

De psychiater als steunfiguur

Een psychoanalytische visie

M. HEBBRECHT

ACHTERGROND In het Tijdschrift voor Psychiatrie wordt de laatste tijd gediscussieerd over de identiteit van de psychiater. Aan de basis van de professionele identiteit als medisch specialist, ligt een meer fundamentele identiteit, namelijk die van steunfiguur. Het belang van de therapeutische relatie dreigt, in een psychiatrie die zich concentreert op stoornisspecifieke richtlijnen, uit het oog verloren te worden. De steunende aspecten in ons werk – een essentieel onderdeel van onze praktijkvoering – verdienen meer aandacht, ook in de literatuur.

DOEL Op basis van een overzicht van de literatuur in verband met steungevende psychotherapie, en een integratie hiervan met de psychoanalytische visies van Winnicott en Kohut, wordt een persoonlijke reflectie gegeven over diverse aspecten van de ondersteunende basishouding. Dit wordt gevolgd door een samenvatting van de actuele evidentie van de effectiviteit van de basiselementen van de therapeutische relatie.

METHODE De handboeken en overzichtsartikelen in verband met steungevende psychodynamische psychotherapie sinds 1980 werden systematisch nagegaan. Verder werd het werk van Winnicott en van Kohut grondig onderzocht in verband met hun bijdrage betreffende de therapeutische relatie.

CONCLUSIE Steun is tegemoetkomen aan een illusie die door de patiënt gecreëerd wordt en het opvangen van desillusies. Steun omvat het hanteren van narcistische overdrachten. Tevens wordt op een specifieke manier omgegaan met overdracht en tegenoverdracht. Ook is steun het bevredigen van pre-oedipale behoeften binnen de grenzen van de professionele rol. De rol van steunfiguur omvat drie aspecten: men verzorgt het kleine kind in de patiënt, men coacht hem als een volwassene waarbij men de realistische relatie en de alliantie bewaakt, men overleeft de aanslagen vanuit het tirannieke deel van de patiënt door te confronteren en grenzen te stellen. Een psychotherapeutische opleiding laat toe dit op een consistente wijze te doen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)3, 157-166]

TREFWOORDEN arts-patiëntrelatie, psychotherapie, psychoanalyse, evidence-based geneeskunde

De laatste jaren blijkt uit verschillende bijdragen in het Tijdschrift voor Psychiatrie een opvallende belangstelling voor de identiteit van de psychiater (Huyse e.a. 2002; Kahn 2003; Verwey 2003). De psychiater wordt in de eerste plaats gezien als een medisch specialist die een brede basisopleiding

heeft gekregen, vaak gevolgd door een specifieke training voor de talloze verschillende functies binnen het psychiatrische werkveld (Ten Doeschate 2002). Ik deel de mening van Hodiament (2003) dat de psychiatrie zich van de andere specialismen onderscheidt door zijn specialisatie in de

arts-patiëntrelatie. Ook in de voorgestelde Profielschets Psychiater', opgesteld door de Commissie beroepsuitoefening van het Vlaamse Forum Psychiatrie, wordt aan dit aspect aandacht besteed. Ik citeer wat er geschreven staat:

'Het is de psychiater die als de geïdentificeerde steunfiguur staat tegenover de geïdentificeerde hulpvrager die bepaalt of zij of hij zich tegenover deze bepaalde arts al dan niet als patiënt wil opstellen'. Bij de patiënttaken en patiëntstelsystemgerichte taken wordt vermeld dat een psychiater instaat voor de zorgcontinuïteit en bekwaam is in het aangaan, uitbouwen, volhouden, evalueren en ook het beëindigen van een therapeutische relatie (Hermans e.a. 2002).

De psychiater is in de eerste plaats een steunfiguur – ongeacht het subspecialisme dat wordt beoefend. Maar er wordt niet gespecificeerd hoe je steun biedt. Het steunende is een ondergeschoven onderwerp dat in onderzoek en opleiding meer aandacht verdient. Blijkbaar wordt dat wat we in de dagelijkse praktijk veel doen, in de theorie en het onderzoek van ons vakgebied weinig gewaardeerd (Hebbrecht 1995).

In deze bijdrage wil ik vanuit een psychoanalytische invalshoek (Hebbrecht & Willemsen 2000) reflecteren over deze fundamentele innerlijke houding die de basis vormt van ons werk in de psychiatrie. Ik realiseer me dat ook vanuit andere denkkaders zinvolle dingen over deze grondhouding te zeggen zijn.

WAT IS DE ONDERSTEUNENDE BASISHOUDING ?

