

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

Contact

Psychoanalytische reflecties

MARC HEBBRECHT

Meer dan tien jaar geleden tijdens een van de conferenties van de European Psychoanalytical Federation ontstond een levendige discussie tussen Danielle Quinodoz en Betty Joseph, twee gerenommeerde psychoanalytici die beiden recent overleden zijn. Quinodoz had net haar boek *Les mots qui touchent* (2002) uitgegeven. Er werd gedebatteerd over de vraag hoe je het best contact maakt met de patiënt. Quinodoz verdedigde de stelling dat heterogene patiënten of mensen die niet in staat zijn om hun gevoel van innerlijke eenheid te handhaven en constant leven met de dreiging van identiteitsverlies, een analyticus nodig hebben die hen emotioneel weet te raken. De analyticus dient tot hen te spreken met een taal die niet alleen gedachten omvat, maar ook hun gevoelens en lijfelijke gewaarwordingen wakker maakt. Alleen woorden die contact maken met de lichamelijke beleving kunnen bij de patiënt in het lichaam geankerde fantasieën wakker maken en opnieuw tot leven brengen.

Om die reden zal de analyticus metaforen, beelden en analogieën gebruiken om de capaciteit tot symboliseren aan te spreken. Of door gebruik te maken van humor soms iets gekks te zeggen en daarmee de patiënt te verrassen. Joseph was het met deze techniek volstrekt niet eens. In haar ogen was Quinodoz verleidend; volgens Joseph is haar benadering niet abtinent noch neutraal. In 1975 heeft Joseph een belangrijk artikel geschreven over patiënten met wie moeilijk een affectief contact gemaakt kan worden. Op het moment dat er herkenning ontstaat en dat dit door de analyticus wordt benoemd lijkt het aanvankelijk alsof de patiënt hem volgt, hoewel de woorden hol klinken. De patiënt lijkt mee te werken, zegt iets, maar houdt daarmee een behoeftig en ontvankelijk deel van hemzelf afgeschermd en ontoegankelijk. Dit wekt een gevoel van frustratie bij de analyticus: schijnbaar klikt het en loopt het goed, maar steeds meer krijgt de analyticus het gevoel dat hij samen met de patiënt over iets bijkomstigs spreekt. Ze komen niet in contact met het deel dat echt hulp nodig heeft. Het gevolg is stagnatie, impasse, een niet te beëindigen therapie. Voor dergelijke patiënten is contact blijkbaar niet de bedoeling.

Tegelijkertijd wordt de analyticus geconfronteerd met het paradoxale gegeven dat de patiënt in geen geval zijn therapie wenst te stoppen. Terwijl een intense therapeutische relatie wordt aangehouden, wordt een dieper contact afgehouden. Toch een tegenstrijdigheid die verwondering wekt!

In deze bijdrage ga ik nader in op de verschillende inhouden van contact als psychoanalytisch concept: een affectief fenomeen, een specifiek moment in de therapie, optredend binnen of buiten de therapeutische context, een welbepaalde egofunctie. Voorts ga ik na wat de lectuur van het vroege werk van Bion ons leert over contact. Ten slotte besteed ik aandacht aan hoe contactproblemen leiden tot impasses in therapie.

¶ *Contact als concept*

Tot mijn verwondering vind ik <contact> als lemma niet terug in het *Psychoanalytisch woordenboek*, (Stroeken 2008) ook niet in de *Vocabulaire de psychanalyse* (Laplanche & Pontalis 1994), wel in de *Dictionnaire international de la psychanalyse* (De Mijolla 2002).

Al in het begin van het psychische leven zijn fysieke aanraking en emotioneel contact noodzakelijk en maken ze deel uit van de vroegste zorgomgeving. Contact kan echter ook schadelijk zijn. Wanneer contact intrusief is of ongewenst, scheurt de psychische enveloppe (Anzieu 1995). Als in het vroegste leven veel inbreuken optreden die de continuïteit van het zijn verstoren, zal het kind een pantser opbouwen en niet leven vanuit de eigen intrinsieke talenten. Er ontstaan dan onderbrekingen in de voortgang van het levend zijn, waardoor het kind zal inboeten aan vitaliteit en zich te veel zal schikken naar anderen (Winnicott 1960). Deze mensen kunnen schijnbaar vlot contact maken met anderen, maar zijn niet echt in contact met hun eigen beleving en lijden onder het gevoel dat het eigen bestaan futiel is. Er is dan sprake van een onecht zelf (*false self*).

