

Behandelen met liefde? Ken uw grenzen!

door M. Hebbrecht

Naar aanleiding van:

Gabbard, G.O., en E.P. Lester, *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. Basic Books, New York 1996, 222 p.

Pope, K.S., J.L. Sonne en J. Holroyd, *De seksuele gevoelens van de psychotherapeut*. Swets & Zeitlinger, Lisse 1996, 233 p.

De laatste jaren is het onderwerp grenzen en grensoverschrijding in psychotherapie en psychoanalyse in de mode. Dit dankbare thema van studiedagen en congressen geeft aanleiding tot levendige discussies. Op het laatste wereldcongres van de 'International Psychoanalytical Association' in Barcelona (1997, thema: psychoanalyse en seksualiteit) was er opvallende belangstelling voor de discussiepanels in verband met de invloed van de seksualiteit van de analyticus op het analytisch proces en over het hanteren van intense erotische overdrachten. Seksuele omgang met patiënten is onethisch, schadelijk voor de patiënt en voor de behandelaar, en impliceert een medicolegaal aspect (Gutheil 1995). Seksuele relaties met patiënten worden door de American Psychiatric Association beschreven als een ernstig, toenemend en ondergerapporteerd probleem, waarbij de behandelaar steeds in de fout gaat. Bovendien gaat het om een beroepsfout waardoor de patiënt schade lijdt en waarvoor de behandelaar burgerlijk aansprakelijk kan worden gesteld. In de periode 1980-1985 had zes procent van de schadeclaims in de Amerikaanse psychiatrie betrekking op 'improper sexual conduct'. Zestien procent van het totale bedrag dat door beroepsverzekeringen in dezelfde periode werd uitgekeerd aan benadeelden, hield verband met seksuele grensoverschrijdingen.

Uit de hier besproken boeken blijkt dat geen enkele psychiater of psychotherapeut immuun is voor een verliefdheid in de loop van een therapeutische relatie. Het bewaren van de eigen grenzen en het hanteren van heftige tegenoverdrachtsgevoelens zijn vaardigheden die in alle opleidingen meer systematisch bijgebracht kunnen worden. Door een verbod uit te vaardigen moraalridder te spelen of door het onderwerp in de taboe- en roddelsfeer te houden bewijst men de getroffen patiënten en collega's geen dienst. Het bestuderen van seksuele grensoverschrijdingen in de therapeutische relatie brengt ons automatisch in aanraking met andere boeiende randgebieden zoals overdrachts- en tegenoverdrachtsverliefdheid, enactment, incest en seksueel misbruik, beslissingsbekwaamheid, pseudologia fantastica of mythomanie, exploitatie. Het thema roept tal van vragen op. Is er sprake van authentieke

liefde of gaat het om een neurotisch symptoom van een behandelaar wiens huwelijk een crisis doormaakt? Is er sprake van manipulatie door een wraaklustige borderline-patiënte die een sadistische overdracht ervaart en achteraf haar behandelaar een proces wil aandoen? In welke mate speelt een stoornis van de behandelaar mee of is de grensoverschrijding geïnduceerd door de pathologie van de patiënt? Hoe scherp ligt de scheiding tussen de professionele rol en de sociale rol? Hoeveel aandacht krijgt de reële relatie ten opzichte van het begrijpen, bespreken en interpreteren van overdrachtsaspecten? Is het veilig een vriendschapsrelatie op te bouwen met ex-patiënten? Al deze vragen worden in de twee boeken uitvoerig bediscussieerd.

