

## Het geheim van de psychoanalytische psychotherapie

Willem Heuves

David is 21 jaar. Hij is somber zolang hij zich dat kan herinneren. Toen hij 15 was wilde hij al dood, maar vond dat te erg voor zijn ouders. Op de middelbare school was hij al een paar keer bij de psycholoog geweest, op de basisschool meerdere keren een kanjertraining. Een echte psychotherapie had hij nog nooit gedaan. Wel een paar gesprekken met de POH en een teleurstellend kennismakingsgesprek bij een GGZ instelling. Hij vroeg zich af wat psychotherapie eigenlijk is en wat hij daarvan kon verwachten. Ik vertelde hem dat een psychotherapie te vergelijken is met een lange en ook langzame wandeling door het landschap van je eigen leven - vroeger en nu - waarin je kijkt naar wat je meemaakt en naar wat je hebt meegemaakt, hoe je de David geworden bent die je nu bent. Die vergelijking sprak hem aan en hij vroeg naar mijn rol. Ik zal proberen je gids te zijn, maar voegde ik er aan toe, wel een bijzondere gids. Ik leid je niet de weg door het landschap, loop niet voorop, maar ik loop achter jou aan. Ik volg jou en hoor wel van jou wat je ziet en beleeft. Als ik iets niet snap of als ik denk, dat je ergens overheen kijkt, dan zal ik daar bijilstaan. Ik ben heel benieuwd waar we dan zullen uitkomen. Zo begonnen we aan een wandeling.

Er zijn tal van psychoanalytische behandelvormen die zich sterk hebben geprofileerd met opvallend vaak 3 letter labels. Binnen de NVPP hebben die behandelvormen een eigen register in het kader van een brede beweging die 10 jaar geleden is ingezet. Deze schakering van behandelingen heeft plaatsgevonden in een maatschappelijke context, waarin door de politiek, wetenschap en zorgverzekeraars, de effectiviteit en kosten van psychotherapie een belangrijk vraagstuk is geworden.

Door de nieuwe registers is ook de beeldvorming over de psychoanalytische psychotherapie erg veranderd.

In de wandelgangen van psychiatrie en psychotherapieopleidingen, van verenigingen en congressen kan vaak worden gehoord, dat TFP, MBT, DIT en AFT - om er maar eens een paar te noemen - de nieuwe sterren zijn geworden van de psychoanalyse, omdat het 'echte' evidence-based behandelingen zijn, met een duidelijke manual/handleiding en met een prima resultaat. Een bonus in deze beeldvorming is, dat deze registermerken hun goede resultaten ook nog sneller zouden bereiken dan de 'langdurige, openleggende, ontdekkende, ongelimiteerde, inzichtgevende psychoanalytische/psychodynamische

psychotherapie unlimited. Er is niet eens een aantrekkelijke pakkende naam. Vandaag zal ik het de geuzentitel geven: gewone psychoanalytische psychotherapie. De schijnbare teloorgang van de gewone psychoanalytische psychotherapie wordt misschien nog het meest schrijnend geïllustreerd doordat in academische kringen zelfs **het woord** psychoanalyse alleen nog in de geschiedenisboeken is te vinden en in onderzoeksprotocollen dreigt de ‘gewone’ psychoanalytische psychotherapie een soort controleconditie te worden: ‘treatment as usual’.

Maar is die beeldvorming terecht?

Maar als we goed naar de onderzoeksliteratuur kijken vallen er heel andere zaken op:

Al sinds jaar en dag (sinds 60-er jaren Hans Strupp) komt de gewone psychoanalytische psychotherapie als heel effectief naar voren bij tal van pathologische condities. Daarbij kan ook aangetekend worden, dat die effectiviteit niet alleen in de eerste 15 zittingen of zelfs de eerste twee jaren van de behandeling wordt gemeten, maar dat ook in het vierde of 5<sup>e</sup> jaar van de behandeling belangrijke vooruitgang wordt geboekt in termen van symptomatische verbetering en structurele verandering. Ook blijven de positieve effecten vaak langer bestaan, dan bij kortdurende behandelingen.

