

Een kritische evaluatie van de rationele therapie vanuit psychoanalytische inzichten

door J. Derksen

Inleiding

In 1959 werden er door Harper al 36 psychotherapeutische systemen beschreven. In Nederland (Bruggeman, 1976) genieten in ieder geval psychoanalyse, rogeriaanse therapie, gedragstherapie, relatietherapie, groepspsychotherapie en gestalttherapie een ruime bekendheid. Daarnaast bestaat er nog een groot aantal benaderingen en in de praktijk blijken veel psychotherapeuten eclectisch te werken. De verschillende scholen en stromingen hebben elkaar onderling vaak het leven zuur gemaakt, elke groepering maakt aanspraak op een eigen identiteit, toepasbaarheid en werkzaamheid. Er is, naar mijn indruk, minder aandacht besteed aan vergelijking van de verschillende therapeutische systemen en onderlinge confrontatie, dan aan het construeren van nieuwe.

Aan empirisch-experimenteel evalueren van therapie wordt veel aandacht besteed, maar het lijkt mij ook belangrijk vanuit een wetenschappelijk-theoretische optiek te werk te gaan. Dit laatste veronderstelt echter zowel een praktijk als een theorie. Als we de structuur van een wetenschappelijke discipline uiteenleggen in een praktijk (b.v. de rogeriaanse behandeling), een techniek (de behandelingsmethode) en een theorie (die gerelateerd is aan praktijk en methode), dan wil ik stellen dat de meeste psychotherapeutische systemen niet veel meer zijn dan een praktijk. In plaats van een theorie bestaan er meestal slechts richtlijnen voor de praktijk en deze technische kanten zijn in de regel op geen enkele manier systematisch uitgewerkt. Dit bemoeilijkt het onderzoek naar de effectiviteit en toepasbaarheid van de verschillende systemen aanzienlijk.

Een uitzondering hierop vormt de psychoanalyse zoals die ontwikkeld is door Sigmund Freud. Dit systeem bevat wel degelijk een praktisch, theoretisch en technisch moment en leent zich daarom bij uitstek als instrument dat inzichten voortbrengt waarmee

Schrijver is wetenschappelijk medewerker op de vakgroep klinische psychologie van de Nijmeegse Universiteit en werkzaam in de praktijk van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

andere therapie-systemen geëvalueerd kunnen worden. Belangrijk daarbij is het naar mijn idee dat er over inzichten wordt gesproken, omdat de psychoanalytische praktijk niet in zijn geheel vergeleken kan worden met de praktijk van b.v. de gedragstherapie. Tevens is het in het geval van de psychoanalyse zo dat de praktijk de doorslaggevende rol speelt in de constructie zowel als verandering van theoretische als methodische aspecten van de psychoanalyse.

Een belichting van moderne therapeutische systemen vanuit psychoanalytische gezichtspunten kan bijdragen tot een verantwoord gebruik van deze therapeutische modellen. In dit artikel wil ik de 'rational-emotive psychotherapy' (RET), die Nederland sterk in opmars is, vanuit deze invalshoek benaderen. Daarbij wil ik benadrukken dat deze poging niet de pretentie van volledigheid in zich draagt. Allereerst een beknopte schets van de rationele therapie.

Rational-emotive psychotherapy

De RET, ontwikkeld door Albert Ellis (1975), richt vooral de aandacht op cognities, gedachten, 'self-talk' en irrationele ideeën van mensen. Centraal in de RET staat, volgens Ellis, dat emotionele of psychologische stoornissen grotendeels het resultaat zijn van niet-logisch en irrationeel denken. Een persoon kan verlost worden van veel van deze stoornissen door te leren het rationele denken te maximaliseren en het irrationele te minimaliseren. In de rationele therapie wordt het 'ABC van emoties' gehanteerd, waarbij A staat voor de externe gebeurtenis, B voor de houding tegenover de opvatting over deze gebeurtenis en C voor de emotionele reactie. De volgorde geeft aan dat het volgens de RET niet de gebeurtenis is die je gevoelens bepaalt, maar je houding ten opzichte van en je gedachten over die gebeurtenis (B). Ellis heeft in dit verband veel voorkomende irrationele ideeën beschreven (zoals: 'iedereen moet mij aardig vinden') die in zijn visie verantwoordelijk zijn voor emotionele stoornissen. In zijn therapeutische activiteit worden vooral ideeën opgespoord, uitgedaagd en vervangen door ideeën die meer gebaseerd zijn op feiten. In latere ontwikkelingen van de RET is de nadruk komen te liggen op de 'self-talk' van de cliënt: de manier waarop iemand zich in taal uitdrukt over de werkelijkheid, hieronder kan ook de fantasie vallen. Maxie Maultsby (zie hiervoor: Maultsby, 1975; Goodman & Maultsby, 1974; Diekstra & Dassen, 1977) heeft de rationele therapie verder uitgewerkt en daarbij criteria ontwikkeld om te bepalen of een gedachte rationeel is. De therapie bestaat dan uit drie stappen en is in principe toepasbaar op elk probleem. Deze methode wordt vooral gebruikt voor het verhelpen van sociale angsten en het verwerven van assertief gedrag.