Psychische grenzen, analytisch kader en professionele rol

Gabbard en Lester benadrukken onvoldoende dat het *grensconcept* het duidelijkst gedefinieerd wordt in de systeemtheorie als het actief en dynamisch raakvlak tussen hiërarchisch gerelateerde systemen. De psyche is op te vatten als een apparaat dat bestaat uit subsystemen zoals het zelf, het ego en de andere intrapsychische instanties. Ik-grenzen zijn voor te stellen als een soort perifeer zintuigorgaan dat discrimineert tussen werkelijk en onwerkelijk, dat externe input waarneemt en categoriseert. De gelijkenis met de amoëbe helpt bij het voorstellen ervan: grenzen van het ik zijn aan voortdurende verandering onderhevig en fluctueren tussen expansie en contractie onder invloed van de variërende energiebezettingen in het psychisch apparaat. Grenzen veranderen volgens de mate van waakzaamheid, vermoeidheid en verzwakking door ziekte. Grenzen kunnen op diverse wijzen geconceptualiseerd worden: als demarcatielijnen, als functies, als barrières, als kwaliteiten en attributen van de psyche, als meetbare persoonlijkheidsdimensies, als processen in ontwikkeling.

In de psychiatrie kennen we tal van toestanden die gepaard gaan met wazige, inconsistente interpersoonlijke afgrenzing en vervloeiing tussen zelf- en objectrepresentaties. In dit verband denken we aan *regressieve versmeltingsfenomenen* bij patiënten met borderline-persoonlijkheidsstoornissen, het verdwijnen van zelf-objectafgrenzing bij psychotische decompensaties, het verruimen van grenzen onder invloed van hallucinogenen. Minder pathologisch is het *oceanisch gevoel*, waarbij de persoon als het ware vervloeit met de kosmos als gevolg van transcendente, religieuze of mystieke ervaringen. Ook de *passionele liefde* die culmineert in coïtus en orgasme gaat gepaard met een expansie en/of een invasie van de grenzen van het zelf. In de passionele liefde worden de grenzen van het zelf tijdelijk opgeheven, terwijl het gevoel van over een onderscheiden identiteit te beschikken, toch behouden blijft.

Psychische grenzen kunnen getypeerd worden volgens een aantal karakteristieken zoals *fysische densiteit* (dikke en dunne grenzen), *perme-*

abiliteit, kwaliteit van de *aflijning*, *flexibiliteit* en *elasticiteit*. Zo kan een psychoanalytische behandeling ertoe leiden dat men de eigen psychische grenzen beter kan reguleren, dat men het gevoel krijgt meester te zijn over de eigen grenzen (zie Hebbrecht 1997).

Het boek van Gabbard en Lester is vooral interessant omdat het de psychoanalytische literatuur over intrapsychische grenzen in verband brengt met *de grenzen van het psychoanalytisch kader*. In de meest restrictieve betekenis kan men analytische grenzen definiëren als het geheel van regels waarop ethische commissies zich baseren bij het oordeel of er, in het geval van grensovertreding, disciplinaire maatregelen uitgevaardigd moeten worden. Wanneer men zijn basishouding afstemt op dergelijke principes, komt men tot een koude antitherapeutische attitude. Analytische grenzen zijn veeleer op te vatten als *elastische vangrails* die toelaten dat er binnen het kader gewerkt en gespeeld kan worden met een minimaal risico op traumatisering en catastrofe zowel voor de patiënt als voor de therapeut. Het analytisch kader is een verlengstuk van de externe ik-grenzen van de analyticus. Zolang de analytische grenzen gehandhaafd blijven, beschikt de patiënt over de vrijheid om ze in fantasie te overschrijden. Hoe meer de analyticus zich gedraagt als een reële persoon, hoe groter het risico dat het onderscheid tussen het symbolische en het concrete vervaagt. Hierdoor wordt de uiteindelijke bedoeling van psychoanalyse op de helling gezet.