Gewone PP is dus heel ‘evidence-based’.

Dat is een heel belangrijke conclusie, maar het wordt niet vaak genoeg gezegd. Ook inhoudelijk is het niet moeilijk om te zien dat de ‘gewone’ psychoanalytische psychotherapie nog steeds de basisvorm is en dat de moderne registers daarvan soms een verfijning zijn of aan enkele aspecten een verdere uitwerking hebben gegeven.

MBT, AFT, TFP, IPT, DIT zijn de nieuwe takken aan een sterke en gezonde boom van de psychoanalyse.

Hun succes zit meer in deze onderliggende gemeenschappelijkheid dan in de specifieke kwaliteit van interventies. Hoe beter het onderzoek, hoe duidelijker wordt dat het aantoonbare positieve effect van psychotherapie niet zomaar kan worden toegeschreven aan specifieke interventies, maar aan wat dan wel is niet zo duidelijk: de therapeutische relatie? non-specifieke factoren? Dat is ook heel lastig om die twee te onderscheiden. Dan is er ook nog een recente discussie, dat patiënten beter worden, doordat hun leefomstandigheden verbeteren: ze vinden een baan of een partner of allebei. Het is dus wel een vraag: waar wordt de

patiënt nu eigenlijk beter van. Dat is een ongemakkelijke vraag en het antwoord is nog steeds ingewikkeld.

Wat al de verschillende registers met elkaar gemeen hebben is dat zij zich baseren op de psychoanalyse. Ook dat is geen eenvoudige constatering.

Want wat is de psychoanalyse?

De psychoanalyse is niet één theorie, maar een verzameling van theorieën over uiteenlopende zaken: psychische ontwikkeling, gezinsdynamiek, groepspsychologie, systemen, organisaties, samenleving en ook over de betekenis van kunst en literatuur. Psychoanalyse als een theorie over psychische stoornissen, diagnostiek en behandeling daarvan is een van de aspecten van de psychoanalyse. Psychoanalyse is ook nog een methode van onderzoek: een wijze van kijken. Kortom: een breed gedachtegoed.

Naast deze theoretisch ‘common ground’ is er nog een andere gemeenschappelijk uitgangspunt, dat veel minder vaak wordt beschreven, maar naar mijn idee net zo belangrijk is. Aan welke eisen moet een behandelrelatie voldoen wil die een psychotherapeutische relatie worden. Wat zijn de essentiële kenmerken daarvan? Dat is niet zozeer een vraag naar de therapeutische relatie als effectieve factor van de behandeling, maar een vraag naar de onderliggende relationele structuur van de setting.

### **Dat zal het eerste aandachtspunt gaan worden in mijn verhaal**

Een andere constante conclusie uit het vele effect onderzoek is dat de verschillen in effectiviteit tussen de verschillende behandelvormen niet zo heel groot zijn. Min of meer afhankelijk van hoe het onderzoek is ingericht komt de ene behandelingsconditie net iets beter uit de verf dan de andere. Veel interessanter vind ik de constatering, dat de verschillen in resultaat binnen de behandelingscondities veel groter is dan de verschillen tussen de condities. Er zijn grote verschillen: er zijn therapeuten, die doorgaans succes boeken en therapeuten die weinig positieve resultaten boeken. Het is een bevinding die voor alle behandelingsmodellen opgaat. We mogen daaruit de voorzichtige conclusie trekken, dat het positieve effect, dat psychoanalytische psychotherapie heeft wordt gedragen door slechts een deel van de psychotherapeuten. Het zal duidelijk zijn, dat er weinig onderzoek is gedaan naar de individuele kwaliteiten van psychotherapeuten. Toch hebben enkele onderzoekers op vernuftige wijze een tipje van de sluier weten op te lichten. Uit dat onderzoek komt telkens naar voren dat psychotherapeuten grofweg in drie even grote

groepen verdeeld kunnen worden. Een derde van de therapeuten boekt overwegend positieve resultaten met hun patiënten, een derde overwegend matig tot geen resultaten en ruim een derde van de onderzochte psychotherapeuten boekte in de ene helft van hun caseload matig resultaat en geen of negatief therapeutische resultaat in de andere helft van hun caseload. Het roept de vraag op wat zijn de kenmerken een goede psychoanalytisch psychotherapeut?