Allereerst wordt er een rationele zelfanalyse gemaakt. De situatie waarin de cliënt een ongewenste emotie ervaart wordt geanalyseerd aan de hand van het volgende schema:

Rationele therapie vanuit psychoanalytische inzichten

A situatie	D (A)	camera-controle van A (dat wil zeggen: nagaan of A zo objectief mogelijk is beschreven)
B gedachten	D (B)	het rationeel 'uitdagen' van B (bijvoorbeeld door het stellen van vragen: is de gedachte waar? helpt ze mij ongewenste persoonlijke gevoelens te vermijden? helpt ze mij ongewenste conflicten met mijn omgeving te voorkomen? helpt ze mij mijn doel te bereiken?) en het vormen van nieuwe rationele gedachten
C gevoel (neutraal, negatief of positief)	E	doel (hoe wil ik me voelen? wat wil ik doen?)

Tijdens de tweede fase van de therapie worden er 'rationeel-emotionele imaginatie-oefeningen' gedaan. Hierin leert de cliënt zich de nieuwe gedachten (rechterzijde in het schema) eigen maken. De cliënt ontspant zich, stelt zich de situatie voor en denkt daarbij de nieuwe rationele gedachten net zo lang totdat het gewenste gevoel optreedt.

In de derde fase krijgt de cliënt de opdracht zich in werkelijkheid in een voor hem moeilijke situatie te begeven, terwijl hij de aangeleerde nieuwe gedachten denkt. Vooral het leren stellen van een eigen doel in elke situatie en vervolgens het proberen er zo effectief mogelijk naar toe te werken, zijn belangrijke aspecten in deze benaderingswijze.

Psychoanalyse versus rationele therapie

Globaal gesproken zou je kunnen zeggen dat in de psychoanalytische therapie, metapsychologisch gezien, de relatie Es-Ich centraal staat terwijl er in moderne therapieën een verschuiving heeft plaats gevonden naar de relatie ik-realiteit. Hierbij verliest het onbewuste ogenschijnlijk aan betekenis voor de therapeutische praktijk. In de psychoanalyse (Freud, 1923) vormt het bewustzijn enkel de oppervlakte van het psychisch apparaat en het wezen van het psychische ligt niet in dit bewustzijn, maar in het onbewuste. In deze visie zijn er op het niveau van het bewustzijn slechts een beperkte hoeveelheid problemen in beperkte mate oplosbaar of, beter uitgedrukt, hanteerbaar te maken. De rationele therapie grijpt vooral aan op het bewustzijnsniveau, meer specifiek bij de normen en waarden van de persoon.

Vanuit een metapsychologische optiek bezien staat het ik (Ich) op gespannen voet met het Es, de realiteit van het Ueber-Ich. Het ik is ook niet meer dan het door de invloed van de buitenwereld veranderde deel van het Es (feitelijk wordt het ik hier in twee beteke-

nissen gebruikt: 1. het individu of de persoon; 2. de instantie die binnen het individu verantwoordelijk is voor de eenheid ervan). Volgens Freud stelt het ik zich ten doel het realiteitsprincipe op de plaats van het lustprincipe, dat onbeperkt heerst in het Es, te zetten. De waarneming speelt voor het ik de rol die in het Es de drift ten deel valt. Het ik vergelijkt Freud met de ruiter, het Es met het paard, daarbij is er van ik-autonomie geen sprake. Bij de franse psychoanalyticus Jacques Lacan (Mooij, 1976) ontstaat het ik door identificatie met het totaalbeeld van de ander en met name het eigen spiegelbeeld. Het ik is een wezenlijk narcistische formatie (bij Freud overigens ook), ontstaan in de narcistische fase waarin het imaginaire overheerst en het duele relatiepatroon centraal staat. De psychoanalyse is op dit punt in strijd met en levert radicale-kritiek op ideologieën die het ik van mensen verheerlijken en het allerlei vergaande functies en capaciteiten toebedelen (denk b.v. aan de Amerikaanse ideologie van de 'self-made man'). Dit geldt eveneens voor veel psychotherapeutische systemen waar de aanpassingscapaciteiten van het ik centraal staan. Ook de vrije wil en de vrijheid van handelen die het subject in deze tradities wordt toebedeeld neemt de psychoanalyse onder vuur en stelt er een volstreekte determinering van het psychische tegenover (zie b.v. Freud, 1905).