De ondersteunende basishouding vormt de basis van al onze interventies. Dit is niet in tegenpraak met de toepassing van een behandeling die op empirisch wetenschappelijke evidentie berust. In het ondersteunen gaat de aandacht in de eerste plaats naar de persoon en niet zozeer naar zijn stoornis. De specifieke behandeling van stoornissen wordt overigens beschreven in de verschillende publicaties over praktijkrichtlijnen. Ondersteunen past minder in een stoornis-

gerichte aanpak, meer in een persoonsgerichte en totale benadering (Derksen & Markx 1994).

Tegemoetkomen aan een illusie; opvangen van desillusies Wanneer de patiënt tijd krijgt en meellevend beluisterd wordt door een deskundige hulpverlener, zal hij meestal een positieve overdracht ontwikkelen: hij ervaart positieve gevoelens zoals tegenover een goede ouder. De patiënt zal een illusie creëren dat degene die naar hem luistert over helende eigenschappen beschikt en primaire behoeften kan bevredigen (Winnicott 1975). Onze steunende houding komt tot stand op basis van deze illusie. Als we als deskundige binnen een professioneel kader aan die illusie tegemoetkomen, dan zijn wij voor de patiënt een steunfiguur en wordt de zorgsituatie een intermediaire ruimte, een ruimte tussen fantasie en realiteit (Jacobs 1998; Winnicott 1971). Alles wat in die ruimte gebeurt, wordt door de patiënt met zijn fantasie bekleed: het onderzoek, de voorwerpen in de ruimte, de medicatie (Davis & Wallbridge 1981). Patiënten zullen dit proces sneller op gang brengen wanneer ze zich in een regressieve toestand bevinden: ze voelen zich ziek, angstig of gekrenkt, zonder zelfvertrouwen, in een situatie van lijden en afhankelijkheid. De patiënt voelt dan een behoefte aan een bron van kracht en kalmte. Uit de band met de steunfiguur wordt hoop en vertrouwen geput. Er ontstaat geleidelijk het gevoel: alleen kan ik het niet, maar samen zijn we sterk. De patiënt kijkt op naar de steunfiguur en voelt zich dankzij de relatie met hem machtiger. Bovendien verwacht hij dat de steunfiguur zijn verlangens naar sterkte erkent en beantwoordt. Wanneer de steunfiguur deze narcistische overdrachten herkent en zich op een empathische wijze inleeft, idealisering toelaat en de patiënt spiegelt, wordt het zelfgevoel gesterkt (Kohut 1971, 1977). De steunfiguur zal echter in zijn steunende rol onvermijdelijk falen. We kunnen immers nooit perfect beantwoorden aan dit ideaal: in ons aanvoelen van de patiënt schieten we ooit tekort. Op dergelijke momenten voelt de patiënt zich dan boos en gekwetst. Het is niet

onze bedoeling de patiënt te frustreren en zijn illusies te breken, maar het is niet te vermijden. Na de illusie volgt de geleidelijke desillusie en de aanvaarding van het tekort van de ander en van zichzelf. Het proces van desillusionering kan het best geleidelijk gebeuren (Baker & Baker 1987). Gedurende een steunende begeleiding zal de patiënt – geleidelijk en gefractioneerd – aspecten van de steunfiguur in zich opnemen, wat leidt tot een versteviging van de psychische structuur (Kohut 1984). Steunen houdt in dat we verdragen dat de patiënt ons idealiseert en ons als het ware reduceert tot een functie of een psychisch verlengstuk, een ‘prothese’ (Werman 1984).

Opmerken, spiegelen, bevestigen Steunen is toelaten dat er zich narcistische overdrachten installeren; steunen is niet alleen idealisering verdragen maar ook ‘spiegelen’ (mirroring): zichtbaar plezier beleven aan de vooruitgang en de ondernemingsdrang van de patiënt. De patiënt is op zoek naar de prettige glans, de lichtjes in onze ogen (Kohut 1977). Steunen is opmerken wanneer de patiënt zich beter voelt, vitaler wordt, authentieke dingen brengt, creatiever wordt en begint te spelen. Dankzij onze duurzame beschikbaarheid en betrouwbaarheid durft de patiënt een diepere afhankelijkheidsrelatie aan en zal hij kwetsbare delen van zichzelf in de relatie durven te brengen. Het kan erop lijken dat de patiënt zeker wordt, terwijl hij zich in werkelijkheid durft te tonen zoals hij zich echt voelt. Dit kan bij familieleden wel eens tot onrust en negatieve reacties leiden (Winnicott 1965).