### **Dat wordt de tweede aandachtspunt in mijn verhaal.**

Terug naar mijn eerste aandachtspunt: de setting van de psychoanalytische psychotherapie, die naar mijn idee heel principieel/fundamenteel ten grondslag ligt aan de behandelrelatie.

Over het belang van de setting bestaat er een overzichtelijke – maar buitengewoon interessante - literatuur. In ons taalgebied is het werk van Anton Berkouwer zeer de moeite waard.

Hij ziet de setting van de behandeling niet alleen als het zichtbare en fysieke onderdeel van de behandelrelatie (tijd, ruimte, geld) maar veel omvattender als ook een mentale ruimte een innerlijke plek voor therapeut en patiënt; dus de setting is naast het arrangement in de externe wereld ook een houding een mentale toestand van de therapeut. De therapeut is betrekkelijk anoniem (laat zich voor een deel kennen door kleding en inrichting) de therapeut is neutraal en abstinente (toelichten) en er is de uitnodiging aan de patiënt om zich vrij te voelen te bespreken wat hij wil.

Het kader en de relatie die de therapeut aanbiedt is uniek en lijkt op geen enkele andere relatie. De therapeutische relatie is de eerste relatie die de patiënt meemaakt, die geen herhaling is van een eerdere relatie. Het is geen familie, geen vriendschap, niet alleen zakelijk, maar ook persoonlijk, is asymmetrisch, de patiënt heeft zichzelf tot onderwerp, de therapeut vertelt weinig tot niets over zichzelf. De therapeut biedt zichzelf aan in de relatie en ongeacht wat de patiënt zegt: het heeft geen effect op de relatie. Dus: als de patiënt zegt, ik vind u een waardeloze therapeut, dan neemt de therapeut geen wraak; als de patiënt een vraag stelt, dan geeft de therapeut niet zomaar antwoord. De therapeut blijft altijd hetzelfde ongeacht, wat de patiënt zegt. Uiteraard is er ook een afspraak, dat er alleen maar gepraat wordt. Deze setting, dit kader van de behandeling en ik kom nog terug op andere aspecten, is een geheel nieuwe ervaring voor de patiënt en zal er vaak veel aan doen om het ongemakkelijke ervan weg te halen. Het is de taak van de therapeut niet alleen om het kader te bewaken en op de rails te houden, maar ook telkens weer te communiceren dat de therapeutische

relatie een asociale en onconventionele relatie is. Dus een psychotherapeut biedt geen koffie aan.

Berkouwer noemt de volgende ingrediënten:

1. er moet een plek zijn, die ook een langere tijd kan bestaan. Het gaat niet alleen over de inrichting van de spreekkamer, maar ook dat die plek mogelijk wordt gemaakt in instellingen. Dan gaat het niet zozeer over het feit, dat therapeuten steeds minder vaak een eigen kamer hebben op hun werk en de patiënt telkens in een andere ruimte ziet. Dat is hinderlijk maar niet essentieel. Het telkens moeten verdedigen of verantwoorden van een plek (duur en frequentie) is een bedreiging voor de setting. De voorspelbaarheid en de betrouwbaarheid van de setting is een voorwaarde voor het therapeutisch proces. De voorspelbaarheid is van nog groter belang is naarmate in de setting meer traumatische ervaringen worden megedragen.

