

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



Psychotische jongeren en het residentiële behandelteam

Therapeutische en contraproductieve aspecten van de tegenoverdracht

Nicole Vliegen

An Fransen^I

De tegenoverdracht blijkt bij residentiële behandeling van jongeren veel complexer te zijn dan bij ambulante behandeling en kan een ernstige belemmering vormen. Er is daarbij sprake van een wisselwerking tussen de jongere, de ouders, de therapeut en het team.

Inleiding

Op de residentiële psychiatrische afdeling voor adolescenten² worden we geconfronteerd met een enorme veelheid aan interacties en emoties die circuleren tussen de opgenomen adolescenten en de teamleden. Een beginnend klinisch kinderpsycholoog – de tweede auteur – verwachtte om in de eerste plaats een helpend aanbod te kunnen doen via psychotherapie in strikte zin. De mogelijkheid hiertoe werd echter al snel in twijfel getrokken. In het werk op deze afdeling werd duidelijk dat het niet alleen, of zelfs niet in de eerste plaats, de individuele of de groepstherapie is die een therapeutische invloed heeft op de opgenomen jongeren. Behandeling op een dergelijke residentiële afdeling is een zeer complex en dynamisch gebeuren dat veel, intense en vaak wisselende interacties en emoties omvat, waarin zowel patiënten als teamleden betrokken zijn.

We beogen met dit artikel in de eerste plaats te tonen hoe moeilijk en kwetsbaar residentieel werken met jongeren is. We willen laten zien wat

N. Vliegen is klinisch psychologe en psychoanalytisch kindertherapeut van opleiding en studeerde familiale en seksuologische wetenschappen. Ze is momenteel als onderzoeker verbonden aan het Centrum Kinderpsychotherapie van de K.U. Leuven. Ze is voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie en lid van de Belgische School voor Psychoanalyse.

Correspondentieadres: Tiensestraat 102, 3000 Leuven.

E-mail: nicole.vliegen@psy.kuleuven.ac.be

A. Fransen is afgestudeerd als klinisch kinderpsychologe en deed ervaring op op de adolescentenafdeling van het Universitair Psychiatrisch Centrum te Kortenberg en is werkzaam op het C.G.G. te Overpelt.

Correspondentieadres: Peerderbaan 26, 3940 Hechtel. E-mail: anfransen@hotmail.com

een therapeut allemaal ontmoet op een dergelijke behandelafdeling met een multidisciplinair team, en hoe de therapeut – ongeacht zijn ervaring – zich weleens van zijn stuk laat brengen door zowel de eigen wens tot herstel van de patiënt als die van de omgeving, evenals door externe aanspraken vanuit de afdeling of het gezin. Dit artikel heeft niet de bedoeling innoverende inzichten bij te brengen, noch een literatuuroverzicht³ te bieden over tegenoverdracht. Wel willen we de reflectie omtrent deze moeilijke en kwetsbare materie stimuleren. Daartoe gebruiken we een belangrijk artikel over tegenoverdracht en illustreren dit met eigen, moeilijk klinisch materiaal. Ekstein, Wallerstein en Mandelbaum (1992) bieden met hun artikel *Countertransference in the residential treatment of children* enkele conceptuele handvatten om de complexiteit aan interacties en emoties te begrijpen en psychotherapeutisch aan te wenden. Dit artikel betreft in de eerste plaats de residentiële behandeling van kinderen, maar werd voor ons een belangrijke en zinvolle inspiratiebron bij het werken met jongeren en adolescenten. Het lijkt ons verantwoord deze inzichten omtrent de behandeling van kinderen toe te passen bij adolescenten, omdat het in beide gevallen gaat over patiënten bij wie de ouders nog een grote opvoedende en steunende functie hebben en als zodanig een grote invloed hebben op en een belangrijke rol spelen bij de behandeling.

De complexiteit van de tegenoverdracht

Ekstein e.a. (1992) leiden hun artikel als volgt in: 'Om de complexiteit van de tegenoverdracht te begrijpen, zou men het falen van de behandeling moeten bekijken.' Dat we dit als therapeut geen prettige taak vinden, heeft volgens hen te maken met het feit dat therapeutisch falen lang in het geheugen gegrift blijft als een pijnlijke ervaring waarbij men zich nog steeds sterk emotioneel betrokken voelt. Hierdoor is het erg moeilijk om terug te kijken naar wat gebeurde. Bovendien is het een kwetsbare onderneming om dat falen voor te leggen in publicaties. Het risico om als onervaren of als niet-analytisch werkend therapeut beschouwd te worden, is niet ondenkbaar. Toch willen we in dit artikel, in de geest van deze overwegingen van Ekstein e.a. (1992), dergelijke moeilijke aspecten van een behandeling ter reflectie voorleggen.