Contact in de betekenis die wij gebruiken, is een affectief fenomeen, gaat over aanvoelen, terwijl aanraken veel meer het prille begin vormt van het manipuleren van het lichaam en van externe objecten die tegelijkertijd zintuiglijk gevoeld worden. Het Latijnse woord <contactus> betekent letterlijk <aanraking>. Interpersoonlijk contact is psychologische aanraking, een wederkerig en procesmatig gebeuren van aanraken en aangeraakt worden, beroeren en beroerd worden, ontroeren en ontroerd worden. Contact maken is nauw verbonden met authenticiteit (Hebbrecht 2014). Contact is een affectief gebeuren en een noodzakelijke voorwaarde voordat een relatie tot stand gebracht kan worden. Er is een seksuele connotatie in contact. Contact komt tot stand via de stem, de blik, de handdruk en kan niet los gezien worden van hechting.

Contact maken of de ander gevoelsmatig raken is nauw verbonden met het grensbegrip in psychoanalytische therapie (Hebbrecht 1998). Bij contact gebeurt er iets bij de grenzen van het Ik. Een contact kan uitnodigend zijn, soms prikkelend, maar ook afstotend.

Contact kan pas plaatsvinden als er een voldoende mate is van differentiatie en er afgrenzing is tussen zelf en object. Borderlinepatiënten beleven contact vaak als intrusief en overspoelend omdat hun Ik-grenzen te dun en te

poreus zijn. Met sommige narcistische patiënten komt contact moeilijk tot stand, omdat hun Ik-grenzen dik en impermeabel zijn (Rosenfeld 1964).

Afhankelijk van de fase in het therapeutisch proces krijgt contact een andere betekenis.

Contact is een begrip dat vooral bij het begin van de therapie aan de orde is. Het eerste contact met de therapeut begint bij het maken van een afspraak (Langs 1989, p. 41-62). De eerste ontmoeting biedt de mogelijkheid aan de therapeut om de kwaliteit van het contact te taxeren: hoe gaat de patiënt om met ons contactaanbod? Wanneer het eerste contact aangenomen wordt en de therapeut goed genoeg afgestemd is op de illusie die de patiënt over hem creëert, kan de basale positieve overdracht ontstaan die nodig is om een werkrelatie mogelijk te maken (Hebbrecht 2004a). Eerst is de therapeut een subjectief object van de patiënt, een illusie die hij creëert. Contactgroei is mogelijk, mits de therapeut zich afstemt op deze illusie en dus de patiënt niet te vlug ontmoedigt.

Steeds meer komen contacten via e-mail en Skype tot stand. E-mail en Internet beschouwen we in de eerste plaats als hulpmiddelen bij psychotherapie, niet als primaire dragers van een psychotherapeutische relatie. Ze vergroten de toegankelijkheid en kunnen in sommige gevallen het therapeutisch contact mogelijk maken met patiënten die een zeer grote angst hebben voor een persoonlijke ontmoeting. Met het aanwenden van deze technologische hulpmiddelen gaan echter non-verbale elementen en een wezenlijk deel van de persoonlijke ontmoeting verloren (Hebbrecht 2007). De ervaring leert dat therapeuten tijdens Skypesessies vaker koffie drinken, over oppervlakkiger dingen praten (het weer, het nieuws, de woonplaats) en geregeld tot multitasking overgaan. Afspraken worden vaker vergeten. Stiltes worden snel verbroken, een authentiek contact komt veel moeilijker tot stand. Oogcontact met de patiënt is niet mogelijk via Skype; de therapeut voelt de neiging om gefixeerd naar het beeldscherm te kijken, waardoor hij zich niet kan laten gaan in rêverie. Wanneer de verbinding verbroken raakt is het niet duidelijk of het een probleem met de computer betreft, dan wel een acting-out van de kant van de patiënt of van de therapeut. <Screen-relaties> blijven dus tweedimensionele simulaties van een belichaamde intermenselijke ervaring die werkelijke relaties nooit kunnen vervangen (Russell 2015).

