

# Is de psychotherapeut ‘vrij van herinnering en verlangen’?

Myriam Van Gael

## [ S a m e n v a t t i n g ]

Een ethisch correcte psychotherapeutische praktijk wordt steeds belemmerd door de eigen verlangens van de therapeut, die geworteld zijn in zijn vroege objectrelaties en herinneringen. Deze waren de motieven voor zijn beroepskeuze, en ze zullen zijn relatie met de patiënt steeds mee vormgeven. De psychotherapeut moet worden gezien als een gewonde genezer, die in en door zijn werk ook probeert zichzelf te behandelen. De therapeut dient zich hiervan steeds bewust te zijn, om het steeds aanwezige risico van exploitatie van de patiënt tegen te gaan.

## Inleiding

Psychotherapeuten mogen geen seksuele relatie aangaan met hun patiënten. Zij mogen ook geen financiële transacties opzetten met patiënten, met de bedoeling daar zelf rijker van te worden. Evenmin is het hen toegestaan hun patiënten te kijk te zetten door over hen te praten met anderen die hen kunnen herkennen of door hun privé-leven en problemen op een herkenbare manier te boek te stellen. Dit alles is voldoende bekend en becommentarieerd. Ik heb daaraan weinig toe te voegen. Het onderwerp ethiek heeft me ook nooit bijzonder geboeid. Ik associeer ethiek, wellicht ten onrechte, te veel met katholiek-kerkelijke bemoeizucht en op ons eigen terrein met smeulige verhalen over wat psychotherapeuten allemaal doen met hun patiënten – herinneringen opdringen, seks bedrijven, hen afhankelijk maken en dan uitbuiten...

Mijn interesse gaat eerder uit naar de persoon van de psychotherapeut, maar dat heeft in oorsprong andere redenen, die ik elders reeds heb beschreven (Van Gael, 1998). Ik zie de thera-

peut als een bij definitie ‘gewonde genezer’, als een persoon die door eigen behoeften, verlangens en onopgeloste conflicten gedreven werd tot dit ‘onmogelijke beroep’ en die daar, in dat beroep, onvermijdelijk geconfronteerd zal worden met de frustratie van zijn behoeften en met een soms pijnlijke activering van zijn conflicten.

## Een relationele definitie van psychotherapeutische ethiek

Deze problematiek heeft ongetwijfeld ook implicaties voor de ethische kwaliteit van de therapeutische relatie. Is de psychotherapeut, met zijn persoonlijke verlangens, zijn vaak problematische voorgeschiedenis en de daaruit resulterende psychopathologie, in staat om zijn patiënt te geven waar deze recht op heeft? Een ethisch correcte psychotherapeutische praktijk kan hierbij worden gedefinieerd als die praktijk waarin de relatie die ontstaat tussen therapeut en patiënt, en alle activiteiten die binnen deze relatie ontplooid worden, primair ten dienste

staan van de psychologische behoeften van één van de deelnemers aan deze relatie: de patiënt. Onethisch gedrag, binnen deze context beschouwd, treedt op wanneer de therapeut de informatie en gevoelens die hij in de behandeling verkrijgt, gebruikt op een manier die hemzelf, de therapeut, bevoordeelt, zonder de behandeling te bevoordelen (Gruenberg, 1995). Ik zal hier betogen dat een ethisch correcte psychotherapeutische praktijk, op deze wijze gedefinieerd, in wezen een onmogelijkheid is, een nooit geheel te bereiken ideaal.

De psychotherapeutische relatie is immers in vele opzichten een 'gewone', dus wederzijdse menselijke relatie. Een intense wederzijdse menselijke relatie bovendien. Vooral in langdurige, relatiegerichte, cliëntgerichte en psychoanalytisch georiënteerde therapieën wordt er naar gestreefd dat de therapeut een belangrijke persoon wordt in het leven van de patiënt, opdat er daar een relatie zou ontstaan die voor de patiënt 'een verschil zal maken'. De intensiteit, de frequentie en de regelmaat van deze behandelingen zijn erop gericht de therapeut te maken tot een centrale figuur in het leven van de patiënt. Hierdoor wordt het de patiënt immers mogelijk gemaakt zijn geschiedenis te herhalen en zijn innerlijke conflicten door te werken. Dergelijke behandelingen nodigen patiënten uit tot een overgave en een afhankelijkheid, die bijna totaal zijn. Impliciet krijgen de patiënten hier de belofte dat als zij hun kwetsbaarheden, hun meest conflictueuze gevoelens en hun grote behoefte aan erkenning en aan zelfbevestiging aan de therapeut toevertrouwen, deze hen dan op een bepaalde manier zal helpen. Zij worden uitgenodigd om terug verlangens te voelen die zij lang geleden hebben afgesneden. De persoon en de beperkingen van de therapeut worden dan ook erg belangrijk voor de patiënt en voor het effect van de therapie (Stack, 1998). Dit laatste wordt ook door onderzoek bevestigd. Ik vermeld kort enkele van deze onderzoeken:

