoeken ervan. Daardoor kan de patiënt op grond van overweging en beleving van alle wezenlijke zaken het conflict tot oplossing brengen. Deze oplossing kan een keuze voor het één, voor het ander, of voor een compromis inhouden. Daarnaast komt het voor dat het doorwerken van het conflict ertoe leidt dat de patiënt de problematiek als het ware ontstijgt, en daardoor een oplossing vindt die buiten het probleemkader ligt en waarin geen van beide polen nog vertegenwoordigd is.

De therapeutische techniek bij het oplossen van een divergerend conflict draait voor een belangrijk deel om wat Kris (1990) 'functionele neutraliteit' noemt. In tegenstelling tot 'technische neutraliteit' gaat het er bij functionele neutraliteit niet alleen om dat de therapeut de eigen normen, waarden en prioriteiten buiten het gesprek houdt, maar ook dat de patiënt deze intentie daadwerkelijk *ervaart*. Kris maakt duidelijk dat met schaamte verbonden onbewuste straffende zelfkritiek vaak geprojecteerd wordt op de therapeut, die als kritisch en veroordelend wordt ervaren wanneer hij zich zwijgend en afwachtend zou opstellen. Het neutraliseren van deze projectie maakt noodzakelijk dat de therapeut in een dergelijke situatie een actieve, bevestigende en steunende houding kiest, ook tijdens een inzichtgevende therapie.

Een 'functioneel neutrale houding' bij divergerende conflicten houdt in dat de patiënt ervaart dat hij zich niet hoeft te schamen voor het conflict, merkt dat de therapeut beide zijden van het conflict als waardevol beschouwt, en dat het praten over de ene pool niet direct het verlies van de andere pool inhoudt. Dit kan worden bereikt door de patiënt aan te moedigen om ruimte te geven aan de twijfel, en deze niet te onderdrukken of met een abrupte keuze te slechten. Het duiden van het conflict kan in het kader van de neutraliteit beter worden nagelaten. Vaak is het van belang om beide polen van het conflict in één zin samen te brengen: 'Aan de ene kant wilt u dit, en aan de andere kant dat.' Hierdoor merkt de patiënt dat de therapeut de tegenstrijdigheid kan verdragen, en wordt voorkomen dat de patiënt één van beide polen aan de therapeut uitbesteedt om deze te kunnen bestrijden. Daarnaast wordt op deze manier de 'of-of'weerstand de wind uit de zeilen genomen. De patiënt kan langer stilstaan bij de verschillende kanten van het conflict en van zichzelf. Op grond hiervan kan de patiënt ontdekken op welke wijze hij het conflict wil oplossen.
De oplossing van een divergerend conflict draagt bij aan structurele psychische veranderingen, zoals een grotere integratiecapaciteit als gevolg van gegroeide acceptatie en tolerantie voor innerlijke tegenstrijdigheid. Daarnaast groeit het adaptieve inzicht dat het niet mogelijk is tegengestelde verlangens tegelijkertijd en volledig te bevredigen, maar dat dit niet betekent dat men het ene verlangen geheel moet uitbannen om de voorkeur aan de andere te geven; er is een verschil tussen bevrediging in fantasie en bevrediging in de realiteit.
Deze veranderingen samen maken dat de therapeutische doelstelling van het vergroten van de innerlijke vrijheid ook kan worden behaald met behulp van relatief steunende interventies.

Toepassing binnen de psychiatrie

De klassieke notie van intrapsychisch conflict – het convergerende conflict – heeft binnen de psychiatrie in de loop der jaren aan invloed ingeboet. Het leggen van nadruk in de (DSM-)diagnostiek op descriptieve aspecten van het menselijk functioneren, de moeilijkheid deze onbewuste conflicten met zekerheid te kunnen vaststellen bij psychiatrische patiënten, en de beperkte therapeutische consequenties die dit zou hebben voor veel As-I-stoornissen, zijn factoren die hierbij waarschijnlijk een rol hebben gespeeld.
Dit alles maakt niet dat psychiaters intrapsychisch conflict onbelangrijk vinden. De idee van de innerlijk strijdende mens als luxerende en onderhoudende factor bij psychiatrische stoornissen wordt door de meeste clinici dagelijks gebruikt. Inhoudelijk gaat het hierbij om een scala van conflicten, waarin ambivalentie vaak centraal staat. Denk hierbij aan sterke ambivalentie tegenover ouders, partners, of werkgevers; aan keuzeproblematiek betreffende het aangaan of continueren van een relatie of een sociale