De vraag rijst hoe het contact verloopt als men de patiënt onverwachts ontmoet buiten de therapiesituatie. Verbruggen schreef in 1996 een interessant artikel over buiten-analytische contacten. Ze zijn meestal onvermijdelijk en blijven vaak onbesproken. Wat doet de therapeut als hij zijn patiënt toevallig ontmoet op straat, in de winkel of tijdens een symposium? Niet alles is overdracht, we hebben ook een reële relatie met onze patiënten. Bij borderline- en psychotische patiënten is het nog veel belangrijker dan bij neurotici om de realiteitswaarneming van de patiënt te ondersteunen en te ontwikkelen. Vooral bij hen moeten we onderzoeken wat de impact was van een dergelijk

contact. We kunnen het best buiten-analytische contacten niet aanmoedigen maar moeten ze ook niet fobisch vermijden.

¶ *Contact als egofunctie*

Amerikaanse auteurs (Spotnitz 1976; Margolis 1983) beschouwen het vermogen om contact te maken als een egofunctie, dus als een uitdrukking van het omgaan met de realiteit. Het prototype van de contactfunctie is de moeder-kindrelatie: de manier waarop de patiënt het contact met de therapeut tot stand brengt leert ons veel over de relatie tussen de baby en het primaire object. Wanneer de patiënt contact legt, dient de therapeut dit niet zozeer te duiden, maar wel het spontane gebaar van de patiënt te erkennen en zich te vereenzelvigen met een faciliterende omgeving die goed genoeg is, die aanzet tot spelen en de ontwikkelingsnood van de patiënt accepteert (Gliserman 1993).

Deze functie schiet tekort bij narcistische patiënten. Een uiting van de contactfunctie in psychotherapie is het bijvoorbeeld wanneer de patiënt zich naar de therapeut richt, hem iets persoonlijks vraagt of informeert naar diens privéleven. Hierbij creëert de patiënt een brug naar de therapeut. Vooral tijdens de behandeling van narcistische patiënten is dit een belangrijk keerpunt. Dit contact kan begrepen worden als een compromis: het feit dat de patiënt zich afwendt van het onderzoek van zijn innerlijke realiteit, van onderwerp verandert en zich plots naar de therapeut richt is tezelfdertijd een manifestatie van weerstand en een nieuwe ontwikkeling — hij breekt immers uit zijn narcistische cocon. Eindelijk is de patiënt eens niet met zichzelf bezig, er kan een ontmoeting plaatsvinden. De Boston Process Change Study Group (2010) heeft dit proces van psychische verandering mooi beschreven. Af en toe doen zich unieke gelegenheden van authentiek contact (wat zij *moments of meeting* noemen) voor die men niet mag laten passeren. Dit zijn immers helende momenten.

We kennen allen contacthongerige patiënten die ons met vragen bestoken en van alles willen weten over ons persoonlijk leven. Alsof zich hier een primitieve overdracht herhaalt waarbij de baby in alle gretigheid de borst alleen voor zichzelf opeist. Een vraag kan dan beantwoord worden met een tegenvraag die nieuwsgierigheid wekt en verdere exploratie aanmoedigt, maar op een manier die de contactbeweging erkent. Deze patiënten doen ons denken aan de nimf Echo uit de Narcissusmythe zoals beschreven in de Metamorfosen van Ovidius. Wanneer Narcissus haar afwijst, voelt ze zich op een schaamtevolle wijze vernederd. «Ze vervalt in melancholie, trekt zich terug in onzichtbaarheid, teert uit, haar botten worden tot steen», schrijft Ovidius.

De koele verwerping door Narcissus die niet tot contact in staat is en de adhesieve identificatie van Echo drukken de mislukking uit van een sleutelmoment in de menselijke ontwikkeling.

¶ *Contact en de vroege Bion*

Hier zal ik enkele eigen opvattingen over contact inbrengen, geïnspireerd door het werk van de vroege Bion (1962). <Contact> wil zeggen dat er indrukken gemaakt worden: zintuiglijke ervaringen, emoties en interoceptieve sensaties, die afkomstig zijn van de patiënt en van onszelf, dienen zich aan en worden ontvangen, verdragen en psychisch verwerkt. In navolging van Bion schrijft Ferro (2002) dat er in de analyse twee molens draaien: een windmolen (het verbale kanaal) en een watermolen (de projectieve identificaties).

Het contact dat tot stand gebracht wordt in psychotherapie dient gericht te zijn op een taak. Voor de analytische therapeut is de taak het gezamenlijk ontsluiten van een private waarheid van de patiënt en hem aanmoedigen om dit publiek te maken in de veilige setting van de therapie. Wanneer de patiënt met ons het contact aangaat, dient hij dit te ervaren als een uitnodiging om te denken voor zichzelf. Veel patiënten gaan ervan uit dat wij toegang hebben tot antwoorden en zekerheden, iets wat niet het geval is. Ze zijn geneigd om te kiezen voor basisovertuigingen: de therapeut idealiseren als heel bijzonder en met hem een afhankelijke relatie aangaan, of op de vlucht slaan en de analyse bevechten of ervan uitgaan dat een later contact redding zal brengen — de messianistische verwachting (Bion 1961).