- Boyer en Hoffman (1993) constateerden dat psychotherapeuten die in hun eigen kindertijd een vroeg verlies hebben geleden (en dat blijken er nogal wat te zijn), hogere niveaus van angst en depressie vertoonden in de

beëindigingsfase van hun therapieën. Hun patiënten bleken zelf ook aanmerkelijk sensitiever voor de terminatie en het verlies.

- Bandura en zijn collega's (1960) onderzochten de gevoeligheid van therapeuten voor agressieve thema's en de reactie van hun patiënten hierop. Therapeuten die geneigd zijn in het dagelijks leven vijandigheid te vermijden en die een hoge behoefte hebben aan goedkeuring van anderen, zijn minder geneigd om hun patiënten aan te moedigen tot het uitdrukken van agressieve en vijandige gevoelens in de therapie. Hun patiënten onderdrukken op hun beurt vijandige uitingen, vooral tegenover de therapeut zelf.
- Uit een niet-gepubliceerd onderzoek (in Van Lawick, 1998) blijkt dat systeemtherapeuten die gescheiden zijn, meer paren in therapie hebben die tot scheiding overgaan dan therapeuten die niet gescheiden zijn.

De invloed van de persoon van de therapeut, van zijn angsten, zijn persoonskenmerken, zijn voorgeschiedenis ook, blijkt dus groot te zijn.

## **De herinneringen en verlangens van de psychotherapeut**

Een relatie tussen twee mensen kan enkel worden begrepen binnen de context van de doelstellingen en verlangens van beide partijen. De patiënt komt in de therapeutische relatie omdat hij op zoek is naar verlichting van zijn symptomen en naar de oplossing van zijn problemen. Maar we weten dat daaronder ook andere, minder direct toegankelijke en soms onbewuste motieven schuilgaan, waarmee we in de loop van de therapie geconfronteerd zullen worden. En de psychotherapeut? Wat is zijn doel, zijn verlangen? De complementaire context voor de psychotherapeut kan worden beschouwd als zijn motief om dit beroep te kiezen, het verlangen dat hem hiertoe heeft gedreven. Dat is wat hij meebrengt in de relatie met de patiënt, en hierdoor zullen onvermijdelijk alle verdere interacties binnen deze relatie beïnvloed worden (Sussman, 1992). Dat hoeft op zich niet problematisch te zijn. De psychotherapeut wil de patiënt immers helpen. Dat is zijn verlangen.

Maar ook hier zijn onvermijdelijk andere, minder toegankelijke en onbewuste motieven aan het werk. En deze zullen de relatie met de patiënt mee vormgeven.

De centrale vraag is dus: wat brengt de therapeut tot zijn relatie met de patiënt, wat is zijn motief om daar te zijn, waarom koos hij dit beroep? 'Het verlangen om mensen te helpen' is tezeer een cliché, een veralgemening die weinig duidelijk maakt. Er zijn immers vele onderliggende redenen waarom bepaalde mensen andere mensen willen helpen. Voor sommigen kan het een uitdrukking zijn van medeleven, voor anderen een morele plicht, voor nog anderen een uitdrukking van schuld. Anderen kunnen aan het helpen van mensen een gevoel van superioriteit of macht ontleen, of genieten van het gevoel dat anderen hen nodig hebben, of zijn op zoek naar het bijzondere soort van intimiteit dat in helpende relaties totstandkomt. Voor elke persoon met een 'behoefte om te helpen' bestaat er wellicht een unieke constellatie van onderliggende motieven en doelstellingen – die onvermijdelijk alle interacties met de patiënt mee zullen vormgeven.

Een dieper onderzoek naar de motieven van de psychotherapeut lijkt dus aangewezen. De motieven voor de psychotherapeutische beroepskeuze zullen uiteraard geworteld zijn in vroegkinderlijke relaties en verlangens – de 'herinneringen' waarnaar in de titel wordt verwezen.

