

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Enactments, impasses en empathische breuken in psychoanalytische psychotherapie

NELLEKE NICOLAI

Sinds ongeveer twintig jaar is het in de psychoanalyse gebruikelijk om te denken in termen van tweepersoonspsychologie, intersubjectiviteit en co-constructie van betekenis in de spreekkamer. De laatste jaren is daar mede onder invloed van nieuw onderzoek in de neurowetenschappen ook meer aandacht gekomen voor zaken als empathie en emotieregulatie. Als gevolg daarvan kijkt men ook anders naar *enactments* en de momenten waarop enactments vastlopen en tot therapeutische impasses leiden. Een focus op het verlies van empathie gedurende de behandeling van een vroeggetraumatiseerde patiënt kan zicht geven op de processen die voor verstoringen in de therapie of collusies zorgen en de negatief therapeutische reacties die we maar al te vaak in de praktijk tegenkomen. In dit artikel bespreek ik eerst verschillende theorieën over enactment en de momenten waarop enactments overgaan in blijvende verstoringen van de therapeutische relatie. Vervolgens besteed ik aandacht aan collusies en impasses en gebruik ik het werk van Jody Messler Davies en Jessica Benjamin om aan te geven hoe die collusies of vastlopende overdrachts-tegenoverdrachtsenactments behandeld kunnen worden.

Ter illustratie van een vastlopende psychotherapie het volgende vignet:

..... Monique (de naam is gefingeerd) is als kind emotioneel verwaarloosd. Haar moeder had een postpartumdepressie, haar vader was voor zijn werk veel in het buitenland. Ze is mishandeld door beide ouders die haar uit onmacht sloegen en uitscholden, omdat ze geen leuk kind zou zijn dat niet paste in het plaatje van een geslaagd gezin. Als latentiekind is ze seksueel misbruikt door de latere vriend van haar moeder. Ze heeft een goede baan in het onderwijs, maar geen relatie. Ze leidt naar de buitenwereld een heel aangepast leven, maar thuis in haar eigen ruimte heeft ze een ritueel van zichzelf beschadigen; Ze kerft in haar benen en onderbuik. Het is dus nooit zichtbaar — ze draagt alleen lange broeken — en niemand weet het. Het zorgt voor een ontlading van de spanning die zich gedurende de week in haar

opbouwt. Ze is in (psychoanalytische) psychotherapie, omdat ze zich ongelukkig en leeg voelt en tegelijkertijd bang is voor andere mensen, maar behoefte heeft aan contact. Er zijn geen duidelijke posttraumatische symptomen, zoals herbelevingen of paniek.

Aanvankelijk liep de psychotherapie (een keer per week) goed. Er is nu echter een fase waarin haar klachten en het snijden zijn toegenomen. Ze is diep ongelukkig, maar wil de therapie ook niet staken. De therapeut is wanhopig; het lukt hem niet om zicht te krijgen op de betekenis van het snijden en dit snijden neemt toe. Haar lichaam is voor haar een vreemd lichaam, een misbruikt lichaam. Ze is slecht in staat haar lichaam te voelen: alleen met het snijden komt er een gevoel van opluchting. Zij voelt ook vanbinnen een drang, niet zozeer ingegeven door een stem (ze is niet psychotisch), maar vanuit een herinnering aan de <snijdende> opmerkingen van haar stiefvader dat ze toch een hoer is. Het gevoel een slecht, vies wezen te zijn overheerst nu in de behandeling. De therapeut bij wie ze in behandeling is en die ik superviseer voelt zich geïrriteerd en zou haar het liefst weg willen hebben. Hij ervaart de behandeling als mislukt en heeft het gevoel dat zijn patiënte zich tegen de behandeling en tegen hem verzet.

#### ¶ *Enactments en collusies*

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw is in de moderne psychoanalyse de enactment een centrale term (Jacobs 1986; Treurniet 1993). In het Frans noemt men dit <mise-en-scène> of <l'expérience agie partagée> (Godfrind & Haber 2002). In het Nederlands spreken we van (re-)enscenering. Ook wordt het woord <reenactment> vaak gebruikt. Ik kies voor het woord <enactment>, omdat daarin een duidelijke handeling besloten ligt en omdat, zoals later zal blijken, het idee dat oudere impliciete relationele patronen in de interactie terecht komen al in de definitie vervat is.

Met <enactment> bedoelt men het onbewuste patroon van interactie en communicatie tussen analyticus/therapeut en patiënt. Anders dan bij *acting out* of ageren gaat het om een proces tussen twee personen (Van Waning 1994).