Ik voeg een klinisch vignet toe om dit te illustreren.

X heeft veel belangstelling voor psychoanalyse, zit ook in het vak en is vroeger bij mij in psychotherapie geweest met een frequentie van één keer per week. Ze heeft veel aan de therapie gehad. Omdat ze echter verhuisde, moest ze de therapie staken. Tijdens de therapie heeft ze begrepen dat ze meer wil uitdiepen en dat dit wenselijk is, gezien de aard van haar werk. Ze is jong en getalenteerd, ze heeft veel vrienden, is prettig in het contact. Ze brengt boeiende dromen, waarover ze reflecteert en die me ook aan het denken zetten. Kortom ik heb het gevoel dat we een erg creatief analytisch koppel kunnen worden. Na jaren zoekt ze opnieuw contact, want ze overweegt nu wel een psychoanalyse, een aanbod dat ik haar eerder heb gedaan. Tal van haar familieleden zijn psychotisch gedecompenseerd. Ze vreest voor zo'n kwetsbaarheid bij zichzelf en wil hier zicht op krijgen. Dit is ook nodig, want ze ervaart depersonalisatie. Soms slaapt ze niet na het contact met psychotische patiënten. Ze neigt zich te veel met hen te identificeren. X is altijd een modelkind geweest, perfect afgestemd op de verwachtingen van haar ouders.

Ik stel haar een analyse voor. Een half uur voor het tweede gesprek belt ze af, omdat haar adolescente patiënte in een crisis raakt en psychotisch wordt. Ik vermoed dat ze contact maakt met een psychotisch deel dat ze afsplitst en projecteert in een van haar patiënten. De psychoanalytische taak is bedreigend, ze kiest voor de vlucht en het uitstel: *Someday* (Akhtar

1996); later zal ze aan dit probleem werken. Wel blijft ze overtuigd van de goede match tussen ons beiden; al mag de analytische Messias niet geboren worden, hoop en verwachting houden wel stand. Overigens wordt dit probleem zichtbaar in haar leven: ze durft zich niet te engageren in een relatie, is bang vast te zitten aan iemand. Haar leven lijkt op dat van de vrouwelijke personages uit *Sex in the City*: mooi, origineel, succesvol, grappig ... echter niet in staat om zich emotioneel te binden. Ik stel haar de werkgroepfunctie voor: laat ons dit samen onderzoeken? Zij kiest voor de vlucht en de messianistische verwachting, haar onbewuste basisovertuiging.

X voert de bekende weerstanden tegen psychoanalyse aan. Ze wil haar psychotische deel verkennen, maar er ook niets van weten. Het contact dat ze met mij aangaat lijkt in termen van Bion te karakteriseren als +L: ik heb haar graag, ze heeft mij graag, er is narcistische verleiding aan beide kanten. In werkelijkheid vertoeft ze in -K. Psychoanalytische therapie gaat juist over de K-link. Ze wil van alles weten over het onbekende, ze wil kennis nemen van pijnlijke, beschamende en verwarrende waarheden ... maar als het erop aankomt wil ze dat ook niet. Het echte probleem is dat ze een private waarheid over zichzelf niet aan mij wil prijsgeven. Psychoanalytisch werken omvat het ontwikkelen van de K-link, het op peil brengen van het denk- en droomapparaat en zich openen voor alternatieve gezichtspunten.

De creativiteit van de analyticus is vooral afhankelijk van de kwaliteit van zijn alfa-functie en van zijn vermogen in contact te blijven met zijn dagdromen. We hebben allen plezierige herinneringen aan sommige patiënten die beschikken over een behoorlijke frustratietolerantie en bij wie de alfa-functie naar behoren werkt. De patiënt is dan in staat om iets van de ander in zich op te nemen, hij leert uit ervaring en kan groeien. De tegenoverdracht van de therapeut is positief, hij ervaart geen moeite om liefde te voelen. Dit is echter niet de meest voorkomende situatie. Denk maar aan de patiënt die al in het eerste contact een bèta-scherf creëert en ons al bij aanvang vervult met een gevoel van zwaarte en onmacht. Het verhaal van de patiënt is verwarrend, roept niets op, de therapeut voelt zich belast en moe, alsof hij gebetonneerd is. De therapeut krijgt dan geen contact met de patiënt, geen toegang tot iets diepers, is ontmoedigd ... verwijt zichzelf dat hij niet goed werkt. Hij voelt zich als het ware voor een fort staan of een bastion dat geen opening biedt. Soms probeert hij iets van wat hij ervaart naar de patiënt toe te verwoorden, maar geneert zich, omdat zijn tussenkomst beschuldigend overkomt. De patiënt daarentegen bewondert de therapeut alsof hij een orakel hoort.