2. De therapeut nodigt de patiënt uit om de therapeutische relatie binnen te gaan, waar de patiënt iets kan gaan ontdekken over zijn binnenwereld. Een voorwaarde daarvoor is dat de therapeut emotioneel beschikbaar is voor de patiënt. Dat is niet alleen authentiek en echt, maar ook zichtbaar begaan kan zijn met de patiënt. De psychotherapeut is dus geen zwijgende sfinx en geen hulpverlener.

Last but not least: de therapeut laat aan de patiënt zien dat hij er vertrouwen in heeft, dat er een ontwikkeling kan ontstaan. Net zomin als gelukkig worden niet het doel van het leven kan zijn, is het genezen van de patiënt is niet het doel van de behandeling. Jezelf leren kennen en de vrijheid om te voelen en te denken past beter bij het doel van de behandeling.

3. De setting een dynamisch geheel, dat kan worden aangepast aan wat de patiënt nodig heeft om in therapie te kunnen zijn. Voor sommige patiënten betekent dat meer structuur. De tolerantie voor stilte en eenzaamheid is verschillend en ook per patiënt niet altijd constant. De setting biedt het meest duidelijke conceptuele kader om te beschrijven aan welke condities moet worden voldaan om een therapeutisch proces te laten ontstaan.

Het maken van slimme interventies en diepe duidingen zijn geen onderdeel van de setting. Als de therapeut op zijn eigen wijze probeert te begrijpen wat de patiënt nu eigenlijk gezegd heeft, dan is dat vaak al schokkend genoeg voor de patiënt. Wat therapeuten wel veel doen – en zonder dat te declareren – is die hele speciale manier van denken: op de fiets, bij het maken van risotto of naar

buiten kijkend in de trein: mijmeren over wat er in de sessie is gebeurd en ontvankelijk zijn voor de creatieve invallen. Mijmeren hoort bij de setting.

Als we de visie van Berkouwer nog even volgen zijn er drie dimensies in de setting, waarvoor de therapeut oog moet leren krijgen: angst, weerstand en overdracht.

### Angst

De psychotherapeutische relatie is een asymmetrische asociale onregelende relatie. De setting is – mede daarom - in zichzelf een angst verwekkende situatie. Er zijn grote verschillen in de mate waarin de setting angstaanjagend kan zijn. Voor patiënten met een neurotische organisatie is de setting van psychotherapie redelijk te verdragen. Vanuit hun oedipale verworvenheden zijn zij in staat om zichzelf te observeren in relatie tot een ander en dat te bespreken (derdsheid). Vb. pt voelt zich niet begrepen en bespreekt dat de volgende zitting. Neurotische persoonlijkheidsorganisatie: epistemic trust, wederzijdsheid en derdsheid (verworvenheid van triangulatie).

Voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie is de setting angstiger. De neutraliteit van de therapeut, het beroep op zelfreflectie roept bij deze patiënten veel meer vijandigheid op, die soms of vaak op de therapeut wordt gericht, maar eigenlijk vooral betrekking heeft op de setting en met name de therapeutische relatie, die niet kan worden vertrouwd of geaccepteerd. Als de therapeut – onvermijdelijk - iets verkeerd zegt in de zitting, is het voor deze patiënten niet zo vanzelfsprekend om er de volgende zitting op terug te komen, maar ligt het meer voor de hand om daarin het bewijs te zien, dat de therapeut niet deugt en dus dreigt de patiënt de relatie te verbreken. Het is vaak de vroege traumatisering van kinderlijke afhankelijkheid (vermomd als achterdocht), die het accepteren van de setting als helend onmogelijk maakt.

En dan zijn er ook nog patiënten, voor wie de setting in het geheel geen vragen of angsten met zich meebrengen. Bleger, een Argentijns psychoanalyticus, veronderstelt, dat voor deze patiënten de setting een herbeleving lijkt te zijn van, een fantasma over de allereerste relatie met moeder: een warm bad, geen grenzen, geen separatie. Hij veronderstelt een psychotische persoonlijkheidsstructuur.

