

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

De desillusies van de psychoanalyse

Is er hoop?

MARC HEBBRECHT

In dit artikel wordt ingegaan op een thema dat onvermijdelijk aan bod komt in elke psychoanalytische behandeling, namelijk het rouwen over verloren illusies. Psychoanalyse leidt tot desillusie; de analyticus of therapeut kan dit als een boemerang teruggespeeld krijgen. Ook de psychoanalyse als vak krijgt te maken met pijnlijke desillusies, die ze dient te dragen, te doordenken en te verwerken. Zo zijn er analyses die mislukken of niet het verwachte resultaat opleveren. Dit kan te maken hebben met zelfoverschatting van de analyticus op grond van reddersfantasieën, waardoor de vraag van de patiënt en zijn persoonlijkheidsdynamiek niet goed worden ingeschat.

Soms oefent de patiënt een zodanige druk uit op de analyticus dat deze gedwongen wordt een rol aan te nemen in een fantasiescenario met verlies van 'derdsheid' (*thirdness*) en teloorgaan van het observerend ego (Green 2004). De analyticus wordt dan als het ware verleid en ageert zonder te denken. Dit brengt ons bij het domein van fouten en grensoverschrijdingen, zoals beschreven door Gabbard en Lester (1995).

Een andere desillusie heeft te maken met onrealistische doelen, waarbij het zicht wordt verloren op de begrenzend criteria over wat haalbaar is en wat niet. Nieuwe analytische stromingen wedijveren met (meer) klassieke benaderingen, vanuit de veronderstelling dat hiermee desillusies over het analytische werk worden vermeden. Denk bijvoorbeeld aan de nadruk op empathie in de zelfpsychologie, waardoor de narcistische patiënt minder gekwetst zal reageren. Een bespreking van doelen in psychoanalyse en psychoanalytische therapie valt buiten het bestek van dit artikel. Ik verwijs hiervoor naar Sandler en Dreher (1996). Desillusies van de psychoanalyse hangen ook samen met analyseerbaarheid: Is de patiënt toegankelijk? Kan er contact gemaakt worden met zijn innerlijke wereld of is hij moeilijk te bereiken? De antianalysant, zoals beschreven door McDougall (1978, pp. 99-116), is hiertoe blijkbaar niet in staat. In dit verband verwijs ik naar mijn artikel over contact (Hebbrecht 2016).

In dit artikel zal ik aantonen dat desillusies over het psychoanalytische werk te maken hebben met factoren in de analyticus (reddingsfantasieën, zelfoverschatting, rolverzwakking), met factoren in de patiënt (verkeerde indica-

tie, progressieve pathologische processen), met gebrekkige afstemming tussen patiënt en analyticus (door bijvoorbeeld een gebrek aan consensus over doelen), met de opleidingssituatie, en met het tanend prestige van de psychoanalyse.

De boodschap is dat de menselijke existentie noodzakelijk en onvermijdelijk desillusies met zich meebrengt, wat ook zichtbaar wordt tijdens de analytische arbeid. De analyticus dient nieuwsgierigheid te ontwikkelen naar de eigen ontgoochelingen, teleurstellingen en desillusies, alsook naar die van zijn patiënten.

¶ *Een mislukte analyse: over de hoogmoed van de analyticus*

De casus is bekend. Het gaat hier over een mislukking die berust op reddingsfantasieën en zelfoverschatting bij de analyticus, waarbij flagrante fouten zijn gemaakt: het kader is niet gerespecteerd, de analyticus wordt betoverd door de glamour van zijn patiënte, wat uiteindelijk leidt tot een forse desillusie. Dit extreme voorbeeld stelt weinig problemen wat betreft publicatie, omdat het openbaar is en goed gedocumenteerd. Desillusies in het psychoanalytische werk gaan gewoonlijk over mildere aangelegenheden. Meestal is er goed werk geleverd, wat tot een behoorlijke afloop leidt, maar toch blijft de patiënt op zijn honger zitten. Hij heeft bijvoorbeeld niet helemaal kunnen zeggen waar het op staat, niet gekregen waar hij naar verlangde. Is desillusie niet inherent aan een geslaagde psychoanalyse? Wellicht is dit een van de mooiste vruchten. Er zijn thema's aangeraakt, nog onvoldoende bewerkt, die uitnodigen tot verdere analytische arbeid, waarbij de analysant voor de keuze staat om dit al dan niet in een volgende <tranche> op te nemen en nader te onderzoeken.

► *Casus mevrouw X*

Mevrouw X komt bij dr. A met een analysevraag, ingegeven door verschillende problemen: seksueel misbruik tijdens haar kindertijd, gebrek aan zelfrespect, obsessieve behoefte aan goedkeuring van anderen, onvermogen om vriendschappen of liefdes in stand te houden, en verlatingsangsten. Ze klaagt over innerlijke leegte en angst om gek te worden. Ze leeft met de continue overtuiging dat ze vals klinkt. Iets knaagt in haar en vreet haar als het ware van binnenuit op. Als ik dit lees, denk ik aan een borderline patiënte met onbevredigde orale en narcistische noden, en dit in combinatie met intense oraal-sadistische tendensen en een melancholische structuur.