Het probleem dat zich hier aandient is de vraag of de rationele therapie het bewustzijn en de ik – functies (hoewel ook delen van het ik onbewust zijn) niet sterk overschat. De therapeutische methodiek springt vooral in op het cognitief functioneren, het zijn de gedachten van de cliënt die een bepaalde onaangename emotie oproepen of een psychisch conflict veroorzaken. Middels rationalisering van het denkproces verdwijnt de negatieve emotie en komt er een oplossing voor het conflict. Hierbij wordt, volgens psychoanalytische denkkaders, de denkactiviteit volstrekt overschat: de cognitie is niet conflictvrij of belangeloos maar afhankelijk van de wensen van Es en Ueber-Ich. Er wordt ten onrechte vanuit gegaan dat het contact met de werkelijkheid via het denken, het cognitief apparaat, alleen tot stand komt en gereguleerd kan worden. De waarnemingsfuncties van het ik worden overschat als onafhankelijk en autonoom, terwijl feitelijk in het contact met de werkelijkheid het onbewuste vooraf gaat aan de denkprocessen, welke laatste vaak niet meer zijn dan rationalisaties. In veel situaties zijn de redenen die iemand opgeeft voor zijn gedrag achteraf geconstrueerde legitimaties (motiveringen) en de motieven zijn zelf meestal verhuuld. Het is precies het kenmerk van het onbewuste dat de persoon hier zelf in zijn redenen gelooft, er bestaat niets anders en het vage gevoel van onvrede, als het al bespeurd wordt, is snel verjaagd. Als er dan een sterke emotie optreedt is het vanwege deze redenen dat de gedachten er prima bij lijken te passen, ja zelfs vooraf lijken te gaan aan het gevoel.

Hiermee is niet gezegd dat in de rationele therapie alles op zijn kop wordt gezet en dat er daarom ook geen sprake kan zijn van werkzaamheid. Een aantal ongewenste gevoelens zijn wel te verminde-

ren door aan de cognities te sleutelen: het is echter daarbij de vraag of dit proces altijd zo verloopt, zoals in de rationele therapie wordt betoogd. De gedachten kunnen een ondersteuning vormen voor gedrag en voor emoties. Een manier om dit gedrag te veranderen of het gevoel te verzwakken kan zijn om het bestaan van de gedachten (normen, voorschriften) aan te tonen en de irrationaliteit ervan te laten zien. Als het motief niet te sterk is en de ondersteunende cognities worden met het oog op de realiteit geherstructureerd, dan kan deze algemene herwaardering tot gevolg hebben dat het motief verzwakt of een andere uitweg moet vinden. Wat er dan, metapsychologisch gezien, gebeurt is het versterken van de relatie ik – realiteit en daarmee worden de relaties Ich – Es en Ich – Ueber-Ich beïnvloed.

Mijn ervaring in het werken met rationele therapie is dat het proces van opsporen van irrationele gedachten in een bepaalde situatie aantrekkelijke kanten heeft. De cliënt was zich niet bewust van deze denkpatronen en daarop kan hij nu beter gaan letten. Echter wanneer het gaat om hardnekkige emoties dan blijven die meestal toch aanwezig en de patiënt verzucht vaak: 'ik doe mijn best en ik weet ook wel dat ik anders kan denken, maar toch voel ik me nog depressief (of: doe ik het toch, of durfde ik het niet)'. Het is naar mijn indruk ook vanwege deze redenen dat de rationele therapie een soort zelfbeschermend aspect heeft ingebouwd: actie. Ellis vindt het belangrijk om naast het veranderen van het denken te oefenen, steeds weer opnieuw proberen dat gedrag te vertonen wat je niet durft of kunt. Dit laatste element speelt ook een belangrijke rol in assertiviteitstraining en in gedragstherapie, met name als het gaat om de inoefening van nog nooit geleerde of vertoonde gedragspatronen (b.v. nee zeggen, weigeren; iets dat met name veel vrouwen in hun leven van alledag niet eens overwegen). Op die vlakken kan er wel getraind worden en aangevuld met cognities die dit gedrag niet in de weg staan (b.v. 'het is mijn recht om te weigeren vanavond voor de kinderen van de burens te zorgen') worden er interacties aangeleerd die voorheen niet binnen de range van gedragsalternatieven lagen. Voor mensen met deze klachten kan een goed opgezette assertiviteitstraining, samengesteld uit gedrags-therapeutische en rationeel-therapeutische technieken, hulp bieden aan hun opstelling in sociale situaties. Rationele therapie vestigt de aandacht van de cliënt meer op zijn eigen gedrag en in het geval dat er grotere problemen ten grondslag liggen aan de sociale angst kunnen deze aangeboord worden. Het kan gebeuren dat middels dit therapeutisch proces onbewuste impulsen binnen dringen in het ik. Middels associaties en vermindering van weerstand kunnen verdrongen gedachten en voorstellingen bewust worden en dit kan uitlopen op een grotere problematiek, omdat het ik zich met deze verdrongen voorstellingen en wensen uiteen moet gaan zetten. Hierop kom ik verderop nog terug.

Conflicten tussen het ik en het ik-ideaal (Ueber-Ich) weerspiegelen in laatste instantie de tegenspraak van werkelijk en psychisch, buitenwereld en binnenwereld. Dit is ook het aandachtsveld van de

rationele therapie. De eisen vanuit het Ueber-Ich (geweten) zijn vaak de opdrachtgevers van het ik voor verdringing van wensen en voor afzwakking ervan. Zolang in een bepaalde psychische problematiek vooral de relatie Ueber-Ich tot Ich centraal staat, kan de rationele therapie aanspraak maken op een bepaalde effectiviteit. Daarbij ligt dan het accent op het verminderen van de eisen die iemand aan zichzelf stelt middels rationele herstructurering van de talige uitdrukking ervan. Hierbij gaat het dus niet om een rechtstreekse beïnvloeding van de structuur van het Ueber-Ich, maar via de (versterking van de) relatie ik-reëliteit wordt de relatie tussen ik en Ueber-Ich en ik en Es beïnvloed. Vanuit deze optiek wordt getracht het ik van de persoon wat te verlichten van de druk waaronder het staat. In dit verband kan het ook gebeuren dat de persoon minder voorstellingen en gedachten die gepaard gaan met ervaringen verdringt.