Hier is sprake van excessieve projectieve identificatie. De analyticus wordt opgezadeld met emoties die de patiënt niet begrijpt en in zichzelf niet kan dragen. Woorden vervullen dan geen communicatieve functie, maar dienen om de eigen psyche te ontlasten van stimuli. Wie voortdurend evacueert komt niet

tot verinnerlijking van goede interne objecten. Het is niet verwonderlijk dat dergelijke patiënten klagen over innerlijke leegte.

Iets wat we vooral met borderlinepatiënten meemaken is het volgende: ze verdragen geen contact, reageren er zelfs allergisch op en projecteren het slechte, interne object op de therapeut. De abstinentie van de analytische relatie wekt een behoefte, een gemis, een tekort. Dit wordt nog niet ervaren als iets wat nu gemist wordt en als iets denkbaars wordt gezien, maar als iets slechts. De therapeut wordt dan ervaren als een slechte persoon die koppig contact weigert en via de abstinente houding de patiënt moedwillig kwelt. De eerste ontmoeting wordt al snel een onaangename ervaring die onmiddellijk geëvacueerd moet worden. Wat een verschil met die andere patiënten, die het zwijgen van de therapeut beleven als luisteren, ruimte krijgen, mogen denken. Bij deze laatsten is wel contactgroei.

Het kan ook gebeuren dat de therapeut door privéomstandigheden gebetonneerd is en tekortschiet in de rêveriefunctie. Wanneer de borderlinepatiënt dit meemaakt, reageert deze extra gekwetst: het eerste contact loopt dan uit op een hyperbool. De therapeut lijkt dan op een moeder die de emoties van haar kleine kind niet verdraagt, waardoor het kind nog heftiger zal schreeuwen. Wanneer de therapeut disfunctioneert, zal de patiënt dit steeds op een pijnlijke wijze voelen. Afhankelijk van zijn structuur en zijn kwetsbaarheid kan hij deze emotionele ervaring transformeren in een verhaal ofwel evacueren via destructief ageren. Voor het goede verloop van het proces is het noodzakelijk dat de analyticus boodschappen over diens disfunctioneren hoort, deze verwerkt en dit begrip aan de patiënt teruggeeft. Tijdens het eerste contact zullen we dus aandacht schenken aan het gevoel dat de patiënt in ons opwekt, of hij ons al dan niet nieuwsgierig maakt en tot welke enactments hij ons verleidt. Daarom dienen we voortdurend aan te blijven voelen waar de grens van onze professionele rol eindigt. Handelen we zoals een competente therapeut? Of wijkt ons gedrag af van onze gebruikelijke werkwijze?

Belangrijk is vooral dat we de patiënt onbevangen tegemoet treden, ons vrijmaken van voorkennis, theorieën, van het verlangen te genezen, van de wens bekwaam gevonden te worden. Elke sessie kan beschouwd worden als een nieuwe en eerste ontmoeting waarbij we openstaan voor het onbekende en ons leegmaken van pre- en misconcepties. In psychoanalytische therapie dienen we het begrijpen telkens nog even op te schorten. Ook kunnen we onderzoeken hoe de patiënt omgaat met verwachting: een lege gedachte die gedacht kan worden, maar niet gekend is. Is het contact vruchtbaar? Leidt het tot concepties en concepten of wordt er vlug geaborteerd? Is er groei in het contact of is er onmiddellijk denudatie, het afstrippen van betekenis?