Bij het eerste gesprek is ze te laat, alsof ze niet op het juiste moment in het leven van haar ouders is gekomen en altijd weer bij anderen moet uittesten of er op haar wordt gewacht. Promiscuïteit beleeft ze als essentieel en niet als problematisch. X is een bijzonder mooie vrouw en trots op haar uiterlijk. Ze vindt zichzelf de mooiste van de wereld. X ontwikkelt een obsessie voor spiegels en wil het liefst voortdurend gefotografeerd worden.

Ze verlangt ernaar begeerd te worden om niet te hoeven weten dat er niet van haar gehouden werd. Door haar erotische uitstraling heeft ze een betoverende invloed op haar omgeving.

Als ze zich bij dr. A aanmeldt, heeft ze al drie analyses achter de rug bij gerenommeerde psychoanalytici. In elke analyse ontwikkelt zich verbazingwekkend snel een wederzijdse afhankelijkheid tussen X en haar behandelaar. Ondanks de hoge frequentie van de zittingen gaat het met X steeds slechter, en moet ze uiteindelijk in een kliniek worden opgenomen wegens suïcidedreiging en verslaving aan kalmeringsmiddelen. Haar vorige analytici werden zich pas aan het eind van de psychoanalyse bewust van de ernst van haar doodsverlangen en haar verslavingsproblemen.

Ondanks de teleurstellende psychoanalytische behandelingen is X op haar achtentwintigste een hartstochtelijk aanhangster van psychoanalyse. Ze is 34 jaar en beroemd wanneer ze zich bij dr. A aanmeldt. Gealarmeerd door haar toestand vindt dr. A een klassieke kuur op de divan geen goede indicatie en stelt haar een intensieve ondersteunende psychotherapie voor. Hij stelt haar voor om ook contact te houden met zijn gezin, vanuit de behandelvisie dat X in haar leven een ervaring nodig heeft die het affectieve tekort tijdens haar kindertijd compenseert. Dr. A. hoopt dat X met een dergelijke aanpak mogelijk na enkele jaren wel analyseerbaar wordt.

Haar geschiedenis is immers tragisch. X heeft haar vader nooit gekend; ze is verwekt door een minnaar die haar moeder kort heeft gekend na haar tweede echtscheiding. Haar moeder werd psychotisch toen X nog heel jong was en is langdurig opgenomen in een psychiatrische instelling. Een vriendin van haar moeder werd haar wettelijke voogdes, maar heeft niet voor haar gezorgd. Ze stopte X in opvangtehuizen. Alleen in het weekend kwam voogdes X bezoeken en maakte dan met haar uitstapjes naar de bioscoop. Ze zei dat X een ster zou worden als ze groot was. Deze momenten van opwindung brachten afwisseling in een verder treurig en eenzaam kinderen, en vormden de kiem voor haar carrière als model en filmactrice.

Door van X een gezinslid te maken, begaat dr. A een ernstige vergissing. Behalve haar vijf tot zes keer per week te zien, stelt hij haar voor om hem regelmatig te bellen. Aldus ontstaat een uiterst afhankelijke overdrachtsrelatie met zeer aanklampend gedrag. De hel breekt los wanneer dr. A op vakantie vertrekt. X oefent zo'n druk uit dat dr. A zijn reis afbreekt om haar dringend te zien. Dr. A wil voor haar de belichaming zijn van een positief vaderbeeld, een vader die haar overstelpt met goedheid en die haar niet teleur wil stellen. Blijkbaar heeft hij een blinde vlek voor de agressie die voelbaar is achter de verlatingsdepressie en onderschat hij de haat die gericht is op haar tekortschietende ouders, maar nu naar hem wordt overgedragen. Hij trapt in de valkuil te veronderstellen dat liefde genezend werkt (Gabbard & Lester 1995).

Aan het einde van haar analyse voelt dr. A zich door X gegijzeld. Dr. A voelt zich de gevangene van een behandelingsmethode die hij noodzakelijk voor haar heeft geacht, maar die voor hem onmogelijk blijkt te zijn. Wanhoop is voor X de ultieme manier om zich van zijn betrokkenheid te verzekeren. X wordt voor dr. A een nachtmerrie, die hem ondanks alle liefde en alle onbaatzuchtige inzet onverbiddelijk te gronde richt.

Met X lijkt het beter te gaan, tot dr. A op een nacht wordt opgebeld met de mededeling dat X zelfmoord heeft gepleegd. Misschien deed X alsof het beter ging, omdat ze zijn verlangen dat ze vooruitging vermoedde. Per slot van rekening was ze actrice. Ze kon goed het gelukkige meisje spelen, ook voor haar behandelaar. De behandeling van mevrouw X was niet alleen een pijnlijke desillusie voor dr. A., maar voor de gehele psychoanalyse, want X was een *celebrity*. Haar zelfmoord heeft internationaal in de media veel aandacht gekregen.

