

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



Reflecties over empathie¹

Abraham de Blécourt

Empathie – door Freud ‘Einfühlung’ genoemd – heeft als psychoanalytisch concept altijd een centrale plaats gehad. Een goed ontwikkeld vermogen tot empathie is onontbeerlijk voor de psychoanalyticus. Aan de hand van twee gevalbeschrijvingen wordt de rol van empathie in het psychoanalytisch proces, met name bij het duiden, belicht.

Inleiding

Empathie neemt een belangrijke plaats in het psychoanalytische gedachtegoed in. Zo is bij de selectie van opleidingskandidaten hun vermogen tot empathie altijd een belangrijk criterium geweest, omdat gevoelsmatig begrijpen van de patiënt onontbeerlijk is voor het psychoanalytische proces. In de operationalisatie van het psychoanalytische proces door Schalken e.a. (1998) is de hypothese geopperd dat het effect van interventies sterk samenhangt met de mate waarin de analyticus empathisch is. Deze analyse is gebaseerd op materiaal van dertig praktiserende leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, die bereid waren om klinische vignettes te leveren voor onderzoek naar het psychoanalytische proces. Deze vignettes zijn vervolgens door Van Strien (1999) gebruikt voor zijn dissertatie over empathie.

In dit artikel wil ik ingaan op verschillende aspecten van empathie zoals die voor mij een rol speelden in mijn beroepsmatige leven. Eerst zal ik kort stilstaan bij mogelijke definities van empathie, waarbij de hierboven genoemde dissertatie van Van Strien centraal staat. Daarna opper ik enkele gedachten over de relatie van empathie met het psychoanalytisch proces en met opleidingsaspecten. De nadruk in dit artikel ligt op de rol van empathie bij het duiden, waarvoor twee gevalbeschrijvingen het uitgangspunt vormen.

De definitie van empathie

Bij de bespreking van mogelijke definities van empathie beperk ik mij tot de voor mij belangrijkste.

Van Strien (1999) heeft het begrip empathie zowel theoretisch als empi-

A. de Blécourt is zenuwarts (in ruste), erelid en opleider van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse.

Correspondentieadres: Boulevard 158, 4617 LZ Bergen op Zoom.

risch onderzocht. Uit zijn literatuurstudie blijkt dat empathie – door Freud ‘Einfühlung’ genoemd – van meet af aan een centrale plaats heeft gehad als klinisch concept. De ‘belichting’ daarvan veranderde in de loop der jaren, samenhangend met de ontwikkeling in de theorie. Consensus bleef bestaan over ‘de noodzaak om een inkijk te kunnen verkrijgen in de belevingswereld van de ander door in de huid van de ander te kruipen en zich onbevooroordeeld open te stellen voor die belevingswereld’ (Van Strien 1999, p. 11).

Freud (1913b, p. 473) meent dat er pas duidingen mogen worden gegeven als er een draagkrachtige overdracht en een goed contact met de patiënt bestaat. Elders (1913a, p. 381-382) legt hij uit dat de arts zijn eigen onbewuste moet instellen op het onbewuste van de patiënt, wat opgevat kan worden als een verwijzing naar het begrip empathie.

Rogers (1959) heeft empathie niet alleen gedefinieerd, maar ook onderzocht. Hij stelt dat de therapeut zich tijdelijk in de innerlijke waarnemingswereld en de gevoelens van de cliënt inleeft. De therapeut doet mededelingen over diens gevoelens, zoals hij die als therapeut heeft meebeleefd, zonder er een oordeel over te geven en zonder de onbewuste gevoelens te bespreken, waar de cliënt niet aan toe is. Mijns inziens houdt dit een scherpe waarschuwing van Rogers in: te vroege duidingen kunnen het empathisch proces verstoren. Rogers noemt als een van de eersten empathie een noodzakelijke voorwaarde voor een constructieve persoonlijkheidsverandering in een therapie. Hij beschouwt empathie als tijdelijk – zij is een genezend agens – maar hij waarschuwt voor overidentificatie met de cliënt. De therapeut moet zich continu binnen het belevingskader van de cliënt blijven bewegen.

Pierlout & Thiel (1986) plaatsen empathie in het non-verbale contact dat zich door interactie tussen moeder en kind ontwikkelt. Met hen menen vele auteurs dat het vermogen tot empathie zich ontwikkelt op basis van de vroege moeder-kindrelatie.