Hanteren van de overdracht-tegenoverdrachtrelatie In een andere psychoanalytische taal kunnen we zeggen dat de hulpverlener toelaat dat zich een positieve overdracht instelt zonder dat deze geduid wordt. Sommige patiënten (narcistische personen bijvoorbeeld) nemen een pseudo-onafhankelijke houding aan. Of er installeert zich een negatieve overdracht, bijvoorbeeld bij paranoïde of negativistische patiënten. Terwijl men geen commentaar levert bij een positieve over-

dracht tenzij deze te heftig en erotiserend wordt, zal men wel werken met de negatieve overdracht door deze te bespreken, te confronteren of te duiden (Brown & Pedder 1980). Soms moet men de negatieve overdracht verdragen en consequent in de professionele rol blijven (Gutheil & Gabbard 1993), totdat de patiënt deze weerstand loslaat. Als steunfiguur begrijpen we de overdrachtsrelatie, we hanteren haar en werken ermee, maar in regel wordt de overdrachtsrelatie niet geduid (Rockland 1989).

In een steunende relatie gaan we ervan uit dat er naast het ziekteproces in elke patiënt een natuurlijke tendens tot groei en ontwikkeling aanwezig is. De intrinsieke groeitendensen van de patiënt komen tot ontplooiing als hij een omgeving vindt die stimulerend is. Steun is het bieden van een faciliterende omgeving die zich afstemt op de specifieke noden van de patiënt: ook een omgeving die de regressiebehoefte van de patiënt accepteert maar ze niet versterkt. In een steunende relatie zal men schadelijke regressie en zelfdestructief gedrag serieus nemen en maatregelen treffen om deze tegen te gaan (Winnicott 1975).

Adequaat bevredigen van pre-oedipale behoeften binnen de grenzen van de eigen professionele rol: steun is zorg De meeste psychiatrische patiënten, vooral diegenen die zich aanmelden in het ziekenhuis, verkeren in een regressieve toestand van afhankelijkheid. Het lijkt alsof ze met het kleine kind in henzelf geen raad weten; het lukt hen niet langer om in de volwassen rol te functioneren. Men moet daarbij het gezonde infantiele deel in de patiënt onderscheiden van het kwade, tirannieke deel. Het gezonde infantiele deel zal tot rust komen als het (figuurlijk) vastgehouden, gekoesterd en gevoed wordt. In technische taal kan men steun definiëren als het bevredigen van pre-oedipale behoeften binnen een professioneel kader op een wijze die past bij onze professionele rol, namelijk met liefdevolle toewijding, aanwezigheid en beschikbaarheid – maar uitgevoerd binnen de grenzen van deze rol. Als ik verwijst naar het gezonde

infantiele deel bedoel ik dat de patiënt wordt belast met een behoeftig klein kind dat – als het goed verzorgd en bemoederd wordt – tot rust zal komen. De behandelaar voelt vooral bezorgdheid over de patiënt, hij voelt zich volledig opgeëist: de patiënt wordt als vermoeiend en zuigend ervaren (Van Lysebeth-Ledent 2001). Het kwade tirannieke deel wordt later besproken.

Vooraf met patiënten die in regressie zijn, kan men soms in een toestand van primaire moederlijke preoccupatie terecht komen, waarbij men zich volledig afstemt op de patiënt (Winnicott 1975). Met dergelijke patiënten is onze houding niet gekenmerkt door verklaren en duiden, maar vooral door authentieke bekommernis, vergezellende aanwezigheid, troost, het verzekeren van continuïteit, waakzaamheid, toezicht en afstemming op wat de patiënt nodig heeft. Dan kan men niet passief afwachten, de patiënt verdraagt geen stiltes, hij wil woorden horen en een gebaar zien, zeker wanneer hij er bijvoorbeeld door te ageren of vanuit zijn ziek zijn, om vraagt.

Als men in een therapeutische relatie dit infantiele deel een tijdlang verdraagt, wordt het rustiger en zal het volwassen deel van de patiënt zijn rechten opeisen. De patiënt fantaseert dan over zijn toekomst, over het werk, en maakt zich zorgen over de eigen leefsituatie en verantwoordelijkheden. Het is belangrijk deze verschuiving op te merken en er iets van te zeggen.

Bij de zorg voor dieper gestoorde patiënten is een betrouwbaar terugkerende zorgroutine (een programma, een uurschema) zinvol en belangrijk.

De psychiater: een coach? In een steunende relatie verzorgt men vanuit een meer moederlijke houding het infantiele deel; vanuit een meer vaderlijke houding plaatst men zich in de positie van een vriendelijke mentor die het volwassen deel van de patiënt coacht. Hierbij stimuleert men het logisch en rationeel denken, beoordeelt men de dagelijkse uitwendige realiteit van de patiënt samen met hem en stimuleert men rijpe afweer: humor, altruïsme, beheersing, sublima-

tie (Dewald 1994; De Wolf 2002). Soms treedt men als model op, soms geeft men raad en advies over aangelegenheden waarin men meer competent is of waarbij men over voldoende technische expertise beschikt. De liefde van de steunfiguur komt tot uiting via zijn professionele houding, het harde via de grenzen en de beperkingen die inherent zijn aan een hulpverleningsrelatie.

