

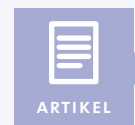
Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een transtheoretisch concept

A. HAFKENSCHIED

- ACHTERGROND** In de oorspronkelijke psychoanalytische definitie verwijzen tegenoverdrachtsreacties naar unfinished business van de therapeut. Die moet zijn of haar tegenoverdrachtsreacties beheersen of elimineren, om de patiënt er niet de dupe van te laten worden. Recentere psychoanalytische stromingen zien tegenoverdracht vooral als gezamenlijke creatie van patiënt en therapeut.
- DOEL** Onder de aandacht brengen van de ontwikkeling die het tegenoverdrachtsconcept heeft doorgemaakt van een psychoanalytisch naar een transtheoretisch concept.
- METHODE** Bespreking van een selectie uit de omvangrijke literatuur.
- RESULTATEN** Het uit de psychoanalyse afkomstige tegenoverdrachtsconcept is inmiddels in gemoderniseerde vorm overgenomen in andere psychotherapeutische referentiekaders.
- CONCLUSIE** Het idee van tegenoverdracht als gezamenlijke creatie van patiënt en therapeut heeft bevorderd dat ook andere stromingen binnen de psychotherapie het diagnostisch en therapeutisch belang van tegenoverdracht tegenwoordig onderkennen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)3, 202-209

TREFWOORDEN psychoanalyse, tegenoverdracht, transtheoretisch concept



In het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verscheen veertig jaar geleden een door de zenuwarts en psychoanalyticus De Blécourt (1974) geschreven artikel over de verschijnselen ‘overdracht’, ‘tegenoverdracht’ en ‘uitageren’ in de psychoanalyse. Een zoektocht door het digitale tijdschriftarchief leert dat zijn artikel niet alleen de eerste, maar tevens de laatste publicatie is die in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* specifiek aan ‘tegenoverdracht’ is gewijd.

Steeds meer wordt onderkend dat de effectiviteit van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg minstens zo zeer afhankelijk is van ‘algemeen werkzame factoren’ (zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie) als van specifieke behandeltechnieken (Van 2014). Tot deze ‘algemeen werkzame factoren’ behoren de bereidheid, de vaardigheid en het vermogen van de behandelaar om eigen tegenoverdrachtsreacties te onderkennen en te

hanteren. ‘Tegenoverdracht’ is echter een verre van eenduidig concept.

In de klassiek freudiaanse betekenis zijn tegenoverdrachtsreacties overdrachtsreacties van de therapeut, waarbij de patiënt in de beleving van de therapeut tot een conflictbeladen sleutelfiguur uit de kindertijd van de therapeut wordt vervormd. Binnen de traditionele psychoanalyse wordt tegenoverdracht opgevat als een reactie van de therapeut op de overdracht van de patiënt (de Blécourt 1974). Net als bij overdracht is er bij tegenoverdracht sprake van herhaling: driftimpulsen, angsten of andere gevoelens, fantasieën, verlangens en afweermechanismen die thuis horen bij sleutelfiguren uit het verleden van de therapeut verschuiven naar personen in het heden (bij tegenoverdracht is die persoon de patiënt), zonder dat de therapeut zich in de regel van deze tegenoverdrachtsreacties bewust

is. In de klassieke psychoanalytische zin verwijzen tegenoverdrachtsreacties per definitie naar regressie bij de therapeut: de patiënt raakt kwetsuren en onopgeloste psychologische conflicten uit de eerste (persoonlijkheidsvormende) levensfasen van de therapeut.

Safran (2012) geeft twee voorbeelden van tegenoverdrachtsreacties in de klassieke betekenis. Het eerste voorbeeld is een mannelijke therapeut met overmatig negatieve gevoelens ten opzichte van een patiënte die met overgave de rol van de martelares speelt, een rol die de therapeut al te vertrouwd is van zijn eigen moeder. Het tweede voorbeeld is een therapeut met een extreem competitieve vader die met zijn competitieve patiënt in strijd raakt.

In de klassieke betekenis van tegenoverdracht spelen de probleemgedragingen (projecties) van de patiënt *per definitie* een ondergeschikte rol in het optreden van tegenoverdrachtsreacties. Die probleemgedragingen activeren de tegenoverdrachtsreacties weliswaar, maar zijn er niet de oorzaak van. Anders gezegd: er moeten bij de therapeut onopgeloste conflicten zijn die door de patiënt worden aangeraakt, opdat de tegenoverdrachtsreacties zich kunnen manifesteren. De probleemgedragingen van de patiënt woelen kwetsuren en onopgeloste conflicten los die al sluimerend in de therapeut aanwezig zijn en lokken de tegenoverdrachtsreacties slechts uit. In de klassieke zin is tegenoverdracht dus altijd *therapeutgebonden*, in de zin dat de ene therapeut bij eenzelfde patiënt heel verschillende (en in heel verschillende mate) tegenoverdrachtsreacties kan ervaren: door verschillen in opvoeding en leergeschiedenis tussen de ene en de andere therapeut.