Het interactionele aspect van empathie is door Schwaber (o.a. 1981, 1995) in een reeks artikelen uitgewerkt. Zij pleit voor een interactionele manier van luisteren door de analyticus, waarbij de overdracht-tegenoverdracht-constellatie een grote rol speelt. De analyticus moet de overdracht van de patiënt op hem niet duiden als een distorsie van de realiteit. Hij dient de subjectieve overdrachtsbelevingen serieus te nemen: zij zijn niet alleen een weergave van de vroegkinderlijke belevingen van de patiënt, maar ook van de reacties van de patiënt op de houding van de analyticus ten opzichte van hem of haar. De analytische zelfobservatie, gevoegd bij zijn empathie, geeft de therapeut daardoor ook een gevoelsmatig inzicht in de belevingswereld van de patiënt. Op deze manier voelt de analyticus aan om welke affecten het bij zijn patiënt gaat, welke rol hij voor hem speelt in de overdracht en welk object de analyticus voor hem vertegenwoordigt.

Ik ben het in grote lijnen eens met Schwaber. Ik denk echter niet dat de

‘klassieke’ manier van luisteren – waarbij de analyticus een *outside listener* is die de realiteit meer in het oog heeft dan de patiënt – zo verfoeilijk is als zij meent. Het principe dat het om de psychische realiteit van de patiënt gaat, is natuurlijk onomstreden sinds Freud de rol van de fantasie als leidraad voor de psychoanalytische behandeling nam. Maar analyticus en analysant leven ook in een andere realiteit, waarvan de betekenis niet door de analyticus uit de weg gegaan of afgezwakt moet worden. Dit aspect zal ik illustreren in de eerste casus.

Van Strien komt op grond van de psychoanalytische literatuur tot de volgende definitie: ‘Empathie is het vermogen van de analyticus om zich, in interactie met de patiënt, aanvoelend in diens belevingswereld te verplaatsen, waardoor hij in staat is die belevingswereld te kennen’ (Van Strien 1999, p. 46). Dit aanvoelen en inleven heeft een procesmatig karakter, waaraan verschillende aspecten en fasen te onderscheiden zijn:

- In de eerste fase neemt de analyticus de verbale en non-verbale uitingen van de patiënt gevoelsmatig waar; hij identificeert zich kortstondig met de patiënt, voelt mee, maar weet nog niet waarover het precies gaat. Dit is de fase van *affektieve empathie*, die grotendeels onbewust of voorbewust verloopt.

- Het weten komt in de fase van *cognitieve empathie*, waarbij de analyticus door introspectie en reflectie op zijn gevoel en met gebruikmaking van zijn kennis over de patiënt, zich een hypothese vormt over de belevingswereld van de patiënt en een onderscheid maakt tussen diens belevingen en zijn eigen ervaringen.

- De gevormde hypothese leidt tot een interventie waarin de empathie tot uiting komt in zowel de inhoud als de vorm van de interventie (de fase van *getoonde empathie*).

In deze beschrijving kan ik mij goed vinden. Daarbij is essentieel dat ook de patiënt verbale en non-verbale signalen opvangt en interpreteert. Het is onvermijdelijk dat er soms misverstanden tussen analyticus en patiënt optreden en deze dienen dan ook onderwerp van bespreking te zijn. Ook op dit punt kom ik in de gevalsbespreking terug.

Natuurlijk zal de analyticus zijn vermogen tot empathie optimaal trachten te gebruiken, maar hij zal daar in wisselende mate in kunnen slagen. Het empathisch proces verloopt met haperingen.

Empathie en het psychoanalytisch proces

Ik zal nu kort ingaan op enkele aspecten van het psychoanalytische proces, waarbij empathie een belangrijke rol speelt.

Freud (1913a) introduceerde de term ‘psychoanalytisch proces’. Dat proces, eenmaal in gang gezet, gaat verder zijn eigen weg, zonder dat de analyticus bepalen kan wat eerst en wat later aan de orde komt. De analyticus heeft echter wél invloed op de bevordering van dit proces: zijn houding en

duidingen zijn van belang voor de werkrelatie, de weerstand, het ageren, de overdracht en tegenoverdracht.