Het is me toegestaan kenbaar te maken over wie het gaat. De casus is uitvoerig gedocumenteerd en publiek bekend. Het betreft de therapie van Marilyn Monroe bij psychoanalyticus Ralph Greenson (Havers & Evans 2011). Mijn beschrijving is gebaseerd op de roman van Michel Schneider (2006) *Marilyn. De laatste sessie*. Opvallend is wel dat Marilyn Monroe haar dankbaarheid ten aanzien van de psychoanalyse liet blijken via haar testament. Na haar dood waren de belangrijkste erfgenamen het Anna Freud Centre en de Hampstead Clinic in Londen (‘The Marilyn Monroe Children’s Fund’ 1987). Is dit niet schokkend voor het analytische establishment?

¶ *Illusie en desillusie als psychoanalytische concepten*

Illusie en desillusie zijn centrale begrippen in de psychoanalyse. Aan het concept ‘illusie’ zijn tal van aspecten verbonden: illusie bevat een wensvervullend aspect, verzacht pijn en troost; ze is ook begoochelend, omdat ze de werkelijkheid geweld aandoet. Bij een illusie gaat het om een droombeeld of denkbeeld waarvan we menen dat het aan de werkelijkheid beantwoordt of dat we graag verwezenlijkt willen zien. Illusies als hoopvolle verwachtingen passen meer bij de jeugd. Het is niet ongebruikelijk om bij het ouder worden desillusies onder ogen te zien en te rouwen over het verlies van wensen die ten onrechte werden gekoesterd en niet bewaarheid zijn geworden.

Wellicht is dit de essentie van wijsheid. De psychoanalyse (Freud 1927) heeft twee types van illusies blootgelegd: zij die zonder gevaar zijn, zoals de kunst, het belang van de verbeelding, en het vasthouden aan de magische almacht die domineert tijdens de vroege kinderjaren; en zij die gevaarlijk kunnen worden omdat ze een objectieve kennismaking met de werkelijkheid in de weg staan, zoals ideologieën en religies. Denk maar aan het islamitisch fundamentalisme of de nazistische illusie dat blanke ariërs het superieure ras zijn.

Psychoanalytische interventies desillusioneren, want ze confronteren de patiënt met de pijnlijke waarheid dat hij niet moet blijven hopen op onbewuste wensvervullingen. Het proces van desillusie wekt pijn en mobiliseert weerstand. Maar dit proces is ook nodig om verandering in gezichtspunten te laten optreden. Optimaal desillusioneren is een kwestie van tact. Zo kan een getraumatiseerde patiënt aan de illusie vasthouden dat de wereld mooi is, dat de ouders goed zijn en dat vreselijke dingen toch niet echt gebeurd zijn. De illusie vervult dan een overlevingsfunctie.

In *De toekomst van een illusie* uit 1927 schrijft Freud dat mensen hunkeren naar rustgevende doctrines en bereid zijn om zich hierin gevangen te zetten en er de slaaf van te worden. Freud houdt een pleidooi voor de wetenschap, die in staat is iets over de realiteit van de wereld te weten te komen, waardoor we onze macht kunnen vergroten. In die zin is psychoanalyse ook een wetenschap: de eigen onbewuste illusies worden bewust gemaakt, zodat de innerlijke en uiterlijke werkelijkheid zo onbevangen mogelijk tegemoet wordt getreden.

Bion (1962) is nog radicaler in zijn benadering. Hij daagt de illusies van de analysant uit, hij verstoort en schudt wakker, zodat de analysant verplicht wordt na te denken ook als hij in de ban is van heftige emoties. In het werk van Bion komt herhaaldelijk naar voren dat desillusie het beste geleidelijk plaatsvindt en dat de patiënt zich hiertegen zal verzetten. In ieder persoon schuilen krachten die zijn gericht op niet-weten en het vasthouden aan illusies. Het individu heeft behoefte aan waarheid om psychisch te kunnen groeien. Bion beklemtoont ook hoe belangrijk het is om een gedoseerd contact met de waarheid te laten plaatsvinden, opdat catastrofale verandering wordt vermeden.

Terwijl Freud het belang van desillusie poneert, zal Winnicott (1960) de waarde en de noodzaak van illusie beklemtonen. Ontwikkeling kan niet zonder illusie. De confrontatie met de realiteit is schokkend, traumatisch en pijnlijk. Freud (1915) schreef al dat de objectieve werkelijkheid ontstaat in een beweging van haat: wat pijn doet en onlustvol is, is niet-mij en staat gelijk met buiten.

In de visie van Winnicott is de externe realiteit bij aanvang een subjectieve creatie van de baby, die haar waarneemt alsof ze deel uitmaakt van zichzelf. De moeder ontnemt de mogelijkheid tot illusie niet, integendeel, ze stimuleert het vermogen van de baby om illusies te vormen. Ze faciliteert de almachtssilluse van de baby, alsof hij zijn subjectieve wereld eigenmachtig kan beheersen en bewonen. Dit is een noodzakelijke illusie: elk kind heeft behoefte aan het gevoel dat hij de wereld creëert; pas dan kan hij de wereld als betekenisvol ervaren (Dias 2016, pp. 75-78). Het ware zelf wordt pas een levendige realiteit als gevolg van het herhaaldelijke succes van de moeder om aan het spontane gebaar van de baby, of aan diens illusies en sensorische hallucinaties, tegemoet te komen. Zo kan continuïteit van het zijn, spontaneïteit en primaire

creativiteit tot stand komen. Aldus kan vertrouwen ontstaan en het basisgevoel van erin te geloven (*believing in*).