¶ *De patiënt met wie contact moeizaam tot stand komt*

In de psychoanalytische literatuur besteden tal van auteurs aandacht aan de patiënt met wie contact moeizaam tot stand komt. Hierboven heb ik al verwezen naar het werk van Joseph en naar het onechte zelf van Winnicott. Andere auteurs die mijn denken hierover hebben beïnvloed zijn Steiner en Meltzer. Steiner beschrijft de patiënt die zich terugtrekt uit het contact zodra hij geconfronteerd wordt met psychische pijn. Hij sluit zich dan op in een gedragspatroon dat schijnbaar bevredigend is, maar verdere relationele ontwikkeling stilt. Steiner spreekt dan over een *psychic retreat*. Ik heb dit patroon vaak gezien bij patiënten die lang in psychotherapie zijn en daarnaast psychiatrische opnames nodig hebben.

Y, een dame van in de vijftig, is meer dan vijfmaal opgenomen geweest op onze afdeling. Ze wordt iets beter therapeutisch bereikbaar. Tijdens haar eerste opnames ontkende ze haar problemen en vertrok ze telkens — hoewel het advies was dat niet te doen — zogenaamd omdat haar man en haar kinderen het zonder haar niet zouden redden. In werkelijkheid waren de familierelaties diepgaand verstoord: haar twee dochters, beiden pubers, wensten geen contact meer; alleen de tweede zoon wilde haar tijdens week-ends nog wel eens zien.

Op onze afdeling wekt Y wrevel bij de medepatiënten, maar ze is zich er volstrekt niet van bewust hoe moeilijk ze in de patiëntengroep ligt. Ik herken deze wrevel ook in mezelf en bij het therapeutisch team. We hebben moeite met haar extreme ontkenning en oeverloos praten waarbij ze grootse verhalen brengt over haar bedrijf en haar verantwoordelijkheden, de fantastische inzichten die ze uit de behandeling haalt, de plannen die ze in de toekomst zal realiseren. Het is moeilijk om onbevangen te luisteren naar deze grootse verhalen, terwijl ze lijkt te menen dat ze een bijzonder interessant persoon is. Ik krijg geen contact met haar, ze plaatst me in een positie waarin ik enkel kan toekijken en alles geweldig moet vinden, alsof ze slechts een relatie heeft met een subjectief object dat ze op mij projecteert, maar dat niet in overeenstemming is met de werkelijkheid, die ze niet kan en wil waarnemen, omdat deze te pijnlijk is. In werkelijkheid ervaar ik haar als ontoegankelijk. We spreken met elkaar; een buitenstander zou denken dat het gesprek normaal verloopt. Ik voel echter geen band, terwijl zij deze wel voelt. Ik krijg ook niet het gevoel dat ze mijn tussenkomsten in zich opneemt. Y was enig kind, haar beide ouders waren ook enige kinderen; ze heeft gedurende haar gehele jeugd haar zieke moeder gesteund die is overleden toen zij negentien jaar was. Tenminste, dat is het verhaal dat ze vertelt.

Ik fantaseer dat ze verhalen produceert, alsof ze me toespreekt van achter een muur, terwijl ik aan de andere kant van de muur zit. In individuele gesprekken zijn parentificatie en kinderlijke eenzaamheid belangrijke the-

ma's. Alhoewel ze ogenschijnlijk vriendelijk overkomt en vlot spreekt, blijft ze oppervlakkig. Eigenlijk voelt ze zich zeer achterdochtig ten opzichte van anderen, want ze begrijpen haar altijd verkeerd. Zij geeft anderen de schuld van haar problemen. Ze wil altijd de controle houden en de leiding nemen. Voor haar opnames was ze gedurende lange tijd in diverse vormen van psychotherapie wegens paniekaanvallen en pleinvrees. Haar alcoholprobleem is lang niet onderkend.

Na een aantal jaar lijkt Y toch iets toegankelijker. Ze staat echter alleen, is er lichamelijk slecht aan toe door haar alcoholmisbruik. Ze spreekt nooit over schaamte, maar ziet er uit als een klein beschaamd meisje dat zich verbergt achter de façade van een volwassene. Wanneer ik haar situatie echt in mij laat doordringen, word ik overvallen door angst en wanhoop. Mogelijk is de wrevel en de afstandelijkheid die bijna reflexmatig door haar vertoog wordt opgeroepen mijn projectieve contra-identificatie zoals door Grinberg (1979) beschreven, een extreme verdediging tegen haar wanhoop die ze me doet voelen, maar zelf niet durft te voelen. Steeds wanneer er contact wordt gemaakt met haar pijn, horen we verhalen over geweldige prestaties en fantastische toekomstplannen. Dit is haar psychic retreat. Alcohol helpt haar te vluchten in de retreat.

