

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



Steun en illusie. Steun, een illusie?

Marc Hebbrecht

In essentie is steun het tegemoetkomen aan een illusie en deze zo lang mogelijk in stand houden, want de desillusie is onvermijdelijk. Steunende interventies dienen geïntegreerd zijn in een basishouding van zorgzaamheid omdat zij anders het natuurlijk verlopend analytisch proces onderbreken.

Inleiding

Eind van de jaren 1980, begin van de jaren 1990 werd de steunende factor in psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie gerehabiliteerd dankzij de artikelen van De Jonghe, Rijnierse en Janssen die een grote weerklank vonden, niet alleen in Nederland maar ook in de internationale psychoanalytische wereld (De Jonghe e.a. 1991, 1992, 1994). Naast de factor van interpretatie door de analyticus die leidt tot inzicht, is er de factor van adequate steun die een nieuwe ervaring teweegbrengt. De steun-ervaringsfactor zou vooral bestaan uit ervaringen die zich afspelen op een non-verbaal niveau. Ze zouden de stille kracht van de psychoanalyse uitmaken. In de psychoanalytische literatuur werd deze laatste factor lang veronachtzaamd. Het belang van steun en ervaring kreeg vooral zijn uitdrukking in de postklassieke traditie van de psychoanalyse waarbij Ferenczi en Balint tot de voortrekkers behoorden en die later door auteurs zoals Greenacre, Mahler, Jacobson, A. Freud, Kohut en Kris meer is uitgewerkt. In zijn artikelenreeks verwijst de groep van De Jonghe vooral naar Amerikaanse auteurs. De bijdragen van Britse auteurs zoals Winnicott en Bion komen echter minder aan bod.

Geleidelijk heb ik een eigen opvatting over de steunende factor ontwikkeld waarbij ik afstand neem van onderscheid dat ik vroeger in mijn werk aanbracht, mede geïnspireerd vanuit de egopsychologie, zoals inzichtgevend werken in de ambulante praktijk tegenover steunend behandelen in de kliniek (Hebbrecht 1995, 1997, 2004; Hebbrecht & Willemsen 2000). Dit kwam vooral door mijn groeiende ervaring, ook door de invloed van het denken in de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse en het vaster worden van mijn psychoanalytische identiteit.

In deze bijdrage wil ik een eigen opvatting over steun presenteren. Hierbij

M. Hebbrecht is psychiater-psychotherapeut en psychoanalyticus, verbonden aan het PZ Sancta Maria te Sint-Truiden en aan de ambulante psychoanalytische dienst van het UC Sint-Jozef te Kortenberg. Hij is lid van de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse en van de

Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie. Hij is als supervisor verbonden aan de postgraduate specialisatie in de psychoanalytische psychotherapieën van de KU Leuven. Correspondentieadres: Wijkstraat 146, 3700 Tongeren. E-mail: marc.hebbrecht@skynet.be

wil ik aan de hand van casuïstiek duidelijk maken dat steunend optreden zinvol is maar ook risico's inhoudt. Maar de steunende houding op zich is een attitude die centraal dient te staan in ons psychoanalytische werk en alle kaders overstijgt: ze is cruciaal in de klassieke kuur alsook in het werk in het ziekenhuis. De steunende houding is volgens mij een wezenlijke component van de psychoanalytische identiteit. Mijn visie is niet in tegenspraak met deze van De Jonghe (2005). Het is mijn bedoeling enkele nieuwe accenten te leggen. In deze bijdrage zal ik me beperken tot enkele kernideeën rond steun voor zover deze relevant zijn voor de klassieke kuur en in psychoanalytische psychotherapie.

Steun: een poging tot definitie

In de literatuur worden verschillende omschrijvingen gegeven van steun. Sommige auteurs beschouwen steun als de tegenpool van wat er in een klassieke psychoanalyse gebeurt. Anderzijds is steun of de 'steun-ervaringsfactor' een basisaspect van de analytische techniek, dat in de literatuur onder verschillende synoniemen wordt beschreven: 'holding', de diatrofische rol, het beschikbaar zijn als hulp-ego voor de patiënt, aanwezigheid, 'containment', coënesthetische empathie, de therapeut als primaire substantie, als zelfobject voor de patiënt, als primair object (De Jonge e.a. 1994). Brown en Pedder (1980) beschouwen steun als het zich intentioneel beperken tot de uiterlijke en de tussenliggende niveaus van communicatie. De patiënt bespreekt zijn zorgen van het moment met een deskundige en empathische therapeut die de overdracht herkent maar deze niet duidt. De therapeut is zich bewust van zijn overdracht en tegenoverdracht en zal deze aanwenden om effectiever met de patiënt bezig te zijn. Volgens Werman (1984) is steun het substitueren van Ik-functies die acuut tekortschieten (bv. bij een gezonde persoon die in een crisistoestand terechtkomt) of het versterken van Ik-functies bij patiënten met belangrijke structurele defecten. Pinsker e.a. (1991) noemen steun het geheel van maatregelen gericht op symptoomvermindering, zelfwaardeverhoging, verbetering van de psychosociale adaptatie en versterking van het Ik-functioneren. Andere auteurs omschrijven steun als het geheel van therapeutische maatregelen voor patiënten bij wie fundamentele verandering als onmogelijk wordt gezien (Bloch 1979; Holmes 1988). De definitie hangt dan af van de doelgroep en het indicatiegebied. Ten slotte kan men steun ook definiëren als het geheel van steunende interventies. Hierbij wordt dikwijls gedacht aan geruststelling, advies, suggestie en troost. Daardoor heeft steun een negatieve connotatie gekregen, omdat onvoldoende onderscheiden werd tussen regressie- en progressiebevorderende steun. 'Developmental help' en 'mentalization-based treatment' zou als voorbeeld kunnen gelden van progressiebevorderende steun (De Jonghe 2005). Het valt mij op dat de omschrijvingen van steun sterk wortelen in het egopsychologisch model, een model dat gedateerd voorkomt. Vanuit

een andere visie, die onder andere door het denken van Bion en Ferro (2002, 2005) is beïnvloed, zal ik eerst omschrijven wat ik onder psychoanalytische werkzaamheid versta om vervolgens een eigen visie over steun te geven.