Een observatie, die ik wil toevoegen is, dat de setting ook nog een andere primitieve angst wakker maakt. Vaak niet zo gemakkelijk te ontdekken bij grote mensen, maar wel toegankelijker bij kinderen en pubers. Het is de angst, dat als ik mij in de setting begeef en echt ga vertellen wat er in mij opkomt, mijzelf echt

laat gaan in wat ik voel, dat ik dan krankzinnig wordt. Ik herinner me heel goed de opluchting bij pubers en ook grote mensen als ik deze angst kon benoemen. Deze primitieve angst om gek te worden weerhoudt veel mensen om in therapie te gaan

Door de variabele onderdelen van de setting (activiteit, interventie, ontregeling, geruststelling en advisering, zwijgen etc.) bij te stellen kan een psychotherapeut als een gyroscoop het angstniveau van de patiënt op een optimaal niveau houden. Een erg angstige patiënt kan weer aanhaken in het proces door bijvoorbeeld meer activiteit van de therapeut, een steunende interventie of een duiding, misschien zelfs koffie. Een patiënt met een meer dismissieve stijl heeft meer ontregeling nodig om zich aan een therapeutisch proces te committeren.

### Weerstand

Het asymmetrische karakter van de setting roept angst en verzet op. De angst en het verzet tegen de setting zijn een belangrijke motor van de weerstand. Over weerstand en afweer hebben vader en dochter Freud hun mooiste stukken geschreven. Zij hebben duidelijk gemaakt, dat schaamte en schuld, de angst voor het eigen geweten, angst om de liefde van de ander op het spel te zetten, angst om de ander te verliezen, de belangrijkste motieven van weerstand zijn. De dynamiek van de setting, het ontregelende en asociale karakter ervan maakt weerstand vanaf het begin onvermijdelijk. De empathische, begrijpende en neutrale aspecten van de setting maken de therapeutische relatie dragelijk. Weerstand ontstaat niet alleen uit de angst om te schamen, door de mand te vallen, maar verhult ook vaak de wens om de therapeut te sparen en niet lastig te vallen met agressieve en/of seksuele gedachten en gevoelens. Dan bedoelt de patiënt vaak de setting juist te beschermen: ik wil de therapeut niet kwetsen of teleurstellen. Weerstand verwijst naar het juist hanteren van de setting en legt een existentieel kenmerk van menselijke relaties bloot: het verlangen naar wederkerigheid en intimiteit. De setting bewaakt dat smalle pad tussen verhullen en onthullen.

### Overdracht

Het unieke karakter van de setting is de belangrijkste bron van de overdracht. Door de betrekkelijke anonimiteit, het enigma van de therapeut roept de setting een herleving op van eerdere relaties, zoals mensen in de voorbijtrekkende wolken hun bekende figuren menen te zien, projecteren. Overdracht is de Fata

Morgana van de setting. De patiënt meent een relatie te hebben, die er niet is, of wil een andere relatie dan de therapeutische relatie. De setting is voor de overdracht een levende Rorschach.

Overdracht zijn heredities van de bewuste en onbewuste manieren, die kinderen ooit hebben ingezet om de liefde van hun ouders te verwerven of te behouden en om de pijn van de mislukkingen en trauma's in de relaties te overleven. De emotionele beschikbaarheid van de therapeut, haar spiegelende functie herbergt onwillekeurig herinneringen aan de aller vroegste relatie van moeder vader en kind en het eventuele tekort wordt voelbaar in de angst voor de intimiteit en het wantrouwen of de therapeut wel om mij geeft. Als de therapeut de setting adequaat hanteert en op authentieke wijze emotioneel beschikbaar is ontstaat de overdracht als vanzelf. Ook hier is de persoonlijkheidsorganisatie van de patiënt doorslaggevend voor de wijze waarop de overdracht vorm krijgt. Voor patiënten met een neurotische persoonlijkheids-organisatie is de taal het belangrijkste voertuig om in relatie met de therapeut via dromen, herinneringen, relaties, fantasieën te onthullen en te verhullen wat belangrijk en moeilijk is in het leven van alledag en in de relatie met de therapeut. De overdracht voelt voor de patiënt: alsof de therapeut iemand van vroeger wordt, iemand die lijkt op, maar niet is. Voor ptn. met BPO is niet de taal, maar veel meer de projectieve identificatie (het laten voelen aan en door de ander) het voertuig van de overdracht. Het 'alsof' karakter is veel minder stabiel. De therapeut wordt iemand van vroeger.