Dergelijke patiënten zijn ook beschreven door McDougall (1972) als anti-analysanten en door Meltzer als pseudomature persoonlijkheden (1992). Ook Green (2010) verwijst naar dergelijke patiënten als hij schrijft over de desillusies in het analytische werk. Bij Y zijn deze kenmerken tot op zekere hoogte herkenbaar. Ik vat samen wat Meltzer schrijft:

- 1 Ze werken goed mee met de analytische procedure, accepteren moeiteloos het analytische contract en houden zich trouw aan het kader.
- 2 Er wordt materiaal gebracht waarvan ze denken dat het de therapeut zal boeien.
- 3 De therapeut kan zich geen helder beeld vormen van de personen en de gebeurtenissen over wie ze spreken. Het blijft wazig, alles loopt door elkaar, iedereen is door iedereen vervangbaar, de therapeut voelt zich in het ongewisse over de feiten. Daarom vraagt hij verheldering aan de patiënt, die hierop geprikkeld reageert. De verhalen van de patiënt worden als niet authentiek ervaren. Het is alsof men naar een journalistiek verslag luistert. Het is niet duidelijk of wat de patiënt vertelt werkelijk door hem is beleefd dan wel door anderen aan hem is verteld.
- 4 Duidingen worden genegeerd, geminacht of als verstorend beleefd («Laat me toch eens uitspreken»). Overdrachtsduidingen worden niet verdragen en beleefd als uitnodiging tot persoonlijke intimiteit; de patiënt denkt dat de therapeut zich eenzaam voelt en zijn werk alleen maar doet voor persoonlijk gewin. Geleidelijk ontstaat er een wederzijdse antipathie.

- 5 Het contact verloopt onpersoonlijk, blijft functioneel, patiënt en therapeut kijken elkaar niet aan, veranderingen in de kamer worden niet opgemerkt. De therapeut ontwikkelt geen empathie, het verhaal brengt geen resonantie teweeg, het laat koud. De patiënt is afgesneden van zijn psychische realiteit.
- 6 De therapeut voelt zich niet erkend als persoon. De patiënt kiest hem om zijn status.
- 7 Naarmate de patiënt langer in behandeling is, gaat het vaak slechter, hetgeen de therapeut wanhopig maakt. Hoewel de patiënt de therapeut confronteert met het feit dat de behandeling niet werkt, overweegt hij op geen enkel moment om de behandeling te beëindigen. De therapeut slaagt er ook niet in om een doorverwijzing te realiseren. Beiden zijn als het ware door een sadomasochistisch pact gebonden.

Volgens Metzger is in dergelijke gevallen sprake van intrusieve projectieve identificatie in interne objecten, waarbij er een claustrum is ontstaan: de patiënt heeft zich genesteld in een compartiment van zijn interne moederobject en wordt de geïdealiseerde moeder, waardoor aldus scheiding en afhankelijkheid ontkend kunnen worden. Hij/zij gedraagt zich als een modelkind, bazig en superieur naar andere kinderen, bewonderd door volwassenen, maar zelf geplaagd door eenzaamheid en gevoelens onecht te zijn. Tijdens de therapie ontstaat dan een sterk positieve, geïdealiseerde overdracht die echter een schijnmedewerking is, gericht op het krijgen van waardering. In de tegenoverdracht voelt de therapeut zich als de ouder van een modelkind; schijnbaar loopt het perfect, maar de therapeut maakt zich steeds meer zorgen.

¶ *Conclusie*

De laatste tijd is er in het Nederlandse taalgebied belangstelling voor contact als kernwaarde in therapie, zoals onder andere blijkt uit het boek van Van Meekeren en Baars (2016).

Uit dit artikel moge blijken dat een psychoanalytische benadering van het contact zoals dit tot stand komt tijdens de eerste gesprekken belangrijk is, wil men zich een beeld vormen over het verdere verloop van de behandeling. Is het contact authentiek? Is er contactgroei? Is de patiënt niet al te zeer afgesneden van zijn psychische realiteit? Voor wat betreft de indicatiestelling is het wenselijk dat de therapeut de patiënten herkent die in de loop van de behandeling voor ernstige problemen zullen zorgen en impasses kunnen creëren. Ook al dragen ze bij tot desillusies bij de therapeut, toch hebben ook deze mensen recht op behandeling. Nog steeds kunnen we de waarde van een goede indicatiestelling niet onderschatten, ook al beseffen we met toenemende ervaring dat dit een heikel thema is. Bij patiënten bij wie het contact moeilijk tot stand komt, worden dan ook voortgaande intervisie en supervisie aanbevolen.