Het coachen van de volwassene verwijst onder meer naar twee aspecten van de therapeutische relatie: de alliantie en de realistische relatie.

De alliantie (werkrelatie, samenwerkingsverband) verwijst naar de kwaliteit en de intensiteit van de samenwerkingsrelatie. Dit concept omvat de positieve affectieve band tussen psychiater en patiënt, zoals wederzijds vertrouwen, wederzijdse appreciatie, respect, betrokkenheid en zorgzaamheid. Maar het omvat ook cognitieve aspecten: consensus over de doelen van de behandeling en over hoe deze doelen gerealiseerd kunnen worden. Elke deelnemer in de therapeutische relatie is geëngageerd met betrekking tot de specifieke verantwoordelijkheden binnen het therapeutisch contract en gelooft dat de ander op een enthousiaste wijze in het therapeutisch proces betrokken is. De alliantie is een bewust en doelgericht aspect van de therapeutische relatie (Horvath & Bedi 2002).

De realistische relatie heeft betrekking op de mature, realistische en gezonde aspecten van de therapeutische relatie – buiten de alliantie (De Jonghe e.a. 1991, 1992, 1994). Zo blijven we ons tijdens de therapeutische interactie bewust van onze eigen persoonlijke stijl, habituele reactiewijze, eigen persoonlijke overtuigingen, waarden en opinies en het effect ervan op de patiënt. Ook stemmen we ons tot op zekere hoogte af op de persoonlijkheid en het karakter van de patiënt. Zo gaan we anders om met een paranoïde dan met een theatrale patiënte. Het is vooral wenselijk dat we als een reëel persoon voldoende responsief zijn in de interactie met de patiënt: menselijk en levendig, niet te stil of te gereserveerd, ook niet al te spontaan en te open, maar toch ons zelf blijvend. Meestal zal men vragen van patiënten recht-

streeks beantwoorden, vooral wanneer het gaat om vragen naar informatie, maar niet als uit deze vragen een nieuwsgierigheid naar ons eigen leven blijkt (Jacobs 1999). Bij de realistische relatie denken we tevens aan factoren eigen aan onze persoon enerzijds (leeftijd, geslacht, gezondheid, mate van transparantie, uiterlijk, eventuele zwangerschap, positie en status binnen de beroepsgroep) en situationele factoren anderzijds (tijd, plaats, honorarium, medicatie, mogelijke fouten, cultureel en politiek klimaat, opleiding, vakantie, behandelaar of deskundige, geschenken, contacten buiten de therapie) en de wijze waarop ze de therapeutische relatie beïnvloeden (Meissner 1996).

Tot het volwassen functioneren behoort ook dat men zijn taak als psychiater zorgvuldig en professioneel vervult, met kennis van zaken en in overeenstemming met de vooruitgang van de wetenschap (empirische evidentie, praktijkrichtlijnen).

En wat met patiënten die ons tiranniseren of terroriseren? Omgaan met het tirannieke deel van patiënten is het moeilijkst. Dat zijn de patiënten die niet veel leren van hun behandeling, niet nadenken maar innerlijke ervaringen evacueren (Bion 1957), geen afhankelijkheidsrelatie aandurven, vol zijn van haatgevoelens en een therapeutische band minachten. We zien ze telkens terugvallen of slechter worden, ondanks onze goede zorg en inspanningen. Sommigen nemen een arrogante houding aan en ondermijnen de therapeutische functie van de therapeut. Dergelijke patiënten maken ons wanhopig en kunnen ons vervullen met gevoelens van haat en onmacht. Ze gedragen zich als vervelende, kleine kinderen (Ciccone 2003). Tijdens de behandeling moet men continu oog hebben voor de twee delen van dergelijke personen: een infantiel gezond deel dat verzorging, samenwerking en afhankelijkheid toelaat, en een narcistisch-almachtig deel – of een kwaad infantiel deel – dat behandeling afwijst en plezier vindt in het devalueren en belachelijk maken van de behandelaar. Wanneer de narcistische zelf-ide-