Een omschrijving van psychoanalytische werkzaamheid

Psychoanalytische werkzaamheid wordt beschouwd als ontvankelijk zijn voor de totale ervaring die in de ontmoeting met patiënten en medewerkers op ons afkomt. Deze ervaring wordt aangenomen en krijgt tijd om te rusten en psychisch verwerkt te worden (Ferro 2002). Er wordt vertrouwd op de eigen intuïtie die gedachten, beelden en dromen zal brengen, niet onmiddellijk ... er is immers tijd en geduld nodig vooraleer te begrijpen. Tijdens dit innerlijke proces zal het gebeuren dat er naar de patiënt iets spontaan verwoord wordt, dat bijvoorbeeld als een steunende interventie omschreven kan worden. Deze interventie kan dan op vele manieren begrepen worden. Is ze het resultaat van een innerlijk transformatieproces waarbij ruwe sensaties zijn omgevormd tot iets dat psychisch meer bewerkbaar en verstaanbaar is, dat mogelijk bruikbaar is voor de patiënt? Is ze te beschouwen als droomtaal? Betreft het een uitspraak die een opening vult in de psychische beleving van de patiënt en er als het ware een bevruchting tot stand brengt, waaruit een nieuwe idee kan ontstaan (Bion 1963)? Tijdens het werk schenkt de psychoanalyticus aandacht aan wat de patiënt zegt en aan wat hijzelf verwoordt, hoe dit gezegd wordt. De psychoanalyticus registreert verder hoe hij of zij zich gedraagt. Soms wordt hij uit de professionele rol geduwd, we spreken dan van een 'enactment'. Soms kan de ontmoeting met de patiënt verwarring, zwaarte of lichamelijke sensaties teweegbrengen. Verschuivingen over de grenzen van de professionele rol kunnen inzicht bijbrengen in de tegenoverdracht die onbewust tot stand komt.

Steunende interventies kunnen vanuit deze optiek verschillende betekenissen hebben. Zijn ze het resultaat van een psychische metabolisering van emotionele inhouden van de patiënt die via projectieve identificatie in de analyticus werden gelegd en door hem zijn opgenomen en in een verteerde vorm worden teruggegeven (Bion 1962)? Een steunende interventie kan vele functies hebben, die begrijpbaar zijn als men ze overdenkt vanuit de horizontale as van het Rooster van Bion (1963) (Vermote 1998). In het ene geval betreft het een definitie waarbij vaste verbanden worden gezien en benoemd. In het andere geval betreft het een kolom-2-interpretatie of een uitspraak die geruuststellend werkt en de angst voor het onbekende bezweert. Maar men brengt dan ook een element in om iets niet te zien of om verbanden, groei en verandering tegen te gaan. Er is dan sprake van een leugen en de ontmoeting met een diepere waarheid wordt vermeden. In sommige gevallen kunnen we een steunende interventie opvatten als een verwijdering van iets ondraaglijks uit de psyche van de therapeut. Soms is het niet meer dan het publiek maken van een gedachte. Steunend interve-

niëren betekent soms gewoon nota nemen van iets. Soms willen we met onze uitspraak de patiënt tot handelen aanzetten. Wanneer we interveniëren, dienen we ons de vraag te stellen wat we uit de weg gaan, wat we uitageren en in welke mate onze interventie al dan niet de uitdrukking is van een innerlijk transformatieproces in onze psyche.

De psychoanalytische houding houdt in mijn ogen in dat de analyticus als het ware een container is, bestaande uit een elastisch en levendig weefsel, die de massieve emotionele ervaring opneemt, binnenhoudt en verteert (Ferro 2005). Tussen datgene wat ingenomen is en datgene wat omvat en vasthoudt, bestaat een levendige relatie. Het slechte drijven we uit – een deel van het goede nemen we in ons op zodat we leren uit ervaring en met de jaren meer beslagen worden in het vak en een deel van het goede geven we aan de patiënt terug, in een vorm en op een moment waarvoor hij ontvankelijk is. Maar we waken erover dat er een scheidingswand blijft bestaan met ons diepste zelf zodat onze kern intact blijft en niet geschaad wordt door de ander. Onze diepste integriteit dient onaantastbaar te blijven, daar staat de ander buiten (Winnicott 1965).

Steun is in mijn visie vooral het veruitwendigen van een innerlijke houding en niet te reduceren tot het toepassen van technieken. Deze technieken kunnen nuttig zijn maar zijn meestal storend. Wie gerustgesteld wordt of ongevraagd advies krijgt, voelt zich op een dieper niveau betutteld en gekleineerd. Dit wekt schaamtegevoelens en boosheid (Langs 1989). Steun gaat in de eerste plaats over attitude, ontmoeting, relatie, het tot stand brengen van een nieuwe ervaring.