Latere psychoanalytische stromingen hebben een substantiële verschuiving in het tegenoverdrachtsconcept teweeggebracht: het aandeel van problematische patiëntgedragingen in de tegenoverdracht is voor deze stromingen veel belangrijker dan in de klassieke definitie. Tegenoverdracht wordt steeds minder gezien als louter therapeutgebonden, maar ook (en vooral) als *patiëntgebonden*. Dat wil zeggen: verschillende therapeuten met verschillende achtergrond en persoonlijkheidsvorming kunnen gelijke of soortgelijke tegenoverdrachtsreacties ervaren bij dezelfde patiënt. De belangstelling voor de bijdrage van de patiënt aan de tegenoverdracht nam toe naarmate psychoanalytici hun werkterrein na de Tweede Wereldoorlog meer gingen verbreden en steeds vaker te maken kregen met patiënten die ernstige en 'vroeg' trauma's hadden doorgemaakt, die tot uiting kwamen in persoonlijkheidsproblematiek (Jacobs 1999). De verschuiving naar een meer patiëntgebonden visie heeft het concept rijp en acceptabel gemaakt voor andere psychotherapeutische richtingen, waarmee tegenoverdracht geleidelijk een transtheoretisch concept is geworden.

AUTEUR

ANTON HAFKENSCHIED, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Sinai Centrum, Joodse Geestelijke Gezondheidszorg, Amersfoort, Amstelveen.

CORRESPONDENTIEADRES

A. Hafkenscheid, Berkenweg 7, 3818 LA Amersfoort.
E-mail: a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-8-2014.

In dit artikel geef ik in vogelvlucht eerst een overzicht van de transformatie die het tegenoverdrachtsconcept binnen de psychoanalyse heeft doorgemaakt sinds Freud, met name via het concept van de projectieve identificatie. Dit overzicht is noodgedwongen schetsmatig en onvolledig, omdat de literatuur zeer rijk en verscheiden is. Vervolgens beschrijf ik hoe de patiëntgebonden visie op tegenoverdracht binnen de psychoanalyse eraan heeft bijgedragen dat het belang van het fenomeen steeds meer door andere psychotherapeutische richtingen wordt erkend. De uitbreiding en verbreding van het tegenoverdrachtsconcept zijn niet boven kritiek verheven: volgens sommige auteurs zou het 'oprekken' van het concept leiden tot verwarring en verwatering. Daarom ga ik tot slot in op de recente kritiek die de patiëntgebonden visie op tegenoverdracht heeft opgeroepen.

Transformatie van het tegenoverdrachtsconcept binnen het psychoanalytische referentiekader

Jacobs (1999) meldt in zijn fenomenale historisch overzicht van de ontwikkelingen die de term de afgelopen honderd jaar binnen de psychoanalyse heeft doorgemaakt dat Freud in 1910 voor het eerst gewag maakte van het concept 'tegenoverdracht'. Freud stelde zich op het standpunt dat tegenoverdrachtsreacties altijd beteugeld en overwonnen moeten worden. Het is onbekend of hij ook positieve kanten aan de tegenoverdracht zag, al zijn er schaarse aanwijzingen dat hij de potentiële waarde ervan onderkende. Net als Jacobs (1999) wijst Hinshelwood (1999) erop dat Freud het verschijnsel 'tegenoverdracht' in zijn uitgebreide oeuvre nauwelijks aandacht schenkt. Er zijn slechts vier passages waarin Freud de tegenoverdracht noemt. Freud meende dat de psychoanalyticus te werk moest gaan met de distantie van een chirurg. Om 'ongetammineerd' toegang te kunnen krijgen tot de complexe en verborgen 'binnenwereld' van de patiënt moest de psychoanalyticus een abstinente grondhouding aan de dag leggen

door zich aan te bieden als 'leeg scherm', waarop de patiënt, liggend op de divan, met de therapeut uit het zicht, zijn of haar verborgen wensen en fantasieën zo ongestoord mogelijk kon projecteren. Tegenoverdrachtsreacties ondergroeven de therapeutische neutraliteit en objectiviteit en moesten derhalve worden uitgeschakeld of op zijn minst onder de duim worden gehouden.

Volgens Jacobs (1999) werd het strenge standpunt van Freud niet alleen ingegeven door het technische argument, dat tegenoverdrachtsreacties de overdrachtsrelatie konden bederven. Freud maakte zich evenzeer zorgen over de goede naam van de psychoanalyse. Sommige van zijn collega's hadden het er namelijk moeilijk mee om de professionele grenzen die de psychoanalytische arbeid stelt in acht te nemen. Zij bleken niet opgewassen tegen de verleidingen, die de intimiteit van het contact met de patiënt (of diens familie) hun bood. Aanvankelijk benadrukte Freud het belang van 'zelfanalyse' (introspectie als methode voor de therapeut om zich tegenoverdrachtsreacties bewust te worden), later pleitte hij voor de 'leeranalyse' ('persoonlijke therapie') om de therapeut te helpen eigen neurotische conflicten en de daaruit voortvloeiende tegenoverdrachtsreacties te overwinnen. Freud realiseerde zich overigens terdege dat therapeuten in het psychoanalytische werk altijd met tegenoverdrachtsreacties kunnen worden geconfronteerd, ook na voltooiing van een (langdurige en intensieve) leeranalyse.