De term werd eerst vooral gebruikt voor de onbewuste tegenoverdrachtsreacties van de analyticus: dus de emotionele reacties en de daaruit voortvloeiende gedragingen, de acties. In hun belangwekkende conceptonderzoek bespreken Bohleber e.a. (2013) hoe de term in de jaren daarop veranderde en ook verschoof, al naargelang de theoretische positie van de analyticus. Zo ligt bij kleinianen het accent op enactment als een breuk, een falen van de neutrale houding van de analyticus en een breuk in de setting. In de moderne ego-psychologie is een enactment het gevolg van onbewuste conflicten bij de analyticus. In de intersubjectieve stromingen zijn enactments onontkoombaar en zelfs een onmisbaar onderdeel van het psychoanalytische proces. Alleen door de verstoringen te ervaren en te begrijpen kan men te weten komen wat er op

het onbewuste niveau speelt. De Boston Change Process Study Group (Bruschweiler-Stern & Lyons-Ruth 2013) beschrijft een enactment als het doorbreken van herinneringen, oudere patronen, in het hier-en-nu van de interactie tussen therapeut (analyticus) en patiënt.

Jessica Benjamin, van wie het werk later in dit artikel aan de orde komt, neemt hierbij een unieke positie in, aangezien volgens haar afgesplitst traumatisch materiaal en pijnlijke gevoelens *alleen* via enactments in de kamer komen. In enactments herhalen therapeut en patiënt ongewild oude pijnlijke ervaringen. Het herkennen daarvan en het herstellen van de empathische breuk door de analyticus is volgens haar noodzakelijk om het proces weer op gang te brengen.

We kunnen het optreden van enactments zien als een continuüm gerelateerd aan de pathologie van de patiënt. Bij een neurotische structuur zijn enactments relatief onschuldig en is het niet moeilijk om achteraf te bedenken dat er iets gebeurd is wat niet klopte. Dit wordt al anders bij narcistische en borderlinepatiënten waar de enactments als het ware voortdurend aan de orde zijn en het analytisch klimaat bepalen (Bateman 1998). In een metafoor: het lijkt of de ‹voering›, de impliciete relationele dynamiek, er bij neurotische problematiek af en toe doorschemert, zeker als de overdracht hoog oploopt, terwijl deze er voortdurend uitpuilt als het om structuurpathologie gaat.

Bohleber e.a. (2013) beschrijven hoe een enactment — vanuit welke theoretische positie dan ook — in essentie vijf stappen omvat.

- 1 Fenomenologisch gezien is er in elke therapeutische relatie altijd een spanning tussen de bewuste relatie, gericht op samenwerking en op de uitwisseling van woorden, gebaseerd op voorbewuste verwachtingen aan de ene kant en de onbewuste fantasieën en impliciete relationele dyadische processen aan de andere kant.
- 2 Een enactment kan — stap twee — ontstaan als het evenwicht tussen deze twee lagen plotseling niet meer klopt. De therapeut voelt zich uit balans gebracht. Deze wordt emotioneel geraakt op een onverwachte manier, voelt zich al naargelang de situatie slaperig, verveeld, angstig of verward worden, en ervaart druk om te handelen. Vaak dient die handeling om de spanning te verminderen. Veel enactments zijn relatief positief, zoals geruststellen of advies geven, extra tijd geven, maar er zijn ook negatieve, zoals boos worden, verwijtende interventies doen (‹Waarom doet u dit?›), iemand niet willen antwoorden of willen wegsturen. Een bekende enactment is om als een patiënt stelselmatig te laat komt, dit niet te bespreken, maar zelf met enige vertraging de deur open te doen, met de – halfverboden — gedachte: ‹Dan moet zij het maar eens voelen, dat ik ook de tijd neem›.
- 3 Stap drie is de herkenning van deze afwijking van het normale door de analyticus. Dat betekent dus aandacht en rust om te voelen waar de therapeut afwijkt van het doorgaande relationele proces.

- 4 Daarop volgt de vierde stap waarin de enactment erkend en de collusie opgeheven wordt, omdat de analyticus in staat is wat gebeurd is te duiden, de breuk te herstellen of de overdrachtsfantasie weer op het symbolische vlak te brengen.
- 5 De vijfde stap betekent dat een enactment, nadat deze geanalyseerd en verwerkt is, een belangrijk werktuig is geworden. Enactments zijn dan een belangrijk middel om afgesplitste affecten en vroege traumatische ervaringen toegankelijk te maken. Ze zijn daarom onontbeerlijk, maar als de enactment een hertraumatisering van de patiënt heeft opgeleverd, dient de therapeut dit eerst openlijk te erkennen en de breuk te herstellen.