Behandelbaarheid is volgens genoemde auteurs nauw verbonden met de invloed die men denkt te kunnen hebben op de patiënt enerzijds en met de invloed die we kunnen verwachten van de patiënt op ons anderzijds. Het inschatten van deze wederzijdse verwachtingen is een delicate maar uiterst belangrijke kwestie. De manier waarop deze verwachte wederzijdse invloeden al dan niet erkend en gehanteerd kunnen worden, is immers van groot belang voor de verdere behandeling. Verwachtingen die niet ingelost noch erkend worden, kunnen bij zowel de hulpvragende partij als bij het team tot diepe teleurstellingen leiden en van daaruit tot een loslaten van de behandeling. Zo kunnen het kind, maar ook zijn ouders, bijvoorbeeld erg

ontgoocheld zijn ten opzichte van het hulpverlenende team wanneer het aangemelde probleem niet snel genoeg verandert. Dit leidt bij ouders wel eens tot uitspraken als: 'Nu is hij hier al zes weken en hij doet nog even lastig tegen ons!' We zien bovendien niet zelden hoe er in het team een sfeer van ontgoocheling kan ontstaan wanneer het geduldig omgaan met een patiënt, of de herhaaldelijke afgrenzing van een of ander gedrag niet tot de verhoopte en gewenste veranderingen bij het kind leidt. Over de patiënt die niet verandert volgens het verwachtingspatroon, gaat dan de opvatting heersen dat hij niet gemotiveerd is tot therapie en tot verandering. Het is in dergelijke situaties vaak ontzettend moeilijk om de violen van alle teamleden gelijk gestemd te krijgen, ook in een team met een uitgesproken psychoanalytische traditie. Emoties van ontgoocheling en machteloosheid lijken dan alle psychoanalytische inzichten op de achtergrond te dringen.

Bovendien zijn er de uitgesproken verwachtingen uit de maatschappij die onzes inziens zeker medeverantwoordelijk zijn voor hoe zwaar het geheel aan overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties bij kinderen en jongeren weegt voor het behandelend team. Opnames van kinderen en jongeren dienen bij voorkeur 'kortdurend' te zijn zowel om economische als ideologische redenen. Een residentiële opname is een grote financiële last voor de maatschappij, dus houden we die opname bij voorkeur kort. Maar ook om ideologische redenen verwacht men dat kinderen bijvoorbeeld niet te lang uit hun vertrouwde milieu worden gehaald, of dat ze niet te lang wegblijven van school... Wanneer een langdurige opname vereist is, wordt dit nogal eens als de verantwoordelijkheid van het behandelteam beschouwd, en niet zozeer als uiting van de ernst van de problematiek. Het is een zware taak om bij al die intense emoties en onder de druk van zoveel verwachtingen van zowel adolescent, ouders als maatschappij een consistent behandelteam te blijven vormen. Het denken van auteurs zoals Ekstein e.a. verdient daarom een belangrijke plaats in de opleiding van wie met kinderen en jongeren werkt.

Ekstein e.a. beschrijven de essentie van het residentiële proces als volgt: bij een opname zal het kind zijn innerlijke wereld op de setting projecteren. Als antwoord daarop zal het team de kracht in zich moeten vinden om niet in deze geprojecteerde overdrachtsrollen te stappen. Wanneer het kind de teamleden toch zo ver krijgt dat zij de rollen op zich nemen die het kind hun toebedeelt, zou men kunnen zeggen dat de behandeling faalt. Daarbij is vast te stellen dat vooral de ernstiger gestoorde kinderen het krachtigste appèl doen en deze tegenoverdrachtsreacties het sterkst uitlokken.

De erkenning dat een residentieel adolescententeam in dit opzicht herhaaldelijk faalt, en dat dit inherent is aan dit werk, lijkt onzes inziens een cruciale voorwaarde te zijn om psychoanalytisch te kunnen blijven werken. Omdat een dergelijk falen niet alleen te maken heeft met de kwaliteiten van het team maar ook met het massale en overspoelende karakter van overdracht en tegenoverdracht, zal slechts de erkenning van en de tolerantie voor een dergelijk 'falen' aan een team de kracht bieden om

steeds opnieuw de opgenomen jongeren met openheid tegemoet te treden, alsook om te groeien naar een grotere stevigheid als team. Ontkennen van dat falen, of het louter toeschrijven aan onervarenheid en incompetentie, werkt daarentegen burn-out en een groot personeelsverloop in de hand.