De Blécourt e.a. (1981) bespreken de betekenis van het samenwerkingsverband van patiënt en analyticus. Essentieel voor het tot stand komen van dit verbond is het vermogen tot Ik-splijting. Het ene deel van het Ik kan zichzelf kritisch observeren, komt tot zelfbespiegeling en introspectie en is op de realiteit gericht. Daarnaast kan de patiënt mededelingen doen over het andere deel, dat de drift- en Boven-Ik-eisen bevat. Voor de patiënt is deze noodzakelijke Ik-splijting vaak moeilijk en pijnlijk. De analyticus kan alleen de samenwerking bevorderen wanneer hij aanvoelt wat zijn patiënt op dat moment kan verdragen. Empathie voor de weerstand is dus nodig. Hierbij doen zich enkele valkuilen voor, zoals bijvoorbeeld de (over)identificatie met de patiënt en de tegenoverdracht van de analyticus. Ook de analyticus heeft in zijn werk Ik-splijting nodig: hij moet aanvoelen én observeren. Wanneer de analyticus zich te sterk identificeert met zijn patiënt, bestaat het gevaar dat hij door onvoldoende distantie zijn observerende Ik niet goed gebruikt. Dit heeft tot gevolg dat pijnlijke conflicten vermeden worden. Het komt nogal eens voor bij agressieproblemen die zich presenteren als angst en depressiviteit. De onderliggende agressie wordt dan vaak wel aanvoeld, maar onvoldoende geduid uit medelijden – in plaats van medeleven – met de patiënt. Uiteraard spelen hier ook tegenoverdrachtsproblemen een rol. De analyticus wil graag aardig gevonden worden en duiden van de agressie roept vaak boosheid op. Het is van belang dat de analyticus zijn empathie gebruikt om de woede aan te voelen én op een accepterende manier te duiden. Wanneer de agressie van de patiënt in de overdracht te lang onbesproken blijft, leidt dit bij de analyticus tot te veel irritatie, die zijn empathisch vermogen aantast. Ageren vanuit de tegenoverdracht in de vorm van ‘strafduidingen’ is dan het gevolg.

Empathie is dus een voorwaarde voor het kunnen geven van goede duidingen, die opluchtend maar ook pijnlijk kunnen zijn. De meeste analytici menen dat de empathie doelmatig moet worden gebruikt en niet te bevredigend voor de patiënt mag zijn (Spanjaard 1988). Empathie en duidingen kunnen elkaar in de weg zitten als de analyticus te weinig confronterend is voor zijn patiënt en empathie gebruikt om hem te sparen (Van Strien 1999). Tot slot maak ik een korte opmerking over het ageren en de houding van de analyticus hiertegenover. Hierbij gebruik ik als leidraad zowel De Blécourt (1974, 1993), als de definitie van ageren die Van Waning hanteert. Zij stelt: ‘Ageren is een specifieke vorm van overdrachtsweerstand die gekenmerkt wordt door onmiddellijk handelen, met voorbijgaan aan de fase van proefhandelen (denken, voelen, beleven)’ (Van Waning 1994, p. 147). Ageren is, als elk neurotisch symptoom, een compromis tussen bevrediging en afweer van wensen. Ageren dient dan ook begrepen, dus geanalyseerd en geïnterpreteerd te worden. Zeker bij de behandeling van ernstig gestoorde patiënten kan het ageren het empathisch vermogen van de analyticus

zwaar op de proef stellen. Wanneer de analyticus zich door tegenoverdrachtsproblemen laat leiden en niet abstinert blijft, bevredigt of verbiedt hij de ageerwensen van de patiënt in plaats van deze te analyseren.

Ervaringen met empathie in de psychoanalytische opleiding

Bij het spreken over empathie in de psychoanalytische opleiding beperk ik mij tot twee aspecten: de selectie en de supervisie.

Naar aanleiding van het IPA-congres in 1967 over de selectie werd een Amerikaans-Europese studiegroep gevormd, die als doel had de effectiviteit van de vigerende selectieprocedures te onderzoeken. Deze groep publiceerde elf jaar later haar bevindingen (Kligerman 1978). Betreffende de selectie van kandidaten bevat het rapport interessante gegevens. Onder andere werd gesteld dat het vermogen tot empathie een *conditio sine qua non* is, naast de mate van Ik-sterkte. De Ik-sterkte bepaalt onder andere of de analyticus zich al dan niet gemakkelijk door tegenoverdrachtsgevoelens laat meeslepen. De analyticus die minder persoonlijk reageert op de overdracht, verschaft zijn patiënt vooral een stabiel en geruststellend milieu. Het vermogen tot affectieve empathie moet dus aanwezig zijn, maar zal in de eigen leeranalyse verder ontwikkeld moeten worden door de empathie van de leeraanlyticus voor de vroegkinderlijke belevingen van de analyticus in spe. Ik zie daarom de leeranalyse als de belangrijkste pijler van de analytische opleiding.

Frijling-Schreuder (1970) is van mening dat de kandidaat ook in de supervisie een leerproces dient door te maken met betrekking tot het empathisch reageren. De supervisor dient er zorg voor te dragen dat de – affectieve en cognitieve – empathie van de kandidaat voor de patiënt zich voldoende ontwikkelt, voordat er onbewust materiaal geduid wordt. Door empathie voor zijn patiënt vermindert ook de beginnersangst van de supervisant. Een belangrijke rol is daarbij weggelegd voor de ontwikkeling van de werkrelatie van supervisor en supervisant. De supervisor moet bijvoorbeeld aanvoelen hoeveel steun zijn supervisant nodig heeft en wanneer hij enige kritische kanttekeningen kan verdragen.