Psychische gezondheid houdt dus in dat we illusies kunnen creëren, maar ook desillusies verdragen. Dit veronderstelt ook een zorgomgeving die ons beschermt tegen premature inbreuken op onze vroegste en diepste illusie zelf de wereld te creëren (Winnicott 1949). Het is beter de diepste, verborgen illusies van iemand niet te verstoren, want dan veroorzaakt men een trauma, ondraaglijke psychische pijn en catastrofale reacties. Winnicott pleit voor het verdragen van vormloosheid en van non-integratie, en voor de patiënt te laten spelen met zijn illusies en hem creatief te laten zijn. Het is niet zo dat een zorgomgeving die goed genoeg is het bestaan van de externe wereld opdringt, het is anders: ze draagt bij tot het creëren en onderhouden van illusies en biedt verzachtende troost wanneer de confrontatie met de externe realiteit te schokkend is. Het objectief kennis nemen van de wereld dient samen te gaan met het vermogen om zich te wereld te verbeelden.

Desillusioneren dient vooral geleidelijk te gebeuren, meer nog bij narcistisch kwetsbare mensen. Wanneer we iemand desillusioneren door gebrek aan tact of de juiste timing niet in het oog te houden, installeren we een empathische breuk. Het herhaaldelijk verzachten van de pijnlijke desillusie en het telkens weer opnieuw installeren van de empathische band, is een proces dat progressief zal leiden tot de acceptatie van beperkingen en mogelijkheden van de ander, maar ook tot realistische zelfaanvaarding. Dit proces is door Kohut (1971) beschreven als *transmutieve internalisatie*. Ik verwijs hierbij naar het recente artikel van Nicolai (2017) over het erkennen en repareren van empathische breuken.

De ruimte is te beperkt om uitvoerig in te gaan op de visie van Lacan over het spiegelstadium. In het spiegelstadium komt het Ik tot stand, maar dit Ik berust op een beeld dat van buiten komt, is dus een miskenning, een illusie. Het Ik leidt tot bestendiging, maar ook tot vervreemding. De analyticus (*le sujet supposé savoir*) dient niet zijn eigen Ik aanwezig te stellen, maar de grote Ander. Daarom moet volgens Lacan de imaginaire identificatie van de analytische aanpak, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de herhaling, de inter-punctie en het abrupt afbreken van de analytische sessie op een willekeurig ogenblik (Schokker & Schokker 2000).

Lafarge (2015) onderscheidt tussen ontgoocheling, desillusie en wanhoop. In het geval van ontgoocheling is een wens of een verwachting niet vervuld of niet uitgekomen, en beseffen we dat het verhaal anders kon zijn verlopen. Bij desillusie gaat het om een foutieve overtuiging, ingegeven door wensen die we lang hebben gekoesterd, waarbij we ons op een pijnlijke wijze bewust worden van onze foutieve overtuiging. Zo kan Greenson hopen dat Marilyn analyseerbaar zal worden en hiervoor heroïsche inspanningen leveren, maar jaren later geschokt vaststellen dat hij zich heeft vergist. Wanhoop is een graad erger: de

patiënt kan zich niet meer voorstellen dat psychotherapie überhaupt kan helpen; ook de therapeut heeft alle hoop verloren de patiënt nog te kunnen helpen. Deze ontwikkeling heeft zich bij Monroe en Greenson voorgedaan.

¶ *Desillusies in het psychoanalytische werk: ligt de oorzaak bij de analyticus?*

Ontgoocheling en desillusie zijn universele thema's, eigen aan het menselijk bestaan, die te maken hebben met verlieservaringen en het opgeven van almachtsfantasieën. De casus van Marilyn Monroe leert ons vooral iets over de zelfoverschatting en de reddingsfantasieën van haar psychoanalytici. Psychoanalytici en psychotherapeuten kunnen in hun professionele rol verzwakt zijn door schokkende gebeurtenissen in hun eigen leven en dan minder in staat zijn om empathie op te brengen. Bovendien wordt de therapeut ook nog geconfronteerd met specifieke desillusies die het werk met zich meebrengt. De therapeut kan vastraken in identificaties met bepaalde patiënten en met hun innerlijke objecten.

Met psychotische en borderlinepatiënten is het soms zeer moeilijk om het juiste evenwicht te vinden tussen enerzijds geterroriseerd worden (dan zijn we te nabij) en anderzijds medelijden voelen (dan zijn we te afstandelijk) (Steiner 2016). Steiner houdt een pleidooi voor een ironische visie. Volgens hem alterneren we tijdens ons therapeutisch werk voortdurend tussen participatie in, en observatie van, het drama van anderen, terwijl we tegelijkertijd ons eigen drama leven.

Een ironische visie houdt in dat we beide kanten van het conflict tussen werkelijkheid en illusie kunnen waarderen, dat we de beide gezichtspunten gelijktijdig kunnen innemen: we leven mee, denken na, willen de waarheid kennen en accepteren illusies waaraan de patiënt zich vastklampt, zoals wij dit zelf ook doen. Een ironische houding veronderstelt een voldoende rijpe afweer, gekenmerkt door humor, beheersing en altruïsme. Ironie kan echter ook verworden tot cynisme, sarcasme en spot.