Vignet Peter: 'Ik word overal buitengezet'

Aan hand van de casus van Peter, een zeventienjarige jongen die opgenomen is op onze adolescentenafdeling, illustreren we hoe ernstig gestoorde patiënten sterke tegenoverdrachtsreacties kunnen uitlokken. Peter is opgenomen wegens agressieve uitbarstingen en psychotische episodes. Ook zijn moeder kent psychotische episodes. Peters agressieve gedrag en zijn problemen met realiteitszin stellen de draagkracht van de verpleging danig op de proef. Dit zou ertoe kunnen leiden dat Peter – ondanks een merkbare positieve evolutie – weggestuurd wordt van de afdeling, wat voor hem een nieuwe afwijzing zou zijn en een pijnlijke herhaling van zijn verleden. Elk ontluikend gevoel van hoop en verlangen dat het voor hem ook anders kan gaan, wordt in de kiem gesmoord. Het gaat niet alleen over het falen van de behandeling in de zin dat er geen vooruitgang geboekt wordt. Het risico bestaat dat het kind of de jongere de hoop opgeeft ooit andere relatiepatronen te kunnen ontwikkelen dan de vertrouwde. Dit kan voor hem een bevestiging van zijn – pathologische – identiteit inhouden: 'Ik word overal buitengezet!'

Ekstein e.a. (1992) besteden vooral aandacht aan de psychologische processen die achter de overdracht en de tegenoverdracht⁴ schuilgaan, waarbij de klemtoon vooral ligt op hoe deze eigen zijn aan langdurige contacten met ernstig gestoorde kinderen.

Vooreerst wordt uiteengezet waarin de overdracht en tegenoverdracht bij kinderen verschillen van die bij volwassenen. De overdracht bij kinderen wordt enerzijds bepaald door de projectie van vroegere relaties, zoals bij de overdracht van volwassenen. Anderzijds, en dit is eigen aan kinderen, omvat deze overdracht ook verplaatsingen van cruciale relaties met de actuele ouders. De ouders zijn voor het kind op een andere manier van belang dan voor een volwassene, omdat het kind nog sterk verbonden is met hen en afhankelijk is van hen. Ook al zijn er in de adolescentie cruciale veranderingen aan de gang in de relatie tot de ouders, toch functioneren ook jongeren in deze levensfase nog niet onafhankelijk van hun ouders. In die zin is het denken van Ekstein over tegenoverdracht onzes inziens evenzeer van toepassing op deze leeftijdsgroep. Men krijgt als therapeut ook bij adolescenten steeds te maken met de loyaliteit die het kind tegenover zijn ouders voelt. Deze loyaliteit kleurt het kijken naar en denken over de realiteit en beïnvloedt de therapeutische relatie, op een manier en met een intensiteit die voor therapeut of team moeilijk te vatten zijn. Zo zien we bijvoorbeeld hoe sommige jongeren die door hun ouders erg gekwetst zijn, moeilijk iets negatiefs over deze ouders kunnen ver-

tellen. Kwetsende gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan tussen ouder en kind, worden krachtig ontkend. Tezelfdertijd kan je soms zien dat kwetsende gebeurtenissen die thuis zijn voorgevallen tijdens een weekend, de symptomen doen herleven of versterken.

Dit doet zich op de afdeling voor met Peter nadat hij een moeilijk weekend heeft doorgebracht bij zijn moeder. Wanneer Peter terugkomt op de afdeling, vertoont hij een toename van agressie tegenover medepatiënten. Ook ervaart hij de therapeute⁵ als erg bedreigend, terwijl er eerder juist sprake was van een beginnende vertrouwensrelatie. Het wordt dan een evenwichtsoefening voor de therapeute om enerzijds te begrijpen hoe deze jongen het geïdealiseerde beeld van zijn ouders nodig heeft, en hem anderzijds voorzichtig en steunend te helpen kijken naar de gezinsrealiteit en de invloed hiervan op zijn functioneren.