Binnen de psychoanalyse zijn met name de Britse objectrelationele stromingen (de kleiniaanse en de onafhankelijke tradities) er voor verantwoordelijk geweest dat het tegenoverdrachtsconcept werd getransformeerd van een te overwinnen hindernis naar een waardevol diagnostisch en (indirect of indirect) therapeutisch hulpmiddel. Binnen het ontwikkelingsmodel van de objectrelatietheorieën is het tegenoverdrachtsconcept sterk verbonden geraakt met het begrip 'projectieve identificatie', dat door Melanie Klein werd geïntroduceerd.

Safran (2012) vat de betekenis van dit nogal complexe begrip als volgt samen: jonge kinderen ervaren (de heftigheid van) hun eigen instinctieve agressie en vijandigheid als overweldigend en intolerabel. Om die redenen creëert het jonge kind een soort paranoïde positie. Het fantaseert dat de agressie en vijandigheid afkomstig zijn uit de moederfiguur (of uit een ander voor het kind belangrijk 'object'), in plaats van uit zichzelf. Dit is het element van de projectie. De 'binnenwereld' van het jonge kind raakt aanvankelijk dus gevuld met onbewuste fantasieën van agressieve, vijandige anderen ('interne objecten'), die het kind angst en een gevoel van nietigheid inboezemen: angst en onmacht die in eerste instantie een reactie waren op de eigen agressieve en vijandige impulsen. Op basis van emotionele en cognitieve rijping en op basis van reële (in

plaats van gefantaseerde) transacties met de protectieve moederfiguur leert het kind om zich de eigen agressie (of andere niet te verdragen heftige emoties, zoals vijandigheid of haat) in een mildere, acceptabele vorm weer toe te eigenen. Dat is het element van de identificatie.

Projectieve identificatie heeft dus als functie om het kind te helpen een adequate emotieregulatie te ontwikkelen. Projectieve identificatie kan uiteraard alleen slagen als de moederfiguur het vermogen en de bereidheid heeft om zich emotioneel voldoende op het kind af te stemmen. De 'goede moeder' weet de heftige emoties van het kind zodanig te verdragen ('verteren'), te 'verdunnen' en te 'ontgiften' dat het kind in staat is ze uiteindelijk te internaliseren. Die vaardigheid staat bekend als *containment*, een term die Bion introduceerde (Hinshelwood 1999).

Projectieve identificatie hoeft zich niet te beperken tot het 'uitbesteden' van eigen agressie en vijandigheid: ook andere gevoelens komen in aanmerking, zoals onmacht. De identificatie met de geprojecteerde gevoelens is evenmin voorbehouden aan de persoon zelf, maar kan ook plaatsvinden bij de persoon op wie de intolerabele gevoelens worden geprojecteerd. Gabbard e.a. (2012) geven het voorbeeld van een kinderpsychiater in opleiding, die zich in toenemende mate identificeert met de onmachtsgelens die zijn jonge patiënt onbewust op hem weet over te dragen door de therapie (en daarmee de therapeut) voortdurend te frustreren. De machteloosheid die zijn patiënt aan hem 'uitbestedt', leidt tot 'uitageren' in de tegenoverdracht: de opleideling identificeert zich uiteindelijk zodanig met de onmachtsgelens van zijn patiënt dat de therapeut een behandelaafpraak met zijn patiënt compleet vergeet. Projectieve identificatie en tegenoverdracht kunnen dus sterk hand in hand gaan en de patiënt heeft in dit voorbeeld een substantieel aandeel in het optreden van de tegenoverdrachtsreacties.

Safran (2012) merkt op dat Klein het hele idee van de projectieve identificatie voornamelijk op eigen klinische intuïtie en ervaring heeft gebouwd en dat haar opvattingen zich moeilijk lenen voor empirische toetsing. Het mechanisme van de projectieve identificatie heeft in psychoanalytische kringen desondanks grote populariteit verworven. Klein heeft er volgens Gabbard (1995) zelf echter maar weinig over geschreven en haar beschrijvingen van het fenomeen zijn bovendien nogal ambigu.

In psychoanalytische zin kunnen psychiatrische problemen zich manifesteren als onvoltooide of mislukte projectieve identificatie. Daarmee zal het proces van de projectieve identificatie zich als primitief afweermecanisme in het therapeutisch contact met de analyticus herhalen. De therapeutische arbeid is geslaagd als de psychoanalyticus, in de rol van 'goede moeder', voldoende in staat is gebleken tot *containment*: het begrijpen en verdragen van de nega-

tieve emoties waarmee de patiënt hem overlaadt, om deze uiteindelijk in verteerbare vorm aan de patiënt ‘terug te geven’. Een voor de therapeut moeilijke kant van de *containment* is de druk die de patiënt hem oplegt om zich echt zo te gaan voelen en gedragen als (de rol op zich te nemen van) de sleutelfiguur die hij in de overdracht voor de patiënt is geworden (Hinshelwood 1999). De psychoanalyticus moet zich zien te verhouden tot de projecties en het provocatieve gedrag waarmee de patiënt hem belast.