We kunnen de grenzen van het psychoanalytisch kader beschouwen als structuren die *detectie en controle van primitieve affecten*, die via projectieve identificatie gecommuniceerd worden, mogelijk maken. Het uitaanbrengen van deze primitieve affecten brengt grensverschuiving met zich mee. Hierdoor worden deze affecten begrijpbaar en kunnen ze gebracht worden tot het niveau van symbolische en bespreekbare werkelijkheid, een niveau dat hoger ligt in de emotionele ontwikkeling. Wanneer de analyticus slordig omgaat met grenzen, wordt het zowel voor hem als voor de patiënt onmogelijk om te begrijpen wat er gebeurt. Uitingen van *enactment van tegenoverdracht* zijn slechts begrijpbaar als men het kader consistent houdt. Onder enactment verstaat men subtiele vormen van manipulatie, die uitgaan van de analysant, waardoor de analyticus onbewust handelt of spreekt op een bijzondere manier, waarbij een overdrachtswens van de patiënt bevredigd wordt of in het tegenovergestelde geval een reactie van verdediging oproept. Zo kan men volstrekt ongewild een therapeutische zitting te vroeg beëindigen. Juist de rigoureuze aandacht voor het kader zal de grensoverschrijding signaleren en het begin vormen voor een analytisch zelfonderzoek. Wanneer men te snel ingaat op vragen van de patiënt tot kaderwijziging, wordt het moeilijk om zicht te krijgen op de betekenis van enactments, die meestal onbewust totstandkomen. Het komt er vooral op aan infantiele verlangens, die altijd vervat zitten in een vraag, niet te bevredigen maar wel naar hun betekenis te onderzoeken, te be-

grijpen en op het geschikte moment te interpreteren.

De laatste jaren wordt in de psychoanalytische literatuur (Wallerstein 1996) gepleit voor een soepele basisattitude van de analyticus: responsiviteit, functionele neutraliteit, zich meer reëel opstellen, inbrengen van subjectiviteit, dialoog, een tweepersoonsrelatie, tegenoverdracht opgevat als een gezamenlijke creatie van patiënt en analyticus, analyse van tegenoverdrachtsenactments. Maar wordt hierdoor niet het idee gevoed dat alles wat men doet, verantwoord is? Waar liggen de grenzen? Zo kan men zichzelf wijsmaken dat een menselijke benadering met bevrediging van overdrachtswensen heilvoller is voor patiënten met vroege ontwikkelingsstoornissen dan het moedig confronteren van heftige en primitieve emoties die tot leven komen dankzij een volgehouden abstinente, neutrale en anonieme attitude. Is het niet uiterst moeilijk te onderscheiden tussen een steunende interventie, een tegenoverdrachtsenactment en het afglijden van een analytische naar een sociale relatie? In dit opzicht lijkt het toch verkieslijk niet te spontaan, te onthullend en tegemoetkomend te zijn. Steunend optreden in psychoanalytische psychotherapie kan leiden tot een uitholling van de professionele rol van de therapeut. Dit geldt vooral voor patiënten met psychosen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsdefecten. Te grote flexibiliteit maakt patiënten zeker. Het aanbieden van een voorspelbaar en duidelijk begrensde kader door een consistente therapeut die niet al te veel tussenkomt, is voor de patiënt een van de meest ondersteunende ervaringen die hij kan doormaken (Hebbrecht 1995).

Gabbard en Lester gaan niet in op de *grenzen van het psychiatrisch kader*, dat veel minder vastligt dan het analytisch kader. Er is in vergelijking met psychoanalytici nog veel meer variatie in hetgeen psychiaters doen. Gutheil en Gabbard (1993) geven interessante beschouwingen in verband met de *grenzen van de professionele rol*. Ze vertrekken van de vraag of onze praktijkvoering weerspiegelt wat een goede psychiater of psychotherapeut doet. Dit veronderstelt opmerkingsvermogen van de momenten dat we uit onze vertrouwde rol stappen. Wanneer we anders dan gewoon handelen, is het aan te raden om dit in het dossier te noteren en te argumenteren waarom we kiezen voor een andere handelwijze. De grenzen van de professionele relatie hebben betrekking op diverse aspecten: *tijd* (op tijd beginnen, voldoende tijd nemen, op normale uren, op tijd stoppen, al of niet telefoneren tijdens of tussen sessies); *ruimte en plaats* (in de spreekkamer, in het ziekenhuis; vergezelt men de patiënt?; hem of haar meenemen met de auto?); *geld* (een honorarium dat in het begin duidelijk afgesproken wordt); het al dan niet aanvaarden van *geschenken en diensten*; *kleding* (niet uitdagend; niet toelaten dat patiënt zich uitkleedt); *taal* (niet te familiair); *zelfonthulling* (zo weinig mogelijk); *lichamelijk contact* (een handdruk is de grens).