alisatie vermindert, zal de patiënt zich meer bewust worden van de waarde van de steunfiguur en zijn afhankelijkheid van deze (Rosenfeld 1987). Zorgafwijzend gedrag kan een defensieve functie vervullen. Soms hebben patiënten dit gedrag een tijd nodig voordat ze toegankelijk worden. We kunnen hen met woorden duidelijk maken dat in dit gedrag een patroon zichtbaar is dat zijn oorsprong vindt in de vroege kinderjaren. Dan is het nodig zich te presenteren als een stevig iemand die tekens van beginnende escalatie snel herkent en de destructieve aanvallen van de patiënt overleeft. Dit vereist confrontaties en het stellen van grenzen (Verbruggen 1999). In sommige gevallen moeten we erkennen dat onze setting niet restrictief genoeg is om effectief te kunnen zijn. Zoals in praktijkrichtlijnen voor de behandeling van specifieke stoornissen wordt opgemerkt, moet men steeds voor de minst restrictieve setting kiezen die toch nog veilig en effectief is. Blijkt een ambulante behandeling risico's op te leveren voor de veiligheid voor de patiënt of zijn omgeving, dan zal men opname overwegen; is een open afdeling niet veilig genoeg, dan kiest men voor een gesloten setting.

Plezier in het werk... Als de zorgomgeving een betrouwbare omgeving is geworden en er heeft zich een relatie gevormd, dan kan de patiënt plezier gaan beleven en van alles ondernemen. Ook dat moeten we hem gunnen, het plezier beleven in het vrije spreken en het scheppende spel. Soms staan patiënten versteld van hun eigen kunnen. Dan moeten we vooral niet beginnen met duiden of verklaren. Voor veel patiënten is een psychiatrische opname een creatieve pauze, waar tal van ideeën een incubatietijd krijgen en rijpen. Pas na de opname zullen de volgende fasen van het creatieve proces zichtbaar worden (Hebbrecht & Willemsen 2000).

De band met de steunfiguur kan een vertrouwensbasis zijn: de patiënt gaat er weer in geloven en vindt een basis van hoop. Het contact met het ware zelf kan totstandkomen vanuit een vormeloos functioneren, een rudimentair spelen

(Winnicott 1971). Vooral voor de manifestaties van het ware zelf moeten we oog hebben: wanneer de patiënt levendiger wordt, er echt plezier in heeft, iets authentieks zegt, zich beter in zijn lichaam voelt, spontaner reageert. Bijna alsof de patiënt zijn wereld schept en wij toezien dat het goed is. Het proces van verandering komt mede tot stand doordat we toestaan dat de patiënt eerst met ons een band en een relatie aangaat waarbij we toelaten dat hij van ons, van onze kennis en ervaring, gebruikmaakt. Hij mag de gelegenheid krijgen om ons in fantasie te vernietigen en daarna te ontdekken dat we in onze professionele rol overleven. Dan krijgen we waarde voor hem (Winnicott 1968).

De therapeut als persoon... De zorgende relatie hangt samen met moederschap en ouderschap. Sommigen onder ons hebben geluk gehad en kregen van hun ouders en opvoeders een warme ervaring en een model van zorg mee, reeds in de vroegste kinderjaren. De gave van empathie is dan als een talent in de kern van de persoonlijkheid aanwezig, maar moet verder ontwikkeld, verfijnd en overdacht worden. Dit zou een van de kerntaken moeten zijn van elke psychiatrische en psychotherapeutische opleiding. Opleiding, ervaring, supervisie, een eigen leertherapie, een psychoanalyse, maar ook goede ervaringen met een steunende mentor kunnen de ambivalenties rond het steunend werken verhelderen en ook wel verminderen. Sommigen onder ons hebben geen adequaat oudermodel gekend, maar kunnen toch constitutioneel bepaalde talenten in zich dragen waaruit ze kracht putten om in de therapeutische relatie iets te geven dat ze zelf niet genoeg gekregen hebben. Waar we naar blijven verlangen, kan ons zeer krachtig motiveren, zelfs in die mate dat we er ons levenswerk van willen maken.

Stoppen of doorgaan? Hoe beëindig je een ondersteunende relatie? Wanneer het gezonde infantiele deel van de patiënt voldoende gevoed is, zal het volwassen deel spontaan zijn rechten opeisen. Het is wenselijk de patiënt slechts aan te

moedigen zijn taken op te nemen, nadat deze zelf een gebaar stelt dat hij er klaar voor is. Sommige mensen blijven graag nog wat in de regressie; dan dient men de realiteit geleidelijk in te brengen. Andere patiënten hebben een ondersteunende relatie over zeer lange tijd nodig: men kan ofwel een zorgrelatie aanbieden waarbij men ervoor waakt de patiënt niet afhankelijk te maken (bijvoorbeeld een minimaal frequent nazorgcontact dat toch nog voldoende veiligheid en effectiviteit van de behandeling waarborgt), ofwel de toewending aanmoedigen naar de natuurlijke steunsystemen die de patiënt omringen (huisarts, familie, zelfhulpgroep, vrijetijdsgroepen). Soms moet men een institutionele overdracht bevorderen: de patiënt bouwt dan een band op met verschillende medewerkers die in de instelling of in een zorgcircuit werkzaam zijn – dus zonder afhankelijkheid te induceren van één persoon. Vaak eindigt de begeleiding en hoort de patiënt dat hij kan terugkomen indien nodig. Soms wordt een begeleiding te lang aangehouden omdat men zich beschikbaar blijft stellen, ook al is er geen zorgvraag meer. Dit berust dan op een tegenoverdrachtprobleem dat via supervisie, intervisie of teamoverleg opgehelderd moet worden (Werman 1984; Rockland 1989).