Nu weet men van de klinische praktijk en supervisie hoe vaak het voorkomt dat stappen vier en vijf niet uitgevoerd worden, omdat stap drie niet gezet kan worden. Dat gaat om het (h)erkennen dat er een breuk is opgetreden. Dit gebrek aan (h)erkenning kan leiden tot een vastlopen van de therapie of tot collusies waarin de beide partijen gevangen raken in rigide posities en geperverteerde relaties, zoals die van dader en slachtoffer. De vrije uitwisseling van woorden en gedachten is tot stilstand gekomen, de empathie is verdwenen. We spreken dan van empathische breuken die niet hersteld zijn. Voor we verder ingaan op dit concept is het belangrijk eerst empathie nader te beschouwen.

### ¶ *Empathie*

Empathie is niet alleen een bewuste acte van inleven. Het is niet in de schoenen staan van. Empathie is volgens Bolognini (2006) een bewust en voorbewust contact met de ander dat gekenmerkt wordt door scheiding, complexiteit en structurering. Als toestand veronderstelt empathie innerlijke ruimte en opheffing van de aandacht. Empathie is niet continu aanwezig; het is een intra- en interpersoonlijk gebeuren dat niet geprogrammeerd kan worden. Empathie is een gedeelde ervaring van het eigen Zelf met het Zelf van een ander. Empathie is tevens een breed waarnemingspectrum dat alle emotionele schakeringen omvat van de meest heldere tot de meest duistere. Empathie voert progressief naar een dieper contact met de complementariteit van het object, diens defensieve ego en de afgesplitste delen van diens Zelf zonder dat het contact wordt verloren met diens egosyntone subjectiviteit. Het wordt gestuurd door deels onbewuste en deels bewuste affectieve resonantie (Van-aerschot e.a. 2015). Over deze resonantie hebben we weinig controle. We kunnen nu eenmaal niet *niet* geraakt worden; we kunnen er niets aan verhelpen dat we geraakt worden, al kunnen we het wel wegpoetsen, bijvoorbeeld door er geen aandacht aan te besteden of geïrriteerd te raken. We kunnen er in de goede zin alleen voor zorgen dat we weten wie de bron is van die affectieve resonantie en nadenken over de betekenis: reflecteren.

Empathie is dus een proces, geen <eigenschap> van de persoon. Er is wederkerigheid voor nodig en niet te veel vijandigheid.

#### ¶ *Het empathisch proces vanuit de patiënt gezien*

Het is algemeen bekend hoe lastig dit empathisch proces is in de behandeling van mensen die als kind emotioneel, seksueel of fysiek gemaltraiteerd zijn. Vanuit een diep wantrouwen ten opzichte van de intenties van anderen zien zij ons bijna onwillekeurig als gevaarlijk. Ook zien zij alle emoties en hun eigen gedachten als gevaarlijk. Onze interesse in hun psyche wordt als ambivalent ervaren: deels gewenst en deels gevreesd. Dat is voor een deel het gevolg van externe gebeurtenissen in hun ontwikkeling. Hun ervaring is dat wat zij voelden vervormd werd of tot onvoorspelbare woede leidde of gemanipuleerd is. Dit speelt een rol bij kinderen van wie de behoefte aan een band door een volwassene vertaald is in behoefte aan seks: <Ze wilde het zelf>. Of bij kinderen die geslagen zijn omdat ze <vuil keken>, maar ook bij kinderen van wie de correcte waarneming van het gedrag van hun ouders door diezelfde ouders niet verdragen werd. Hun zijn intenties toegeschreven die eigenlijk bij de ander hoorden en daardoor is het geloof in hun eigen geest als een bron van ervaringen, gedachten en emoties, hun subjectiviteit, ondermijnd.

Fonagy e.a. noemen dit, als het geïncorporeerd wordt in het zelfbeeld, het <Alien Self> (2002). Het Alien Self is de neerslag van de perceptie van een kind van zijn of haar intentionaliteit in de ogen van de ouder. Wanneer het kind niet zichzelf als een subject en intentioneel wezen ziet, met andere woorden, niet gemarkeerd gespiegeld werd, ziet het in de eerste plaats de ouder, diens geestestoestand en diens affectieve lading. Daardoor ontstaan er breuklijnen in de organisatie van het Zelf.