Steunende interventies in psychoanalyse

Er wordt een voorbeeld gegeven van een steunende interventie (klinisch vignet 1), tijdens een analytische sessie bij een patiënt in het tweede jaar van zijn psychoanalyse.

Hij komt vier keer per week. De patiënt werd tien jaar geleden na een zitting tijdens een vorige psychotherapie slachtoffer van een ernstig verkeersongeval waarbij hij verschillende breuken opliep en waarna een langdurig revalidatieproces volgde. Tijdens de zitting was hij nogal stil en afwezig, dromerig en fantaseerde over loopbaanonderbreking. Vervolgens sprak hij de wens uit tien jaar jonger te willen zijn; had hij toen maar in psychoanalyse kunnen zijn nadat hij bruusk werd ontgoocheld door zijn vader. Vader was gevlucht naar het buitenland terwijl mijn patiënt in het ziekenhuis herstelde van zijn ongeval. De ganze familie vreesde dat vader zelfmoord had gepleegd. Deze situatie werd uitvoerig in de media besproken. Mijn patiënt kreeg het tijdens de zitting emotioneel moeilijk en vertelde me hoezeer hij zich toen beschaamd had gevoeld, hoeveel moeite hij toen had om anderen onder ogen te komen. En passant vermeldde hij me dat hij – onderweg naar de analyse – automatisch reed en de ogen gedurende meerdere seconden sloot. Hij schrok toen hij bij het aankomen niet wist hoe hij bij mij was

geraakt. Op dat ogenblik werd ik angstig en zei spontaan dat hij vooral waakzaam moest zijn bij het naar huis rijden. Ik nam het signaal op dat hij zichzelf in gevaar kon brengen, zij het wat te spontaan. Achteraf dacht ik dat ik te gehaast was en beter had gewacht en langer nagedacht. Mijn patiënt reageerde verrast, het was alsof hij bruusk wakker werd gemaakt. Het bleef even stil. Vervolgens associeerde mijn patiënt verder, vertelde me zijn voornemens om in het weekend een vriend in Frankrijk te bezoeken; eerst dacht hij met de wagen te gaan, maar hij bedacht zich en zou met de trein reizen. Dan associeerde hij verder over zijn vierjarig zoontje dat daags ervoor furieus reageerde. Het was een mooie nazomerdag; de jongen had lang buiten gespeeld met zijn vriendjes ook al begon het wat frisser te worden. Mijn patiënt riep zijn zoontje naar binnen om een warme trui aan te doen. En lachend zei hij: 'Je kan niet geloven hoe heftig die tekeering, hij stampte van woede, liep kwaad de trappen op naar boven en schreeuwde dat ik altijd zijn spel bederf.'

Mijn interventie is steunend, ik raad mijn analysant aangepast gedrag aan en ben zelfs wat overredend. Maar het is ook een onbewuste enactment. Blijkbaar heeft hij me ongerust gemaakt en ben ik uit mijn rol van analyticus geduwd om een uitspraak te doen die in de gewone sociale omgang correct en passend is. Zijn onbewuste maakt me duidelijk dat ik een spelbreker ben, ik heb zijn analytische spel verbroken door te reageren als een bekommerde maar bemoeizieke vader. Dit maakt hem op een dieper niveau kwaad want hij voelt zich als een klein kind behandeld. Mijn patiënt is iemand die niet openlijk kwaad durft te zijn en erg gezagsgetrouw is. In een moment van zwakte heb ik zijn angst die via projectieve identificatie in mij werd gelegd, niet genoeg verdragen. Ik heb me in een flits (tijdens de zitting) gerealiseerd hoe angstig hij geweest moet zijn toen hij in het ziekenhuis lag met twee gegipste armen, wetende dat zijn vader vermist was. Hij was, als jongeman van twintig, volledig afhankelijk van anderen voor zijn verzorging, zelfs voor toiletbezoek, iets waar hij zich enorm over schaamde. Ik had er wellicht beter aan gedaan iets van die angst te zeggen in plaats van een raad te geven. Pas na de sessie begreep ik wat zich had voorgedaan. Mijn interventie die steunend leek, was een tegenoverdrachtelijke enactment, een manier om mijn angst weg te maken. Toch was de interventie zinvol, ze werd ook als steunend ervaren, hij denkt eraan als hij verstrooid raakt in de wagen. Hij heeft dit beleefd als authentiek bekommerd zijn, een vaderlijke aanwezigheid, iets wat hij vroeger heeft moeten missen. Dit therapeutisch moment bleek achteraf een goed object te worden dat stevig in zijn psychische structuur werd ingebouwd. Het was een nieuwe ervaring. En toch is de steunende interventie een mes dat aan twee kanten snijdt. De keerzijde is desillusionering; het steunend moment is voor hem ook een desillusie. Deze verstandige man die zich met liefde aan de analyse overgeeft, wordt uit zijn spel gehaald; ik vernauw de intermediaire ruimte waar hij kan spelen en scheppen; ik accepteer de rol van

bezorgde ouder, houd even op analyticus te zijn in plaats van duidelijk te maken dat hij bezorgdheid teweegbrengt en hoe deze behoefte te begrijpen is. De overdracht die tot stand komt op grond van een illusie, wordt ook beoedeld door mijn ingreep. Dit is de negatieve zijde. De positieve zijde is dat ik mijn generatieve attitude naar de patiënt adequaat heb uitgedrukt.

Jaap Ubbels (2005) heeft me in dit verband een passage uit een boek bezorgd waarin Tähkä (1993) geciteerd wordt: 'The most dependable sign of an adequate "generative" attitude towards the patient is the analyst's felt freedom to experience fully the whole gamut of parental feeling and pleasures that accompany his role as a new developmental object for his patient.'