De interactie tussen moeder, met haar psychotische componenten, en Peter wordt duidelijk wanneer Peter na een weekend bij moeder te hebben doorgebracht, psychotisch terugkeert naar de afdeling. Moeder is erg paranoïde en heeft de waanidee dat heel de wereld tegen haar en haar zoon is. Peter laat zich hierin meezuigen en is er op die momenten van overtuigd dat iedereen het slecht met hem meent. In het begin van de sessies kan hij niks vertellen over de moeilijkheden met zijn moeder. Uitgenodigd worden om over deze ervaringen thuis te spreken, leidt al gauw tot overspoelende en verwarrende gevoelens en tot intense agressie tegenover de therapeute. In Peters beleving is de therapeute de oorzaak van de overspoelende emoties, en niet de verwarrende ervaringen met zijn psychotische moeder. Geleidelijk gaat de therapeute begrijpen hoe het onvermogen om deze negatieve gevoelens tegenover zijn moeder te beleven ook moeilijkheden met betrekking tot objectconstantie reveleren (Matthys 1986). Als hij stilstaat bij de negatieve kant van zijn moeder, is er voor hem niets anders meer dan dit. Dan verdrinkt hij als het ware in die negatieve, moeilijke aspecten. Hij moet zich er dan ook op alle manieren tegen verzetten. In het verleden heeft Peter zijn moeder wel eens fysiek aangevallen op momenten dat hij het erg moeilijk had met haar. Het opbouwen van een geïdealiseerd moederbeeld helpt hem wellicht om zijn agressie jegens haar in te dijken. Wanneer de therapeute aan deze splitsing en idealisatie dreigt te raken, wordt de woede naar haar gericht. Deze levensnoodzakelijke splitsing, die het integreren van negatieve aspecten in het moederbeeld in de weg staat, gaat bovendien gepaard met een slechte realiteitstoetsing. Peter kan telkens maar één deel van de realiteit zien: het goede deel of het slechte. Hij beperkt zich tot één pool en zal alles wat er gebeurt in die richting interpreteren. Dit is wellicht de enige manier om niet in de psychose te verzinken. Ook wanneer het positieve beeld overheerst, wordt de realiteit geweld aangedaan. Wanneer Peters moeder na een moeilijk incident beseft dat ze haar zoon (psychisch) pijn gedaan heeft, verwent ze hem vervolgens. Ze gaat met hem winkelen, eten bij McDonalds, ... In een sessie die volgt na een

dergelijke episode, is Peter bijna euforisch. De therapeute, bang voor de terugval die er ongetwijfeld zal volgen, probeert geleidelijk de andere pool in te brengen. Ze doet dit door te benadrukken dat in de realiteit alle mensen goede en slechte kanten en momenten hebben, hopende hierbij een bedding te creëren voor een eerste tolerantie voor beide polen. Peter geeft aan te verwachten dat het wel weer zal mislopen, maar dat hij dat niet belangrijk vindt, omdat het op dat moment goed gaat. Hij zegt dat hij het op goede momenten niet wil hebben over de slechte. Daaropvolgend maakt hij duidelijk dat het als het ware gaat over twee verschillende moeders. Hij zegt dan dat het leugens zouden zijn als hij iets negatief over zijn moeder zou zeggen omdat 'mijn moeder nu lief en tof is'. Hiermee toont hij hoe hij twee afgesplitste moederbeelden heeft: één van de 'goede' moeder en één van de 'slechte' moeder. Dit is ook aanwezig in zijn houding tegenover moeder: of hij is heel gelukkig met zijn moeder, of deze relatie is onbespreekbaar omdat de gevoelens erover onverdraaglijk zijn. Splitsing is voor hem een overlevingsmechanisme. Pine (1985) stelt dat de splitsing betekent dat de integratie van de goede en slechte zelf- en anderobjecten niet lukt en er dus geen geheelobjecten gevormd worden. Een integratie van de goede en slechte beelden zorgt er volgens deze auteur voor dat de idealisatie gefilterd wordt (door de invloed van het slechte op het goede beeld) en dat de woede in de hand wordt gehouden (door het effect van het goede op het slechte beeld). Dit verklaart de aanval die Peter soms op zijn moeder doet: hij kan zijn woede niet in de hand houden omdat er door de splitsing geen 'verzachtende' invloed is van het goede beeld op het slechte. Als de splitsing in het gedrang komt, vervalt hij plots in de andere, 'gevalueerde' pool van het moederbeeld.