Voor veel beginnende analytici zijn de projecties van de patiënt en de distorsie van de overdracht dikwijls moeilijk te verdragen. Als supervisor heb ik vaak meegemaakt dat een supervisant verontwaardigd zei: 'Maar ik ben helemaal niet zoals mijn patiënt mij beschrijft.' Mijn uitleg was dan, dat in die beschrijving van de patiënt is na te gaan wat er in hem of haar omgaat in de overdracht op de analyticus en dat deze overdrachtsbelevingen een wezenlijk onderdeel van het psychoanalytische proces zijn. De analyticus kan met behulp van zijn eigen tegenoverdracht aanvoelen welke vroege objectrelatie hij voor zijn patiënt vertegenwoordigt. Sommige supervisanten begrepen mijn uitleg niet wegens gebrek aan empathie. Andere supervisanten daarentegen waren opgelucht over dit inzicht en leerden hun tegenoverdracht goed te gebruiken.

Lampl-de Groot (1967) heeft erop gewezen dat de analyticus juist voor de vroegkinderlijke, preoedipale belevingswereld invoelingsvermogen moet hebben. Als de patiënt ontwikkelingsstoornissen in deze periode heeft doorgemaakt, is het van groot belang diens non-verbale en verbale signalen, zoals houdingen en bewegingen (bijvoorbeeld bij het stamelen) voor hem te verbaliseren. Via reconstructies is dan na te gaan wat zich toen heeft afgespeeld. Sommige analytici missen empathie voor deze preoedipale belevingswereld en dat geeft een grote beperking van het analytische werk.

Over de rol van empathie bij het duiden

Eerste gevalsbeschrijving Een jonge academicus, enig kind, gehuwd, twee kinderen, begon na de studie zijn analyse wegens huwelijksmoeilikheden. Zijn ouders waren gescheiden toen hij zes jaar was. Hij werd door zijn moeder opgevoed. Tijdens de vijf jaar durende analyse bleek dat moeder zeer verwennend was geweest. Vader was een lastige, kritische zakenman. Het sporadische contact met hem nam in de puberteit verder af. Patiënt sprak minachtend over vader. De laatste jaren voor vaders dood onderhield patiënt helemaal geen contact meer met hem. Hij weigerde zijn stervende vader, die een aantal jaren voor het begin van de analyse overleed, te bezoeken. Moeders vader, eveneens zakenman, een humoristische levensgenieter, was een goed vaderssubstituut voor patiënt. Over mijn interventies in verband met empathie zal ik enige voorbeelden geven.

Kortdurende ziektes deelde hij mee zonder iets te zeggen over de aard ervan en hij kondigde zijn terugkomst zeer kort tevoren aan. Op een vrijdag verscheen hij na een ziekte onaangekondigd op zijn uur. Nu had ik al langere tijd het gevoel dat ik de verwennende moeder moest zijn, bij wie hij altijd welkom was. Dat was mijn motief om te zeggen dat ik hem niet kon ontvangen en dat wij het maandag zouden bespreken. Hier deed zich het probleem van omgaan met de realiteit voor. De gebruikelijke financiële afspraak was dat uren waarop de patiënt om welke reden dan ook afwezig is, werden doorbetaald, ook bij kortdurende ziektes. Het was wél de gewoonte van analytici om deze uren beschikbaar te houden voor de patiënt. Dat deed ik ook altijd. Waarom handelde ik in dit geval niet zo en ging ik anders dan te doen gebruikelijk om met deze werkelijkheid? In mijn langdurige ervaring als analyticus was het mij nog nooit overkomen dat een patiënt na een kortdurende ziekte *onaangekondigd* op zijn uur verscheen. Ik werd dus ook door deze situatie overvallen. Uit patiënts woedende reactie de volgende maandag bleek dat hij mijn houding allerminst empathisch had gevonden. Hij vond dat ik alleen mijn empathie kon tonen door zijn gedrag heel begrijpelijk te vinden. Ik besprak, dat hij door de manier waarop moeder, bij wie hij altijd welkom was, hem had opgevoed, meende dat ik ook altijd voor hem klaar moest staan. Deze grootheidsfantasieën ten aanzien van moeder, en ten aanzien van mij in de overdracht, dienden met veel empathie besproken te worden.

Spanjaard (1988) schrijft dat deze almachtsfantasieën liefst in de overdracht besproken moeten worden, waarbij empathie een leidraad voor de behandeling is. Zonder nauwkeurige analyse van de grootheid kan de patiënt de illusie handhaven ook door zijn analyticus uitverkoren te zijn. Empathie dient echter niet zo ver te gaan, dat men agressie van de patiënt ontloopt door duidingen van de gefantaseerde grootheid te vermijden.