Een eigen omschrijving van steun

Steun omvat als eerste aspect de gratificatie van preoedipale behoeften binnen de grenzen van de professionele rol en dit in een therapeutische context. Het tweede aspect is het door de analyticus tegemoetkomen aan de illusie die de patiënt over de analyticus en/of psychotherapeut creëert als machtig primair object. Als derde aspect volgt het hanteren van narcistische overdrachten. Het vierde aspect verwijst naar het progressiebevorderend omgaan met de infantiele, de psychotische en de volwassen uitingen van de patiënt. Ten slotte dient steun door de analyticus of therapeut onderzocht te worden als een tegenoverdrachtsenactment. Ik zal dit verduidelijken.

Steun is gratificatie Steun is in de eerste plaats gratificatie. Dit is iets anders dan neutraliteit of abstinentie. Onder gratificatie (Tähkä 1993; Laine 2004) verstaan we dat er zodanig gehandeld wordt dat dit leidt tot de vorming van een goed objectbeeld in de innerlijke wereld van de patiënt. Hierbij laten we ons leiden door de complementaire reactie die de patiënt in ons wekt. We streven ernaar om de behoefte van de patiënt zo correct mogelijk aan te voelen en een gebaar te stellen op de juiste toon, de juiste vorm, de passende manier en het goede moment. De gratificatie wordt geboden op een indirecte en symbolische manier, aangepast aan het ontwikkelingsniveau van de patiënt. Dit is slechts mogelijk binnen een atmosfeer van holding en authentiek bekommerd zijn. Door zo te handelen, implementeren we als het ware een structuur-opbouwend element. Gratificatie is bijvoorbeeld essentieel in de langetermijnbegeleiding van psychotische patiënten. Gratificatie heeft vooral betrekking op het tegemoetkomen aan onvervulde en gefrustreerde symbiotische behoeften. Als voorbeeld denk ik hierbij aan een randpsychotische borderlinepatiënte die sinds vele jaren in wekelijkse psychotherapie komt en onderbrekingen slecht verdraagt (klinisch vignet 2). Het gebeurt regelmatig dat ze tijdens de therapiezitting dissociatief wordt, heftig hyperventileert en met suïcide dreigt. Ik zeg dan dat ze haar vertrouwen snel verliest, ze weet toch dat er vroeger ook zulke moeilijke momenten zijn voorgekomen en dat we ze samen hebben overleefd. Wan-

neer ze zich alleen voelt, maakt ze het innerlijk beeld van mij in haar kapot en onderga ik in haar binnenste een metamorfose tot een kwellend monster. Ze valt niet alleen het beeld maar ook de band aan, dreigt ermee de therapie te stoppen. Ze gedraagt zich dan werkelijk hatelijk; het kost me veel moeite om in mijn rol te blijven en niet hatelijk te reageren. Via mijn interventies vraag ik haar om mij als goed innerlijk object te behoeden tegen haar eigen destructieve aanvallen en dit beeld van mij te gebruiken als bron van kalmte en hoop. Ik troost haar en bouw op die manier aan de introjectieve structuur in haar zelf. Als ik te lang zwijg, wat ik vroeger deed, beleeft ze me als slecht en achtervolgend. Ze wil dat beeld van mij in zichzelf vernietigen door zichzelf te verwonden of medicatie in te nemen. Ik informeer tijdens de zitting naar het verloop van de voorbije week, schrijf ook medicatie voor, geef haar een brief mee voor de adviserend geneesheer wanneer ze dit vraagt en laat haar merken dat ik tussen de zittingen aan haar denk en niet vergeet wat we vroeger hebben meegemaakt. Ze kan voelen dat haar plaats in mijn innerlijk stabiel en veilig is. Soms verwijst ik naar de tijd dat haar moeder nog leefde, toen ze meende het zonder haar niet te overleven. Nu woont ze alleen op haar appartementje, ze onderhoudt goede contacten met enkele vrienden en werkt halftijds. Mijn interventies richten zich niet alleen naar het volwassen deel; het huilende-babydeel van haar zelf wordt getroost; de razende baby die me radeloos maakt, wordt zo goed als mogelijk opgevangen. Af en toe wordt ze opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis, waar ze door anderen samen met mij, wordt opgevangen. In vergelijking met vroeger heeft ze dergelijke crisisopnames minder nodig.

Adequate steun veronderstelt dat alle voorwaarden aanwezig zijn die een veilige hechting mogelijk maken. Hiermee verwijzen we naar zeer verschillende basale therapeutische elementen (Fonagy 2001). We zorgen ervoor dat we nabij, beschikbaar en aanwezig zijn. We bieden bescherming tegen externe bedreiging en gevaar en beperken een te lang gescheiden zijn. Dit houdt in dat we voldoende responsief zijn, vooral op die momenten dat de patiënt ons nodig heeft. We zorgen ervoor dat de patiënt zich veilig voelt, we verdragen aanklappend gedrag en vermijden te interveniëren wanneer de patiënt ons niet hoeft. We zorgen voor vervanging als we er niet zijn. Een veilige hechtingsfiguur herkent gevaarssignalen en voelt aan wanneer er iets scheelt. Als analyticus scheppen we door onze houding van betrouwbaarheid een veiligheid tegenover de gevaren die opduiken uit de innerlijke wereld. Steun impliceert ook dat de patiënt zich verzekerd voelt van een vaste en stabiele plaats in onze psyche. Dit betekent dat we aan de patiënt denken en hem of haar niet vergeten. En wanneer dit toch gebeurt, vergt dit op zijn minst analytische reflectie. Het is betekenisvol wanneer een patiënt er niet in slaagt zich stabiel in onze psyche te vestigen. Hiermee wordt iets uit de vroegste moeder-kindrelatie gereactualiseerd. Wanneer de patiënt onzeker is over zijn plaats in onze psyche, dienen we dit te expli-

citeren zonder dit openlijk te zeggen, bijvoorbeeld door te verwijzen naar iets wat vroeger besproken is. Maar ook hier geldt nabijheid met behoud van distantie.