Toen ik dit artikel van Gutheil en Gabbard las, kwam het werk van

Gilliéron (1994) in mijn herinnering. Volgens Gilliéron oefent de patiënt op de psychiater of therapeut een zodanige druk uit, opdat de professionele relatie zou omgezet worden in een sociale. De ervaren behandelaar zal de rol niet aanvaarden die de patiënt hem met kracht opdringt; hij handhaaft zich in zijn professionele rol. Elke patiënt oefent een druk uit om ons in de rol te plaatsen van de goede moeder of vader uit de vroege kindertijd die op een magische wijze, met veel liefde, alle pijn en lijden kan wegtoveren. In een analytische relatie kunnen we de patiënt duidelijk maken welke rol hij ons wil doen spelen. In een psychiatrische relatie kunnen we deze rol tot op zekere hoogte accepteren (de positieve overdracht gebruiken als hefboom bij farmacotherapeutische en steunende tussenkomsten).

De seksuele gevoelens van de therapeut

Het boek van Pope en medewerkers is een vertaling van een Amerikaanse versie (uitgegeven door de American Psychological Association). Uit onderzoek (zelfrapportagevragenlijsten) blijkt dat tien procent van de mannelijke psychotherapeuten in de USA ooit erotisch contact had met een patiënt. Bij vijf procent ging het daadwerkelijk om seks. In het boek wordt de grondregel van meet af aan duidelijk gesteld. De therapeut zal gedurende de behandeling geen andere relatie dan een behandelingsrelatie met zijn patiënt aangaan en evenmin de wens daartoe uitspreken. Seksueel gedrag, gedefinieerd als het aanraken van intieme lichaamsdelen van een patiënt, is onder geen enkele omstandigheid toegestaan. Dergelijk contact brengt de patiënt schade toe, waarvoor de therapeut strafrechtelijk vervolgd en burgerlijk aansprakelijk gesteld kan worden.

Het boek van Pope e.a. besteedt te weinig aandacht aan de diepere drijfveren achter *erotische tegenoverdracht*. Intense seksuele gevoelens ten opzichte van een patiënt kunnen de uitdrukking zijn van onbewuste incestueuze wensen. Voor de therapeut symboliseert de patiënt een verboden incestueus object. Volgens Kernberg (1995) doet erotische tegenoverdracht zich vooral voor in drie situaties: (1) een mannelijke therapeut tegenover een vrouwelijke, masochistische patiënte die een intense, onmogelijke en geseksualiseerde liefde ontwikkelt voor een niet beschikbaar oedipaal object; (2) therapeuten (zowel mannen als vrouwen) met uitgesproken, onopgeloste narcistische problematiek; (3) vrouwelijke therapeuten met masochistische tendensen die openlijk verleidende, narcistische mannen behandelen. Een intense erotisering van de therapeutische relatie overdekt vaak andere gevoelens en thema's. Zo kan een agressieve, sadistische overdracht afgeweerd worden of zoekt de patiënt pijnlijke conflicten in verband met orale afhankelijkheid te ontlopen. Vaak gaat het om het uitageren van perverse overdrachten: de patiënt zoekt de therapeut te verleiden om hem vervol-

gens te vernietigen. Wraakmotieven liggen dikwijls aan een erotisering van de therapeutische relatie ten grondslag. Gabbard en Lester wijzen erop dat er bij seksuele grensoverschrijding altijd narcistische problematiek bij de therapeut in het spel is.