Deze patiënt, die na de analyse in verband met een publicatie mijn verslag te lezen kreeg, schreef mij als reactie hierop dat hij, toen hij door mij die vrijdag niet ontvangen werd, niet alleen woedend was, maar zich ook schaamde omdat hij mij geëmotioneerd vond. Hij meende dat ik geëmotioneerd was omdat ik mij in mijn privé-leven betrappt voelde. De duidingen over de grootheid in verband met moeder en mij vond hij correct, wat de grootheidsfantasieën betrof. Maar uit schaamte had hij niet durven zeggen wat hij meende aan mij gemerkt te hebben. Terwijl hij mij schreef kwamen bij hem herinneringen aan vroeger boven. Ook vader hield hem buiten zijn privé-leven. Patiënt liet vader ook nooit iets horen als hij ziek was. Hij bezocht vader op zijn werk maar alleen als het hemzelf zinde en ook onverwacht. Hiermee gaf patiënt twee zaken aan: dat mijn duidingen over moeder wel correct waren, maar dat de verhouding tot vader toen en ook later onvoldoende was besproken. Belangrijk is, dat hij zich schaamde over de waarneming van mijn tegenoverdrachtsreactie aan de deur, waarover hij destijds niets zei. Dit illustreert hoe belangrijk het is om een patiënt in de analyse te helpen over deze tegenoverdrachtsreacties opmerkingen te durven maken.

Een ander voorbeeld van empathie uit dezelfde analyse is het volgende. De scheiding van de ouders toen patiënt zes jaar was, bleek zeer traumatisch voor hem te zijn geweest. Patiënt kwam er geregeld op terug dat zijn vader, kort voor de scheiding, een keer naar hem kwam kijken toen hij in bed lag en zich slapende hield. Hij keek door zijn oogharen naar zijn vader met de fantasie dat vader hem minachtend bekeek: 'Daar ligt dat jong nou.' Vader zou wel vinden dat hij vieze dingen in bed deed. Toen hij in de analyse over zijn masturbatie sprak, meende hij mijn minachting daarover te bespeuren. 'Ik weet wel dat het niet zo is, maar ik voel het wel zo', zei hij dan.

De 'slaapkamerscène', zoals ik die verder zal noemen, kwam op gezette tijden in patiënt's geheugen terug en ik luisterde er zonder commentaar naar. Toen deze slaapkamerscène weer eens aan de orde kwam, gaf ik de volgende interventie: 'Uw vader zou uit huis gaan, misschien kwam hij vlak vóór de scheiding naar boven om afscheid te nemen, en stond hij in gedachten verzonken, maar met genegenheid naar u te kijken.'

Daarbij zei ik, eerst op minachtende toon, meegaand met patiënt's fantasie: 'Daar ligt dat jong nou.' Daarna zei ik op een warme toon: 'Daar ligt dat jong nou.' En ik voegde eraan toe: 'Zo gezien krijgt uw fantasie een heel andere lading.'

De volgende dag kwam een reactie op mijn interventie. De patiënt vertelde:

‘Bij het naar huis gaan gisteren, zag ik alles veel helderder, scherper en met meer diepte. Ik heb het gevoel, dat ik een ander contact met u heb, het is dichterbij.’ Mijn eerste stilzwijgende reactie was: ‘Ben ik dan geen betere vader geweest? Wij kunnen het samen toch goed vinden?’ Maar patiënt had meerdere malen gezegd geen echt contact met mij te voelen. Daar had ik niets van gemerkt.

Ik besprak met hem dat hij de slaapkamerscène zo vaak naar voren had gebracht om mij te waarschuwen, alsof hij wilde zeggen: ‘Er is iets, dat u nog niet gezien heeft.’

Na deze interventie traden indrukwekkende veranderingen op. De woede over het door vader in de steek gelaten zijn werd beleefd, gevolgd door schaamte- en schuldgevoelens over zijn gedrag jegens hem. Toen volgden rouwreacties over vaders dood. Genegenheid en waardering voor hem kwamen te voorschijn. Ook werd de achtergrond duidelijk van de lichte vorm van depersonalisatie en derealisatie, die toen doorbroken werd.

Noch patiënt, noch analyticus hoeft zich bewust te zijn van de derealisatieverschijnselen. Ik meende aanvankelijk dat alles goed verliep; pas toen de analyse verbetering in dit ziektebeeld bracht, werd vergelijking met de normale toestand mogelijk.