De rationele therapie is ook gericht op het opsporen van gedachten die een (irrationele) wens bevatten. Deze kunnen bewust gemaakt worden. Daarmee kan een grotere acceptatie tot stand gebracht worden en dit levert als het ware een versoepeling van het functioneren op. Het ik is ruimer geworden en kan meer impulsen vanuit het Es herbergen en integreren met wensen van het Ueber-Ich. Middels de dialoog die de rationeel therapeut voert met de cliënt wordt het ik gestimuleerd zich te poneren en dit kan nog versterkt worden door inoefening van gedrag. Deze vorm van therapie tracht dus middels praten, discussiëren en overtuigen sommige functies en uitwerkingen van het Ueber-Ich enigszins af te bouwen. Voorzover waarden en opvattingen van de ouders de constitutie vormen van het Ueber-Ich en dit zich opstelt ten opzichte van het ik zoals de ouders dat deden, is hier enige verandering in te bewerkstelligen. Echter het probleem stelt zich dat ook van het Ueber-Ich delen onbewust zijn, bewustzijn is tenslotte maar een vluchtige toestand; wat bewust is het ene moment is weer voorbewust een moment later. Maar volgens Freud (1924) is het Ueber-Ich zowel een vertegenwoordiger van het Es als van de buitenwereld. Het voorbewuste is in dit verband ook gemakkelijk object van moderne therapie. In het geval van de rationele therapie wordt er door de therapeut vooral aandacht besteed aan het bewust maken van bepaalde normen en eisen die de cliënt met zich meedraagt. Deze kunnen dan erkend, eventueel geaccepteerd of tijdelijk geaccepteerd, en omgevormd worden. Het omvormingsproces is gebaseerd op een rationele uitdaging volgens de criteria die hiervoor weergegeven zijn. Dit verwerpsproces wordt voorgeschoteld als een soort cognitieve activiteit, een rationele afweging, die tot vernieuwing kan leiden, en dat zou gedragsverandering of emotieverandering met zich meebrengen. Als dit niet meteen lukt, wat meestal het geval is, wordt het actie-moment ingebracht. Er is dus geen sprake van een rechtstreekse gedragsbeïnvloeding, maar van een langzame ombuiging. Echter met deze praktisch georiënteerde benadering wordt niet gedacht in termen van structuur en functies van het psychisch apparaat.

Ik zal met een voorbeeld concreet trachten te maken wat ik bedoel. In de praktijk van de psychotherapie met vrouwen komen veelvuldig hun sterke minderwaardigheidsgevoelens ter sprake. Met de rationele therapie wordt aangetoond dat een label als minderwaardig of waardeloos niet samenvalt met hun persoon als geheel. Kortom: er kan een uitvoerig cognitief onderzoek plaats vinden van de gedachten die hier het minderwaardigheidsgevoel zouden constitueren. Echter de praktijk laat zien dat daarmee deze gevoelens niet definitief verdwijnen, al kan het zijn dat de cliënt zich wel tijdelijk wat opgelucht voelt. Voor minderwaardigheidsgevoelens kan vanuit een psychoanalytische optiek een meervoudige derterminatie bloot gelegd worden (zie hiervoor Derksen, 1978). Van de structuur van het Ueber-Ich kan in dit verband gezegd worden dat deze in zijn functie onvoldoende geïdealiseerd is. Psychoanalytisch gesproken zou een therapeutisch proces deze lacune moeten herstellen. Dit kan globaal gesproken gebeuren door een dynamisch proces waarbij de therapeut, in het kader van de overdracht, zichzelf aanbiedt als object voor idealisering. Hiermee worden de infantiele wensen, die niet geïntegreerd zijn, gemobiliseerd en daarmee wordt de therapeut eigenlijk een soort verlengstuk van de cliënt, er bestaat een duele relatie. Via interpretaties worden de achtergronden en mechanismen van dit proces verhelderd en de cliënt wordt geen kans geboden regressief gedrag te vertonen om de infantiele wensen te bevredigen (Kohut, 1971). Tevens wordt verdringing van deze strevingen geblokkeerd. Middels een proces van optimale frustratie zonder ontsnappingsmogelijkheden kan de libido maar één kant op: hernieuwde structureren en cathexis van het Ueber-Ich, en daarmee wordt een lacune opgeheven die er aanvankelijk was. De wensen worden dus niet meer verdrongen maar geïntegreerd in nieuwe structuren van de psyche.