Een belangrijke taak voor de therapeut is de setting op de rails te houden. Veel patiënten denken, collega's trouwens ook, dat therapeuten tijdens de zitting hard werken. Soms doen ze dat helaas ook. Meestal betekent dat er iets niet goed loopt in de setting of dat er veel verdragen moet worden door de therapeut. Hoe primitiever de organisatie van de patiënt hoe complexer de taak van de therapeut om de setting te redden, maar ook telkens weer hoe belangrijk het is om de setting te handhaven.

Inbreuken in de therapeutische relatie of breuken in de setting zijn niet te vermijden. Er ontstaan misverstanden, afspraken worden wel eens vergeten, ook een therapeut zegt soms iets wat hij beter niet had kunnen doen of valt uit naar de patiënt of laat zich verleiden door een ouder om toch meer over de therapie van hun kind te vertellen. Heel vaak leiden deze breuken in de setting tot een impasse in de therapeutische relatie. Vooral het werk van Safran en zijn



onderzoeksgroep heeft laten zien, dat het repareren van deze relatiebreuken een heel belangrijk onderdeel is van een goed therapeutische relatie en deze juist versterkt. Er is een belangrijke parallel met goed ouderschap. Perfecte ouders zijn traumatisch voor kinderen. Hopelijk zijn ouders goed genoeg en zijn zij in staat om relatiebreuken te repareren.

Het psychotherapeutisch proces wordt op gang gebracht en verdiept zich dus door het radicale karakter van de setting. Wat alle psychodynamische behandelvormen met elkaar gemeen hebben is, dat zij onder woorden brengen en uitnodigen om over na te denken, wat door de setting teweeg wordt gebracht. De setting maakt ruimte voor de verhalen van de patiënt over de bedoelingen van andere mensen over verlangens en teleurstellingen over wat er nog nooit tegen anderen is gezegd. De vrijheid van spreken en voelen neemt geleidelijk toe. Daniel Stern noemt dat ‘the present moment’: dat wat er nu leeft in de patiënt binnen de relatie met de therapeut. Het wordt een steeds meer onbevangen en onbekommerd bij elkaar zijn. De intimiteit van de spreekkamer. Het zijn de sessies waarvan zowel de therapeut als de patiënt het gevoel hebben dat het een goede sessie was. En dan heel af en toe is er zo’n bijzonder moment in de sessie, waarin het gaat over een heel diep begrepen voelen. Stern noemt dat ‘Moments of meetings’. U hoort het goed: het gaat over momenten..

Een van de geheimen van gewone psychoanalytische psychotherapie is het **WAAROM** van het onbetwiste gegeven, dat het veroveren, het beleven en het samen overleven van de setting zo heilzaam is.

naar de tweede vraag

De omschrijving van een goede psychotherapeut verandert mee met het denken over de werkzaamheid van de behandeling. Waar Freud een goede psychotherapeut omschrijft in termen van individuele eigenschappen verschuift de aandacht steeds meer naar het hanteren van de therapeutische relatie en worden de kwaliteiten van de psychotherapeut en psychoanalyticus steeds vaker beschreven in relationele en intersubjectieve termen.