Steun is tegemoetkomen aan een illusie Patiënten die steun vragen, verkeren gewoonlijk in een toestand van regressie: ze voelen zich ziek en angstig, hun narcisme is gekwetst, ze zijn hun zelfvertrouwen kwijt, lijden en gedragen zich in toenemende mate afhankelijk van anderen of klampen hen aan. De patiënt zal een illusie creëren dat diegene die naar hem luistert over helende eigenschappen beschikt, machtig is en primaire behoeften kan bevredigen. Onze steunende houding komt tot stand op basis van een illusie die door de patiënt gecreëerd wordt en door hem in ons teruggevonden wordt. Mits de analyticus als deskundige binnen een professioneel kader aan deze illusie tegemoetkomt en deze illusie voedt, herkent de patiënt in hem een steunfiguur en wordt de zorgsituatie een intermediaire ruimte. Voor de patiënt betekent de band een herstel van de oorspronkelijke almachtsillusie uit de vroegere fase van absolute afhankelijkheid van het primaire object. Regressie wordt soms als pijnlijk en beschamend beleefd voor de gezondere patiënt maar voor ziekere mensen is dit een noodzaak opdat ze weer in contact kunnen komen met de basale groeiprocessen die besloten liggen in de kern van hun zelf (Winnicott 1965, 1971). In een steunende relatie gaan we ervan uit dat er naast het ziekteproces in de patiënt een natuurlijke tendens tot groei en ontwikkeling aanwezig is. De intrinsieke groeitendensen van de patiënt komen tot ontplooiing als hij een stimulerende omgeving vindt. Steun is het zorgen voor een omgeving die rekening houdt met de specifieke noden van de patiënt, een omgeving die de regressieneiging van de patiënt accepteert, maar ze niet versterkt. In een steunende relatie zal men schadelijke regressie en zelfdestructief gedrag altijd bespreken en maatregelen treffen om deze tegen te gaan.

Als de zorgomgeving een betrouwbare omgeving is geworden en er heeft zich een relatie gevormd, zal de patiënt meer plezier beleven en van alles ondernemen. Soms staan patiënten verstoeld van hun eigen kunnen. Dan moeten we vooral niet duiden of commentaar leveren over de mogelijke betekenissen die in het werk worden gelegd, tenzij dit speels en aanmoedigend gebeurt. Het contact met het ware zelf kan tot stand komen vanuit een vormeloos functioneren, een rudimentair spelen (Winnicott 1971; Hebbrecht 2000).

Steun is werken met narcistische overdrachten Uit de band wordt hoop, vertrouwen en kracht geput. Er ontstaat geleidelijk een gevoel: alleen kan ik het niet, maar samen zijn we sterk. De patiënt kijkt op naar de analyticus en voelt zich in de relatie met hem of haar kalm en machtig (idealiserende overdracht). Bovendien verwacht hij dat zijn verlangens naar sterkte, grootheid en perfectie herkend en beantwoord worden. Wanneer deze nar-

cistische overdrachten (Kohut 1971, 1977, 1984) empathisch herkend en erkend worden, wordt het zelfgevoel gesterkt. In onze steunende rol zullen we onvermijdelijk falen, want nooit kunnen we perfect beantwoorden aan dit ideaal en ook in het spiegelen van de patiënt schieten we vroeg of laat tekort. Op dergelijke momenten raakt de patiënt gedesillusioneerd en boos; hij laat dit merken in de vorm van ageren of toename van symptomen. Na de desillusie volgt de aanvaarding van het tekort van de ander en van zichzelf, waarbij parallel het geloof in de eigen talenten toeneemt. Steunen is zelfobject worden van de patiënt, gereduceerd worden tot een functie en verlengstuk worden van zijn zelf, zoals een prothese. We lenen de eigen psychische functies uit en substitueren deze functies die bij de patiënt tekortschieten.

Steunen is zichtbaar plezier beleven aan de vooruitgang en de ondernemingsdrang van de patiënt. Dankzij onze duurzame beschikbaarheid durft de patiënt een diepere afhankelijkheidsrelatie aan en zal hij de kwetsbare delen van zichzelf in de relatie brengen. Het kan erop lijken dat de patiënt zeker wordt, terwijl hij zich in werkelijkheid veiliger voelt en zich durft te tonen zoals hij zich echt voelt. Dit kan bij familieleden wel eens tot onrust en negatieve reacties leiden (Winnicott 1975). Vooral voor de manifestaties van het ware zelf dienen we oog te hebben: wanneer de patiënt levendiger wordt, er echt plezier in heeft, iets authentieks zegt, zich beter in zijn lichaam voelt, spontaner reageert. Dan moeten we spreken en niet sfinxachtig zwijgen.