Het ziektebeeld van de chronische onbewuste depersonalisatie is in 1942 voor het eerst beschreven door Le Coultre en gepubliceerd in 1972. Hij wijst erop dat depersonalisatie-derealisatieverschijnselen in de vroege jeugd kunnen ontstaan, vaak na de scheiding van een geliefd object, bijvoorbeeld bij overlijden. Aangezien gedepersonaliseerden een goede toegang tot hun onbewuste hebben, kan er gemakkelijk langs weerstanden heen worden geanalyseerd. Mijn in de behandeling vaak gemaakte opmerking dat patiënt zich door zijn vader in de steek gelaten moet hebben gevoeld werd cognitief wél, maar emotioneel niet aanvaard.

Waarom kwam ik zo laat met de interventie over de slaapkamerscène? Het lichte onbewuste chronische depersonalisatie-derealisatiesyndroom gaf mij een onvoldoende inzicht in het verloop van het psychoanalytische proces. Mijn patiënt hielp mij door, zonder dat hemzelf dat bewust was, de slaapkamerscène net zo lang te brengen, tot ik begreep dat er iets speciaals mee aan de hand was. Door zelfanalyse van het slaapkamergebeuren werd mij duidelijk, dat ik een blinde vlek had voor een eigen conflict, dat met patiënts conflict interfereerde.

Tot slot verwijs ik naar opmerkingen van Brenner (1976), die meent dat het niet gaat om één duiding die aan elke voorwaarde voldoet, hoe indrukwekkend het materiaal ook is dat er als reactie op volgt. Brenner vindt de vignetten met de éne belangrijke bevinding misleidend, omdat er tevoren een belangrijke reeks van interpretaties geweest is, die gebaseerd zijn op bepaalde hypothesen. De éne belangrijke duiding is dus zorgvuldig voorbereid. De patiënt zelf hoeft zich dit niet bewust te zijn. De gang van zaken met de slaapkamerscène is van het bovenstaande een goede illustratie. Wat

mijn analysant en mijzelf niet bewust was, maakten wij samen bewust. Wij groeiden naar de tijd toe die rijp was voor 'die éne belangrijke duiding'.

Discussie van de eerste gevalsbeschrijving De eerste stevige overdracht-tegenoverdrachtbotsing deed zich voor toen patiënt onaangekondigd op zijn vrijdaguur verscheen en ik hem niet ontving. Ik wilde hem confronteren met zijn nog onbewuste overtuiging dat zijn moeder en ik altijd voor hem klaar moesten staan. Hij beleefde mij als geëmotioneerd en betrapte in mijn privé-leven. Inderdaad had ik niet op hem gerekend en irriteerde zijn onverwachte komst mij. Na het weekend bleek dat de patiënt mijn gedrag het tegendeel van empathisch vond. Ik begreep dat wel omdat hij nu eenmaal uitverkoren wilde zijn, maar mijn empathie kwam juist naar voren in het aanvoelen van deze wens, die toen als groothedsfantasie besproken kon worden. Empathie is niet hetzelfde als aardig, begripvol en meegaand zijn. Veel later bleek dat patiënt zijn vader net zo behandeld had als hij mij behandelde. Dit aspect besprak ik onvoldoende.

Hoewel de patiënt meerdere malen opmerkte dat het contact tussen ons niet goed was, negeerde ik dit, omdat voor mijn gevoel de analyse goed liep. Daarbij speelde zeker een rol dat ik patiënt sympathiek en humoristisch vond en zelf meende een goed contact met hem te hebben. Het steeds terugkeren van de slaapkamerscène had een waarschuwing voor mij moeten zijn. Ik duidde het gevoel door vader in de steek gelaten te zijn, maar dit was voor hem niet het belangrijkste. Patiënt was moedig en hield net zo lang vol tot ook ik begreep dat er met de slaapkamerscène meer aan de hand was. Door mijn twee intonaties over 'dat jong' werd hem duidelijk dat hij zijn vader altijd als kritisch gezien had, ook om niet te voelen hoe erg hij hem als liefdevolle vader had gemist. Toen hij daarna uit zijn depersonalisatie ontwaakte en het duidelijk werd dat ik me vergist had aangaande het contact met hem, was ik eerst nogal boos, maar ik zweeg daarover. Ook nu meen ik dat zelfreflectie over de eigen innerlijke conflicten die tot de blinde vlek geleid hebben, uiteindelijk beter werkt dan onthulling van de tegenoverdrachtsgevoelens.

De opmerking van Brenner (1976) maakte tot mijn troost nog eens duidelijk dat die ene belangrijke duiding door langdurig empathisch werk voorbereid was.

Tweede gevalsbeschrijving De analyse van de weerstand speelde in de tweede casus een grote rol, waardoor er veel afhing van de empathie bij de te geven interventies.