Tijdens de discussies op het genoemde wereldcongres in Barcelona werd me duidelijk dat psychoanalytische behandeling slechts effectief kan zijn als er ruimte is voor verleiding en erotisering. Erotische tegenoverdracht is dikwijls de voorbode van een heftige geseksualiseerde overdracht bij de patiënt. In de analytische situatie zal de analyticus de eigen seksuele gevoelens voelen, verdragen en erover reflecteren. Dit veronderstelt dat hij of zij innerlijk vrij staat ten opzichte van de eigen biseksualiteit. In psychoanalytische therapie exploreert men hoe de patiënt zich verdedigt tegen de expressie van zijn verliefdheid op een manier waarbij men niet in uitersten vervalt: niet schrikken en het thema fobisch vermijden enerzijds, niet invasief worden noch de patiënt(e) verleidend aanhalen anderzijds. De kunst bestaat erin de overdrachtsverliefdheid maximaal tot ontwikkeling te laten komen, de betekenis ervan samen met de patiënt te onderzoeken en de ontgoochelingsreacties op de onvermijdelijke frustratie ervan empathisch-begrijpend te analyseren. Niet-analytische therapeuten zijn met een dergelijke werkwijze niet vertrouwd.

Pope en medewerkers beogen door hun boek hulpverleners van uiteenlopende oriëntatie bewust te maken van hun seksuele gevoelens via het bediscussiëren van tekstfragmenten, informatie, instructies en richtlijnen over hoe om te gaan met een seksuele impasse. Ze pleiten voor open discussie van de meest intieme gevoelens in veilige intervisiegroepen. Ik vrees dat ze de mogelijkheden van dergelijke groepen toch erg overschatten. Een overleg met een ervaren supervisor die men vertrouwt, respecteert en waardeert, lijkt me veel zinvoller. In hun boek besteden Pope e.a. te weinig aandacht aan het feit dat een grensoverschrijding altijd een verzwakking van de therapeut signaleert. Deze verzwakking kan tijdelijk of permanent optreden ten gevolge van sluipende lichamelijke of psychiatrische ziekten, crisissituaties, een rouwproces, echtelijke problemen, ernstige moeilijkheden met opgroeiende kinderen, levensfaseovergangen, sociale en professionele isolering, ontgoocheling over de eigen carrière, burn-out. In de opleiding wordt veel te weinig aandacht geschonken aan psychische hygiëne. Reeds vroeg wordt de overtuiging gestimuleerd dat men de eigen noden en behoeften beter opzijzet en zich volledig afstemt op de behoeften van de patiënt. Wanneer men na vele jaren hard werk tot de vaststelling komt dat de banden met het gezin zijn opgeblazen, is de kans reëel dat men troost in het werk zoekt.

Grensoverschrijdingen

Uit de geschiedenis van de psychoanalyse en de psychotherapie kennen we tal van aangrijpende liefdesgeschiedenissen en seksuele grensoverschrijdingen tussen gerenommeerde behandelaars en beroemde patiënten: Jung-Spielrein, Jones-Kahn, Ferenczi-Elma Palos, Loewenstein-Bonaparte, Aichorn-Mahler, Frieda Fromm-Reichman en 'Eric', Perls, Masserman ... In de beginjaren van de psychoanalyse lagen de grenzen nog niet zo vast als nu. Freud onderhield vriendschaps- en mentorrelaties met zijn vroegere patiënten. Klein en Freud analyseerden hun eigen kinderen. Sommige analytici accepteerden genereuze schenkingen van hun patiënten. Mede dankzij deze met pijn gepaarde ervaringen werd het inzicht in fenomenen zoals overdracht en tegenoverdracht en het belang van de analytische grondhouding duidelijk. Zoals hierboven aangegeven, houdt de therapeutische situatie altijd een element van verleiding in. De patiënt wordt als het ware misleid door de therapeut en verwacht liefde, terwijl de therapeut een moeilijk definieerbaar substituuut van liefde biedt (echtheid, empathie, onvoorwaardelijke positieve gezindheid, vertrouwelijkheid, geheimhouding enz.).