Onze manier van omgaan met desillusie kan verschillen: ofwel ons vastklampen aan de desillusie en ontgoocheld jammeren dat de therapie niet is gelopen zoals verwacht, ofwel onze theorie herzien en onze verkeerde overtuigingen bijstellen, wat neerkomt op leren uit ervaring. Zoals Bion (1962) beschrijft, wordt een verwachting die niet uitkomt als iets slechts ervaren dat innerlijk kwelt. In de psychoanalyse van sommige patiënten stellen we vast dat ze een emotionele ervaring verkeerd representeren en leugens creëren, omdat de waarheid te pijnlijk is.

Wie de onvermijdelijke frustratie van leren niet verdraagt, koestert al vlug fantasieën van alwetendheid en is geneigd te stellen: 'Het is zoals ik het zeg'. Denk maar aan de inquisitie, die in het verleden geleerden als Kepler en Copernicus als ketters bestempelde, omdat ze bestaande opvattingen te

bruusk ter discussie stelden. Eerder heb ik beschreven dat wanneer ervaren psychoanalytici van verschillende richtingen met elkaar discussiëren over eenzelfde casus er vaak supervisiereflexen optreden: de eigen ideeën worden naar voren geschoven, de indruk wordt gewekt dat men meer en beter weet dan degene die de casus voorstelt. In het ergste geval krijgt de presentator te horen dat hij niet psychoanalytisch werkt en zijn techniek beter kan veranderen, wil hij zijn patiënt verdere schade besparen (Hebbrecht 2008).

Er is echt sprake van desillusie wanneer de analyticus of therapeut zich voelt falen in zijn poging om een welbepaalde patiënt te helpen en diens beschadigde innerlijke objecten te herstellen. De therapeut blijft weliswaar geloven in de werkzaamheid van zijn methode, maar slaagt er niet meer in om zich als een goed object voor de patiënt te presenteren.

In de analytische wereld bestaat het gevaar dat we ons verdedigen tegen de pijn van de desillusie door concepten te creëren die het probleem bij de patiënt leggen. Ik ben onder de indruk over hoeveel Engelse termen de psychoanalyse beschikt om mislukkingen te benoemen.

In zijn recente boek bespreekt Goldberg (2012) de mislukkingen in het psychoanalytische werk. Hij komt tot de conclusie dat desillusie over een behandeling vaak te maken heeft met onvervulde wensen van de therapeut en met grootheden- of reddersfantasieën. Op grond van mijn eigen ervaring denk ik aan een talentvolle jonge collega die analytisch begaafd is en mij vraagt om vijftig sessies leertherapie te mogen volgen, zich heel precies aan het aantal afgesproken sessies houdt, maar uiteindelijk kiest er niet langer mee door te gaan. Ik voelde me teleurgesteld. Bij nadere beschouwing: waarom zou iemand gepassioneerd moeten zijn voor het project waarvan ik destijds als jonge arts-assistent bezeten was? De betrokken collega wil gewoon iets anders en ik moet dit respecteren.

Zo is het ook een overdreven verwachting dat een psychoanalytische behandeling een levenslange immuniteit biedt tegen toekomstig psychisch lijden. Niet alle moeilijkheden die in het leven opduiken zijn herhalingen van vroegere dynamieken. Een analyse kan niet beschermen tegen de pijnlijke en onverwachte desillusies die het leven onvermijdelijk met zich meebrengt.

¶ *Wat leert Green ons over indicatiestelling en desillusies?*

Green (2010) beschrijft in zijn laatste boek twaalf klinische gevallen van lange analyses (die soms langer dan twintig jaar duurden), die zowel de analysant als de analyticus ontgoochelden. Vaak ging het om sociaal geïsoleerde mensen met narcistische problemen, wier therapie de enige betekenisvolle relatie was.

Soms waren deze patiënten als kind niet in hun eigenheid erkend geweest, omdat zij een ander kind moesten vervangen dat kort voor hun geboorte was overleden. Of ze moesten een therapeutische rol vervullen voor een psychotische, depressieve of zelfdestructieve moeder. Er was vaak een masochistische

binding aan de moeder. De vader kwam in beeld als afwezig of werd gediskwalificeerd. De sfeer in het gezin van herkomst was kil. Dergelijke patiënten leerden niet van iemand te houden; als kind waren ze te voorbeeldig en vroegrijp. Als volwassenen leidden ze een asexueel leven. Ondanks hun inzet liepen opeenvolgende therapieën telkens uit op een mislukking. Dikwijls leden deze patiënten aan eetstoornissen, melancholie en alcoholisme.

De volgende tegenoverdrachtsfenomenen zijn typisch voor dergelijke gevallen: de analyticus slaagt er maar niet in een houding van gelijkmatig zwevende aandacht aan te nemen, verveelt zich, kan niet helder denken of valt in slaap. Thema's tijdens de analyse zijn erotisering van het lijden, innerlijke leegte, een tekort, een gevoel gebroken te zijn, eenzaamheid, doodsheid, pessimisme, afwezigheid van continuïteit. Niet zelden verdenkt de analysant de analyticus ervan doodswensen en kwade bedoelingen ten aanzien van hem te koesteren. Green merkt op dat deze patiënten hem dikwijls lange brieven schrijven. Ze raken verslaafd aan de analyse en vooral aan de persoon van de analyticus. Ook al levert de analyse niets op, ze kunnen er zich niet van losmaken en hunkeren naar meer van hetzelfde.