Psychotherapeuten blijken niet te komen uit wat men het 'gemiddeld te verwachten gezin' zou kunnen noemen (zie ook Van Gael, 1998). Uit onderzoek blijkt dat studenten psychiatrie en psychologie meer emotionele en interpersoonlijke stress verbinden met hun vroege kindertijd dan studenten uit andere richtingen. Onevenredig veel psychotherapeuten komen uit families met belangrijke problemen en psychische pathologie zoals depressie, schizofrenie, ernstige karakterstoornissen en alcoholisme. Therapeuten blijken ook onevenredig veel traumatische gebeurtenissen te hebben doorgemaakt in hun kindertijd zoals deprivatie van ouderlijke zorg, persoonlijke ziekte, dood van een ouder of scheiding van de ouders. Therapeuten zijn vaak het oudste kind in een gezin,

of werden vroeg geplaatst in een verzorgende rol tegenover andere kinderen en tegenover hun ouders. Zij hebben in hun families vaak de rol op zich genomen van lastdrager, gobetween, het geparentificeerde kind. Zij waren vaak al de therapeut van het gezin of van bepaalde gezinsleden voor ze officieel therapeut werden.

Als psychotherapeuten weten we waartoe dergelijke ervaringen kunnen leiden. We kunnen een overmaat aan psychische problemen verwachten bij deze mensen, een overmaat aan onvervulde behoeften en verlangens, angsten en defensies daartegen. Deze liggen ook ten grondslag aan hun beroepskeuze. De keuze om psychotherapeut te worden kan worden beschouwd als een compromisformatie, als de symptomatische uitdrukking van een conflict (Winer, 1994). Dat is niet anders met andere beroepen. Freud (1930) wees er reeds op hoe verschillende vormen van werk de gelegenheid bieden tot conflictuitdrukking en -oplossing. Wel is het zo dat bij psychotherapeuten de kwaliteit van hun werk hierdoor meer diepgaand beïnvloed zal worden. De persoonskenmerken van de psychotherapeut zijn immers in grote mate bepalend voor de effectiviteit van zijn behandelingen. En uiteraard ook voor de 'ethisch correcte praktijk' die erin bestaat dat de relatie die ontstaat tussen therapeut en patiënt, en alle activiteiten die daarbinnen ontplooid worden, primair ten dienste staan van de psychologische behoeften van de patiënt.

Om deze problematiek verder uit te werken en concreet te maken, zal ik deze illustreren met behulp van enkele meer specifieke thema's, die relevant zijn voor de psychotherapeutische praktijk.

### **Conflicten in verband met agressie**

Men kan verwachten dat de psychotherapeut, met zijn voorgeschiedenis van traumatische ervaringen, zijn geparentificeerde en verzorgende rol in zijn familie van oorsprong, conflicten zal vertonen in verband met agressie en de uitdrukking daarvan. Vaak ontstaat een identiteit die gecentreerd is rond de onderdrukking van agressie en een dwangmatig, onzelfzuchtig ge-

ven. Het opnemen van de rol van psychotherapeut kan in deze context betekenisvol zijn. Voor dokters nemen we dat geredelijk aan: wensen om te genezen en te helen overdekken en verbergen vaak krachtige neigingen om te vernietigen en te doden. Toegewijde therapeuten kunnen zichzelf door de aard van hun werk dagelijks geruststellen dat ze hun haat, agressie, afgunst hebben overstegen (Gabbard, 1995).

Sussman (1992) legt een interessant verband met een op het eerste gezicht heel ander terrein. Vrouwen met een postnatale depressie blijken vaak het eerstgeboren kind in hun gezin te zijn geweest, of werden vroeg geplaagd in een verzorgende rol tegenover broers en zusjes. Het is bekend dat dergelijke kinderen dikwijls sterke reactieformaties ontwikkelen tegen de intense agressie die in hen ontstaat tegenover de jongere kinderen. Wanneer zij zelf kinderen krijgen, ervaren zij vaak sterke angst dat zij hun kind zullen beschadigen – de agressie wordt naar binnen gekeerd, resulterend in de depressie (Beattie, 1978). Ook psychotherapeuten blijken in hun kindertijd vaak de zorgers in de familie te zijn geweest. Misschien vinden zij in hun beroepskeuze een betere weg om hun conflicten in verband met agressie te kanaliseren. Maar de weg die zij volgen, zal wellicht dezelfde zijn: verdringing, reactievorming of het aannemen van een masochistische positie in relaties.