Gabbard (1995) constateert dat de opvolgers van Klein en moderne vertegenwoordigers van andere postfreudiaanse psychoanalytische stromingen het er steeds meer over eens zijn dat projectieve identificatie en tegenoverdracht altijd en tegelijkertijd gecreëerd worden door *zowel* de patiënt als de therapeut. In het genoemde voorbeeld van Gabbard e.a. (2012) is het niet alleen *de patiënt* die de kinderpsychiater in opleiding zich machteloos laat voelen. Deze opleiding ‘reproduceert’ in de tegenoverdracht en de projectieve identificatie zijn eigen verleden met een vader, naar wiens aandacht hij hunkerde, maar tot wie hij niet wist door te dringen. Gabbard e.a. (2012) zien zijn verlangen en ambitie om een zinvolle bijdrage te leveren aan de levens van kinderen en pubers als een poging om pijnlijke ervaringen uit zijn verleden ongedaan te maken. Voor de opleiding verandert zijn machteloos makende patiënt tijdens de therapie in een versie van zijn vader.

Patiëntgebonden tegenoverdracht: naar een theoretisch concept

De term ‘objectieve tegenoverdracht’ is afkomstig van Winnicott (1949), een Engelse kinderpsychiater. Hij wierp de term op om aandacht te vragen voor tegenoverdrachtsreacties van de therapeut die niet zozeer terugvoeren naar diens eigen problematische verleden, maar die geïnduceerd worden door de problematische interactionele stijl van de patiënt. Met het ‘objectieve’ van de tegenoverdrachtsreacties doelt Winnicott op de generaliseerbaarheid van bepaalde tegenoverdrachtsreacties. Los van de gevoeligheden van een specifieke therapeut roepen patiënten volgens hem overeenkomstige tegenoverdrachtsreacties op, ongeacht de therapeut die zij tegenover zich zouden hebben. Een voorbeeld is de vijandige en achterdochtige patiënt. Verschillende therapeuten zullen gevoelsmatig naar vorm en intensiteit tot op zekere hoogte verschillend op diens vijandschap en achterdocht reageren. Toch zou de patiënt bij welke therapeut dan ook grofweg vergelijkbare tegenoverdrachtsreacties (zoals de neiging tot behoedzaamheid en afstand) uitlokken, zeker naarmate het patiëntengedrag extremer en hardnekkiger is. Tegenoverdrachtsreacties zijn inherent subjectief, ook als verschillende therapeuten bij dezelfde patiënt overeenkomstige tegenoverdrachtsreacties ervaren. Daarom is de

term ‘objectieve’ tegenoverdracht enigszins ongelukkig. Eigenlijk was het passender geweest om van ‘intersubjectieve’ tegenoverdracht te spreken: als tegenhanger van de therapeutgebonden of subjectieve tegenoverdracht.

Kiesler (1996), zelf geen psychoanalyticus en een van de belangrijkste vertegenwoordigers uit de interpersoonlijke school binnen de psychiatrie en psychotherapie, heeft Winnicotts ‘objectieve’ tegenoverdrachtsconcept op een consequent systeemtheoretische (transactionele) en communicatietheoretische wijze uitgewerkt. In zijn niet-psychoanalytische visie worden tegenoverdrachtsreacties van de therapeut benaderd als natuurlijke en zelfs onvermijdelijke reacties van de therapeut op problematische communicatiepatronen van de patiënt.

Anders dan in de klassiek psychoanalytische benadering worden tegenoverdrachtsreacties dus genormaliseerd. Het disfunctionele interpersoonlijke gedrag van de patiënt ‘stuurt’ de cognities, gevoelens, fantasieën en actietendenzen van de therapeut. Het sjabloon van problematische beïnvloedingsboodschappen van de patiënt in het therapeutisch contact heeft vaak gelijkenis met wat de communicatiestijl van de patiënt aan onbehagen bij mensen in zijn of haar dagelijks leven oproept. De tegenoverdrachtsreacties van de therapeut zijn belangrijk diagnostisch materiaal voor de therapeutische strategie en zijn een opstap voor de therapeut naar metacommunicatie: het op een zo respectvol mogelijke manier aan de patiënt verschaffen van feedback over de onbedoeld negatieve uitwerking van diens problematische gedrag. Het aandeel van de behandelaar in de tegenoverdracht is er volgens Kiesler vooral in gelegen dat de behandelaar in eerste instantie geneigd is om complementair op de disfunctionele bevels- en betrekkingsoodschappen van de patiënt te reageren, waarmee de disfunctionele communicatiestijl van de patiënt onbedoeld in stand wordt gehouden en bekrachtigd.