Dit proces kan zich echter slechts afspelen in een uitvoerige psychoanalytische therapie, die veel tijd en financiële middelen kost. In rationele therapie blijft het effect beperkt, omdat er in het licht van het bovenstaande geen nieuwe structureren van het psychische apparaat plaats vindt. Dit komt overeen met hetgeen ik in de praktijk veel zie gebeuren: het gaat beter met het nieuwe gedrag van de cliënt of met zijn minderwaardigheidsgevoelens zolang hij let op datgene wat hij in therapie heeft geleerd. De cliënt moet er steeds mee bezig blijven. Met andere woorden: de informatie die is opgeslagen tijdens therapie, namelijk dat hij niet waardeloos is, kan een rol spelen voor het ik en daarmee kunnen de gevoelens te lijf worden gegaan. Dit veronderstelt echter telkens weer een strijd, je moet ermee bezig blijven, omdat er geen nieuwe integratie, structureren, sublimatie of neutralisering van de libido heeft plaats gevonden. Hiermee wordt een bekend resultaat van psychotherapie effect-onderzoek in een nieuw licht geplaatst. Vlak na de training of therapie blijkt namelijk uit scores op testen dat de cliënt vooruit is gegaan op een aantal maten. De post-meting echter laat meestal weer een lagere score zien, deze geeft aan dat het effect dat opge-

treden was volgens de scores op de testen weer vermindert. Na metingen op langere termijn (bijvoorbeeld na een jaar) geven vaak weer de oude of ongeveer de oude scores te zien. Daaruit kun je concluderen dat er na langere tijd niet veel veranderd is. Opvallend is ook dat de retentie-curve bij leren ongeveer dezelfde vorm heeft. Waar ik naar toe wil is dit: deze vorm van therapie of training verschilt eigenlijk niet veel van een leersituatie, er vindt geen rechtstreekse gedragsbeïnvloeding plaats, de structuur van de psychische wordt niet gewijzigd en het effect is ook gelijk aan dat van leren: na enige tijd vergeet je het meeste weer.

Tevens veronderstelt deze therapeutische beïnvloeding een zodanig functioneren van de persoon dat de informatie gehanteerd kan worden: het ik moet hiertoe in staat zijn. De cliënt moet in staat en bereid zijn voortdurend met zijn problemen en met de verbetering van zijn situatie bezig te zijn. Is dit niet het geval, bij zwaardere stoornissen, dan speelt de informatie en oefening geen enkele rol meer en wordt de persoon overweldigd door gevoelens en voorstellingen waarover hij geen controle kan krijgen en die hij niet begrijpt. Het therapeutisch systeem is daarmee in zijn structuur zelf al gericht op mensen die met lichtere stoornissen kampen, behalve voor de RET geldt dit naar mijn idee ook voor de gedragstherapie. Eigenlijk is dit weer analoog aan de leersituatie: voor een optimaal resultaat van het leerproces moet de persoon goed en aangepast functioneren om de informatie op te kunnen slaan. In het verlengde hiervan kan gesteld worden dat ook elk onderwijssysteem zijn beste leerlingen uitsellecteert.

Een verdere bespreking van de rationele therapie is gelegen in het feit dat het driftleven (het Es) veelal buiten beschouwing kan blijven. Als de problemen te maken hebben met verdrongen voorstellingen en libidineuze bezettingen van infantiele wensen, dan kom je vaak niet ver met rationele therapie. Bij neurotische stoornissen is dit echter meestal het geval en het ik staat überhaupt vanuit het Es onder druk, om het in woorden van Freud (1976) uit te drukken: "Die schwerste Anforderung an das Ich ist wahrscheinlich die Niederhaltung der Triebansprüche des Es, wofür es grosse Aufwände an Gegenbesetzungen zu unterhalten hat".

Door de herstructurering van de relatie van het ik met de buitenwereld kan er wat spanning weggenomen worden in die verhouding, maar de dieper liggende determinanten van psychische stoornis zijn daarmee nog niet aangeroerd. Als sterke onbewuste impulsen het ik heftig bedreigen wordt de initiële invloedssfeer van cognitieve en rationele activiteiten ingedamd. In een psychoanalytische therapie ligt hier de nadruk allereerst op het verminderen van de weerstand tegen deze onbewuste wensen. Echter ook in het rationeel therapeutisch proces kan weerstand overwonnen worden. Ik heb de indruk dat in dit kader ook de werkzaamheid van het 'overtuigen' ligt, dat met name door Ellis benadrukt wordt als een therapeutisch werkzaam moment. Echter dan gaat het er naar mijn mening niet om de cliënt ervan te overtuigen dat het rationeel denkkader geaccepteerd moet worden. Veel meer lijkt het

erop dat de therapeut een bepaald motief van de cliënt raadt waartegen deze laatste zich verzet. Dan is het mogelijk iemands weerstand te breken middels overtuiging. Het verdrongene, dat zich tegenover het ik heeft opgesteld en waarvoor het ik tegenbezettingen produceert, komt in het bewustzijn en dan krijgt het ik de taak zich met dit verdrongene uiteen te zetten. In deze zin kan de rationele therapie werkzaam zijn en dat geldt voor meer therapeutische scholen.