Dit garandeert in geen geval dat ‘de relatie die in de psychotherapie ontstaat en alle activiteiten die daarbinnen ontplooid worden, ten dienste zullen staan van de psychologische behoeften van de patiënt’. Patiënten hebben immers therapeuten nodig die een vrije toegang hebben tot hun eigen agressie en haat (Winnicott, 1949; Frederickson, 1990; Epstein, 1983). Uit het eerder vermelde onderzoek van Bandura bleek onder meer dat therapeuten die zelf geremd zijn in de vrije uitdrukking van hun agressie, hun patiënten zullen ontmoedigen om vrijelijk hun agressieve tendensen in de therapie te beleven en te verwoorden. Vooral voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsproblematiek is dit essentieel. Voor dergelijk therapiewerk is de ‘haatvolle liefde’ nodig die de therapeut toelaat grenzen te stellen, te confronteren, pijn- en

angstopwekkende interpretaties te geven, negatieve overdrachten te zien, te tolereren en te benoemen, negatieve tegenoverdrachtsgevoelens te dragen. De defensieve toegewijde, goede-therapeut-identiteit maakt dat de therapeut destructieve tendensen bij zijn patiënten zal toedekken, minimaliseren of negeren – hij wil immers vooral zelf geen agressie of haat ervaren. Een therapeut met een masochistisch karakter zal dan weer door haat gedreven patiënten niet enkel toelaten, maar soms ook uitnodigen om hem te mishandelen, om haat in hem te ‘dumpen’. De theorie biedt bovendien veel rationalisaties om een dergelijke positie te rechtvaardigen. De noodzaak om therapeutisch af te reageren, het belang van onvoorwaardelijke positieve aanvaarding, de containmentfunctie van de therapeut, de niet-beoordelende positie van de therapeut geven de theoretische rechtvaardiging voor de toelating die de therapeut patiënten geeft om hem aan te vallen, te straffen, om hun haat in hem te dumpen.

Al deze rechtvaardigingen kunnen echter niet verhinderen dat dergelijke behandeling vooral tegemoetkomt aan de psychologische, defensieve behoeften van de therapeut om agressie te ontkennen of tegen zichzelf te keren. De behandelbehoeften van de patiënt worden hieraan ondergeschikt gemaakt.

### Narcistische problematiek en machtsstreven

Geen enkele motivatie tot de beroepskeuze wordt zo vaak vermeld als die in verband met narcistische bevredigingen. Psychotherapeuten vertonen vaak alle kenmerken van narcistische pathologie, met kenmerken van grandiositeit en superioriteit, onderliggende agressie en een behoefte aan macht en controle die een gevolg zijn van vroege deprivatie en narcistische kwetsuren. Vroege deprivatie en narcistische kwetsuren, de ervaring niet geliefd te zijn om wie men is maar slechts gewaardeerd te worden om wat men voor anderen doet en betekent, lijkt in de levensgeschiedenis van veel therapeuten ingeschreven te zijn.

Er is ook onderzoek dat dit vermoeden bevestigt. Ford (1963) en Perlman (1972) vonden tekenen van een inflatief ego-ideaal bij psychia-

ters en psychologen. Uit een projectief onderzoek bij studenten klinische psychologie en psychiatrie bleek een verlangen om macht te hebben en te domineren prominent aanwezig te zijn (Donnay-Richelle, Timsit & Dongier, 1972). Manipulatieve en uitbuitende mensen zijn oververtegenwoordigd bij studenten psychiatrie, meer dan bij andere medische studenten (Christie & Geis, 1970). Henry, Sims en Spray (1973) constateerden in een onderzoek dat therapeuten zichzelf tweemaal zoveel in de superieure siblingpositie beschrijven als in de inferieure en driemaal zoveel als in de gelijkwaardige. Uitschieters hier zijn de psychoanalytici: 82% van de analytici beschrijft zichzelf in de dominante rol tegenover broers en zussen.

Het mag ons niet verwonderen dat veel mensen met een narcistisch en machtsstreven de weg vinden naar het beroep van psychotherapeut. Jones zei al in 1913 dat het 'God complex', een onbewuste identificatie met God en daaruit voortvloeiende gevoelens van superioriteit, kan leiden tot een sterke interesse in psychologie en psychiatrie. De rol van psychotherapeut brengt iemand in een unieke positie om bewondering en idealisering van anderen te krijgen. Het machtsonevenwicht inherent aan de therapeutische relatie kan bijdragen tot het gevoel van superioriteit en een eerbiedige houding bij de patiënt bevorderen. De meeste psychotherapiepatiënten worden geplaagd door angst, zelftwijfels en een lage zelfwaardering. In polariteit daarmee wordt de psychotherapeut een positie toegekend van superioriteit, rijpheid en alwetendheid. De patiënt staat in de positie van een kwetsbaar en angstig kind tegenover de ouderpsychotherapeut. Al te vaak trouwens wordt de ouder-kindmetafoor gebruikt om de relatie tussen therapeut en patiënt te karakteriseren. Door de kracht van de overdracht zullen patiënten de therapeut overigens vaak plaatsen in de rol van de ouder. Help mij, zorg voor mij, hou van mij, zegt de patiënt, en als tegenprestatie zal ik jou vereren (Shepard & Lee, 1970).