Eerder

Een goede psychotherapeut is meestal een aardig en sensitief mens: (niet te) empathisch, betrouwbaar, flexibel en sensitief; hij neemt geen wraak en is niet op eigen voordeel uit; hij is bereid een asymmetrische persoonlijke relatie aan te gaan en maakt niet vaak slimme opmerkingen. Hij begrijpt dat gedrag iets

anders kan betekenen dan aan de buitenkant te zien is, dat er verborgen gevoelens kunnen zijn. Een goede psychotherapeut is een nogal sensitief mens, die reflecteert over zichzelf, de patiënt en de therapeutische relatie; hij observeert overdracht en tegenoverdracht; verdraagt onzekerheid en heftig affect; zet dit niet om in gedrag en is bereid om tegenoverdrachtsposities innemen. Een goede psychotherapeut is vaak een moedig mens, die confrontaties niet uit de weg gaat, die ontregelt en uitdaagt. Hij zegt soms pijnlijke dingen.

Ik hoop van harte, dat u zich in dit beeld herkent

Zo wordt de goede psychotherapeut in **de literatuur** beschreven het ideaalbeeld. Onderzoekers hebben ook gezocht naar de kenmerken van goede psychotherapeuten. Zeg maar: hoe herkennen we de ‘evidence-based’ goede psychotherapeut. Uit dat onderzoek komt naar voren, dat een autonome persoonlijkheid met een ruim bovengemiddelde intelligentie, een flexibele relatiestijl op basis van een veilige gehechtheid, het verdragen van de psychotherapeutische setting en een hoge mate van zelfreflectie, de belangrijkste kenmerken zijn van een goede psychotherapeut.

Ik noemde al dat de werkelijkheid er anders uit ziet. De helft van onze collega’s levert voldoende werk af en bij de andere helft laat dat vaak te wensen over. Goede psychotherapeuten dagen patiënten met een ‘dismissieve’ gehechtheidstijl vaker uit en ontregelen deze patiënten op adequate wijze, terwijl zij patiënten met een ‘proccupied’ gehechtheidstijl meer structuur bieden en praktische interventies maken. Therapeuten met een onveilige gehechtheidstijl, daarentegen, doen precies het omgekeerde en bevestigen op die wijze de inadequate gehechtheidstijl van de patiënt. Ook vonden onderzoekers, dat deze groep meer professionele problemen rapporteerden met name rondom de tegenoverdracht.

Later onderzoek voegt daar een belangrijke bevinding aan toe.

De veilige gehechtheid van de psychotherapeut is vaak secundair verworven. Dat wil zeggen, dat door een leertherapie of andere levenservaring alsnog een veilige gehechtheidstijl wordt verworven. Deze therapeuten kennen de wereld van de patiënten van binnenuit. Ze kennen beide werelden en zijn daardoor meer emotioneel beschikbaar voor hun patiënten.

Wat betekent dat voor de opleiding tot psychotherapeut: hoe word je dat?

Uiteraard is een gedegen theoretische opleiding nuttig, maar heel opvallend is het dat in geen enkel onderzoek een positief verband gevonden wordt tussen lengte en kwaliteit van de theorie cursus en de kwaliteit van het therapeutisch werk. Dat verband wordt wel gevonden tussen de leertherapie en de kwaliteit van het werk op lange termijn. Een leertherapie is een goede investering. Die leertherapie zou niet een eenmalige gebeurtenis moeten zijn aan het begin van een opleiding, maar psychotherapeuten zouden heel regelmatig zichzelf eens tegen het licht moeten houden om hun blinde vlekken te onderzoeken.

Daar gaat u vandaag meer over horen.

Ook de onderzoekers bevestigen het beeld dat supervisie in belangrijke mate bijdraagt aan de deskundigheid en effectiviteit van behandelaars. Een goede supervisie relatie komt de behandeling duidelijk ten goede, vergroot het zelfvertrouwen van de therapeut en is behulpzaam in het verdiepen van de therapeutische relatie. Het positieve verband tussen supervisie en kundigheid van de therapeut is vooral opvallend als de supervisie is gericht is op het verstevigen van de werkrelatie en het hanteren van de setting.