Verzorg het infantiele deel, coach de volwassene, overleef de terrorist

Wanneer het kleine kind in de patiënt goed gevoed, gekoesterd en verzorgd is, zal het volwassen deel van de patiënt zijn taken en verantwoordelijkheden opnemen en deze niet langer uit de weg gaan. Hoe herkennen we dat een patiënt geïdentificeerd is met dit deel? De analyticus voelt vooral bezorgdheid ten aanzien van de patiënt. De patiënt wordt als vermoeiend en zuigend beleefd. Na het werk voelt de analyticus zich leeggezogen (Van Lysebeth-Ledent 2001). Dan is 'holding' nodig: alsof men figuurlijk de patiënt oppakt, voedt, troost en warmte biedt, te rusten legt en de beschreven gevoelens verdraagt, verwerkt en erover nadenkt. Vooral met zeer geregresseerde patiënten komt men soms in een toestand van 'primaire moederlijke preoccupatie' terecht, waarbij men zich psychisch volledig dient af te stemmen op de patiënt (Winnicott 1975). Als de analyticus in een therapeutische context gedurende een tijd draagt en zorgt, wordt de patiënt rustiger en zal het volwassen deel van de patiënt stilaan zijn rechten opeisen: de patiënt fantaseert over de toekomst, over het werk, maakt zich zorgen over de eigen leefsituatie en wordt angstiger over het opnemen van verantwoordelijkheden. Het is belangrijk deze verschuiving op te merken, er iets van te zeggen en de progressie te ondersteunen. Het infantiele deel vraagt om een therapeutische houding die niet gekenmerkt wordt door

verklaren en duiden, wel door authentiek bekommerd zijn, vergezellende aanwezigheid, het verzekeren van continuïteit, waakzaam en wakker zijn, toezicht verzekeren en zich afstemmen op wat de patiënt nodig heeft.

Omgaan met het psychotische deel van patiënten is het moeilijkst. Dit psychotische deel, dat ik begrijp zoals Bion, wil niet leren uit de behandeling (Bion 1957). Wanneer de patiënt in de greep is van zijn psychotische deel denkt hij niet na, hij reflecteert niet over innerlijke ervaringen maar gooit ze vanuit de eigen psyche naar buiten in de vorm van ageren, via somatisatie in het eigen lichaam of via projectieve identificatie met geweld in de psyche van anderen ('projectieve identificatie').

Sommige patiënten nemen een arrogante houding aan en ondermijnen de therapeutische functie. Ze maken de analyticus wanhopig en vervullen hem met gevoelens van haat en onmacht. Tijdens de behandeling moeten we continu oog hebben voor twee sectoren van de psyche: een deel dat verzorging, samenwerking en afhankelijkheid toelaat en een narcistisch-almachtig deel dat behandeling afwijst en plezier vindt in het kleineren, devalueren en belachelijk maken van de ganse behandeling en de behandelaar (Rosenfeld 1987). Wanneer de narcistische zelfidealiseratie vermindert, zal de patiënt zich meer bewust worden van de waarde van de ander en zijn afhankelijkheid ten aanzien van de ander. Dit creëert angst en pijn, maar zet ook het narcistisch-almachtige deel andermaal in werking, wat dan resulteert in een negatieve therapeutische reactie, een terugval of destructief ageren. Deze reactie illustreert de invloed van het psychotische deel en van het destructief narcisme: de patiënt ervaart dan sadistisch genoeg in het kwetsen van diegene die zorgt, liefheeft en begrip toont. Een liefdevolle atmosfeer of creatief moment wordt dan herhaaldelijk kapotgemaakt door het ondermijnen van de hulpverlener (Ciccone 2003).

Ik geef een voorbeeld van een patiënt die langdurig opgenomen was vanwege een psychotische depressie en nu in wekelijkse psychoanalytische psychotherapie komt (klinisch vignet 3). Hij maakt het beter, werkt weer maar is nog geneigd om zichzelf ongenadig te kleineren. Zijn moeder was een extreem paranoïde vrouw die hem sloeg en ook het huis uitjoeg wanneer hij als kind niet aan haar verwachtingen beantwoordde. In de therapie zie ik een belangrijke evolutie. Hij begint te dromen en staat ook stil bij zijn dromen die hij met mij bespreekt. Begin februari 2005 brengt hij een droom. In de droom is hij toeschouwer. Hij ziet hoe een kind van één jaar met een metalen staaf alles wat in de buurt komt, genadeloos kapot slaat. Ondanks het feit dat het kind in zijn droom slechts één jaar oud is, kan het praten en geeft het raad aan ouderen. Het kind zegt voortdurend: 'Ik ben de baas, ik ben de beste.' Het slaat met de staaf op auto's en op iedereen die passeert. Deze droom doet me enerzijds denken aan de typische droom van de wijze baby beschreven door Ferenczi (1923). Anderzijds maakt het me duidelijk dat de patiënt in de greep is van een tirannieke en onnipotente deel waardoor ik klaarder kan zien in de onbewuste determinanten van zijn

zelfdestructieve denkpatroon.

Zelfdestructief gedrag kan een defensieve functie vervullen. Soms hebben patiënten dit gedrag een tijd nodig alvorens ze behandelbaar worden. We kunnen met woorden duidelijk maken dat ze via dit gedrag een vroegkindelijk patroon herhalen. Mits we ons presenteren als een stevig en ferm object dat tekens van beginnende escalatie herkent en de destructieve aanvallen overleeft, zal de patiënt waarde aan ons toekennen (Winnicott 1971). Het proces van verandering komt mede tot stand doordat de hulpverlener toestaat dat de patiënt hem gebruikt. De patiënt mag de hulpverlener in fantasie vernietigen om vervolgens te ontdekken dat deze in zijn professionele rol standhoudt. Als de hulpverlener dit verdraagt en geen vergelding zoekt noch vlucht in de rol van een moeder die zichzelf opoffert, zal het driftmatige in de patiënt sterker worden. De patiënt zal minder bang worden voor zijn eigen agressie en deze meer constructief gebruiken, in plaats van te verdringen of zelfdestructief te ageren (Winnicott 1969).