Vanzelfsprekend worstelt Green met schuldgevoelens over dit lege ritueel. Green kwelt zich met vragen: heb ik de indicatie goed genoeg afgewogen? Waarom heb ik deze patiënt aangenomen, hij is immers zo fragiel? Wat schort er toch aan mijn techniek? Waarom heb ik de negatieve overdracht niet eerder besproken? Wellicht had die andere collega het er veel beter afgebracht? Waarom lukt het me niet deze patiënt door te verwijzen? Iemand kan zeer lang in therapie geweest zijn en niet veranderd zijn. Er wordt soms gesproken over een valse zelfanalyse: de patiënt heeft zich in de therapeutische setting geschikt, heeft zich onderworpen aan het analytisch ritueel, maar beleeft dit als futiel, zonder dat hij zich wezenlijk geholpen voelt. Diep van binnen is hij wanhopig en vindt pas hoop wanneer dit door de analyticus erkend en gedeeld wordt. Er zijn ook patiënten die hun hele leven in therapie zijn: als de ene therapie stopt, wordt snel een nieuwe therapeut gezocht.

Mijn persoonlijke mening is dat het noodzakelijk is een goed onderscheid te maken tussen behandelbaarheid en analyseerbaarheid, voordat met een psychoanalytisch project gestart kan worden. Er zijn patiënten die behandelbaar zijn, maar niet analyseerbaar. De belangrijkste factor in analyseerbaarheid is nieuwsgierigheid naar het eigen psychisch functioneren: willen begrijpen waarom men op de eigen wijze denkt, voelt, handelt; hoe dit bij anderen is; zich naar binnen willen richten, geïnteresseerd zijn in drijfveren en motivaties. En niet alleen maar geloven in een concrete oplossing of in medicatie. Is de patiënt bereid om pijn en angst te verdragen, en uit te zoeken hoe die in relatie staan met gebeurtenissen in de buitenwereld en de droomwereld? Soms is stilstaan bij zichzelf en zichzelf begrijpen niet het doel, maar wil de patiënt iets anders: steun, begrip, of gewoon een metgezel die luistert.

¶ *Over geloof in methode, doelen, fouten en opleiding*

Overtuiging met betrekking tot de eigen therapeutische oriëntatie is een paradoxaal gegeven: willen we vooruitgang boeken, dan is het wenselijk overtuigd te zijn van de kracht van de eigen methode en erin te geloven. Tegelijkertijd dienen we ons los te maken van dogma's en bereid te blijven om de eigen visie te herzien. Dat is moeilijk. De boodschap is enthousiast te blijven, maar ook de grenzen van de eigen methode te blijven zien.

Bij een therapeutische mislukking wordt de vraag gesteld over wat er fout is gegaan. Hebben we iets nagelaten wat wel nodig was of hebben we iets gedaan wat we beter hadden vermeden? Is er een fout gemaakt waardoor de patiënt schade heeft geleden? Het laatste verwijst naar grensoverschrijdingen door therapeuten. Dan komt het juridisch aspect op de voorgrond: als de patiënt meent dat hij schade heeft geleden en kan aantonen dat de therapeut een ernstige fout heeft begaan, kan de therapeut aansprakelijk worden gesteld en verplicht worden tot het betalen van schadevergoeding. Een volgende vraag komt op. Hebben we een illusie bij de patiënt gewekt die we niet kunnen nakomen? Ook komt de situatie voor dat er parallel aan het therapeutisch proces een ziekteproces plaatsvindt dat progressief is, maar ontkend wordt: denk aan schizofrenie, dementie of bepaalde verslavingen. Als iemand niet beter wordt, dienen we niet alleen supervisie te vragen, maar ook onze diagnose ter discussie te stellen en na te gaan of er op lichamelijk, psychiatrisch of sociaal vlak invloeden spelen waar onze therapie geen vat op heeft. Om die reden biedt het werken in een multidisciplinair team voordelen. Ik herinner mij een jonge man die vanwege dwang in psychotherapie kwam. De dwang verbeterde niet, ondanks adequate therapie. In de loop van tien jaar ging hij progressief achteruit; jaren later ontwikkelde hij psychotische symptomen en werd de diagnose schizofrenie gesteld.

De opleidingssituatie kan aan de basis liggen van desillusies. Een gerenommeerde analyticus-opleider verwijst een patiënt door die als bijzonder wordt aangekondigd, terwijl de opleidingskandidaat onmiddellijk voelt dat hij met de betreffende patiënt niet kan werken. Opleidingskandidaten staan dan voor een dilemma: iemand behandelen met wie het niet matcht? Of de patiënt weigeren en daarmee de opleidingscommissie voor het hoofd stoten? De angst van opleidingskandidaten om hun eerste controlepatiënt kwijt te raken, is niet te onderschatten. Het afbreken van de patiënt wordt dan als een persoonlijk falen beleefd: de kandidaat denkt ten onrechte dat hij niet geschikt is voor het beroep. Het kunnen ontgoochelen van de therapeut is vaak een noodzakelijk gegeven tijdens een goed lopend therapeutisch proces. De patiënt die vroeger door zijn vader constant werd gekleineerd en vernederd, zal de therapeut vooral ontgoocheling en desillusie in de (concordante) tegenoverdracht doen voelen.