Het is niet uitgesloten dat de psychiatrische en psychotherapeutische opleidingen juist die mensen aantrekken die zich als kind niet genoeg bemind hebben gevoeld. Onbewust leeft dan de fantasie verder dat het zorgen voor anderen beloond zal worden met idealisatie, bewondering, liefde en dankbaarheid. Dat een dergelijke ingesteldheid vaak tot onvrede leidt is bekend: burn-out, hulpverlenerssyndroom (Malan 1983; Miller 1981).

Gabbard (1994) toont aan dat seksuele grensoverschrijdingen steeds gezien moeten worden als een gezamenlijke creatie van patiënt en analyticus. Via projectieve identificatie oefent de patiënt druk uit op de analyticus om heftige verlangens en gevoelens in zich op te nemen. Vaak gaat het om psychische inhouden die de patiënt bewust niet kan accepteren. Meestal is er in de therapeut reeds een dispositie aanwezig die ervoor zorgt dat dergelijke projecties aangetrokken worden en in zijn binnenste opgenomen. Chused (1991) schrijft: 'Enactments occur when an attempt to actualize a transference fantasy elicits a counter-transference reaction'.

Op grond van een onderzoek bij zeventig therapeuten die geëvalueerd en behandeld werden na seksuele omgang met patiënten, onderscheiden Gabbard en Lester vier categorieën:

1. *De psychisch zieke therapeut*. Het grensverlies doet zich voor in het kader van een manische episode, een beginnend psycho-organisch syndroom, een toxicomanie. Dergelijke gevallen zijn zeldzaam.
2. *De psychopate, perverse therapeut* ('The predator'). Dit is eveneens zeldzaam. Het gaat dan meestal om mannelijke therapeuten die de psychotherapeutische relatie manipuleren om vrouwelijke patiënten in hun macht te krijgen. Seksueel misbruik doet zich met meerdere

patiënten voor. Nadat het misbruik aan het licht is gekomen, voelen ze geen spijt of wroeging. Ze kunnen zich niet voorstellen dat ze de patiënt schade hebben berokkend. Sommigen liepen tijdens de opleiding reeds disciplinaire maatregelen op of waren onderwerp van verhitte discussies in opleidingscommissies. Het gebeurt wel eens dat dergelijke therapeuten zich in topposities inwerken.

3. *De smoorverliefde therapeut* ('Lovesickness'). Dit is de meest voorkomende vorm met als typisch scenario: de hulpverlener van middelbare leeftijd die hevig verliefd ('coup de foudre') wordt op een veel jongere, vrouwelijke patiënt in een periode dat hij in zijn leven onder hoge stress staat (scheiding, familiale problemen, rouw, ziekte van de partner). Vaak leeft de therapeut sociaal en professioneel geïsoleerd en is hij van 's morgens vroeg tot 's avonds laat actief in een te drukke solopraktijk. Meestal is de verliefdheid een eenmalig gebeuren bij een therapeut met verder een onbesproken reputatie.
4. *De masochistische therapeut*. In de stereotiepe vorm betreft het een zich overidentificerende therapeut met een voorliefde voor zeer moeilijke, eisende patiënten die door het merendeel van de collega's geweerd worden. De therapeut laat zich gewoonlijk intimideren door een patiënte die dreigt met zelfmoord en overgaat tot zelfdestructief gedrag. Ook in het privé-leven van de therapeut zijn er aanwijzingen voor vernedering en victimisering.