Uit onderzoek (Luyten e.a. 2012) blijkt deze groep patiënten bovendien een probleem met cognitief en gecontroleerd mentaliseren te hebben. Hun verhalen zijn vaak gefragmenteerd en niet coherent, gefocust op negatieve ervaringen en verwachtingen. Hun ervaring als kind is er een van mislukte verbinding. Hun gehechtheidstijl is meestal gedesorganiseerd. Dat kan leiden tot de januskop van een hulpeloos en vijandig Zelf, waarbij de vijandigheid vaak uitbesteed wordt aan de ander. Hun vermogen tot mentaliseren verdampt in de spreekkamer, omdat het gehechtheidsysteem geactiveerd wordt in het contact. De hoge spanning en paniek schakelen gemakkelijk het mentaliseren uit: het kantelpunt ligt bij veel mensen in die populatie heel laag. Ze vallen dan terug op *automatisch* mentaliseren: heel snel denken te weten wat de ander voelt en daarvan uitgaan. Ze schieten dan in de modus van de psychische equivalentie: wat ik voel is bedoeld door de ander en waar. Ze hebben niet de ervaring dat mensen hún bedoelingen proberen te begrijpen en gaan ervan uit dat anderen die al weten, vanuit hun eigen hypermentaliseren.

Hypermentaliseren betekent dat zij sterk gericht zijn op het lezen van de therapeut: elk spootje mimiek of motoriek, elk woord wordt gewogen. De therapeut zit in de rol van potentiële dader of potentiële weggijker. Kortom: in het therapeutisch werk met deze doelgroep is het gevaar van verlies van empathie en daarmee ook het contact aan de orde van de dag. Dit terwijl wij wel onbewust mee-resoneren met de angst, de horror, de ontregelde emoties van onze patiënten.

### ¶ *Empathie vanuit de psychotherapeut*

Empathie met een dergelijke gewelddadige binnenwereld is dan ook niet gemakkelijk voor de psychotherapeut om verschillende redenen.

- 1 In de eerste plaats niet door het wantrouwen dat zich uit als vijandigheid. Empathie vervluchtigt nu eenmaal gemakkelijk als het niet tot resonantie en wederkerigheid leidt met degene voor wie men empathie voelt. Het botst ook met het gewenste professionele beeld. We zien onszelf graag als warm en betrokken en helemaal niet graag als een potentiële bedreiging.
- 2 In de tweede plaats speelt het proces van projectieve identificatie een grote rol, waarbij de therapeut de drager wordt van voor de patiënt onverdraaglijke gedachten en gevoelens en zich als het ware bezet voelt door <niet-eigen> affecten. Het <Alien Self> in de patiënt wordt nu beleefd als iets wat bij de therapeut hoort, wiens intenties in twijfel worden getrokken. Dit is meer dan een negatieve overdracht, omdat het geheel van de therapeutische situatie met angst en wantrouwen wordt beleefd en als het ware geen neutraal platform is waarop men kan spreken over eventuele misverstanden.
- 3 De derde reden waardoor empathie verdwijnt is als er veel geweld speelt in het verhaal van de patiënt. Haat, agressie en destructiviteit vormen een onverbreekbaar onderdeel van de psyche van getraumatiseerde patiënten. We voelen deze destructiviteit, deze associatie met <het kwaad> onbewust wel aan: het maakt ons als therapeuten angstig. We hebben de neiging daarvan weg te blijven: het is gemakkelijker pseudo-empathisch te zijn en de <zieligheid> te benadrukken dan de intense destructiviteit die zich vaak uit in zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag, zoals bij Monique.

Dit kan ertoe leiden dat de behandeling vastloopt, dat therapeut en patiënt gevangen blijven in de collusie van de herhaling. De twee deelnemers blijven zitten in een eeuwige spiegeling van elkaars verkeerd begrepen gevoelens en affecten: in haat, machteloosheid en schuld. In gesplitste complementaire rollen waarin de een goed en de ander slecht is en waarin de een macht heeft en de ander niet.

De Amerikaanse psychoanalytica Jody Messler Davies (2004) is bekend om haar baanbrekende werk over de overdrachts-tegenoverdrachtsconstellaties bij seksueel misbruikte patiënten. Zij beschrijft hoe zij met haar zeer getraumatiseerde patiënte Karen worstelde toen zij snipverkouden was. De patiënte begon met te zeggen: 'Ben je nou nog niet van je verkoudheid af?' en vroeg toen om een extra zitting. Davies merkte bij zichzelf dat ze woedend werd en niets meer kon zeggen: haar vermogen te mentaliseren was verdwenen, maar ook de empathie voor haar patiënte. Ze zei: 'Ik wou dat ik je die kon bieden, maar het is onmogelijk', terwijl ze bij zichzelf dacht: 'Maar voor een ander had ik het wel gedaan. Ik ben een naar mens, ik wil het alleen niet omdat zij het is, zij die van alles eist'. Er ontstond een woedende en zwiigende interactie, gevangen in projecties van schuld, schaamte en haat. De patiënte reageerde met een nauwverholten, triomfantelijk lachje en zei: 'Je haat me'. Davies vindt een uitweg door te zeggen: 'Soms haten we elkaar'.