De introductie van het tegenoverdrachtsconcept binnen andere psychotherapeutische stromingen is mede te danken aan hedendaagse auteurs met een psychoanalytische achtergrond, zoals Wachtel (1997) en Safran en Muran (2000). Deze auteurs hebben geprobeerd om ‘het beste’ uit verschillende andere psychotherapeutische referentiekaders te integreren met het ‘het beste’ uit het psychodynamische gedachtegoed. Net als Kiesler (1988, 1996) vatten deze auteurs de therapeutische dyade op als een micro-systeem, waarin de patiënt de problemen uit de andere systemen (huwelijk, gezin, werksituatie) waarvan hij in zijn leven deel uitmaakt, herhaalt.

De psychoanalyticus Wachtel (1997) heeft deze vicieuze cirkelpatronen beschreven in zijn cyclische psychodynamische model. Hij noemt zijn circulaire model ‘ironisch’, omdat patiënten door hun maladaptieve wijze van com-

municeren: a. over zich afroepen wat ze *niet* willen, en b. juist *niet* krijgen wat ze van de ander verlangen of nodig hebben. Voor genoemde auteurs is de kunst van de behandeling om de voorspelbare (en in die zin veilige), maar verstarrende complementariteit van de communicatie tussen patiënt en therapeut te doorbreken en de patiënt te helpen eigen behoeften en grenzen op een flexibeler (en daarmee meer adaptieve) wijze aan anderen over te brengen.

Het repeterende karakter van complementaire transacties heeft vroeg of laat stagnaties of impasses in de therapeutische relatie tot gevolg, door Safran en Muran (2000) 'alliantiebarsten' genoemd. In elke behandeling doen zich momenten voor dat de patiënt gevoelens van frustraties, teleurstelling en boosheid jegens de therapeut ervaart, omdat geen enkele therapeut naadloos bij de behoeften, verlangens, fantasieën en grenzen van de patiënt kan (en wil) aansluiten. Sommige patiënten zijn geneigd om die gevoelens te verbergen, anderen om primaire (kwetsbare, eigenlijke 'onderliggende') gevoelens te maskeren door ze in 'secundaire' of 'afgeleide' gevoelens (Greenberg e.a. 1993) te uiten.

Een voorbeeld is de patiënt die verdriet (primair gevoel) ervaart wanneer hij zich door de therapeut onbegrepen voelt, maar vervreemd is van dit verdriet en het uitageert in de vorm van een boosaardige (secundaire gevoel) en verwijtende aanval op de therapeut. Zulke voor de therapeut onaangename patiëntgedragingen (ongeacht of die als overdrachtsreacties moeten worden geduid) bevorderen op hun beurt tegenoverdrachtsreacties. Safran en Muran (2000) gebruiken alliantiebarsten als belangrijk aangrijpingspunt om de patiënt te helpen om teleurstellingen, verlangens en negatieve gevoelens op een meer directe, voor de ander toegankelijke en acceptabele manier te leren communiceren.

Kritiek op de patiëntgebonden visie op tegenoverdracht

Voor auteurs als Kiesler (1988, 1996), Wachtel (1997) en Safran en Muran (2000) geven 'objectieve' tegenoverdrachtsreacties een onmisbare inkijk in de intrapsychische en relationele problemen van de patiënt. Zij ontdekken niet het mogelijke aandeel van de therapeut in het optreden van tegenoverdrachtsreacties. Kiesler (2001) ziet een continuüm tussen a. door de *patiënt* geïnduceerde, 'objectieve' tegenoverdracht ten opzichte van b. door de *therapeut* geïnduceerde, 'subjectieve' tegenoverdracht. Ook Gabbard (1995; 2001) meent dat het verschil tussen patiëntgebonden of therapeutgebonden tegenoverdracht altijd gradueel is. Gelso en Hayes (2001) zijn de belangrijkste representanten van het gereviseerde therapeutgebonden tegenoverdrachtsconcept. Zij tonen zich kritisch over de opvattingen

van Kiesler en Gabbard (Gelso & Hayes 2007; Hayes 2004). Zij pleiten ervoor om het tegenoverdrachtsconcept uitsluitend te gebruiken voor therapeutgebonden tegenoverdrachtsreacties: cognitieve vertekeningen, maladaptieve interpersoonlijke patronen en intrapsychische conflicten die primair bij de therapeut thuishoren, en niet bij de patiënt. Kenmerken van de patiënt (niet alleen interpersoonlijke stijl, maar ook uiterlijke kenmerken, zoals kledestijl, leeftijd, geslachtsidentiteit, sociale klasse, etnische achtergrond) maken de tegenoverdracht vrij, maar de patiënt kan er volgens hen niet voor verantwoordelijk voor worden gemaakt. Voor deze auteurs is het gevaar van het onderscheid tussen 'subjectieve' en 'objectieve' tegenoverdracht dat therapeuten het zicht op de herkomst van hun eigen (over)gevoeligheden verliezen en zich al te gemakkelijk kunnen verschuilen achter de pathologische kenmerken van de patiënt als veroorzakers van therapeutische stagnaties en impasses. Met hun pleidooi schuiven deze auteurs, die zelf niet uit de psychoanalyse afkomstig zijn, het tegenoverdrachtsconcept weer in de richting van de klassiek psychoanalytische opvatting (Hayes 2004), zonder overigens te willen terugkeren naar het pathologiserende element van de oorspronkelijke psychoanalytische definitie.