In verband met mislukkingen kunnen we ons vooral indenken dat we leren uit fouten: ze bieden immers de mogelijkheid tot groei. Een mislukking prikkelt tot zelfoverschatting, soms tot innovatie, tot het overwegen van alternatieven, het veranderen van de techniek en zelfs het herzien van de theorie. Elke theorie heeft immers haar beperkingen. We kunnen het beste een analytische houding aannemen ten aanzien van succes en mislukking. Soms kan een patiënt teleurgesteld zijn therapie afbreken en jaren nadien laten weten dat het goed gaat. Bij alcoholisten heb ik vaak meegemaakt dat ze de verbetering niet toeschrijven aan onze inspanningen, want dit betekent dat ze dankbaarheid toelaten en hun afhankelijkheid erkennen, en dat is toch te veel gevraagd.

Niet altijd is er overeenstemming tussen het doel van de patiënt en dat van de therapeut. Een leidinggevende met terugkerende samenwerkingsproblemen in relatie tot medewerkers kan in therapie komen met de hoop op erkenning van zijn moeilijke positie ten aanzien van medewerkers die hij incompetent noemt, terwijl de therapeut vooral de narcistische problematiek wil bewerken en groei in empathie nastreeft. Is er dan niet al een misverstand bij het begin van de therapie?

Therapeuten dienen ook af te stappen van de illusie dat hun aanpak de enige is die verlossing zal brengen. Nogal wat patiënten hebben meerdere therapieën nodig. Belangrijk is dat de patiënt weet dat de analyse of de therapie niet zijn laatste kans is. Pas als de therapie goed werkt, zal de noodzaak wegvallen om een volgende therapie te zoeken.

¶ *Het lijden van de psychoanalyse*

Tot de jaren zeventig verkeerde de psychoanalyse in de zelfvoldane roes dat zij in het centrum stond van de psychiatrie en de psychotherapie. Deze centraliteitsillusie hebben we met pijn in het hart opgegeven. De actuele werkelijkheid is dat universitaire omgevingen zich afwijzend tonen tegenover psychoanalytische projecten. Arts-assistenten krijgen vaak te horen dat psychoanalyse uit de tijd is en nadelig voor hun carrièreontwikkeling.

Anderzijds valt op hoe psychoanalytische collega's enthousiast en actief blijven tot op hoge leeftijd. Er is geen gebrek aan patiënten, studiedagen worden druk bijgewoond, studenten nemen graag en talrijk deel aan de Summer-University-psychoanalyse die we organiseren, want ze ontdekken een andere manier van denken, die hen aanspreekt. De psychoanalyse en de ervan afgeleide behandelvormen zullen de dialoog moeten aangaan met andere disciplines, tenminste als ze hiervoor nog genoeg kansen krijgen.

Het internationale congres over neuropsychoanalyse dat in 2015 in Amsterdam werd gehouden was daarvan een mooi voorbeeld. Spijtig dat sommige psychoanalytici nog menen dat ze van de neurowetenschappen niets hebben te leren. Als we ons laten inspireren door Luyten et al. (Vandermeeren & Heb-

brecht 2017), dienen we naar de toekomst de volgende doelen na te streven: meer empirisch onderzoek, een taal gebruiken met heldere concepten, die samenwerking met andere disciplines mogelijk maakt, een dimensionele en transdiagnostische benadering van psychopathologie, en de verbinding maken met de neurowetenschappen. En dit zonder daarom de rijkdom van een pluralistische psychoanalyse op te geven.

Niet acceptabel is blijven zweren bij ons psychoanalytisch behandel aanbod wanneer een patiënt ernstig depressief wordt. Zo werd er in het begin van de jaren tachtig in de Verenigde Staten een ophefmakend proces gevoerd (*Osheroff versus Chestnut Lodge*) waarin psychoanalytische psychiaters zijn veroordeeld omdat er binnen hun behandelvisie geen plaats was voor behandeling met antidepressiva en lithium. Bij de nefroloog Osheroff was de diagnose gesteld van een narcistische persoonlijkheidsstoornis en de therapie zou erop gericht zijn een regressie tot stand te brengen (Klerman 1990). De toestand verslechterde echter, de patiënt vertrok (hetgeen tegen het medisch advies inging), hij consulteerde biologische psychiaters en reageerde vervolgens wel goed op ingestelde medicatie.

Tegenwoordig accepteren we dat psychoanalytische therapie een plaats heeft naast andere behandelvormen en ermee gecombineerd kan worden. Regelmatig doet zich nu een omgekeerde situatie voor: na meerdere teleurstellende ervaringen met kortdurende therapieën, vragen patiënten naar psychoanalytische therapie of psychoanalyse.