Overdracht en tegenoverdracht en de ouder-kindeenheid

Wanneer men met kinderen of jongeren werkt, omvat het overdrachtspotentieel volgens Ekstein e.a. (1992) ook de ouder-kindeenheid. Men moet bij de tegenoverdracht rekening houden met de reactie van de therapeut op de huidige ouders, maar ook met de reactie van de therapeut op de overdracht en de verschuivingen daarin bij het kind. Zo beleeft de therapeute van Peter soms een intense emotionele reactie tegenover Peters moeder, terwijl ze met deze moeder zelf geen contact heeft. Vanaf het eerste gesprek met Peter, beleeft ze heel veel onbegrip en kwaadheid over hoe deze moeder met haar zoon omgaat. Moeder steunt heel erg op Peter wanneer ze psychotisch is. Peter wordt daarbij steeds weer meegesleurd in het eigen psychotisch functioneren. Het is voor hem heel moeilijk om het gedrag van zijn moeder in te schatten en hij is vaak bang dat zijn moeder hem zal aanvallen. Ook in andere relaties heeft Peter het erg moeilijk om met mensen een band aan te gaan en vreest hij vaak aangevallen te worden. Peter vindt het heel moeilijk om over deze component van de relatie met

zijn moeder te praten. De therapeute merkt al vlug dat Peter er niets aan heeft om geconfronteerd te worden met haar gevoelens tegenover zijn moeder. Voor hem zijn negatieve gevoelens van anderen tegenover moeder als het ware een bevestiging van het idee dat iedereen tegen hem en moeder is. Het is voor hem heel pijnlijk om in de therapie geconfronteerd te worden met de moeilijke kanten van de relatie met zijn moeder. Hij tracht zich dan staande te houden door alle negativiteit te ontkennen en trekt zich op aan het positieve geïdealiseerde beeld. Hij heeft daarom eerder iemand nodig die zelf niet in splitsing vervalt maar die wel de goede en liefhebbende kant kan zien van deze moeder. Het is dan ook belangrijk om slechts heel gedoseerd iets in te brengen van de negatieve, kwetsende kant van moeder om hem uit zijn idealisering te halen. Hierbij let de therapeute erg op wat Peter haar non-verbaal toont: het gevaar is immers steeds reëel dat hij weer in de negatieve pool en vervolgens, ter verdediging daartegen, in de psychose zal vervallen. Op momenten dat het hem minder goed gaat, zou deze werkwijze rampzalig zijn: hij zou dan de psychose niet kunnen afwenden. Daarom kiest de therapeute er op die momenten voor om hem te steunen, om erg in het hier en nu te werken.

De potentiële intensiteit van de reactie van de hulpverlener op de ouderkindeenheden wordt binnen de residentiële setting dikwijls uitvergroot omdat de setting als het ware de zorg voor het kind overneemt. Vaak ontstaat de krachtige fantasie dat de staf de goede ouder vertegenwoordigt, die de slechte (reële) ouder vervangt. Dit maakt het grootste verschilpunt met de ambulante behandeling, waarin psychotherapie en reële zorg verdeeld blijven over therapeut en ouders en dus minder verwarring veroorzaken. Als voorbeeld hiervan beschrijven we de casus van Sarah, een geadopteerd meisje van vijftien jaar dat opgenomen werd op dezelfde adolescentenafdeling. Sarah tracht onbewust haar adoptiemoeder en het team tegen elkaar op te zetten. De moeder, zelf een psychiatrisch patiënte, heeft allerlei irreële voorstellingen rond de opname van haar kind. Door deze voorstellingen staat de moeder niet open voor de informatie die ze krijgt over het doel en verloop van de behandeling. Ze gelooft de verhalen van Sarah onvoorwaardelijk, mede omdat deze haar angsten en veronderstellingen bevestigen. Moeder voelt zich door het team aangevallen in haar ouderlijke capaciteiten en reageert met uitspraken als: 'Als jullie denken het beter te kunnen, doe het dan maar, maar verwacht dan ook niets meer van mij.' Ze vindt vervolgens dat de afdeling dan ook maar de was van Sarah moet doen. Ze heeft het gevoel dat haar kind haar wordt afgenomen en toont dit door ook de praktische kant van het ouderschap te weigeren. Het is daarom belangrijk dat er genoeg contact is met de ouders, waarin er voldoende erkenning is voor hun ouderlijke rol. Ouders moeten kunnen ervaren dat ze geapprecieerd worden, mee beslissingen kunnen dragen en voldoende op de hoogte zijn van wat de setting probeert te bereiken. Maar daarnaast dient er ook gewerkt te worden met de ouders omtrent hun