Gelso en Hayes (2007) normaliseren tegenoverdracht als 'altijd en onvermijdelijk aanwezig in elke therapeutische ontmoeting': soms in onschuldige mate en betekenis, soms in een mate en betekenis die risicovol is voor de therapie. De patiënt projecteert zijn innerlijke conflicten niet zomaar op een therapeut die zich zoveel mogelijk als 'leeg scherm' aanbiedt, zoals de klassieke psychoanalyse stelt. Elke patiënt ontmoet bij tijd en wijle een therapeut die in zekere mate strijd levert met eigen kwetsbaarheden, onopgeloste conflicten en overgevoeligheden.

Tegenoverdrachtsreacties voeren niet per se terug naar het persoonlijk verleden van de therapeut, maar kunnen evengoed verbonden zijn met zijn of haar actuele levenssituatie. Een voorbeeld is een ongewild kinderloze therapeut die door zijn of haar jaloezie belemmerd wordt in de behandeling van een patiënt die worstelt met opgroeiende kinderen. Een ander voorbeeld is de kerngezonde jonge therapeut zonder noemenswaardige verlieservaringen, die de patiënt geen ruimte laat om over ervaringen met ziekte en verlies te praten. Ook conditioneringmechanismen, zoals aangeleerde culturele en maatschappelijke vooroordelen (over bijvoorbeeld minderheidsgroepen als alloctonen en homoseksuelen), kunnen de tegenoverdracht bepalen.

De pleitbezorgers van de gereviseerde therapeutgebonden visie zien tegenoverdracht als potentieel problematisch en risicovol voor de behandeling, maar menen tegelijkertijd dat een tolerante attitude van therapeuten ten opzichte

van hun eigen tegenoverdrachtsreacties de beste garantie is om tegenoverdrachtsreacties niet te laten ontsporen door ze 'uit te ageren'.

De patiënt- en therapeutgebonden visies op tegenoverdracht vullen elkaar eerder aan dan dat ze elkaar uitsluiten. Het is de verdienste van de gereviseerde therapeutgebonden visie op tegenoverdracht dat zelfonderzoek en erkenning van het eigen aandeel in onbevredigend verlopende interacties met de patiënt tot een vanzelfsprekende norm worden verheven, terwijl de 'objectieve' tegenoverdracht uit de patiëntgebonden visie therapeuten toch nog ruimte laat om zich achter de stoornis van de patiënt te verschuilen en zelf buiten schot te blijven. Vertegenwoordigers van de gereviseerde therapeutgebonden visie waarschuwen ervoor dat therapeuten zichzelf niet al te gemakkelijk kunnen vrijpleiten van hun eigen aandeel in stagnaties en impasses, alsof zij slechts weerloze slachtoffers zouden zijn van de stoornis of problematische levensgeschiedenis van de patiënt: een waarschuwing die ook door anderen (zie bijvoorbeeld: Hafkenscheid 2005) is afgegeven.

Die waarschuwing is op zichzelf nuttig, maar verder doet de kritiek op de patiëntgebonden visie op tegenoverdracht lichtelijk geforceerd aan. Theoretici als Kiesler (2001), Gabbard (1995, 2001) en Safran en Muran (2000) erkennen immers expliciet het interactieve, en dus dialectische en wederkerige, karakter van de tegenoverdracht, waarbij de therapeut er altijd zelf mede verantwoordelijk voor is als het therapeutisch proces niet of niet optimaal verloopt. Van Denburg en Kiesler (2002) beschrijven hoe binnen de therapeutische context niet alleen elke patiënt, maar ook elke therapeut zo nu en dan in 'weerstandsgedrag' verstrikt raakt.

De kritiek op de patiëntgebonden visie op tegenoverdracht is mede ingegeven door de terechte zorg dat de definitie van tegenoverdracht steeds verder dreigt te worden opgerekt, met alle verwarring en verwatering van dien. Inderdaad heeft het concept nauwelijks nog specifieke betekenis wanneer elk gevoel van de therapeut over (het gedrag van) de patiënt onder tegenoverdracht wordt geschaard. Daar staat tegenover dat iedere poging tot scherpere afbakening van het concept behoorlijk problematisch is. De door de psychoanalyticus Greenson (1967) voorgestelde afbakening van de werkaliantie ten opzichte van de overdracht-tegenoverdrachtsrelatie is daarvan een voorbeeld. Dit lange tijd invloedrijke onderscheid is theoretisch helder: de werkaliantie is 'het gezonde deel dat op samenwerking is gericht', de overdracht-tegenoverdrachtsrelatie daarentegen is op regressie en weerstand gebaseerd. In de praktijk is dit onderscheid zelden eenduidig te maken.