Feitelijk gebeuren er dus dingen in de praktijk, die in de theorie niet voorkomen en vaak daarmee strijdig zijn. Hiermee is meteen aangegeven dat er in de therapeutische praktijk meer kan gebeuren en andere factoren werkzaam zijn dan beschreven worden in de 'theorieën' van deze moderne systemen. Naar onze indruk hangt daarom de hantering van een therapeutische techniek nauw samen met de psychotherapeut: een ervaren rationeel therapeut beslaat in de praktijk een veel bredere range van therapeutische activiteiten dan in de geschriften van bijvoorbeeld Ellis tot uitdrukking komt. Met name door op vorm-aspecten te letten kan dit gebeuren: de manier waarop iemand praat, op zijn gebaren en houding, de klank van zijn stem, de blik in zijn ogen, trekken van het gezicht etc. Het zijn ook deze aspecten die het minst de bewuste aandacht van de cliënt hebben en daarom sneller vanuit het onbewuste worden gedetermineerd. Hiermee krijgt de therapeut als het ware wapenen in handen om bepaalde weerstanden bij de patiënt uit de weg te ruimen. Voor de vrijgekomen impulsen wordt dan aandacht gevraagd en acceptatie gewonnen: daarmee zijn ze bewust en ter beschikking van het ik gekomen. Zoals Freud (1976) stelt in 'Ueber Psychoanalyse' zijnerdan de volgende mogelijkheden: de verdringing wordt vervangen door een op goede gronden berustende veroordeling; de te voorschijn gebrachte onbewuste driften worden voor nuttige doeleinden gebruikt, waarvoor ze eigenlijk vroeger ook gebruikt hadden moeten worden (denk aan het voorbeeld van de idealisering van het Ueber-Ich); een zeker gedeelte van de verdrongen libidineuze opwellingen heeft recht op directe bevrediging en behoort die ook in het leven te vinden.

Het is natuurlijk wel zo dat van een grondige therapie, waarbij ook onbewuste infantiele wensen die de pathologie mede determineren, worden bloot gelegd, enkel sprake kan zijn in een langdurige psychotherapie. De psychoanalyse strekt zich meestal over meerdere jaren uit. Hiermee is echter niet gezegd dat ik vind dat iedereen in psychoanalyse moet, dit is niet realiseerbaar. Daarom bestaan er ook andere therapeutische systemen die kortere therapieën mogelijk maken en deze moeten ook niet zo maar afgewezen worden. Wel bieden deze therapeutische systemen meestal weinig inzicht in de structuur van het psychisch apparaat en in de structuur en dynamiek van psychische problematiek. Met het oog hierop kunnen er met deze therapievormen ook sneller fouten gemaakt worden en dat geldt ook voor de rationele therapie. Daarop wil ik nog ingaan.

Door de adoptie van het rationeel denkkader kan de imaginaire

activiteit afgeremd en uitgesteld worden. Dit kan in sommige situaties rationeler zijn en meer doelgericht gedrag stimuleren, maar ook kan hierdoor juist verdringing optreden. De imaginaire activiteit verhuult en draagt een onbewuste wens en deze wordt dan tezamen met de fantasieën onderdrukt. Dat het ik niet afgeleid wordt door deze imaginaties kan het contact met de werkelijkheid tijdelijk verstevigen. Wanneer dit proces echter in therapie gestimuleerd wordt, terwijl er feitelijk sterke verdringingen zijn waarmee de cliënt kampt, dan wordt deze afweerstrijd aangemoedigd. Anders gezegd: vaak wordt ervan uit gegaan dat het ik versterkt moet worden, via de rationele therapie in strikte zin wordt het ik dan sterker gemaakt met rationelere gedachten, dus met extern aangereikte middelen. Hier wijst de psychoanalyse een andere weg: de conceptie van het ik als een bemiddelende instantie in fundamenteel verschillend van en levert radicale kritiek op moderne therapeutische stromingen die ik-versterking en ik-autonomie centraal stellen. In deze visie impliceert een rationele benadering juist dat het ik niet als een almachtige, autonome, zichzelf bepalende instantie verschijnt. Het is meer overeenkomstig de werkelijkheid als het ik wordt opgevat als een bemiddelaar tussen de conflicten en als een wezenlijk narcistische formatie. In de psychoanalyse gaat het om een verbeteringsproces van binnenuit en niet tot stand gebracht met enkele middelen van buitenaf. Neurotici (Freud geeft zelf het voorbeeld van dwangneurotici) hebben vaak een te sterk ik, in plaats van een te zwak en nemen hun driften, verlangens en affecties niet in zich op, maar gaan deze te lijf met verdringing en weerstand. Echter enkel via een opname van het verdrongene herstelt het ik zich en niet middels een rationele en cognitieve omsingeling en schijnversterking. De rationele therapie kan op dit punt verkeerd gebruikt worden en ten dienste gesteld worden van afweer en verdringing. Het ik moet daar dan toenemend zoveel energie in investeren dat het ongunstige veranderingen ondergaat.