Een ongehuwde student had sedert de puberteit een werkstoornis, die na zijn vaders dood, kort voor het begin van de analyse, verergerde. Van de zes jongere sibilings overleed er een toen patiënt zes jaar was. Over de ouders kwamen er spaarzaam mededelingen. Analysant vertoonde opvallend veel dwangneurotische trekken. Tijdens de analyse bleek dat er een vriendin

van moeder in huis kwam wonen toen hij acht jaar oud was. Zijn vader werd door deze vrouw, in het bijzijn van moeder en de kinderen, uitermate gekleineerd, onder andere in zijn tafelmanieren. Patiënt leek gehuwd zijn niets: 'Je zit maar onder de pantoffel', zei hij. De eenzelve vader had wel veel aandacht voor zijn kinderen.

In het begin van de analyse moest ik voor patiënt een voedend object zijn. Hij bracht alleen associaties in de vragende vorm, maar niet alleen wegens zijn dwangmatige trekken. Hij brak, of kneep, mede uit angst voor mij, zijn vragen af. Ik was de frustrerende preoedipale moeder. Hij mompelde, streek met zijn vingers langs zijn mond en wendde het hoofd af als hij mijn interventies pijnlijk vond. Ook wel gaf hij mij gelijk bij een interventie, maar behalve orale behoeften bestond er ook een koppig anaal verzet: als hij mij bij een interventie gelijk gaf, schudde hij tegelijkertijd nee en bracht heel tegenstrijdige invallen.

Ik gebruikte mijn empathie voor zijn preoedipale moederoverdracht door geduldig te reageren op zijn vragen en verzet. Daarbij legde ik hem uit dat hij niet anders kon dan allerlei vragen stellen waarop hij vroeger nooit antwoord had gekregen. Ik gaf ook geen antwoord. Eens versprak hij zich en zei 'voeder' in plaats van 'moeder' om aan te geven wat hij verlangde en hoe hij zich door mij tekort gedaan voelde. Ik legde hem uit, dat mijn geen antwoord geven op zijn vragen geen gebrek aan belangstelling was en ook geen kritiek inhield. Bij deze analysant had ik mijn empathische vermogen ieder uur hard nodig.

Analysant had nergens echt plezier in. Zat hij in de bioscoop dan voelde hij dat hij moest studeren. Werkte hij, dan wilde hij andere dingen doen. Noch het samenwerkingsverbond, noch een hechte overdrachtsconstellatie kwam tot stand, omdat ik als zijn analyticus niet aan zijn overdrachtseisen als voedend object voldeed. De hierboven beschreven Ik-splijting bij het samenwerkingsverbond stond hier in dienst van de weerstand. Zijn waarnemend Ik-deel begreep wel wat ik hem voorlegde, maar zijn belevend Ik-deel voelde het niet.

Ongeveer twee jaar na het begin van de behandeling kwam er verandering in de situatie. Analysant kwam van het begin af aan te vroeg en zat in mijn wachtkamer kennelijk met genoeg in de tijdschriften te lezen. Pas na twee jaar durfde ik hier een opmerking over te maken: 'U komt vroeger, kan dat een bepaalde betekenis hebben?' Zijn reactie was: 'Dat zal wel neurotisch zijn.' Ik wees hem op de psychiater die hij in de puberteit bezocht had. Van de gesprekken met hem herinnerde hij zich niets, maar hij had geregeld gepraat over de wachtkamer met de tijdschriften. Analysant zweeg op deze interventie. Mijn volgende opmerking luidde: 'Noch werken, noch andere activiteiten geven u vreugde. Ik vermoed dat het lezen in mijn wachtkamer het enige plezierige ogenblik van de dag voor u is en dat mag ik eigenlijk niet weten.' Mijn analysant schrok van deze interventie. Als ik dat plezier merkte, zou het hem ook wel weer worden afgenomen.

De gevolgen van deze interventie over het lezen in de wachtkamer waren verstrekkend. De vorige psychiater keek mijn analysant in de vis-à-vis-situatie vriendelijk aan en liet hem rustig uitpraten, maar moeder had hem zonder commentaar bij deze man weggehaald. Dit trauma werd door mij uitvoerig met mijn patiënt besproken, waarna ik in de overdracht de eerste psychiater werd en daarna de vader, met wie analysant een uitstekend non-verbaal contact bleek te hebben, dat buiten moeder en de vriendin om liep. Daarna verdroeg analysant mijn zwijgen veel beter. De Ik-splijting in dienst van de weerstand werd een Ik-splijting in dienst van het samenwerkingsverband. Ook een hechte overdrachtsconstellatie ontstond. Het doorwerken van de preoedipale moederoverdracht heeft meer van mijn empathische vermogen gevegd dan daarna nodig was. De relatie met zijn moeder veranderde: zij die elke gevoelsuiting van patiënt vanaf zijn vroege jeugd stelselmatig onderdrukte, kreeg minder invloed.