Vanzelfsprekend zal de patiënt tegen onze begrensdheid aanbotsen. We zijn geen almachtige, algevende moeder die altijd beschikbaar is en zich afstemt op zijn behoeften. We vervullen onze rol binnen duidelijke grenzen op een wijze die niet perfect, maar goed genoeg is. En we beslissen ook wie we aannemen, hoeveel tijd we geven, hoe lang we doorgaan. Sommige patiënten hebben moeite met de aanvaarding van deze realiteit; ze blijven wanhopig hunkeren naar iets wat onherroepelijk voorbij is (de fusie met de almachtige moeder) en weigeren het fundamentele tekort, de beperkingen van een volwassen functioneren, te aanvaarden.

WAT MET DE EMPIRISCHE EVIDENTIE: IS DE THERAPEUTISCHE RELATIE EFFECTIEF?

De APA Division of Psychotherapy Task Force (Division 29) heeft zich als taak gesteld de therapeutische relaties waarvoor voldoende empirische evidentie bestaat, in kaart te brengen. Hun bevindingen worden overzichtelijk weergegeven in het monumentale boek *Psychotherapy Relationships that Work* (Norcross 2002). Ik zal me beperken tot het opnoemen van hun empirisch ondersteunde vaststellingen die voor mijn onderwerp relevant zijn: (1) Er is een matig causaal verband tussen de therapeutische relatie en het behandelresultaat. Bij sommige stoornissen en therapieën heeft de therapeutische relatie meer causale impact dan bij andere. Zo is bijvoorbeeld de alliantie een belangrijke factor in het verminderen van depressie; (2) Een effectieve behandelaar is iemand die sterke therapeutische relaties aanbiedt en effectieve methodes gebruikt. Bovendien stemt hij deze op elkaar af en past ze aan de individuele persoon en zijn toestand aan. Dit veronderstelt opleiding en voldoende ervaring; (3) De kwaliteit van de therapeutische relatie is nog steeds de centrale factor voor een positief behandelresultaat. Er is tot op heden niet voldoende empirische evidentie voor het doorslaggevend zijn van specifieke psychotherapeutische technieken. Meetresultaten van relatievariabelen correleren meer met het behandelresultaat – des te meer wanneer men zich baseert op metingen van patiënten; (4) De persoon van de therapeut speelt een rol bij het behandelresultaat. Therapeuten die door patiënten als steunend, empathisch, warm, begrijpend en acceptierend worden ervaren, scoren beter. Dergelijke therapeuten vertonen minder negatieve gedragingen zoals beschuldigen, negeren of verwerpen; (5) De effectgrootte van de alliantie op het behandelresultaat in de meeste therapeutische situaties bedraagt tussen 0,21 en 0,25. De kwaliteit van de alliantie is dus een belangrijk element van succesvolle, effectieve therapie; (6) Empathie leidt tot een goed behandelresultaat, hoewel sommige patiënten niet altijd goed reage-

ren op het expliciet uitdrukken van empathie (bv. achterdochtige, weinig gemotiveerde en oppositionele patiënten). Empathie leidt tot een grotere patiëntentevredenheid, een betere therapietrouw en een vaker in behandeling blijven (minder drop-outs bij alcoholisten); (7) Het behandelresultaat is beter als de patiënt actief betrokken wordt in behandelbeslissingen en als er tussen patiënt en behandelaar meer overeenstemming bestaat over behandeldoelen; (8) De prognose lijkt positief gecorreleerd te zijn met de mate van sociale steun en negatief met de mate van disfunctioneren (*functional impairment*); (9) Als er door de patiënt een positieve therapeutische kijk ervaren wordt, heeft deze een gunstige invloed op het behandelresultaat.

In verband met de empirische evidentie van de algemene elementen van de therapeutische relatie, wordt onderscheid gemaakt tussen die therapeutische elementen waarvan de effectiviteit overtuigend is aangetoond (zoals alliantie, cohesie in groepstherapie, empathie, overeenstemming over doelen en actieve medewerking) en deze die beloftevol zijn (positieve kijk, congruentie, echtheid, feedback, herstel van breuken in de alliantie, zelfonthulling, hanteren van tegenoverdracht, de kwaliteit van relatie-interpretaties). Het in overeenstemming brengen van de therapeutische relatie met eigenschappen van individuele patiënten, is bewezen effectief als het gaat over aspecten zoals het bewerken van weerstand en het zich afstemmen op de functionele beperkingen van de patiënt. Minder duidelijk, maar waarschijnlijk effectief, zijn het rekening houden met coping-stijl, stadia van verandering, verwachtingen, assimilatie van problematische ervaringen en anaclitische (aanleunende) versus introjectieve stijlen.