De gevolgen hiervan voor de therapeutische relatie zijn duidelijk. Therapeuten die hun narcistische behoeften in hun rol van therapeut proberen te bevredigen, zullen de patiënt gebruiken als spiegelend en idealiserend zelfob-

ject, als een continue bron om hun zelfvertrouwen te bevestigen en te versterken. Omwille van het bevredigende karakter van de idealisering van de patiënt zullen deze kritiekloos geaccepteerd en niet verder onderzocht worden. Dergelijke therapeuten zullen proberen de positieve overdracht te versterken, om zich te verzekeren van de liefde en bewondering van hun patiënten. De overdracht wordt een doel op zich in plaats van een instrument.

Narcistische behoeften van de therapeut kunnen in een aantal gevallen leiden tot zelfopofferende pogingen van de therapeut om tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt, vergelijkbaar met die van de therapeut die reageert vanuit de behoefte om agressie te ontkennen. Maar hier is er onderliggend een 'voor wat hoort wat'-deal, een sterk gevoel van 'recht hebben op' verbonden met de krachtige fantasie: 'aangezien ik mijn behoeften opgeef om jou te helpen, verdien ik het om bewonderd en geïdealiseerd en geliefd te worden. Ik verdien het om het centrum van jouw leven leven te zijn' (Gabbard, 1995).

Ernstige problemen zijn hier te verwachten bij weerstandige patiënten en therapeutisch falen. Therapeuten met sterke narcistische kwetsbaarheid kunnen nooit blunders of empathisch falen toegeven, en worden ernstig gehinderd in het vermogen om overdrachts- en vooral tegenoverdrachtskwetsies eerlijk te onderzoeken. Weerstandige patiënten en therapeutisch falen dreigen het almachtsgevoel van de therapeut aan te tasten. De therapeut zal dan proberen om controle te krijgen over de patiënt, met alle hem ter beschikking staande middelen. Als dat niet lukt, zal hij een sterke aversie gaan voelen tegenover de patiënt en deze devalueren. Hij moet altijd gelijk hebben, het falen zal aan de patiënt worden toegeschreven. De caseload gaat bijna volledig bestaan uit patiënten die de zelfidealisering van de therapeut accepteren en versterken.

Het hier geschetste beeld is ongetwijfeld extreem. Maar elementen van dit patroon zijn ongetwijfeld voor elke psychotherapeut herkenbaar. Psychotherapiepatiënten kunnen zich terecht zorgen maken: het risico dat de narcistische behoeften van hun therapeut op bepaalde

momenten in de therapie hun eigen behandelbehoefte zullen overschaduwen, is vrij groot. Narcistische pathologie is bovendien erg weerstandig tegen verandering: het feit dat hun therapeut een persoonlijke therapie onderging, is geen garantie (Finell, 1985). Een verontrustend gegeven is bovendien dat zo weinig melding wordt gemaakt van narcistische tegenoverdracht in de literatuur. Kan men het eigen narcisme zien?

### Conflicten in verband met verbondenheid en intimiteit

De therapeutische setting biedt gelegenheid tot een niveau van menselijk contact en nabijheid dat zelden wordt bereikt in gewone sociale situaties. Men kan daarom aannemen dat het beroep mensen aantrekt die een sterke behoefte hebben aan intimiteit. Ook deze behoefte kan als het ware op natuurlijke wijze in verband worden gebracht met de familiale achtergronden en vroegkinderlijke ervaringen die werden beschreven bij psychotherapeuten.

Er is ook meer directe confirmatie voor deze veronderstellingen te vinden. Zo vonden Henry en zijn collega's (1973) dat 60% van de door hen onderzochte psychotherapeuten vertelt dat ze weinig vrienden hadden in het hoger onderwijs en dat ze zich enigszins geïsoleerd hebben gevoeld. De beroepskeuze kan een poging zijn om eenzaamheid en vrees voor intimiteit te overwinnen in het contact met patiënten, binnen de veilige en eenzijdige structuur van de therapeutische relatie. Veel van de therapeuten in dit onderzoek vertellen dat ze intensere relaties hebben in de consultatiekamer dan daarbuiten. Sommigen stellen dat de intimiteit die ze in therapeutische relaties bereiken, compenseert voor het gebrek aan intimiteit in hun persoonlijk leven.