ouderschap, hun manier van omgaan met de verantwoordelijkheid ten opzichte van hun kinderen. Slijper (1998) benadrukt dat het heel belangrijk is dat ouders horen dat ze altijd de eerste opvoeders zullen blijven en dat de slaagkans van de behandeling voor een groot deel afhangt van hun medewerking. Zij schrijft ook: 'Tijdens de therapie is het noodzakelijk dat de therapeut zich identificeert met het kind om zich in de belevingswereld van het kind in te leven. Buiten de therapie moet de therapeut omschakelen en tot een zekere identificatie met de ouders komen, evenwel zonder die met het kind los te laten' (Slijper 1998, p. 99).

Juist deze dubbele identificatie ligt uitermate moeilijk en complex wanneer we in de residentiële hulpverlening veelvuldig te maken krijgen met ouders die vanuit een eigen, vaak zware problematiek met hun kinderen op een zodanig kwetsende of verwarrende manier omgaan, dat we ons veel moeilijker met hen kunnen identificeren. De dubbele identificatie is veel moeilijker te realiseren. Wellicht mede daardoor komen in residentiële settings nogal eens stereotyperingen van staf en ouders voor. Ouders worden daarbij becommentarieerd als goed of slecht, liefhebbend of afwijzend, ... Waar de hulpverlening te maken krijgt met kinderen die geconfronteerd worden met erg ongelukkige levenservaringen, ontstaan reddersfantasieën en een daarmee gepaard gaande woede tegenover de ouders, die zeer krachtig en invloedrijk kan zijn. Dat een dergelijk proces tot stand komt, is volgens Ekstein e.a. zeker niet alleen negatief. De identificatie met de liefhebbende ouder en het uitleven van een dergelijke magische reddersfantasie kan een bruikbaar beginpunt zijn voor de residentiële behandeling. Het leidt tot een therapeutisch optimisme en zorgt voor de motivatie om te helpen. Het maakt dat men bereid is hiervoor desnoods een moeilijke en lange weg te gaan. Wanneer er echter geen verandering optreedt bij het kind, zal er angst ontstaan en een gevoel van hulpeloosheid. De boosheid en ontgoocheling die hieruit kunnen voortvloeien, kunnen ernstige problemen omtrent de behandeling doen ontstaan. Het kan binnen de staf zelfs leiden tot vragen over de zin van de behandeling.

Specifieke tegenoverdrachtsprocessen van psychotherapeut en team

De hechte relatie die eigen is aan het contact tussen therapeut en kind, vormt een speciale emotionele constellatie binnen de residentiële setting. Ekstein e.a. beschrijven hoe de ouder-kindeenheid vaak het object wordt van de tegenoverdrachtsprojecties. Binnen de residentiële setting vervult de karakteristieke constellatie van een individuele therapeutische relatie een vergelijkbare psychologische functie voor het behandelend team. De therapeut-kindeenheid wordt dan object van overdrachtsprojecties, op dezelfde manier als dit op andere momenten tussen ouder-kindeenheid en team speelt. Complementair hieraan is de therapeut op zijn beurt geneigd diezelfde overdrachtsgevoelens te projecteren op de eenheid kind-team.

De relatie tussen de residentiële staf en de psychotherapeut is daarom vaak een kwetsbaar punt in de behandelgroep. Ekstein e.a. (1992) noemen deze relatie tussen therapeut en staf een van de meest cruciale verbindingslijnen van de behandelgemeenschap. Deze verbindingslijn is erg gevoelig voor tegenstrijdigheden en spanningen. Spanningen in de behandeling laten zich onmiddellijk voelen in de relatie tussen het therapeutenteam en het verpleegteam.