Haar eerlijke en transparante verslag is door Benjamin (2004a) en Fonagy en Target van commentaar voorzien. Fonagy en Target (2004) merkten op dat er sprake was van een breuk met de analytica in het mentaliseren over de patiënte: ze kon niet meer nadenken en begreep niet dat de patiënte mogelijk bang was dat haar analytica haar net zo in de steek zou laten als haar moeder bij haar had gedaan door ziekte. Haar patiënte was in de psychische equivalentiemodus: zij kon geen beeld meer vasthouden van de analytica als zorgzaam en nadenkend en zag haar als gemeen en koud. De analytica reageerde door te zeggen: 'Ik zou zo graag willen dat ik tijd had'. Dat was in feite niet waar en overdreven zorgzaam. Begrijpelijkerwijze reageerde de patiënte met het gevoel niet begrepen te worden. Haar angst was niet gementaliseerd en daarop voelde ze zich bedreigd en sloeg terug. De woede, de haat en de 'slechtheid' was bij Davies beland. Het proces van projectieve identificatie dat hier plaatsvond noemen zij 'een actie die een gedachte van het Zelf plaatst in de geest van de ander'. Het doel van projectieve identificatie in het voorbeeld van Davies is volgens hen het herscheppen van een band die verloren is gegaan, een interpersoonlijke brug. Volgens hen houdt een therapeutische impasse meer in dan een onbewuste identificatie met de dader. Een sleutelaspect hierbij is 'De zelfhaat die de analyticus ontmoet in de behoefte van haar getraumatiseerde patiënt om via een achtervolgend innerlijk object (het Alien Self) een band te smeden' (Fonagy & Target, p. 734). Een impasse is dus in hun ogen meer dan een herhaling van een oude relatie.

#### ¶ *Daders en slachtoffers: voorbij herhaling en de rol van de derde*

Benjamin benoemt in haar commentaar (2004a) hoe in deze enactment de hete aardappel van schaamte en blaam wordt doorgegeven. De analytica voelt zich schuldig en wil dat eigenlijk deponeren bij haar 'agressieve' patiënte. Deze poogt vanuit haar achtergrond en gevoel een slecht mens te zijn er alles



aan te doen om die blaam buiten zich te houden. Vandaar het triomfantelijke lachje. Haar < slechtheid > had ze als het ware uitbesteed aan haar analytica. In deze dyade zijn er dus maar twee rollen: de een is de < vader >, de ander het < slachtoffer >. Je zou kunnen zegen dat de dyadische fantasie is dat als de ene niet < slecht en gek > is, de ander dat wel moet zijn. Benjamin beschrijft dit proces in een beroemd artikel (2004b) als < doer and be done to >.

Vanuit hun ervaring als < be done to > als kind slikken de meeste patiënten aanvankelijk de breuk. Als we terugkijken in de geschiedenis van onze patiënten zien we ook dat de ouder die slaat, misbruikt of opsluit dat ook rechtvaardigt door de schuld bij het kind te leggen. De schuld en de verantwoordelijkheid van de ouder — van de ander dus — verdwijnt in de mist van loochening, ontkenning of een beroep op excuses, zoals alcoholgebruik. Het kind krijgt dus de < schuld te dragen > en ziet deze als zijn eigen fout. Dat is de inhoud van de dyadische enactment van de goede therapeut en de slechte patiënte. Vaak zijn doodswensen en suïcidale uitingen in het verhaal van onze patiënten ook te relateren aan de dyadische aanvaring in de therapie, waar schaamte en schuld door de kamer stuiteren en de enige uitweg de dood lijkt. Shaw (2010) beschrijft een vergelijkbaar proces bij kinderen van ouders met een narcistische stoornis. Die ouders moeten hun morele onfeilbaarheid behouden en doen dat door alles wat zij zwak, slecht en walgelijk vinden op hun kinderen te projecteren en in hen te bestrijden. Deze kinderen zitten in een onhoudbare positie: erkennen zij het recht, de legitimiteit op hun eigen subjectieve behoeftes en gevoelens, dan verliezen zij de ouder, maar om de ouder te behouden moeten zij de op hen geprojecteerde slechtheid en inferioriteit in zich opnemen.

Deze enactments kenmerken zich door het ineensstorten van de intersubjectieve ruimte. De stem van de derde ontbreekt. Men kan hierbij denken aan het feit dat het kind dat misbruikt wordt door de ene ouder, de andere ouder niet meer ervaart als beschermend en aanwezig. Dit leidt tot een objectrepresentatie van de < onverschillige, afwezige of niets-ziende ouder >.