CONCLUSIES

Westen (1998) constateert dat het psychoanalytisch begrippenkader een rijke inspiratiebron is (geweest) voor het veel bredere domein van de latere, meer empirisch gefundeerde psychologische en psychiatrische theorievorming. Hij noemt tegenoverdracht niet expliciet, maar zijn constatering geldt zeker ook voor dit van oorsprong psychoanalytische concept. De onderliggende theorie van de projectieve identificatie is nogal speculatief en het is de vraag of de zware theoretische lading van het begrip wel nodig is om de dynamiek van de overdracht en tegenoverdracht te begrijpen. Tegenoverdracht zelf lijkt zich beter te lenen voor empirisch onderzoek dan het fenomeen van de projectieve identificatie, al is het bestaande onderzoek tot nu toe soms te simplistisch om de complexiteit en het dynamische karakter van het verschijnsel tegenoverdracht recht te doen (Fauth 2006; Hayes & Gelso 2001; Hayes e.a. 2011). Uit een recent uitgevoerde inventarisatie van onderzoeksstudies (Hafkenscheid 2014) kon worden geconcludeerd dat de nieuwere transtheoretische visies op tegenoverdracht inmiddels in behoorlijke mate empirisch worden ondersteund. Die conclusie geldt zowel voor de patiëntgebonden als voor de gereviseerde therapeutgebonden visies. Het verschijnsel van de tegenoverdracht kan dus niet zomaar worden afgedaan als een gedateerde psychoanalytische vondst.

In zijn 'Korte bijdrage' (van nog altijd 23 pagina's) in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* stelde De Blécourt (1974) veertig jaar geleden 'dat tegenoverdrachtsgevoelens van de analyticus een machtig hulpmiddel kunnen zijn bij de behandeling – als de analyticus zich de tegenoverdracht tenminste bewust weet te maken – maar ook een ernstige hindernis, als de tegenoverdracht heftig, maar grotendeels onbewust blijft' (p. 685). Veertig jaar later is deze opvatting zowel binnen de psychoanalyse als daarbuiten grotendeels gemeengoed geworden.

Het idee van tegenoverdracht als gezamenlijke creatie van patiënt en therapeut heeft bevorderd dat ook andere stromingen binnen de psychotherapie het diagnostisch en therapeutisch belang van tegenoverdracht tegenwoordig onderkennen. Zelfs binnen de cognitieve gedragstherapie staat het belang van tegenoverdracht inmiddels niet meer ter discussie (bijvoorbeeld: Gilbert & Leahy 2007). Dat tegenoverdracht zowel hindernis als hulpmiddel in de behandeling kan zijn wordt zowel door de therapeutgebonden ('subjectieve' tegenoverdracht) als door de patiëntgebonden ('objectieve' tegenoverdracht) visie onderkend. De postfreudiaanse psychoanalytische stromingen aangaande vandaag de dag vrijwel unaniem dat tegenoverdrachtsreacties belangrijk *diagnostisch* materiaal kunnen zijn: ze kunnen de therapeut inzicht verschaffen in de interpersoonlijke problemen van de patiënt. Over het *therapeutisch* gebruik is echter aanzienlijk minder overeen-

stemming. Binnen het psychoanalytische referentiekader blijft omstreden of de therapeut de contraproductieve effecten die hij aan het gedrag van de patiënt ervaart ook openlijk met de patiënt mag delen (Jacobs 1999). Kiesler en Van Denburg (1993) noemen de psychoanalytische terughoudendheid tegenover subjectieve zelfonthulling het 'laatste taboe binnen de psychoanalyse'. Voor belangrijke hedendaagse psychoanalytische auteurs als Wachtel (1993, 1997) en Safran en Muran (2000) zijn tentatieve subjectieve zelfonthulling en metacommunicatie overigens, net als voor niet-psychoanalytische theoretici zoals Kiesler (1988, 1996), gewoon de hoekstenen van hun therapeutische aanpak.

Democratisering en emancipatie hebben de verhouding tussen professional en patiënt de afgelopen halve eeuw fundamenteel veranderd. Uitgestorven is de stereotiepe psychoanalyticus, die in zijn of haar alwetendheid de intrapsychische conflicten en ambivalenties van de patiënt kon duiden, zonder dat de patiënt ze zelf nog maar kende. Psychotherapeuten, psychoanalytisch of anderszins georiënteerd, zijn niet meer de experts, die het primaat hebben op de kennis over de 'binnenwereld' van de patiënt.

In de huidige tijd wordt psychotherapie veeleer gezien als een ontmoeting tussen twee kwetsbare en feilbare individuen, die hun onvermijdelijk subjectief gekleurde werkelijkheidsopvattingen met elkaar uitwisselen, om tot een werkbare, subjectieve consensus te komen over wat er met de patiënt aan de hand is en hoe de problemen van de patiënt kunnen worden verminderd. Die uitwisseling vindt plaats in een 'onderhandelingsproces' (Safran & Muran 2000), dat onvermijdelijk met subtiele of minder subtiele strijd gepaard gaat (Shahar 2004). In dat 'onderhandelingsproces' komen patiënt en therapeut elkaars 'uitageren', 'favoriete werkelijkheidsreducties' en blinde vlekken steeds opnieuw tegen.