Literatuur

- ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-peau*. Parijs: Dunod.
- BION, W.R. (1961). *Experiences in groups and other papers*. Londen: Tavistock.
- BION, W.R. (1962). *Learning from experience*. Londen: Tavistock.
- BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010). *Change in psychotherapy — A unifying paradigm*. Londen/New York: W.W. Norton & Company.
- FERRO (2002). *In the analyst's consulting room*. Hove: Brunner-Routledge.
- GLISERMAN, M. (1993). Contact function — A theoretical and historical framework. *Modern Psychoanalysis*, 18, 215-235.
- GREEN, A. (2010). *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Parijs: Odile Jacob.
- GRINBERG, L. (1979). Countertransference and projective counteridentification. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 226-247.
- HEBBRECHT, M. (1998). Spelen met grenzen — Beschouwingen over het grensbegrip in psychoanalytische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 4, 192-204.
- HEBBRECHT, M. (2004). De psychiater als steunfiguur — Een psychoanalytische visie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 157-166.
- HEBBRECHT, M. (2007). De echte en de virtuele divan — Enkele psychoanalytische reflecties. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 13, 237-240.
- HEBBRECHT, M. (2011). Droomverhalen in het tweepersonenveld — Een kennismaking met het werk van Antonino Ferro. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 17, 17-29.
- HEBBRECHT, M. (2014). Authenticiteit — Een psychoanalytische benadering. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 184-196.
- JOSEPH, B. (1975). The patient who is difficult to reach. In M. Feldman & E. Bott Spillius (red.). *Psychic equilibrium and psychic change. selected papers of Betty Joseph* (p. 75-87). Londen: Routledge.
- LANGS, R. (1989). *The technique of psychoanalytic psychotherapy. Vol.1*. Northvale: Jason Aronson.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Parijs: PUF.
- MARGOLIS, B.D. (1983). The contact function of the Ego — Its role in the therapy of the narcissistic patient. *Psychoanalytic Review*, 70, 69-81.
- MCDUGALL, J. (1972). L'anti-analysant en analyse. In *Plaidoyer pour une certaine anormalité* (p. 99-116). Parijs: Gallimard, 1978.
- MEEKEREN, E. VAN & BAARS, J. (red.) (2016). *De ziel van het vak — Over contact als kernwaarde in therapie*. Amsterdam: Boom.
- MELTZER, D. (1992). *The Claustrum*. Londen: Karnac.
- MIJOLLA, A. DE (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Parijs: Callman-Lévy.
- OVIDIUS (1993). *Metamorphosen*. Amsterdam: Polak & Van Gennep-Athenaeum.
- QUINODOZ, D. (2002). *Les mots qui touchent*. Parijs: PUF.
- ROSENFELD, H. (1964). On the psychopathology of narcissism — A clinical approach. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 332-337.
- RUSSELL, G.I. (2015). *Screen relations — The limits of computer-mediated psychoanalysis and psychotherapy*. Londen: Karnac.
- SPOTNITZ, H. (1976). *Psychotherapy of preoedipal conditions*. New York: Jason Aronson.
- STEINER, J. (1993). *Psychic Retreats*. Londen: Routledge.
- STROEKEN, H.P.J. (2008). *Psychoanalytisch woordenboek — Derde editie*. Amsterdam: Boom.
- VANAERSCHOT, G. (2008). Empathie — Een driefasisch proces. In G. Lietaert, G. Vanaerschot, J.A. Snijders & R.J. Takens (red.), *Handboek gesprekstherapie* (p. 81-120). Utrecht: De Tijdstroom.
- VERBRUGGEN, G. (2006). Buiten-analytische contacten. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 2, 84-95.
- WINNICOTT, D.W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.
- WINNICOTT, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.

SUMMARY

Contact: psychoanalytic reflections

The concept of contact is discussed from a psychoanalytic viewpoint as an affective phenomenon, linked to a stage in the psychoanalytic process, taking place inside or outside the setting, a specific ego function. The early work of Bion offers a more thorough understanding of contact in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. Finally, some clinical vignettes concerning patients who present difficulties in establishing contact are examined from the work of post-Kleinian authors such as Steiner, Meltzer and Grinberg.

Keywords: Bion, contact, difficult patient, Meltzer, Steiner

Manuscript ontvangen: 30 oktober 2015

Definitieve versie: 9 september 2016