Sommige therapeuten koesteren de illusie dat ze tot op hoge leeftijd kunnen blijven werken en beter worden met de jaren. Ziekte kan ertoe leiden dat de therapeut niet goed genoeg werkt en niet langer in staat is om de eigen capaciteiten realistisch en kritisch te beoordelen. De patiënt kan hierdoor schade ondervinden. Gelukkig wordt dit probleem de laatste jaren in psychoanalytische verenigingen intensief besproken (Junkers 2013).

¶ *Besluit*

Terugblikkend op de casus van Marilyn Monroe blijkt dat desillusies bij de psychoanalyticus of psychoanalytische therapeut te maken kunnen hebben met een problematische indicatiestelling, een onduidelijk kader en tegenoverdrachtsproblemen, zoals de overtuiging dat een correctieve emotionele ervaring verandering zal brengen.

Naar indicatiestelling toe is het belangrijk dat de therapeut patiënten herkent die in de loop van de behandeling impasses kunnen creëren. Ook al dragen ze bij tot desillusies bij de therapeut, toch hebben ook deze mensen recht op onze behandeling. Het is wel goed dat analytici of psychotherapeuten tot op zekere hoogte kunnen voorspellen wat ze kunnen verwachten, zich bezinnen over doelen, genoeg vragen stellen bij de ontwikkeling van hun patiënten en tijdig een tweede advies inwinnen. De belangrijkste boodschap blijft dat

psychoanalytisch werk niet mogelijk is zonder desillusie. De psychoanalytische methode daagt illusies van mensen uit, hetgeen pijn doet, pijn waartegen ze zich verdedigen door ons te desillusioneren.

Literatuur

- BION, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Tavistock.
- DIAS, E.O. (2016). *Winnicott's theory of the maturational processes*. London: Karnac.
- FREUD, S. (1915). Driften en hun lotgevallen. *Nederlandse editie: Werken 9* (pp. 17-44). Amsterdam: Boom, 2006.
- FREUD, S. (1927). De toekomst van een illusie. *Nederlandse editie: Werken 9* (pp. 359-407). Amsterdam: Boom, 2006.
- GABBARD, G.O., & LESTER, E. (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- GOLDBERG, A. (2012). *The analysis of failure*. London: Routledge.
- GREEN, A. (2004). Thirdness and psychoanalytic concepts. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 99-135.
- GREEN, A. (2010). *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Paris: Odile Jacob.
- HAVERS, R., & EVANS, R. (2011). *Marilyn*. Alphen aan den Rijn: Atrium.
- HEBBRECHT, M. (2008). Vergelijkende psychoanalyse. Over communicatie tussen psychoanalytici van verschillende scholen. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 14, 255-266.
- HEBBRECHT, M. (2016). Contact. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 22, 244-255.
- JUNKERS, G. (2013). *The empty couch. The taboo of ageing and retirement in psychoanalysis*. London: Routledge.
- KLERMAN, G. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *American Journal of Psychiatry*, 147, 409-418.
- KOHUT, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- LAFARGE, L. (2015). The fog of disappointment, the cliffs of disillusionment, the abyss of despair. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 63, 1225-1239.
- MCDUGALL, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard.
- NICOLAI, N. (2017). Enactments, impasses en empathische breuken in psychoanalytische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 23, 264-276.
- SANDLER, J., & DREHER, U. (1996). *What do psychoanalysts want? The problem of aims in psychoanalytic therapy*. London: Routledge.
- SCHNEIDER, M. (2007). *Marilyn. De laatste sessie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- SCHOKKER, J., & SCHOKKER, T. (2000). *Extimiteit. Jacques Lacans terugkeer naar Freud*. Amsterdam: Boom.
- STEINER, J. (1993). *Psychic retreats*. London: Routledge.
- STEINER, J. (2016). Illusion, disillusion, and irony in psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 85, 427-447.
- THE MARILYN MONROE CHILDREN'S FUND AND THE WORK OF THE TAVISTOCK CLINIC (1987). *Free Associations*, 1, 45-55.
- VANDERMEEREN, R., & HEBBRECHT, M. (2017). Nieuwe psychodynamische benaderingen van psychopathologie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 23, 152-154.
- WINNICOTT, D.W. (1949). The world in small doses. In *The child, the family and the outside world* (pp. 25-29). London: Pinguin, 1985.
- WINNICOTT, D.W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585-595.

SUMMARY

The disillusion of psychoanalysis: is there any hope?

Disillusions of psychoanalysts and psychoanalytic therapists are reviewed from the psychoanalytic literature. First, the psychoanalytic treatment of Marilyn Monroe by Ralph Greenson is discussed. Next there is a concise summary of the viewpoints of Freud, Bion, Winnicott, Kohut and Lacan on the topic of illusion and disillusion, followed by referrals to contemporary authors like John Steiner and Lucy LaFarge. Summaries of clinical experiences with disappointing patients are summarized, based on André Green, *Illusions and Disillusions of Psychoanalytic Work* (2011). Finally there is a discussion of analytic failures inspired by the work of Goldberg and some personal reflections on this problem.

Key words: analytic failure, disillusion, illusion, impasse

Manuscript ontvangen 5 augustus 2017

Definitieve versie 20 juni 2018