Een soortgelijk probleem heb ik ook met de theorie, beter gezegd het ideologisch systeem van de rationele therapie. Aan het subject worden mogelijkheden toegekend die vaak volstrekt onjuist zijn. De mens wordt in het centrum van de wereld geplaatst en er wordt gedaan alsof hij elke moeilijke situatie de baas kan en elke emotie kan beheersen als hij dat wil. De activiteit die daarvoor enkel ontplooid hoeft te worden is het veranderen van de gedachtenpatronen. Behalve deze reeds behandelde problematische opvatting, is het naar mijn mening eveneens onjuist de mens in het centrum te stellen. Dat wij onszelf beleven als vrij en zelfbepalend, als een eenheid, betekent nog niet dat we dit in werkelijkheid ook zijn. Hierbij wordt dan precies het reële van het psychische (de wensen en verlangens), dat voor deze vervormingen zorgt, miskend. In de psychoanalyse is het subject gespleten: er bestaat een onophefbare deling binnen de persoon. Lacan brengt deze deling in verband met de talige bestaanswijze van het subject (Mooij, 1976). Een directe toegang tot de dingen en onszelf is niet mogelijk, hier zit de taal tussen waaromheen we niet kunnen. De taal is voorwaarde

tot onthulling en medium tot verhulling. De vorm van subjectiviteit is geen gegeven op zich maar resulteert uit de invoeging van het kleine menselijke wezen in de maatschappelijke structuren. Zo opgevat is het subject een verhouding, of, zoals Lacan zegt, een structuur (zie hiervoor Bruno, 1976). Van subjectiviteit kun je niet spreken in deze visie als er geen menselijke taal zou zijn, die vooraf bestaat aan het subject. Hiermee is het subject niet de oorsprong maar het resultaat: de symbolische orde maakt de bestaanswijze als subject pas mogelijk, maar vormt tevens een kader dat men niet kan overschrijden. Vrijheid is hier slechts gelegen in onderwerping. De mens is niet oorzaak van zichzelf, Freud stelt het zo: "das Ich ist kein Herr in seinem eigenem Hause". Lacaniaans bezien wordt het doel van de therapie dan niet meer een sterk ik, maar de erkenning van de decentrerende ten opzichte van de Ander of het Andere.

Wat je in de praktijk van de rationele therapie wel ziet gebeuren is dat de cliënt voorgeschoteld krijgt dat door anders te denken de ongewenste problemen en gevoelens verdwijnen. Als dit niet lukt, komt er een tweede probleem bij: 'Ook dat kan ik niet, ik kan ook niets'. Het gevaar is dan dat een systeem met deze overtuiging de cliënt verder isoleert van therapie en werkelijkheid. Met name als de problemen een ernstiger karakter hebben komt dit voor, want de rationele therapie is vooral bruikbaar voor het verwerven van assertief gedrag. Het systeem wekt ook de indruk ontwikkeld te zijn door mensen die er zelf het meest aan hebben, namelijk die zelf niet de ervaring van zware psychische problematiek kennen, maar wel de ervaring hebben van het verstrikt raken in ingewikkelde situaties. Ook voor de therapeuten kan hetzelfde gelden: zij herkennen zich in een bepaald systeem en willen er mee werken omdat dit het meest aansluit bij de eigen ervaringswereld. Eigenlijk is de rationele therapie, evenals de assertiviteitstraining, het meest geschikt en effectief voor mensen die al tamelijk goed functioneren en op een aantal punten nog wat beter gedrag nodig hebben en voor wie wat handiger optreden het leven zou vergemakkelijken. Deze mensen profiteren ook het meest van therapie of training. Wanneer de neurose zich vaster heeft ingeslepen of er psychotische kenmerken zijn, dan krijg je als rationeel therapeut wel eens de indruk dat je met één geweer een heel leger wilt verjagen.

Omdat in de rationele therapie de verbinding tussen gedachten en gevoelens centraal staat wil ik hier nog kort wat dieper op ingaan. Als de gedachten omtrent een kwestie het karakter hebben van rationalisaties achteraf en de motieven verhullen, zoals vanuit een psychoanalytische optiek betoogd kan worden, wordt de verkeerde determinant in het centrum geplaatst. Hier vindt verschuiving plaats omdat de theorie geen fundamenteel inzicht biedt. Het feit dat deze rationalisaties niet rationeel zijn, maar inconsequent van aard, kan juist aangeven dat het niet om die gedachten gaat, maar dat deze een leemte opvullen en iets verhullen. Iemand met een straatangst bijvoorbeeld heeft de meest irrationele opvattingen omtrent wat er op straat allemaal met hem kan gebeuren. Maar

vanuit een psychoanalytische optiek worden deze gedachten op het niveau van het bewustzijn juist geconstrueerd om enigszins greep te krijgen op het eigen gedrag. Het feitelijk motief, de wens (of wensen), is door de mechanismen van het primair proces, verschuiving en verdichting, verhuld en heeft misschien heel weinig te maken met een straat. In de rationele therapie wordt dan de angst wel opgevat als behorende bij de straat en de gedachten die naast die angst werkzaam zijn, komen centraal te staan. Als dan nog het actie-moment erbij komt, ondersteund door de therapeut de straat op, kan het best zijn dat deze klacht vermindert, maar dan gaat het slechts om het symptoom en de cliënt heeft niet meer begrip gekregen van het psychisch conflict dat er aan ten grondslag ligt. In sommige gevallen zal via het wegnemen van de inconsequente gedachten het motief dat er achter schuil gaat, gemakkelijker vrij komen en de ervaren therapeut gaat daar op in en werkt dan toch aan de wezenlijke dingen. Maar als we de rationele therapie naar de letter nauwkeurig nemen gebeurt dit niet; door het centreren van het cognitief functioneren worden onbekende innerlijke drijfveren ontkend en overbodig gemaakt. Het cirkeltje waarin het menselijk gedrag zich afspeelt wordt dan kleiner gemaakt, terwijl een therapeutisch proces zich hiertoe juist niet moet laten verleiden, maar er doorheen moet trachten te breken.