rol; aan het maken van een keuze voor of tegen het leven bij suïcidaliteit; voor of tegen gebruik van alcohol of drugs; voor of tegen acceptatie van kwetsbaarheid en handicap bij chronische psychiatrische stoornissen. Uitgaande van de definitie van ambivalentie als de gelijktijdige aanwezigheid van tegengestelde gevoelens, houdingen en tendensen ten opzichte van een persoon, ding of situatie, kunnen deze conflicten worden opgevat en behandeld als divergerende conflicten. De oorsprong hiervan kan variëren van ernstige (preoedipale) ontwikkelingsproblematiek tot schier onoplosbare existentiële dilemma's waarmee iedereen worstelt. Ongeacht de oorsprong biedt het divergerende-conflictmodel een kompas voor een veranderingsgerichte therapeutische techniek, die – anders dan bij het convergerende conflict – zich in de interactie met de patiënt overwegend richt op het bewuste, hetgeen de toepasbaarheid ervan bevordert.

Eén toepassing van dit kompas binnen de psychiatrie wil ik hier nader belichten: het omgaan met ambivalentie van de patiënt tegenover de behandeling en de behandelaar. Ten onrechte wordt dit door psychiaters zelden als conflict herkend en te vaak enkelvoudig opgevat als gebrek aan motivatie door gebrekkig ziektebesef en -inzicht of door 'As-II-problemen'. Hierbij wordt ambivalentie gezien als iets dat eerder moet worden bestreden dan moet worden begrepen. Dit, terwijl er binnen de patiënt wel degelijk een streven naar behandeling heerst, dat echter wordt tegengegaan door tegengestelde motieven en argumenten, variërend van realistische afkeer van bijwerkingen tot bijvoorbeeld fusieangst.

Deze ziens- en handelswijze van psychiaters kan ertoe leiden dat de behandeling in een impasse komt waarbij de patiënt één pool van de ambivalentie kan uitbesteden aan de psychiater, om deze al dan niet openlijk te bestrijden middels therapieontrouw en het zich niet houden aan afspraken. Daarmee is de cirkel rond: de ambivalente patiënt is zich gaan gedragen als een ongemotiveerde weigeraar.

Het herkennen en hanteren van deze ambivalentie en therapieontrouw als divergerend conflict kan deze cirkel doorbreken. Dit kan de psychiater echter zelf doen belanden in een divergerend conflict waarin hij een evenwicht moet zoeken tussen zijn rol als voor behandeling gemotiveerde expert en als neutrale, op betekenis gerichte therapeut. In gesprek met een patiënt die twijfelt over de behandeling dient de psychiater zijn stoel van expert te kunnen verlaten om ook de voor de patiënt minder aantrekkelijke aspecten van behandeling, en de aantrekkelijke aspecten van niet-behandelen te kunnen exploreren.

Dit is een moeilijke opdracht. In het tijdperk van *evidence*, protocollen, richtlijnen en zorgprogramma's is de bewegingsruimte er niet groter op geworden. Toch lijkt het mij noodzakelijk dat psychiaters zichzelf en de patiënt expliciet de ruimte geven om, indien de toestand dit toelaat, te kiezen voor het twijfelen. Wat hiervoor sterk pleit is de omvang van therapieontrouw, die op grond van recent literatuuronderzoek door Cramer en

Rosenheck (1998) geschat werd op 35 à 40 procent van de medicamenteuze psychiatrische behandelingen. Aangenomen mag worden dat ambivalentie over de behandeling hierbij een grote rol speelt; het hebben van (ernstige) psychiatrische symptomen draagt hier ook aan bij, maar is hiervoor niet geheel verantwoordelijk, gegeven de geschatte therapieontrouw van 25 procent bij somatische behandelingen.
Psycho-educatie en andere op cognities gerichte interventies, zoals 'motivationeel interviewen' (Miller en Rollnick 1991) kunnen natuurlijk ook een belangrijke rol spelen bij het verminderen van deze ambivalentie. Het toepassen van de psychoanalytische inzichten rond het divergerende conflict heeft als toegevoegde waarde dat deze ambivalentie niet alleen wordt gezien als een te overwinnen barrière, maar ook als een betekenisvol klinisch fenomeen, waarachter bij iedere patiënt weer een ander verhaal schuilgaat. Het actief en waardevrij luisteren naar dit verhaal kan de psychiatrische behandeling in meer dan één opzicht baten. Het bevordert de werkrelatie, een belangrijke voorspeller van therapietrouw. Het kan leiden tot psychische groei en verandering, waardoor interne stressoren kunnen worden verminderd en de omgang met externe stressoren kan worden verbeterd; tot acceptatie van de aandoening en tot een solide keuze zich al dan niet te committeren aan een behandeling. Ten slotte kan het de psychiater helpen vraaggestuurde zorg op maat te leveren, daar waar aanpassing van de behandeling aan de wensen van de patiënt mogelijk is.