Gehuld in een mist van onverschilligheid en machteloosheid krijgt deze geen rol in de psychische realiteit. Ook in de therapeutische enactments die ik als supervisor volg, is er een complementaire rigide verdeling van rollen waarbij de patiënt vaak de < pathologie > draagt en de therapeut, machteloos en gefrustreerd door het gebrek aan vooruitgang, zijn handen in onschuld wast. Een andere veelvoorkomende enactment is de onschuldige patiënt die gecompenseerd dient te worden voor alle opgedane leed en tekorten en die de therapeut in een houdgreep houdt door steeds meer tijd en interventies nodig te hebben. De illusie van een < genezing door liefde > leidt vaak tot grensoverschrijdend gedrag. De therapeut is dan de redder van een slachtoffer en de agressie en destructiviteit zijn verpakt in een fluwelen handschoen. Het erkennen dat beide partijen zich door elkaar achtervolgd voelen is al een stap vooruit: het principe van projectieve identificatie.

¶ *Jessica Benjamin*

Wat er volgens Benjamin in dergelijke collusies ontbreekt, is een derde element.

Dat hoeft geen persoon of een ding te zijn. Volgens haar is het een proces waarin je je als behandelaar overgeeft aan de invloed van de ander en aan het besef van jouw invloed op die ander. Het houdt in dat je de subjectieve realiteit van die ander en diens perspectief als vertrekpunt neemt en accepteert. ‹Hoe de erkenning van hoe wij over en weer invloed op elkaar uitoefenen het ons mogelijk maakt om samen een derde element te creëren› (vertaling Nelleke Nicolai). Deze stap van *het derde element* is ook het verantwoordelijkheid nemen van therapeuten om te bekijken wat zij hebben gedaan of nagelaten.

Benjamin onderscheidt drie taken waaruit het derde element bestaat.

- 1 Het ritme, de afwisseling tussen zelfregulatie en interactieve regulatie die bij onze preverbale ontwikkeling hoort. Het wordt procedureel en impliciet opgeslagen als de dans die meer is dan de dansers. Zij noemt dit Het Ene in het Derde. De babytijd is niet zoals men vroeger dacht een symbiose, een versmelting waar óf de een óf de ander ophoudt, met alle angstige fantasieën van dien. Het is een groei van iets nieuws.
- 2 Het vermogen te blijven denken en jezelf te reguleren met oog voor de verschillen. Dat houdt het accepteren van het verschil in. In deze laag is het de taak van de therapeut om empathische breuken op te sporen en te repareren. Het gaat hierbij om mentaliseren en symboliseren: ‹Het Derde in het Ene›. Deze differentiërende functie bestaat ook uit het verdragen van de asymmetrie tussen therapeut en patiënt. Therapeut en patiënt zijn niet gelijk en horen dat ook niet te zijn. Het houdt ook het vermogen tot gemarkeerde spiegeling in. En daarmee geeft Benjamin een metatheoretische betekenis aan gemarkeerd spiegelen met zijn gelijktijdige beweging van herkenning en verschil.
- 3 Het Morele Derde. Dit heeft te maken met het erkennen van de verantwoordelijkheid dat een therapeut soms schade aanricht. Dat je niet alles begrijpt of snapt. Dat je ernaast kunt zitten en je empathie verliest. Fonagy en Target geven in hun commentaarartikel bijvoorbeeld aan dat Messler (2004) empathisch miste dat haar patiënte angstig moest zijn voor de ziekte van haar analytica. De patiënte Karen was mogelijk bang dat ze zich emotioneel zou terugtrekken. Dat deed haar depressieve moeder immers ook.

Vanuit een ander kader — de desorganisatie van de hechting — ontstaat een dergelijke breuk als de ouder niet thuis geeft en dat is wat er bij Messler Davies gebeurde. Messler Davies, een zeer ervaren en deskundige analytica, was verkouden en gaf niet thuis. Ze voelde zich schuldig om haar verkoudheid en tegelijkertijd boos om het overvraagd worden. Haar interventie: ‹Soms haten

we elkaar › brak misschien de spanning, maar was niet het enige waar het om moest gaan. Ze had kunnen zeggen: ›Jij wilt mij heel graag vaker zien en misschien ben je bang dat ik er niet voor jou zal zijn als ik ziek ben?› Jody Messler Davies maakte de keer erop haar excuses. De patiënte geeft haar nog steeds zieke analytica een melk-honing-kruidendrank die ze meegenomen had in een thermosfles. Ze zegt: ›Je haat me ›, maar Davies zegt: ›Ik haatte mezelf, zoals ik gisteren deed›. Ze nam haar verantwoordelijkheid voor haar eigen gevoelens van schuld en schaamte en dat leidde tot een hele andere reactie van Karen, die opgelucht leek dat ook haar analytica een ›Slecht› Zelf had en dat kon verdragen.