Steun en tegenoverdrachtsenactment In de Franse psychoanalytische literatuur wordt het concept 'étayage objectal' uitgewerkt in verband met steun. Het concept stamt uit de narcismetekst van Freud uit 1914 waar hij het heeft over het aanleuningstype of anaclitische type van de objectkeuze. Zoals het concept 'Nachträglichkeit' is deze notie grotendeels latent gebleven in Freuds werk. Ik ben het concept 'étayage objectal' op het spoor gekomen via het werk van Gilliéron (1994), een Zwitserse psychoanalyticus die gepubliceerd heeft over de dynamiek van het eerste gesprek en over korte psychotherapeutische interventies. 'Etayage objectal' is niet gemakkelijk vertaalbaar in het Nederlands. Ik kies voor de term 'objecthantering' hoewel objectgebruik, objectaanleuning, steun zoeken bij een object of objectale fundering als synoniem gebruikt kunnen worden. Volgens Gilliéron oefent elk subject in relatie met een extern object een druk uit op dit object om een welbepaalde relatiewijze te accepteren, in functie van de eigen psychische huishouding. Hoe meer ervaren de therapeut, hoe minder hij zal zwichten voor de invloed die de patiënt op hem uitoefent. De ervaren therapeut zal door zijn receptieve houding ruimte scheppen voor de typische ruimte van de patiënt. Hij stelt handelen uit en denkt na over wat de patiënt in hem teweegbrengt. De patiënt die in een crisissituatie verkeert, is in een situatie terechtgekomen waarbij de ander plots niet meer een rol vervult die noodzakelijk was voor de eigen psychische huishouding. Dit is de reden waarom hij hulp zoekt en hij hoopt dat de therapeut de rol van het verloren object zal invullen. Elke patiënt zoekt in wezen een substitutieve band aan te gaan. Het is juist de taak van de therapeut niet te zwichten onder deze druk van gebruikt te worden ter ondersteuning. Reeds in de eerste ontmoeting dient de therapeut zich vrij te maken van deze druk en de patiënt te confronteren met het conflict dat aan de basis ligt van de hulpvraag: de hoop dat de therapeut een relatie aanbiedt, waardoor een

vroeger evenwicht wordt hersteld, tegenover het verlangen om in zichzelf de kracht tot verandering te vinden. In dit kader kunnen we steunende interventies beschouwen als een uiting van onervarenheid, van professionele verzwakking of van een zwichten voor de druk die van de patiënt uitgaat. Eerder heb ik reeds aangegeven dat ondersteuning vooral berust op het veruitwendigen van een innerlijke houding en minder uit het geven van steungevende interventies. Toch vraagt dit van de psychoanalytische therapeut een grotere flexibiliteit dan van de psychoanalyticus in een klassieke psychoanalytische opstelling. Soms geeft de therapeut informatie of motiveert hij, vervolgens wordt er geluisterd en waardering getoond, soms wordt een situatie gededramatiseerd (Werman 1984; Rockland 1989). Daarbij is het niet duidelijk wanneer men zich verliest in tegenoverdrachtelijke enactments dan wel de progressie van de patiënt bevordert. Om die reden is het noodzakelijk zich scherp bewust te blijven van de grenzen van de eigen professionele rol die bijvoorbeeld anders ligt voor een psychoanalyticus dan voor een psychiater. Het is gemakkelijker de grenzen van de professionele rol aan te geven, dan de precieze inhoud ervan (Gutheil & Gabbard 1993). De professionele relatie staat altijd onder druk; steunend optreden betekent in geen geval dat de professionele relatie afglijdt naar een onduidelijke vriendschapsrelatie. Vriendschappelijk en ongedwongen doen heeft weinig te maken met steun maar is een signaal dat de professionele rol verzwakt. Deze rolverzwakking kan zich tijdelijk en voorbijgaand voordoen, maar is bij sommigen permanent aanwezig. Rolverzwakking is het begin van grensoverschrijding. Een verzwakking in de professionele rol treedt op wanneer het narcisme van de hulpverlener onder druk staat, wanneer hij lichamelijk of psychisch ziek wordt of vermoeid is. De hulpverlener dient vooral die momenten waarbij hij uit zijn professionele rol treedt, scherp in het oog te houden (Hebbrecht 2000). Dergelijke momenten brengen de tegenoverdracht in beeld. Vooral met ernstiger gestoorde patiënten is het moeilijk de analytische houding te bewaren. Ze oefenen druk uit op ons om gekke dingen te doen zoals soms het uitageren van tegenoverdrachtelijke haatgevoelens. Het steunend interveniëren signaleert dan dat we ons niet voldoende bewust zijn van deze haatgevoelens (Winnicott 1949).

Besluit

Elke psychoanalyticus of psychotherapeut draagt de steunende grondhouding in zich. Door kind geweest te zijn van bekommerde en zorgzame ouders hebben we hiervan een voorbeeld gezien en de zorgende capaciteiten geïnternaliseerd. Het is mogelijk dat er rond deze zorgervaringen negatieve gevoelens werden geweven maar het is niet goed voor te stellen dat iemand de hulpverlening in gaat zonder enige herinnering aan een steunende relatie. Daarom wil ik de visie van Alice Miller (1979) dat narcistische problematiek de belangrijkste motivator zou zijn bij onze beroeps-

keuze, sterk relativeren. De vraag is hoelang iemand het als psychoanalyticus volhoudt indien de zorgende capaciteit onvoldoende stabiel geïnternaliseerd werd. De zorgende relatie hangt samen met moederschap en ouderschap. Opleiding, ervaring, supervisie, de eigen leeranalyse, goede ervaringen met een mentor kunnen de ambivalenties rond steun verhelderen en ook wel verminderen.