Ekstein e.a. beschrijven hoe kinderen die met de individuele therapeut een symbiotische relatie tot stand pogen te brengen, de relatie tussen therapeut en verpleegteam op specifieke wijze belasten. Zij geven aan hoe deze kinderen de therapeut beschouwen als een extensie van zichzelf, waar zij almachtig over kunnen beschikken. De therapeut en degenen die rechtstreeks met het kind bezig zijn, worden onvermijdelijk betrokken bij de intense liefde-haatgevoelens die het kind opwekt. De kracht en de complexiteit van de tegenoverdracht nemen spectaculair toe wanneer deze verbonden is met psychotische overdrachtsmanifestaties. Winnicott (1949) beschreef hoeveel angst en kwaadheid er gewekt wordt bij de behandeling van psychotische patiënten en stelt dat deze geen equivalent hebben bij neurotische personen. Hij beschrijft hoe infantiele angsten en haatgevoelens haast onvermijdelijk opkomen in de therapeut door de eisen die de patiënt hem oplegt. Hij beklemtoont daarbij dat de therapeut de diepte van zijn reacties moet kunnen voelen en de objectieve basis voor zijn kwaadheid moet kunnen zien. Dit is voor hem noodzakelijk om de patiënt te begrijpen en hem vervolgens te helpen kijken naar zijn gevoelens en relaties. Kinderen met een borderline- of psychotische structuur, zo besluiten Ekstein e.a., spreken een tegenoverdrachtspotentieel aan tegenover zichzelf en tegenover de ouder-kindeenheid, dat van een totaal andere orde en intensiteit is dan wat we bij neurotische kinderen zien ontstaan. Maar naast de angst en haat die ze oproepen, zie je ook dat ze een buitengewone investering vragen op het gebied van tederheid, geduld, toewijding en vaardigheid. Het is juist omdat liefde en haat zo sterk aanwezig zijn in een dergelijke behandeling, dat het afbreken van een behandeling bij de therapeut krachtige gevoelens oproept van persoonlijk falen en verdriet, soms verborgen achter heel veel kwaadheid. In de residentiële behandeling van psychotische kinderen wordt de hulpverlener herhaaldelijk geconfronteerd met dergelijke gevoelens van tekortschieten. De therapeut is daardoor mede vatbaar voor de projecties van het kind.

De machteloosheid en chaos die Peter voelt, krijgt de therapeute ook te verwerken. Wanneer Peter het moeilijk heeft, valt hij in slaap. Dit is zijn manier om zich staande te houden tegenover moeilijke gevoelens. Het is voor de therapeute moeilijk om hem wakker te houden. De machteloosheid die de therapeute op zulke momenten voelt, weerspiegelt wellicht de machteloosheid waar Peter mee leeft. Voor Peter is dit de enige manier om zijn innerlijke chaos niet te voelen en er niet door meegesleept te worden.

Het is een vorm van totale ontkenning.

Zo machteloos als Peter zich voelt tegenover een overspoelende innerlijke wereld, zo machteloos is de therapeute wanneer zij het contact met die innerlijke wereld poogt te herstellen. De therapeute blijft na deze sessies achter met chaotische tegenoverdrachtsgevoelens. Notities maken na een sessie met Peter verloopt moeizamer dan bij andere patiënten. Het heeft iets van een gevecht tegen chaos. Op een rijtje krijgen wat er in de sessie aan bod is gekomen, verloopt niet vanzelf. Op die manier voelt de therapeute wellicht iets van de chaos die Peter in zijn leven ervaart. Deze chaos is moeilijk te verdragen. Anderzijds realiseert de therapeute zich door deze tegenoverdrachtsgevoelens dat therapeutisch werk zich juist op dit vlak zal situeren: het hoofd kunnen bieden aan zo veel chaos, er niet aan ten onder te gaan.

Door de aanwezige chaos in de supervisie te bespreken, kunnen ook de positieve elementen weer komen bovendrijven. De herhaalde heen-en-weerbeweging van het mee chaotisch en wanhopig worden van de therapeute enerzijds, naar weer hoop en positiviteit vinden via de supervisie anderzijds, is een cruciaal gegeven in deze therapie. Geleidelijk ontstaat bij Peter enig vertrouwen in de therapeute. Op zich is dit een grote stap, gezien zijn totale wantrouwen.

Besluit

De tegenoverdracht vormt een belangrijk en zeer specifiek element van de residentiële behandeling van jongeren, die zowel therapeutisch aangewend kan worden als juist sterk contratherapeutisch kan werken. Daarom is het belangrijk om er als residentieel team voldoende aandacht aan te besteden. Typerend voor de tegenoverdracht in dergelijke setting is dat de relatie tussen het therapeutenteam en het verpleegteam kan fungeren als een gevoelige barometer die iets van de dynamiek van de betrokken patiënt weergeeft. Anderzijds kan deze relatie, juist door die specifieke gevoeligheid ook kwetsbaar zijn voor verstoring door tegenoverdrachtsreacties die geen plaats kunnen krijgen. Dan wordt ofwel het verpleegkundig team door de therapeut als te zwak beschouwd om de destructiviteit van de jongere te kunnen dragen, ofwel wordt de individuele therapeut verantwoordelijk gehouden voor dit destructieve gedrag. Het wordt dan moeilijk om als team therapeutisch te blijven werken en het risico ontstaat dat een behandelingsstop de enig mogelijke uitweg is waarlangs het team zich van ondraaglijke spanning kan ontdoen.