Als de therapeutische relatie door de setting eenmaal op gang gekomen is, dan gebeurt er heel veel op bewust, maar vooral ook op onbewust niveau in de therapeutische relatie. De setting als innerlijke plek, maakt het mogelijk om de veelheid van mentale lotgevallen te observeren en te begrijpen. Om in de metafoor van mijn 15-jarige patiënt te blijven: de setting maakt het mogelijk en verschaft het materiaal om door interventies één van de mogelijk begaanbare paden te ontdekken in dat landschap van zijn binnenwereld.

tot slot

In de wens om zichzelf te laten kennen, in het dynamisch evenwicht tussen onthullen en verhullen laat de patiënt (en ook de therapeut) veel meer van zichzelf zien, dan bewust wordt gecommuniceerd. Er gebeurt ook veel meer dan in één keer – of direct in de zitting – bevat of begrepen kan worden. Ga maar eens na wat er allemaal in uw binnenwereld gebeurt als de patiënt 5 minuten zwijgt (en u ook); welke gedachtenflitsen, gevoelens en fantasieën komen er voorbij. Een effect van deze ‘mentale tsunami’ als therapeut en patiënt bij elkaar zijn is de ervaring, dat er heel veel niet begrepen wordt. Het bekende dictum van Piet Kuiper: *een goede therapeut houdt zich op een intelligente wijze van de domme* is dus niet een motto, een aanbeveling, maar eigenlijk een dagelijkse confrontatie: er is heel veel dat ik niet snap, zonder dat te laten blijken. Bion refereert aan de dichter John Keats, die het concept ‘negative capability’

beschrijft als *the ability to accept uncertainties, mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact and reason*. Het verdragen van dit existentieel ‘niet weten’ is vaak moeilijk. Ook de ‘not knowing stance’ is dus niet een strategie of een doen alsof, maar juist het vaststellen van het pijnlijke feit, dat de therapeut zijn patiënt niet zomaar begrijpt, echt niet weet wat goed is voor de patiënt of waar de patiënt beter van wordt.

Goede therapeuten weten hoe zij de setting op een niet defensieve of te angstige wijze kunnen beschermen. Als de therapeut deze ‘negative capability’ moeilijk verdraagt worden er veel overbodige en voorbarige interventies gemaakt, omdat de therapeut er niet goed tegen kan, dat hij of zij niet goed weet wat de patiënt bedoelt en dat dus alvast invult.

Bion schrijft verder over de ontmoeting tussen therapeut en patiënt, dat het voor beiden een aardverschuivende gebeurtenis is. De patiënt start een relatie met een therapeut, een relatie die alles op losse schroeven zal zetten en de therapeut moet zich openstellen in een relatie met een evenzogoed onbekende: een hachelijk avontuur voor beiden. Als de setting klopt zien we twee mensen in een kamer, die beiden een beetje bang zijn voor elkaar en voor wat er komen of niet komen gaat.

Het gezonde onvermogen wordt door de therapeut vaak gevoeld als een falen. U heeft uzelf ook vast weleens betrappt op de gedachte: een echte therapeut weet nu wat ik zou moeten zeggen. Denkt u ook weleens over uw supervisor of leertherapeut, dat zij al die psychoanalytische zaken zo vanzelfsprekend beheersen. Ik noem het vaak ‘de fantasie over het grote geheime boek’ onder stoel van de therapeut, waar alles in staat, maar dat ik nog niet gelezen heb. Goede psychotherapeuten schieten – net als goede ouders – structureel tekort.

Een van de geheimen van de gewone PP is, dat dat grote boek dus niet bestaat. Wee de therapeut, die denkt dat boek wel te hebben gelezen, die echt denkt te snappen waar patiënten beter van worden. Zij helpen de setting om zeep. Dank voor uw aandacht.