Seksueel misbruikte patiënten vormen een risicogroep: 32% van de patiënten die slachtoffer waren van seksuele grensoverschrijding in de therapeutische relatie, vermeldten incest of ander seksueel misbruik in de antecedenten (Pope en Vetter 1991).

Gabbard en Lester beschrijven de dynamiek die achter erotische tegenoverdrachtsenactments schuilgaat. Ze wijzen op narcistische problematiek bij de therapeut: empathisch onvermogen, grandiositeit, reddersfantasieën, de overtuiging dat heling meer afhangt van de eigen persoon dan van techniek en kennis. Andere psychodynamische thema's zijn: onbewuste sadomasochistische trekken, ageerneiging, een gebrekkige capaciteit tot fantaseren en symboliseren, dikke interne grenzen, traumatische ervaringen in de vroege jeugd, lacunes in de gewetensfunctie. In een artikel gaat Gabbard (1994) in op de typische thema's eigen aan erotische tegenoverdracht: het geleidelijk teloorgaan van het alsof-karakter van overdracht en tegenoverdracht, onbewuste vijandigheid en minachting ten opzichte van de patiënt, angst voor versmeltingsfantasieën. Vrijwel altijd veronderstelt de therapeut dat de patiënt lijdt onder een gebrek, een tekort, een defect aan iets dat door zijn of haar toedoen opgevuld en hersteld kan worden. In dergelijke gevallen is er een diepgaande verwarring tussen de professionele rol en de rol van goede, liefhebbende ouder.

Volgens Gabbard en Lester moet elke psychotherapievereniging een

standaardprocedure voorzien, zodat klachten in verband met grensoverschrijding door leden op een zodanige manier behandeld kunnen worden dat patiënt noch therapeut schade lijden. Zo kan men denken aan een ombudspersoon die bijvoorbeeld ook deel uitmaakt van de ethische commissie. Een dergelijke ombudspersoon kan zowel de patiënt als de therapeut afzonderlijk horen en vervolgens nagaan of een minnelijke schikking verkieslijk is. Een mogelijkheid kan zijn dat de therapeut zijn fout tegenover de patiënt toegeeft, oprecht schuld bekent en een schaderegeling voorstelt. Gabbard benadrukt het belang van een rehabiliterende in plaats van een sanctionerende aanpak van het probleem. Nadat de fout aan het licht is gekomen, maken heel wat therapeuten een ernstige depressie door. In probleemsituaties lijkt het mij het beste om vroegtijdig bij een ervaren en gerespecteerde vakgenoot te rade te gaan, het gebeurde zo open en onomwonden mogelijk te bespreken en een tijd onder supervisie te werken. Daarnaast zijn psychohygiënische maatregelen noodzakelijk: meer zorg voor zichzelf, aandacht voor de persoonlijke relaties, opbouwen van een ondersteunend netwerk.

Besluit

De hier besproken boeken zetten aan tot een reflectie over liefde in de psychotherapeutische behandeling. Weinigen zullen in twijfel trekken dat een basishouding van liefdevolle zorg, bekommernis met de patiënt, empathisch medeleven, onvoorwaardelijke positieve gezindheid en een hoopvol vertrouwen van essentieel belang zijn voor het welslagen van een behandeling. Eén van de vier ingrediënten die bijdragen tot het algemene effect van psychotherapie, is volgens Frank (1991) een relatie die intens, emotioneel geladen en vertrouwelijk is en waarin de patiënt een zekere afhankelijkheid ontwikkelt. De therapeutische relatie neemt een bijzondere plaats in. Uit tal van studies is gebleken dat een globale positieve beoordeling van de therapeutische relatie samenhangt met een goed therapieresultaat.