Wanneer we spreken over de psychiater als steunfiguur, gaan we ervan uit dat hij op een flexibele manier de empirisch bewezen effectieve psychotherapie-elementen in zijn grondhouding kan integreren. Zich manifesteren als steunfiguur zou ook omschreven kunnen worden als 'het oordeelkundig en methodisch hanteren van

de effectieve elementen die gemeenschappelijk zijn aan alle therapievormen'. Het eigen psychotherapeutische referentiekader (in dit geval het psychoanalytische) vormt het stramien en het fundament waardoor de relatie-elementen worden uitgedrukt en vorm krijgen. Juist door te reflecteren over de eigen grondhouding vanuit een consistent theoretisch kader, kunnen de werkzame elementen in de therapeutische relatie over langere tijd veruitwendigd worden. Het zou alleszins de moeite lonen om te onderzoeken of psychotherapeutisch opgeleide psychiaters er beter in slagen hun rol van steunfiguur over langere tijd te dragen dan niet psychotherapeutisch opgeleide psychiaters.

BESLUIT

Steun is het veruitwendigen van een innerlijke houding, de dragende basis van onze interventies. Het is aanwezig en beschikbaar zijn voor de patiënt, op een wijze die goed genoeg is. Steun bieden veronderstelt dat men zich scherp bewust is van de eigen professionele rol en beseft waar de grens ligt ten opzichte van de sociale rol, de rol van patiënt, de rol van andere hulpverleners. Ook impliceert steun bieden dat eerst aan de eigen noden voldoende tegemoetgekomen is. Men kan pas steun geven aan anderen als men zichzelf voldoende sterk en innerlijk geschraagd voelt, en dus over fundamenteën beschikt die stevig genoeg zijn. De steunende basishouding komt tot stand op basis van een illusie die door de patiënt gecreëerd wordt en waaraan tegemoetgekomen wordt op een professionele manier in een professioneel kader. Ondersteunen is het bevredigen van pre-oedipale behoeften, het tot stand laten komen van narcistische overdrachten en het bewerkstelligen van een proces van optimale desillusionering. Steun is een welbepaalde wijze van omgaan met overdracht, met regressie en met afhankelijkheid. Men coacht het volwassen deel van de patiënt, men verzorgt het infantiele deel en voorziet het van een zorgroutine, men stelt zich stevig op tegenover het tirannieke deel dat men be-

grenst, waarbij men destructieve aanvallen incasseert en overleeft.

In het steunende werk speelt de persoon van de therapeut een belangrijke rol. Intrinsieke talenten zouden in de psychiatrische opleiding verder ontwikkeld en verfijnd kunnen worden. Ten slotte betekent steun dat men nadenkt alvorens men de relatie beëindigt, en de patiënt hierop voorbereidt. Er is voldoende empirische evidentie dat een dergelijke basishouding therapeutisch effectief is. Meer onderzoek is nodig in verband met het effect ervan in de behandeling van specifieke psychiatrische stoornissen in het bijzonder (Hebbrecht 1997).

LITERATUUR

- Baker, H.S., & Baker, M.N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1-9.
- Bion, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psycho-Analysis*, 38, 266-275.
- Brown, D., & Pedder, J. (1980). *Psychodynamische Psychotherapie*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- Ciccione, A. (2003). *Psychanalyse du Lien Tyrannique*. Paris: Dunod.
- Davis, M., & Wallbridge, D. (1981). *Boundary and space*. Karnac: London.
- Derksen, J., & Markx, O. (Red.). (1994). *Steungevende psychotherapie op psychoanalytische basis*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dewald, P.A. (1994). *The Supportive and Active Psychotherapies. A Dynamic Approach*. Northvale: Jason Aronson.
- Doesschate, R.J.A. ten. (2002). Psychiater: een veelzijdig beroep of een tussenstop naar subspecialisatie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 193-198.
- Gutheil, T.G., & Gabbard, G.O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.
- Hebbrecht, M. (Red.). (1997). *Bouwen aan een Basis. Aspecten van Behandeling bij Middelengebruikers*. Sint-Truiden: Smets & Ruppel.
- Hebbrecht, M. (1995). Psychodynamische ondersteunende psychotherapie. In Hoogduin e.a. (Red.), *Jaarboek voor Psychiatrie en Psychotherapie 1994-1995* (pp.194-208). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hebbrecht, M. & Willemsen, M. (2000). *Het Ondersteunend Milieu*. Sint-Truiden: Smets & Ruppel.