Bij Monique, de zichzelf beschadigende patiënte, werd de impasse pas doorbroken doordat we als supervisor en therapeut langdurig stilstonden bij wat hij voelde en ervoer aan machteloosheid en angst, gepaard aan een schuldgevoel over geen goede therapeut te kunnen zijn. Daarna namen we de hele levensgeschiedenis van de patiënte nog eens door om te kunnen begrijpen waarom zij zoveel haat en destructie op zichzelf richtte op het moment dat zij zich enigszins thuis ging voelen in de behandeling. Ik liet de supervisant Monique spelen in een rollenspel: hij voelde aan den lijve hoe zij zichzelf een waardeloos persoon voelde, die de schuld droeg van wat haar was aangedaan. Dit ›Slechte Zelf› werd geactiveerd doordat ze zo verlangde naar de aandacht en de goedkeuring van haar jonge therapeut. Dat ›Slechte Zelf› ›moest dood of verminkt worden ›; verlangen moest in de kiem gesmoord worden. Het kostte de therapeut enige tijd om zich te realiseren dat hij een bron van verlangen was en dat het snijden een straf is van een afgesplitst Slecht Zelf, een Alien Self, dat Monique geïncorporeerd had.

Na enige tijd durfde hij het aan om met haar te bespreken dat hij het gevoel had dat hij niet goed begreep wat het snijden betekende en dat hij misschien daardoor had gemist hoe hij haar zou kunnen helpen zichzelf meer te begrijpen. Kon zij hem uitleggen hoe dat bij haar zat en hoe zij er zelf over dacht? Dat trok de therapie weer vlot, want zij kon vertellen hoe ze zich schaamde om haar ›gestoordheid›. Boosheid of verlangen maakte haar angstig: gevoelens die ze niet kon reguleren, behalve door te snijden. Daarbij kwam dat zij fantaseerde dat hij een normaal persoon was die dat allemaal wel kon en nooit ergens last van had: een soort ›heilig› ideaalbeeld, dat volgens Fairbairn (1943) een erfenis is van de splitsing tussen een Slecht Zelf en een goede, geïdealiseerde Ander bij vroeggetraumatiseerde patiënten.

### ¶ *Conclusie*

In de behandeling van deze doelgroep moeten we steeds beseffen dat de onderliggende onbewuste vraag steeds is naar ›wie de schuld krijgt›. Hun eigen ›slechtheid› ligt ten grondslag aan hun identiteit en de ander is in hun ogen een onbetrouwbare onbekende. Afhankelijkheid is levensgevaarlijk,

maar toch is de behoefte aan contact groot. Dit nemen ze mee in de overdracht en wij reageren daar ongewild op en belanden gemakkelijk in dyadische collusies: spiralen van ergernis, onmacht, angst. Daardoor houdt ons mentaliseren op en wordt de patiënt angstig en verliest zijn of haar mentaliserend vermogen helemaal.

Het is niet onze taak om almachtig, alwetend en schuldloos te zijn, maar om breuken te repareren. Door dit repareren worden de symbolische derde en de morele derde in ere hersteld: mentaliseren, samen onderzoeken, gemarkeerd spiegelen, checken of je iets hebt begrepen. In de praktijk betekent dit de noodzaak van een ›inquisitive mind‹, maar ook het erkennen van je eigen tegenoverdrachtsgevoelens. Geen self-disclosure in dienst van pseudogelijkwaardigheid, maar transparant zijn over wat je hebt gedaan en je vergissingen erkennen. ›Sorry‹ zeggen en uitzoeken wat jij deed wat de patiënt dacht en toen deed: ›to unravel the dynamics of the doer and the done to‹.

Het erkennen en repareren van deze breuken blijkt te helpen. Zelfs meer dan welk perfect empathisch aanvoelen ook. Er zijn steeds meer aanwijzingen in onderzoek dat repareren meer doet om het mentaliserend vermogen te herstellen dan welke interventie dan ook (Safran e.a. 2011). Dit past bij de MBT-interventie: stop & rewind, en bij de volgehouden nieuwsgierige belangstelling naar iemands gevoelens en gedachten die een goede MBT kenmerken.

Belangrijk is om de affectieve empathie te verbinden met de emoties hieren-nu in de kamer en niet met die van vroeger waar de patiënt zich in kan verliezen. Je verliest dan de derde uit het oog, de ruimte die de deur van de cel openzet.