Eenzaamheid en een behoefte aan continu contact met mensen kunnen sommigen brengen tot de keuze om psychotherapeut te worden. Zij verzekeren zich zo van een constante bron van relaties om hun angst voor eenzaamheid en isolement te verzachten. Buie (1982-83) stelt, wat veralgemenend, dat de wens om verlost te worden van gevoelens van isolement en alleen-zijn

de centrale motivatie is in de beroepskeuze van psychotherapeuten. Zij hopen dat door het tegemoetkomen aan de behoeften van hun patiënten hun eigen behoefte aan een soort van ondersteunend samenzijn wordt vervuld, dat depressieve gevoelens van alleen-zijn worden gemilderd.

Maar ook angst voor intimiteit kan een bepalende factor zijn in de beroepskeuze. De professionele regels van de psychotherapeutische praktijk garanderen een contact waarbinnen de behoefte zich te engageren in een nabije relatie binnen veilige grenzen gehouden kan worden. De asymmetrische aard van de relatie vermindert voor de therapeut het risico verbonden met intimiteit. Enkel de patiënt wordt verwacht zich open te stellen. De therapeut bepaalt zelf wat hij reveleert van zichzelf; hij hoeft zich in deze relatie dus niet echt te riskeren. De keuze een groot deel van de dag te besteden aan een proces waarin anderen intieme details van hun leven delen terwijl niets van het eigen leven wordt gedeeld, kan worden beschouwd als een compromisformatie, waarin zowel de wens naar intimiteit als de verdediging daartegen wordt uitgedrukt (Gabbard, 1995).

Ook deze relatief ongevaarlijk lijkende behoefte van de therapeut biedt geen garantie voor een ethisch verantwoorde praktijk. Een te grote behoefte aan intimiteit van de therapeut kan een gevaar betekenen voor de therapeutische barrières, die de therapeut scheiden van de patiënt en hem de taak opleggen om eenzaamheid te tolereren. Als de therapeut geen adequate nabije persoonlijke relaties heeft, dan kan hij te zeer zijn behoefte aan nabijheid 'aan' de patiënt proberen te bevredigen, en kan hij de pogingen van de patiënt om zich los te maken en autonoom te worden onbewust belemmeren.

Buechler (1998) publiceerde recent een mooie tekst over behandelingsimpasses die het gevolg kunnen zijn van het onvermogen van de therapeut om eenzaamheid te verdragen. Overactiviteit is vaak een respons op eenzaamheid bij de therapeut. Tekenen van negatieve overdracht kunnen ontkend of vermeden worden vanuit de behoefte aan niet-ambivalente hechting van de therapeut. Maar zij legt vooral de nadruk op de mogelijkheid dat de eenzame therapeut onge-

duld zal voelen ten aanzien van de pathologie van de patiënt, omdat hij deze pathologie zal beleven als het obstakel dat het hem onmogelijk maakt om zich meer verbonden te voelen met de patiënt. Buechler beschrijft hoe het schizoïde van de schizoïde patiënt, het obsessie-nelle van de obsessie-nelle patiënt, het narcisme van de narcistische patiënt, het borderline van de borderline patiënt kan aanvoelen als dat wat ons van hem verwijderd, dat wat een bevredigende relatie onmogelijk maakt. De pathologie van de patiënt dreigt dan als het ware de persoonlijke vijand van de therapeut te worden, niet enkel het onderwerp van zijn werk. Het is de behoefte aan een meer bevredigende en meer intieme relatie met de patiënt die maakt dat zijn interpersoonlijke beperkingen het doelwit worden van het ongeduld, en soms van de woede en verachting van de therapeut.

Deze drie nader uitgewerkte terreinen van conflict en verlangen van de psychotherapeut vormen wellicht slechts het topje van de ijsberg. Daarnaast kan onder meer ook worden ingegaan op de seksuele en voyeuristische behoeften van de therapeut, de behoefte aan afhankelijkheid en aan de ontkenning daarvan, de behoefte om vermeende of reële schade toegebracht aan anderen te herstellen, de behoefte om de eigen angst voor psychische stoornissen te overwinnen enzovoort. In Sussmans boek *A curious calling* (1992) worden ook deze motieven voor de psychotherapeutische beroepskeuze besproken, met hun consequenties voor de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Er zijn geen psychotherapeuten die in hun werk ook niet hun eigen behoeften proberen te bevredigen. Het antwoord op de in de titel gestelde vraag – waarbij ik een veelgeciteerde uitspraak van Bion (1970) voor mijn eigen behoeften heb misbruikt en in een verkeerde context heb geplaatst – is dus: neen. Geen enkele psychotherapeut is vrij van herinnering – van zijn eigen levensgeschiedenis – en al evenmin vrij van verlangen – van de behoeften en verlangens die hem tot de eigenaardige roeping brachten om psychotherapeut te worden.