Aanknopingspunten voor dialoog

Het is interessant om te zien dat de door Kris beschreven dynamiek bij divergerende conflicten op vrijwel identieke wijze binnen het leertheoretische referentiekader wordt beschreven met het 'approach-avoidance'conflictmodel (zie Mahl 1969, p. 20-25). Dit model, dat ook in dierexperimenten toetsbaar is (Koene 1988), vormt een uitgangspunt van het al eerder genoemde 'motivationele interviewen'. Het homeostatische feedbackmodel uit het systeemtheoretische referentiekader berust op divergerende, tegengestelde strevingen van elementen die het systeem als geheel in evenwicht houden. Het niet kunnen integreren van innerlijke tegenstellingen bij borderlinepatiënten is bij Linehan (1993, p. 35) onder de noemer 'dialectical failure' terug te vinden, en het verwarrende, oscillerende hechtingsgedrag als gevolg daarvan werd beschreven door Melges en Swartz (1989). Het 'afslijten' van oude belevings- en gedragspatronen en het 'inslijten' van nieuwe, zoals dat bij het oplossen van divergerende conflicten optreedt, kan in verband worden gebracht met het neurocognitieve concept van het procedurele geheugen (Kandel 1999). Deze parallellen kunnen erop duiden dat het divergerende conflict een concept is met universeler bereik dan het strikt psychoanalytische. Dit zou een vertrekpunt kunnen bieden voor verkenning en vergelijking van inzichten rond het thema van de in zichzelf verdeelde mens, de psychopathologie die dit voortbrengt en de

therapeutische benaderingen die men hierbij kan toepassen. Voorwaarde hiervoor is een open dialoog. Deze slaagt alleen als de gesprekspartners elkaars uitgangspunten het voordeel van de twijfel willen geven, willen zoeken naar wat hen hierin verbindt en bereid zijn onhoudbare standpunten en zekerheden te verlaten en dus te verliezen.

Literatuur

Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services, 49*, 196-201.

Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry, 156*, 4, 505-524.

Koene, P. (1988). *Approach-avoidance conflict and the speed of conflict resolution.* Proefschrift. Meppel: Krips Repro.

Kris, A.O. (1982). *Free association; method and process.* New Haven: Yale University Press.

Kris, A.O. (1990). Helping patients by analysing selfcriticism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 38*, 605-638.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York /London: Guildford Press.

Mahl, G.F. (1969). *Psychological conflict and defense.* New York/Chicago: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

Melges, F.T., & Swartz, M.S. (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146*, 1115-1117.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior.* New York/London: The Guilford Press.

Mokkenstorm, J.K., & Tilburg, W. van (1993). Doen en laten bij psychoanalytische therapievormen: een verkenning van het werk van Anton Kris. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 19*, 215-229.

Mokkenstorm, J.K., & Tilburg, W. van (1997). Zoveel wordt bij het winnen ook verloren. Over steunende interventies bij het oplossen van divergerende conflicten in inzichtgevende therapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 23*, 151-165.

Wallerstein, R.S. (1995). *The talking cures: the psychoanalyses and the psychotherapies.* New Haven: Yale University Press.

Summary

The psychoanalytical model of divergent conflict can readily be applied to a number of intrapsychic conflicts that psychiatrists frequently encounter in their patients, and in particular to ambivalence towards treatment. Divergent conflicts are characterised by a typical 'either-or' resistance causing the patient to switch between alternatives, thereby preventing rational and emotional exploration of alternatives. The therapist's functional neutrality, subjectively experienced by the patient, plays a prominent role in the management of these conflicts. Besides practical application, this model provides a starting-point for a technical and theoretical dialogue between psychiatrists and psychoanalysts.

Keywords
ambivalence, divergent conflict, functional neutrality, psychiatric treatment, psychoanalysis

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-5-2000.