In essentie is steun het tegemoet komen aan een illusie en deze zo lang mogelijk in stand houden want de desillusie is onvermijdelijk. Dan dienen we de frustratie draaglijk te maken dat de externe wereld en het lot zich niet laten toe-eigenen en niet onder onze magische controle staan. Maar steunende interventies die niet geïntegreerd zijn in een basishouding van zorgzaamheid, onderbreken het natuurlijk verlopende analytische proces en induceren reacties. Ze verstoren het analytische spel en wanneer ze te veel herhaald worden, kunnen ze een analytisch proces doen stagneren. Dan is steun een desillusie en een gevolg van onvoldoende geanalyseerde tegenoverdracht.

Literatuur

Bion, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 266-275.

Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. Londen: Heinemann.

Bion, W.R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. Londen: Heinemann.

Bloch, S. (1979). *An introduction to the psychotherapies*. New York: Oxford University Press.

Brown, D. & Pedder, J. (1980). *Psychodynamische psychotherapie*. Alphen aan den Rijn: Samson.

Ciccione, A. (2003). *Psychanalyse du lien tyrannique*. Parijs: Dunod.

Ferenczi, S. (1923). *Le rêve du nourisson savant*. *Psychanalyse III*. Parijs: Payot, 2003.

Ferro, A. (2002). In the analyst's consulting room. Hove: Brunner-Routledge.

Ferro, A. (2005). *Seeds of illness, seeds of recovery*. Hove: Brunner-Routledge.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

Gillieron, E. (1994). *Le premier entretien en psychothérapie*. Parijs: Dunod.

Gutheil, T.G. & Gabbard, G.O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.

Holmes, J. (1988). Supportive analytical psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 152, 824-829.

Hebbrecht, M. (1995). Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. In C.A.L. Hoogduin e.a. (red.) *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie 1994-1995* (p. 194-208). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hebbrecht, M. (red.) (1997). *Bouwen aan een basis. Aspecten van behandeling bij middelengebruikers*. Sint-Truiden: Smets & Ruppel.

Hebbrecht, M. (2000). Wanneer collega's ageren. Pleidooi voor analyse en ondersteuning. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 30, p. 27-32.

Hebbrecht, M. (2004). De psychiater als steunfiguur. Een psychoanalytische visie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 157-166.

Hebbrecht, M. & Willemsen, M. (2000). *Het ondersteunend milieu*. Sint-Truiden: Smets & Ruppel.

- Jacobs, T. (1999). On the question of self-disclosure by the analyst: error or advance in technique. *Psychoanalytic Quarterly*, LXVIII (2), 159-183.
- Jonghe, F. de (2005). Kort en krachtig. Kortduurende psychoanalytische steungevende psychotherapie. Amsterdam: Benecke N.I.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P. & Janssen, R. (1991). Aspects of the analytic relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 693-707.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P. & Janssen, R. (1992). The role of support in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 475-499.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P. & Janssen, R. (1994). Psychoanalytic supportive psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 42, 421-446.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Langs, R. (1989). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. Vol 1. Northvale: Jason Aronson.
- Laine, A. (2004). *Power of understanding*. Essays in honour of Veikko Tähkä. Londen: Karnac.
- Miller, A. (1979). The drama of the gifted child and the psychoanalyst's narcissistic disturbance. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60, 47-58.
- Pinsker, H., Rosenthal, R. & McCullough, L. (1991). Dynamic supportive psychotherapy. In P. Crits-Cristoph & J.P. Barber (red.), *Handbook of Short-Term Dynamic Psychotherapy* (p. 220-247). New York: Basic Books.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive therapy. A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.
- Rosenfeld, H.R. (1987). *Impasse and interpretation*. Londen: Tavistock Publications.
- Tähkä, V. (1993). *Mind and its treatment*. Madison: International Universities Press.
- Ubbels, J. (2005). *Persoonlijke mededeling*. Van Lysebeth-Ledent (2001). *Du réel au rêve*. Parijs: L' Harmattan.
- Vermote, R. (1998). De grid en de caesura in het werk van Bion. In J. Dehing (red.), *Een bundel intense duisternis. Psychoanalytische opstellen rond W.R. Bion*. Antwerpen: Garant.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development*. Londen: Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1969). The use of an object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50, 711-716.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Londen: Routledge.
- Winnicott, D.W. (1975). *Collected Papers: through paediatrics to psycho-analysis*. Londen: Hogarth Press.
- Werman, D.S. (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Support and illusion. Support, an illusion?

Some essential aspects of the role of support in psychoanalysis are summarized. This is illustrated with clinical material. It is shown that support consists essentially in accepting an illusion created by the patient and postponing disillusion. Other important aspects relate to holding the infantile, coping with the aggressive and developing the adult sides of the patient. Support is the gratification of pre-oedipal needs in a psychoanalytic setting by a therapist who safeguards the limits of his or her professional role.

Key words: Bion, Kohut, psychoanalysis, support, Winnicott

Manuscript ontvangen: 4 augustus 2005

Definitieve versie: 31 oktober 2005