## Gewonde genezers

Achter de wens om psychotherapie te beoefenen, ligt de behoefte om de eigen innerlijke wonden en onopgeloste conflicten te genezen. Het kan niet anders. Misschien moet het ook niet anders zijn. Gewonde genezers zijn wellicht beter in staat het lijden van hun patiënten te begrijpen en hen te helpen bij het bemeesteren ervan. Wel dient te worden gewezen op de inherente gevaren voor de patiënt. Elk gebruik van de therapeutische situatie voor de eigen doelen van de therapeut moet worden gezien als een exploitatie van de patiënt. De therapeut die ertoe verleid wordt het therapeutisch werk te gebruiken om anderszins onbereikbare bevredigingen te bereiken, om zwakke defensies te ondersteunen, om grandiose fantasieën te versterken, zal de patiënt uiteindelijk *gebruiken* in plaats van voor hem te *werken* (Shafer, 1983).

En toch, het verlangen om destructiviteit te overstijgen en onder controle te brengen, de narcistische investering in het werk, het verlangen om intimiteit te bereiken zijn zo noodzakelijk als de drijvende krachten in ons werk met patiënten. Een therapeut zonder verlangen heeft zijn patiënt niet veel te bieden en zal dit werk niet volhouden. De therapeut mag dus niet geheel ‘vrij zijn van herinnering en verlangen’.

Misschien kan het onderscheid tussen *verlangen* naar iets (iets *wensen*) en iets *nodig hebben* (*behoefte hebben* aan iets) verheldering brengen. Als de therapeut op min of meer dwingende wijze iets nodig heeft van zijn patiënten, dan zal hij geneigd zijn hen te gebruiken voor zijn eigen behoeften. Maar als de therapeut zijn patiënten niet tegemoet treedt met zijn wensen en verlangens, dan zal de therapie – zeker op lange termijn – doodbloeden.

Maar wellicht is dit onderscheid weer te gemakkelijk, een pasklaar recept dat kan dienstdoen om iets te verdoezelen, weg te moffelen. De therapeut zal nooit zonder behoeften zijn, hij heeft zijn patiënten nodig. De therapieën die hij zijn patiënten aanbiedt, zullen onvermijdelijk ook therapieën voor hemzelf zijn. Wel kan hij proberen ook deze therapieën consequent te

begeleiden en te hanteren. Telkens weer moet de therapeut zichzelf daartoe de vragen stellen die hij zijn patiënten stelt: wat brengt mij hier? Wat verlang ik van de patiënt? Wat heeft dit te maken met mijn geschiedenis? En vooral: doe ik hiermee mijn patiënt en zijn behoeften geen geweld aan? De therapeut is zo constant in therapie, binnen zijn therapieën. Dit lijkt de enige manier om iets van het ethische, in essentie onbereikbare ideaal te benaderen.

In dit moeizame en complexe proces krijgt de therapeut doorgaans – en vaak onverwacht – hulp van zijn patiënten. Searles heeft dit op indringende wijze beschreven. In *The patient as therapist to his analyst* (1975) wijst hij erop dat vooral de meest diep gestoorde patiënten ook toegewijde therapeuten zijn voor hun therapeut. Winer (1994) formuleert het als volgt: “In een diepgaande succesvolle behandeling is het hoogtepunt van het proces de genezing van de therapeut door de patiënt, waarmee ik bedoel dat de patiënt de therapeut helpt om een nieuwe ontdekking over zichzelf te doen, een ontdekking die het hart van het conflict van de patiënt raakt, waardoor de therapeut bevrijd wordt zodat hij de patiënt kan genezen” (p. 248, eigen vertaling). Vooral langdurige behandelimpasses kunnen de therapeut hierbij behulpzaam zijn. Zij vragen een ernstig zelfonderzoek van de therapeut. De oplossing van de vastgelopen situatie vereist in de eerste plaats dat de therapeut zichzelf verlost en geneest, dat hij zijn masochistische positie opgeeft, afstand doet van zijn te sterke narcistische investering in de patiënt, dat hij de patiënt autonomie en separatie toestaat, leert om eenzaamheid te verdragen...