Noten

1. Nicole Vliegen was gedurende enkele jaren als therapeute verbonden aan de adolescentenafdeling van het Universitair Psychiatrisch Centrum te Kortenberg. An Fransen werkte er gedurende een jaar mee als stagiair-psycholoog (zie voetnoot 2).

2. Het betreft hier de adolescentenafdeling van het Universitair Centrum te Kortenberg, een psychoanalytisch georiënteerde afdeling voor adolescenten. De adolescenten beginnen hun opname in een 'oriëntatiegroep'. Gedurende ongeveer vier weken tracht het team zicht te krijgen op de problematiek en de behandelingsmogelijkheden. Na de oriëntatieperiode wordt, indien daar een indicatie voor is, overgegaan naar een behandelgroep. Afhankelijk van de problematiek en ernst komt men in één van de behandelgroepen terecht.

Er wordt gewerkt in een multidisciplinair team, bestaande uit een verpleegequipe, psychiater, gezinstherapeut en een psycholoog voor elke groep. Het team bestaat verder uit een bewegingstherapeut, een muziektherapeut en een creatieve therapeut. Dr. L. De Rijdt is afdelingshoofd en supervisor van deze afdeling.

Literatuur

Brandell, J. (1992). Preface. In J. Brandell (red.), *Countertransference in psychotherapy with children and adolescents*. Londen: Hogarth Press.

De León De Bernardi, B. (2000). The countertransference: a Latin American view. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 331-351.

Ekstein, R., Wallerstein, J. & Mandelbaum, A. (1992). Countertransference in the residential treatment of children. In J. Brandell (red.), *Countertransference in psychotherapy with children and adolescents* (p. 59-87). Londen: Hogarth Press.

Hinshelwood, R. (1999). Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 797-818.

Jacobs, T. (1999). Countertransference past

3. Een goed overzicht van literatuur over tegenoverdracht is te vinden in een recente reeks artikelen in de *International Journal of Psychoanalysis* (Jacobs 1999; Hinshelwood 1999; De León De Bernardi 2000).

4. Ekstein e.a. definiëren het begrip 'tegenoverdracht' nergens, maar uit het artikel kunnen we afleiden dat ze een totalistische visie onderschrijven. Deze totalistische visie op tegenoverdracht wordt door Brandell (1992), als redacteur van het vermelde werk, gedefinieerd als een tegenoverdracht die ruimer is dan het geheel van onopgeloste conflicten van de therapeut die bovenkomen en mogelijk de behandeling negatief beïnvloeden. De tegenoverdracht is hier een veel omvattender geheel aan fantasieën, gevoelens en attitudes die de therapeut tegenover de patiënt heeft. Dit geheel geeft de therapeut, wanneer hij ze eerlijk en zelfkritisch weet te beluisteren en te benutten, belangrijke klinische informatie en kan zo de loop van de behandeling positief beïnvloeden.

5. De therapeute in deze casus is An Fransen. De therapie vond plaats onder supervisie van Ilse Theys, psycholoog en psychoanalytisch kindtherapeut van de adolescentenafdeling.

and present: a review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 575-593.

Matthys, W. (1986). Objectconstantie: de betekenis voor de behandeling van het gedragsgestoorde kind. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28 (6), 383-403.

Pine, F. (1985). Borderline pathology in childhood. In F. Pine, *Developmental theory and clinical process* (p. 205-226). New Haven/Londen: Yale University Press.

Slijper, F. (1998). De samenwerking van kindanalyticus en ouders: een 'therapeutische relatie'. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 4 (2), 86-100.

Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-75.

Summary

Counter-transference in a residential setting is much more complex than that in treatment of outpatients. Besides the counter-transference of the therapist, there is the counter-transference of the team as well as the interaction between them. Moreover, it is obvious that the counter-transference in a residential setting for children and adolescents concerns not only the individual patient but also his/her parents.

Cases where this complex and many-sided counter-transference has worked counter-therapeutically demonstrate the damage that, if not well understood, it can cause to the patient's support systems. This is illustrated by a number of cases which have important indications for therapeutic use of the counter-transference in residential settings.

Manuscript ontvangen: 21 mei 2001

Definitieve versie: 12 april 2002