- Hermans, M.H.M., Bollen, J., Dom, G., e.a. (2002). Profielschets Psychiater. Nieuwsbrief Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen, 12, 11-38.
- Hodiamont, P.P.G. (2003). De psychiater als medisch specialist. Redactioneel. Tijdschrift voor Psychiatrie, 45, 185-186.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp.37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Huysse, F.J., van der Mast, R.C., & Boenink, A.D. (2002). De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg? Tijdschrift voor Psychiatrie, 44, 795-802.
- Jacobs, T. (1999). On the question of self-disclosure by the analyst: error or advance in technique? *Psychoanalytic Quarterly*, 86, 159-183.
- Jacobs, M. (1998). Winnicott. London: Sage Publications.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P., & Janssen, R. (1991). Aspects of the analytic relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 693-707.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P., & Janssen, R. (1994). Psychoanalytic supportive psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 42, 421-446.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P., & Janssen, R. (1992). The role of support in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 40, 475-499.
- Kahn, R.S. (2003). Reactie op 'De psychiater als medisch specialist'. Tijdschrift voor Psychiatrie, 45, 455.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Meissner, W.W. (1996). *The Therapeutic Alliance*. New Haven: Yale University Press.
- Norcross, J.C. (Red.). (2002). *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive therapy. A psychodynamic approach*. New York: Basic Books.
- Rosenfeld, H.R. (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Van Lysebeth-Ledent, M. (2001). *Du Réel au Rêve*. Paris: L'Harmattan.
- Verbruggen, G. (1999). Het stellen van limieten bij agressieve opnamepatiënten. Tijdschrift Klinische Psychologie, 29, 166-173.
- Verwey, B. (2003). Reactie op 'De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg?' Tijdschrift voor Psychiatrie, 45, 456-457.
- Werman, D.S. (1984). *The Practice of Supportive Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Winnicott, D.W. (1975). *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.
- Winnicott, D.W. (1968). The use of an object and relating through identifications. In D.W. Winnicott, *Playing and Reality* (pp. 86-94). London: Routledge.
- Wolf, H.M.H. de. (2002). *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*. Bussum: Coutinho.

AUTEUR

M. HEBBRECHT is psychiater, psychotherapeut en psychoanalyticus (lid van de International Psychoanalytic Association, de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse, de Vlaamse Vereniging van Psychoanalytische Psychotherapie). Hij is werkzaam in het P.Z. Sancta Maria te Sint-Truiden en verbonden aan de psychoanalytische dienst van het U.C. Sint-Jozef te Kortenberg.
Correspondentieadres: M. Hebbrecht, Wijkstraat 146, B 3700 Tongeren, België.
E-mail: marc.hebbrecht@skynet.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-11-2003.

SUMMARY

The psychiatrist as supportive object. A psychoanalytic approach – M. Hebbrecht –
BACKGROUND In recent editions of the *Tijdschrift voor Psychiatrie* there have been discussions about the role of the psychiatrist. At the basis of the psychiatrist's professional identity as a medical specialist lies the psychiatrist's more fundamental and core identity as a supportive object. As psychiatrists we seem to be focusing increasingly on the practical guidelines for treating psychiatric disorders and are thereby in danger of losing sight of the importance of our therapeutic relationship with patients. More attention needs to be given in training courses and in scientific literature to the supportive aspects of our work.

AIM To review the literature on supportive psychotherapy, and taking into account the psychotherapeutic theories of Winnicott and Kohut, in order to formulate a personal view about various aspects of the psychiatrist's fundamental supportive role; thereafter to summarize the empirical evidence concerning the basic elements of the therapeutic relationship.

METHOD Hand books and review articles relating to psychodynamic supportive psychotherapy published since 1980 were systematically reviewed. In addition, the work of Winnicott and Kohut was studied thoroughly.

CONCLUSIONS Giving support means helping to underpin an illusion that has been created by the patient and helping the patient to overcome his gradual disillusionment. Support means the management of narcissistic transferences. It is a specific way of handling transference and countertransference. Being supportive implies gratifying the patient's pre-oedipal needs within the boundaries of the psychiatrist's professional role. The psychiatrist as a supportive object has a triple role: looking after the 'healthy child' element in the patient, encouraging and caring for the 'adult' element, while watching over the alliance and the realistic relationship, and surviving attacks from tyrannical elements by facing up to them and setting limits. These elements need to be emphasised in a psychiatrist's therapeutic training.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)3, 157-166]

KEY WORDS physician-patient relationship, psychotherapy, psychoanalysis, evidence-based medicine