Enkel continu zelfbewustzijn en zelfonderzoek van de therapeut en een aandachtig luisteren naar de patiënt kunnen de therapeutische relatie vrijwaren van misbruik. Psychotherapie is een *wederzijds* gebeuren, in de echte zin van dit woord: patiënt en therapeut zijn samen in therapie. In het slechtste geval gebruiken en misbruiken patiënt en therapeut elkaar voor de bevrediging van niet-erkende, vaak onbewuste behoeften. In het beste geval genezen zij elkaar – diepgaand en onomkeerbaar. Enkel echte gewonde genezers kunnen toelaten dat ze ook

voortdurend door de patiënt worden geanalyseerd en doorgelicht. Telkens weer komen zij tot de ontdekking dat de problematiek van de patiënten in henzelf problemen veroorzaakt, *en omgekeerd*. Zij blijven voortdurend zelf patiënt (Guggenbühl-Craig, 1983).

## ■ Literatuur

Bandura, A., Lipscher, D.H., & Miller, P.E. (1960). Psychotherapists' approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 1-8.

Beattie, J. (1978). Observations on post-natal depression, and a suggestion for its prevention. *International Journal of Social Psychiatry*, 24, 247-249.

Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Karnac Books.

Boyer, S., & Hoffman, M. (1993). Counsellor affective reactions to termination: Impact of counsellor loss history and perceived client sensitivity to loss. *Journal of Counselling Psychology*, 40, 271-277.

Buechler, S. (1998). The analyst's experience of loneliness. *Contemporary Psychoanalysis*, 34, 91-113.

Buie, D.H. (1982-83). The abandoned therapist. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 227-231.

Christie, R., & Geis, F.L. (Eds.) (1970). *Studies in Machiavellianism*. New York: Academic Press.

Donnay-Richelle, J., Timsit, M., & Dongier, M. (1972). Study of the deep motivations of vocational choice in psychiatry candidates and students in psychology. *Acta Psychiatrica Belgica*, 72, 345-346.

Epstein, L. (1983). The therapeutic function of hate in the countertransference. In L. Epstein, & A.H. Ferner (Eds.), *Countertransference: The therapist's contribution to the therapeutic situation* (pp. 213-234). New York: Jason Aronson.

Finell, J.S. (1985). Narcissistic problems in analysts. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 227-231.

Ford, E.S.C. (1963). Being and becoming a psychotherapist: The search for identity. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 472-482.



Frederickson, J. (1990). Hate in the countertransference as an empathic position. *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 479-496.

Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. *Standard Edition*, 21, 64-145.

Gabbard, G.O. (1995). When the patient is a therapist. Special challenges in the psychoanalysis of mental health professionals. *Psychoanalytic Review*, 82, 709-725.

Gruenberg, P.B. (1995). Nonsexual exploitation of patients. An ethical perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23, 425-434.

Guggenbühl-Craig, A. (1983). *Macht als gevaar in gezondheidszorg en welzijnswerk*. Rotterdam: Lemniscaat.

Henry, W.E., Sims, J.H., & Spray, S.L. (1973). *Public and private lives of psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.

Jones, E. (1913). The God complex. *Essays in Applied Psychoanalysis*, 2, 244-265.

Perlman, G. (1972). Change in self and ideal self-concept congruence of beginning psychotherapists. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 404-408.

Shafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.

Shepard, M., & Lee, M. (1970). *Games analysts play*. New York: G.P. Putnam's Sons.

Searles, H.F. (1975). The patient as therapist to his analyst. In *Countertransference and related subjects* (pp. 380-459). Madison: International Universities Press.

Stack, C. (1998). The analyst's new clothes. The impact of the therapist's unconscious conflicts on the treatment process. *Contemporary Psychoanalysis*, 34, 273-287.

Sussman, M.B. (1992). *A curious calling. Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale/New Jersey/London: Jason Aronson.

Van Gael, M. (1998). Als de chirurg in eigen vingers snijdt. Over de grenzen van de draagkracht van de psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24, 77-90.

Van Lawick, J. (1998). De persoon van de psychotherapeut als instrument in systeemtherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24, 390-407.

Winer, R. (1994). *Close Encounters. A relational view of the therapeutic process*. Northvale/New Jersey/London: Jason Aronson.

Winnicott, D.W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.

## **S** Summary

Is the psychotherapist 'free of memory and desire'? Ethical correct psychotherapeutic practice is always impeded by the desires of the psychotherapist, which are rooted in his early object relations and memories. These were the motives for his vocational choice and they will influence the relation with his patients. The psychotherapist is a wounded healer, who tries to treat himself in his work. The therapist must be fully aware of these tendencies, to minimise the always present risk of exploitation of his patients.

## **P** Personalia

Myriam Van Gael is klinisch psycholoog en psychotherapeut, werkzaam in het P.C. St.-Amedeus te Mortsel. Correspondentieadres: Karel de Preterlei 150, 2140 Borgerhout.

E-mail: myriam.vangael@skynet.be