De therapeut die, uiteraard op gepaste momenten en op een respectvolle manier, open en eerlijk verantwoordelijkheid durft te nemen voor zijn of haar tegenoverdrachtsreacties, is het best denkbare model voor zijn of haar patiënten. Die therapeut creëert een optimaal veilig en werkzaam therapeutisch klimaat, waarin patiënten worden uitgenodigd en uitgedaagd om eigen overdrachtsreacties en andere vertekeningen onder ogen te komen en er verantwoordelijkheid voor te nemen (Safran & Muran 2000).

LITERATUUR

- Blécourt A de. Overdracht, tegenoverdracht en ageren in de psychoanalyse. Tijdschr Psychiatr 1974; 16: 678-700.
- Fauth J. Toward more (and better) countertransference research. Psychother Theor Res Pract Train 2006; 43: 16-31.
- Gabbard G. Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal 1995; 76: 475-85.
- Gabbard GO. A contemporary psychoanalytic model of countertransference. J Clin Psychol 2001; 57: 983-91.
- Gabbard GO, Weiss Roberts L, Crisp-Han H, Ball V, Hobway G, Rachal F. Professionaliteit in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Gelso CJ, Hayes JA. Countertransference and the therapist's inner experience: perils and possibilities. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2007.
- Gilbert P, Leahy RL, red. The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies. New York: Routledge; 2007.
- Greenberg LS, Rice LN, Elliott R. Facilitating emotional change: the moment-by-moment process. New York: the Guilford Press; 1993.
- Greenson RR. The technique and practice of psychoanalysis. Madison: International Universities Press; 1967.
- Hafkenscheid A. Event countertransference and vicarious traumatization: theoretically valid and clinically useful concepts? Eur J of Psychother Counsell Health 2005; 7: 159-68.
- Hafkenscheid A. De therapeutische relatie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014.
- Hayes JA. The inner world of the psychotherapist: a program of research on countertransference. Psychother Res 2004; 14: 21-36.
- Hayes JA, Gelso CJ. Clinical implications of research on countertransference: science informing practice. J Clin Psychol 2001; 57: 1041-51.
- Hayes JA, Gelso CJ, Hummel AM. Managing countertransference. In: Norcross JC, red. Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness. New York: Oxford University Press; 2011. pp. 239-58.
- Hinshelwood, RD. Countertransference. Int J Psychoanal 1999; 80: 797-818.
- Jacobs T. Countertransference past and present: a review of the concept. Int J Psychoanal 1999; 80: 575-94.
- Kiesler DJ. Therapeutic metacommunication: therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy: Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1988.
- Kiesler DJ. Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy. New York: Wiley; 1996.
- Kiesler DJ. Therapist countertransference: common themes and empirical referents. J Clin Psychol 2001; 57: 1053-63.
- Kiesler DJ, Van Denburg T. Therapeutic impact disclosure: a last taboo in psychoanalytic theory and practice. Clin Psychol Psychother 1993; 1: 3-13.

- Safran JD. Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapies. Washington: American Psychological Association; 2012.
- Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. New York: The Guilford Press; 2000.
- Shahar G. Transference-countertransference: where the (political) action is. *J Psychother Integr* 2004; 14: 371-96.
- Van HL. De psychiater maakt het verschil. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56, 76-8.
- Van Denburg TF, Kiesler DJ. An interpersonal communication perspective on resistance in psychotherapy. *J Clin Psychol* 2002; 58: 195-205.
- Wachtel PL. Therapeutic communication: knowing what to say when. New York: The Guilford Press; 1993.
- Wachtel PL. Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world. Washington: American Psychological Association; 1997.
- Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychol Bull* 1998; 124: 333-71.
- Winnicott DW. Hate in the countertransference. *Int J Psychoanal* 1949; 30: 69-74.

SUMMARY

Countertransference: from a psychoanalytical to a transtheoretical concept

A. HAFKENSCHIED

BACKGROUND In classical psychoanalysis, countertransference reactions pointed to 'unfinished business' on the part of the therapist. The therapist had to be able to control or eliminate his countertransference reactions in order to protect the patient from the effect of such reactions. According to psychoanalytical thinking today, however, countertransference is considered to be a joint creation of the patient and the therapist.

AIM To demonstrate how countertransference, which was originally a typical psychoanalytical concept, has evolved into a trans-theoretical concept.

METHOD A selection of the voluminous literature is discussed.

RESULTS The countertransference, which was originally a psychoanalytical concept, has been modernised and updated and has been adopted by other psychotherapeutic systems.

CONCLUSION The current notion that countertransference is a concept created jointly by patient and therapist has led to increased interest among practitioners of other types of psychotherapy, making them aware of the diagnostic and therapeutic importance of countertransference.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)3, 202-209

KEY WORDS countertransference, psychoanalysis, transtheoretical concept