Discussie van de tweede gevalbeschrijving De echte weerstandsanalyse duurde bij deze patiënt twee jaar. Dit is niet verwonderlijk: hij had het voorbeeld van vader die door moeder en haar vriendin gekleineerd was. Hij verwachtte dus eenzelfde behandeling van mij. Bovendien was hij bij moeder veel tekort gekomen, waardoor hij vooral behoefte had aan voeding. Hij kon zelf niets geven en dus stokten zijn associaties steeds. Het lukte me meestal om geduldig te luisteren en me niet aan zijn vraagdwang te ergeren. Van Strien (1999) beschrijft dat vele auteurs wijzen op het belang van meeresoneren. Dit was bij hem nodig om vertrouwen te wekken. Ik liet me daarbij ook leiden door Fenichel (1946), die beschrijft dat de analyticus de door weerstand sterk verdrongen problematiek niet snel moet willen aanpakken en moet wachten tot duiding van de overdrachtsweerstand mogelijk is. Het bespreken van het 'verboden' lezen in de wachtkamer was hiervan een voorbeeld.

Noot

1. Met dank aan Eugenie Oosterhuis voor haar hulp.

Literatuur

Blécourt, A. de, (1974). Overdracht, tegenoverdracht en ageren in de psychoanalyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 16, 678-700.

Blécourt, A. de, Beenen, F., Gones-Spanjaard C., Hommes, H., Verhage-Stins, L. & Verhage, F. (1981). Het samenwerkingsverband (working alliance) van patiënt en analyticus. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 7 (6), 307-317.

Blécourt, A. de (1993). Transference, Countertransference and Acting Out in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 74 (4), 757-774.

Brenner, C. (1976). *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict*. New York: International Universities Press.

Coulter, R. le (1972). Het ziektebeeld van de chronische depersonalisatie. In W.F. van Leeu-

Reflecties over empathie

Abraham de Blécourt

wen, J. Spanjaard & H.A. van der Sterren (red.), *Psychoanalytische thema's en variaties*, p. 11-26. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton Company.

Freud, S. (1913a). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *Gesammelte Werke* 8, p. 376-387. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Freud, S. (1913b). Zur Einleitung der Behandlung. *Gesammelte Werke* 8, p. 454-478. Frankfurt am Main: S. Fischer.

Frijling-Schreuder, E.C.M. (1970). On Individual Supervision. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, 363-371.

Kligerman, C. (1978). Report of the Study Committee on the Evaluation of Applicants for Psychoanalytic Training. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 79-85.

Lampl-de Groot, J. (1967). On obstacles standing in the way of psychoanalytic cure. In J. Lampl-de Groot, *Man and Mind, Collected Papers*, p. 284-295. New York/Assen: International Universities Press/Van Gorcum (1985).

Pierloot, R.A. & Thiel, J.H. (1986). Theoretische grondslagen van psychoanalytische therapieën. In R.A. Pierloot & J.H. Thiel (red.), *Psychoanalytische Therapieën*, p. 36-185. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 95-103.

Schalken, H.F.A., Dam, Q. van, Meij, G. de, Panhuysen, L.H.M., Spek, S. van der & Verhage, F. (1998). Een poging tot operationalisering van het psychoanalytisch proces. *Mededelingenblad van de NVPA*, 13 (6), 182-198.

Schwaber, E.A. (1981). Empathy: a mode of analytic listening. *Psychoanalytic Inquiry*, 1, 357-392.

Schwaber, E.A. (1995). Towards a definition of the term and concept of interaction. *International Journal of Psychoanalysis*, 76 (3), 557-564.

Spanjaard, J. (1988). Kohut en de analyse van de grootheidswaan. In W.F. van Leeuwen (red.), *Over dromen en grootheidswanen*, p. 68-95. Meppel: Boom.

Strien, A.P.M. van (1999). *Empathie. Een kwaliteitsaspect van de psychoanalytische praktijk?* Academisch proefschrift. Amsterdam: Thela Theena.

Waning, A. van (1994). *Geen woorden maar daden*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Thesis Publishers.

Summary

The author discusses the role of empathy in his professional life. He seeks to answer questions about the concept of empathy and its key role in the psychoanalytic process, especially with regard to the timing and phrasing of interpretations.

Capacity for empathy is a positive criterion in selection of candidates for psychoanalytic training.

The teaching of empathy is an important issue in the supervisory process, but there are limits to the extent to which empathy can be taught. Especially with patients who are prone to action instead of verbalisation, as a result of their early-rooted emotional disturbances, the psychoanalyst needs his empathy in order to understand the analytic material.

The author illustrates his theoretical understanding with extensive clinical material from two analyses.

Manuscript ontvangen: 10 juli 2002

Definitieve versie: 16 februari 2003