#### ¶ *Tot slot*

Contact met vroeggetraumatiseerde patiënten is per definitie niet gemakkelijk. Om het tot stand te brengen is begrip nodig voor hun manier van denken, hun ervaringen, hun wantrouwen. Dit vereist een empathische grondhouding. Maar dat is niet genoeg. Vaak verwickelen therapeut en patiënt zich in een onvermijdelijke impasse die te maken heeft met de dynamiek van ›doer en be done to‹. Dader en slachtoffer vormen per definitie een dyadisch koppel. Het werk van Benjamin, een belangrijke theoreticus in de intersubjectieve, relationele school, verschaft met haar theorie van het derde element een instrument om impasses en collusies, zeker met vroeggetraumatiseerde patiënten, te kunnen begrijpen en doorbreken. Haar theorie verschaft ook een metatheoretische blik op belangrijke concepten als gemarkeerd spiegelen. In de markering zit immers de derde besloten.

Veel impasses komen voort uit empathische breuken. En vele van die empathische breuken dienen hersteld te worden. Het nemen van de verantwoordelijkheid voor ons aandeel helpt de patiënt het onderscheid te maken tussen de momenten dat deze empathisch herkend wordt en die momenten dat de eigen

subjectieve ervaringen verschillen van die van de therapeut, en dus van hem- of haarzelf — dus eigen — zijn. Deze afwisseling van herkenning en verschil helpt bij het herstel van het Zelf.

#### Literatuur

- BATEMAN, A. (1998). Thick-and thinskinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 13-25.
- BENJAMIN, J. (2004a). Escape from the hall of mirrors: commentary on paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 14(6), 743-753.
- BENJAMIN, J. (2004b). Beyond doer and done to: an intersubjective view on thirdness. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- BOHLEBER, W., FONAGY, P., JIMENEZ J.P., SCARFONE, D., VARVIN, S. & ZYSMAN, S. (2013). Towards a better use of psychoanalytic concepts: a model illustrated using the concept of enactment. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 501-530.
- BOLOGNINI, S. (2006). *L'empathie psychoanalytique*. Ramonville Saint-Agne: Erès.
- BRUSCHWEILER-STERN, N. & LYONS-RUTH, K. (2013). Enactment and the emergence of new relational organization. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 61, 727-749.
- FAIRBAIRN W.R.D. (1943). *The repression and the return of bad objects — Psychoanalytic Studies of the Personality* (pp. 59-81). Londen: Routledge.
- FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. & TARGET, M. (2002). *Affect regulation, Mentalization and the development of the Self*. New York: Other Press.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2004). Relationships to bad objects: repetition or current self-disorganisation. Commentary on Paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 14(6) 733-741.
- GODFRIND, J. & HABER, M. (2002). L'expérience agie partagée. *Revue française de psychanalyse*, 5(66), 1417-1460.
- JACOBS, T. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 289-307.
- LUYTEN., P., FONAGY, P., LOWYCK, B. & VERMOTE, R. (2012). Assessment of mentalization. In A. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-66). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- LUYTEN, P. & FONAGY, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders. Theory, Research and Treatment*, 6(4), 366-379.
- MESSLER DAVIES, J. (2004). Whose objects are we anyway? Repetition and our elusive love affair with evil. *Psychoanalytic Dialogues*, 14, 711-732.
- SAFRAN, J.D. & MURAN J.V. & EUBANKS-CARTER (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- SHAW, D. (2010). Enter ghosts. The loss of intersubjectivity in clinical work with adult children of pathological narcissists. *Psychoanalytic Dialogues*, 20, 46-59.
- TREURNIET, N. (1993). What is psychoanalysis now? *International Journal of Psychoanalysis*. 74, 873-891.
- VANAERSCHOT, G., HEBBRECHT, M. & NICOLAÏ, N.J. (2015). *Empathie — Het geheime wapen van psychiaters en psychotherapeuten*. Leusden: Diagnosis.
- WANING, A. VAN (1994). *Geen woorden maar daden. Over ageren: een empirisch onderzoek naar een psychoanalytisch concept*. Academisch Proefschrift. Amsterdam: Vrije universiteit Amsterdam.

SUMMARY

*Enactments, impasses and empathic ruptures in psychoanalytic psychotherapy*

Using a supervised case the author discusses the differentiation between enactments, collusions and therapeutic impasses in psychoanalytic psychotherapy with traumatized borderline patients. Empathic failures due to unrecognized projective identification processes and countertransference issues are described. Case histories and comments of Jody Messler Davies, Peter Fonagy and Jessica Benjamin are considered with the object of recognizing and using enactments as a means of understanding dissociated and implicit mental states.

*Key words: Alien Self, collusions, empathy and empathic failures, enactment, projective identification, therapeutic impasses*

*Manuscript ontvangen 25 januari 2017*

*Definitieve versie 20 september 2017*