Een liefdevolle behandeling veronderstelt dat we ons in ons werk op een consistente wijze vereenzelvigen met onze professionele rol en aan alles verzaken wat daarvan afwijkt. Bovendien is het heilzaam wanneer de patiënt ervaart dat we onze professionele rol niet dragen als een juk dat onze vrijheid belemmert. Zoals grenzen bij voorkeur gekenmerkt zijn door een voldoende mate aan densiteit, permeabiliteit, flexibiliteit en elasticiteit, zo is ook de afbakening van onze professionele rol soepel. Het verschuiven van grenzen zal in de eerste plaats het belang van de patiënt dienen. Het vergt een vaardigheid om te weerstaan aan de druk vanwege de patiënt die de professionele relatie zoekt te transformeren in een sociale en conventionele relatie.

Wanneer men een intensieve psychotherapeutische samenwerking

aangaat met boeiende mensen, zal men vroeg of laat met intense gevoelens en passies geconfronteerd worden. Zoals Kernberg (1995) beschreef, is het grensoverschrijdende een van de wezenskenmerken van passie. De kunst bestaat erin zich niet af te schermen voor deze heftige gevoelens (van liefde of haat). Dit leidt tot een koele, afstandelijke houding, die door de patiënt als verwerping of als sadistische provocatie wordt ervaren (Coen 1996). Als gevolg van een dergelijke houding vergroot men het lijden van de patiënt en kan een overdrachtsverlieftheid iatrogeen aangewakkerd worden (de patiënt wordt meer verliefd in de hoop de liefde van de liefdeloze therapeut alsnog te winnen). Een dergelijke houding is meestal onbewust en komt veel frequenter voor dan seksuele grensoverschrijding door therapeuten maar is nog moeilijker empirisch te onderzoeken. Van psychotherapeuten wordt verwacht dat ze in de relatie met de patiënt passies kunnen toelaten en er contact mee houden zonder ze uit te leven of angstig te onderdrukken. Wanneer men er niet meer in slaagt dergelijke intense gevoelens te beheersen, te verdragen en erover te reflecteren, wijst dit altijd op een ik-verzwakking, die ernstige aandacht verdient.

Literatuur

- Chused, J.F. (1991), The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615-639.
- Coen, S.J. (1994), Barriers to love between patient and analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 1107-1135.
- Coen, S.J. (1996), Love between therapist and patient: a review. *American Journal of Psychotherapy*, 50, 14-27.
- Frank, J.D., en J.B. Frank (1991), *Persuasion and healing*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Gilliéron, E. (1994), *Le premier entretien en psychothérapie*. Dunod, Parijs.
- Gabbard, G.O. (1994), Sexual excitement and countertransference love in the analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 1083-1106.
- Gutheil, T.G. (1995), Legal issues in psychiatry. In: H. Kaplan en B. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry, VI*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Gutheil, T.G., en G.O. Gabbard (1993), The concept of boundaries in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.
- Hebbrecht, M. (1995), Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. In: C.A.L. Hoogduin e.a. (red.), *Jaarboek psychiatrie en psychotherapie 1994-1995*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.
- Hebbrecht, M. (1997), Spelen met grenzen. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, ter publicatie aangeboden.
- Kernberg, O.F. (1995), *Love relations*. Yale University Press, New Haven.
- Malan, J. (1983), *Individuele psychotherapie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Markx, O.N., R.C. van der Mast en N.M.T. Hendrix (1996), *Grenzen aan psychoanalytische psychotherapie*. Van Gorcum, Assen.
- Miller, A. (1991), *Het drama van het begaafde kind*. Van Holkema & Warendorf, Houten.
- Pope, K.S., en V.A. Vetter (1991), Prior therapist-patient sexual involvement among

patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28, 429-438.
Wallerstein, R.S. (1995), *The Talking Cures*. Yale University Press, New Haven.

M. Hebbrecht is psychiater-psychotherapeut, werkzaam in het APZ Sancta Maria te Sint-Truiden en verbonden aan de psychoanalytische dienst van het UC Sint-Jozef te Kortenberg. Correspondentieadres: Wijkstraat 146, B-3700 Tongeren.