In 'Die Traumdeutung' (1900) beschrijft Freud affecten in de droom, ook een symptoom in psychoanalytische zin. We weten dat voorstellingen onbewust zijn en dat voorstellingsinhouden verschuiven kunnen en vervangen worden door andere, terwijl de affecten vaak onbeweeglijk zijn. Als op deze manier de voorstellingen onderhevig zijn aan verschuiving en het effect niet, kan dit laatste gemakkelijk geassocieerd worden met een andere voorstelling die kans maakt bewust te worden, of bewust is. Dit zijn dan natuurlijk voorstellingen die toelaatbaar zijn, niet de wezenlijke, en daarmee is de therapeut niet succesvol als deze tot uitgangspunt van de werkwijze worden gemaakt. In het bovengenoemde voorbeeld van de straatangst kan de straat er best iets mee te maken hebben, maar de angst kan bijvoorbeeld behoren bij de voorstelling van een persoon die de cliënt bang is op straat tegen te komen. In het symptoom, de manifeste tekst, kleeft de angst niet meer aan de persoon, maar aan de straat: de voorstelling is verschoven en het feit dat de persoon bedreigend is voor de cliënt is verdronen. In de psychoanalytische therapie gaat de analyticus hier op zoek naar de verdronen voorstelling, waarvoor de bewuste in zijn plaats is gekomen.

In dromen vindt een onderdrukking plaats van het affect als gevolg van de werking van de droomcensuur. Tevens kan de droomarbeid zorgen voor een omkering in het tegendeel van het gevoel. Freud brengt deze affectonderdrukking, omkering en tevens vermomming in verband met wat er in ons alledaags leven vaak met gevoelens gebeurt. Freud merkt ook op dat: "Der auffällige Zug des neurotischen Charakters, das affektfähige Anlässe bei ihm eine Wirkung erzielen, die, qualitativ berechtigt, quantitativ über

das Masz hinausgeht, erklärt sich auf diese Weise, soweit er überhaupt eine psychologische Erklärung zulässt. Der Ueberschusz rührt aber aus unbewusst gebliebenen, bis dahin unterdrückten Affektquellen her, die mit dem realen Anlasz eine assoziative Verbindung herstellen können und für deren Affektenbindung die einspruchsfreie und zugelassene Affektquelle die erwünschte Bahnung eröffnet" (Die Traumdeutung, 1900).

Met deze mogelijkheden, die vanuit een psychoanalytische theorie worden gemaakt, zal de rationeel therapeut rekening moeten houden. In zijn theorie doet het rationeel systeem dit niet en het is daarom eenzijdig en erg onvolledig.

Literatuur

- Bruggeman, J., (1976), *Psychotherapie in Nederland*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Bruno, P. (1976), Inleidend commentaar. In: *Te Elfder Ure*, nr. 21 Psychoanalyse, Sun, Nijmegen.
- Derksen, J., (1978), *Vrouwelijkheid, psychoanalytische visies*. Doktoraalskriptie, klinische psychologie, katholieke universiteit Nijmegen.
- Diekstra, R., en Dassen W., (1977), *Inleiding tot de rationele therapie*. Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
- Ellis, A., (1958), Rational psychotherapy. In: *The Journal of General Psychology*, p. 35-49, nr. 59, New York.
- Ellis, A., (1975), *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New Jersey, 9e druk.
- Freud, S., (1900), Die Traumdeutung. In: *Studienausgabe*, Bd. II, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, (1972).
- Freud, S. (1905), *Zur Psychopathologie des Alltagsleben*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, (1975).
- Freud, S., (1909), Über Psychoanalyse. In: *Darstellungen der Psychoanalyse*, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main (1976).
- Freud, S., (1923), Das Ich und das Es. In: *Psychologie des Unbewussten. Studienausgabe*, Bd. III, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, (1975).
- Freud, S., (1924), Das ökonomische Problem des Masochismus. In: *Psychologie des Unbewussten, Studienausgabe*, Bd. III, Fischer Verlag, Frankfurt am Main, (1975).
- Freud, S., (1938), *Abriss der Psychoanalyse*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, (1976).
- Goodman, D., en Maultsby, M., (1974), *Emotional well-being through rational behavior training*. Charles Thomas Publisher, Springfield.
- Harper, R., (1959), *Psychoanalysis and Psychotherapy: 36 systems*. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Kohut, H., (1971) *The analysis of the Self*. The Hogarth Press London.
- Maultsby, M., (1975), *Help yourself to happiness through rational selfcounseling*. Boston Marlborough inc., Boston.
- Mooij, A., (1976), *Taal en Verlangen, Lacans theorie van de psychoanalyse*. Boom, Meppel.