

II

Plaatsbepaling

1

Vrije associatie

De kortdurende therapie begint dus bij Breuer en Freud (zie I § 1), en is te vinden in de *Studien über Hysterie* (1895). Vooral bij de cathartische behandelingen (Flegenheimer, 1992) werd geprobeerd de traumatische ervaringen van patiënten naar de oppervlakte te brengen. Eerst werd hiervoor gebruikgemaakt van hypnose en suggestie en later concentratie. Er werd ook letterlijk druk op het voorhoofd uitgeoefend om de herinnering met bijbehorend affect los te maken uit de greep van de repressie. Freud maakte uit nood gebruik van de concentratietechniek. Niet iedereen kon namelijk onder hypnose (verhoogde vorm van concentratie) worden gebracht, en niet alle problemen van patiënten bleken met de bestaande methodiek te behandelen. Volgens Freud was concentratie – het samentrekken van de aandacht van de patiënt tot één punt – de te bewandelen weg naar de openlegging van het probleem. De praktijk wees uit dat hiermee onvoldoende resultaat werd bereikt. Dit bracht Freud tot een radicale verandering van koers. In plaats van nog langer gebruik te maken van concentratie, het vasthouden van de aandacht, experimenteerde hij met het volledig loslaten van de aandacht. Deze kon zich dan vrijelijk bewegen. Deze nieuwe benadering groeide uit tot wat wij nu kennen als de ‘techniek van de vrije associatie’.

Door het verder toepassen en ontwikkelen van deze techniek groeide de psychoanalyse ten slotte uit tot een langdurende vorm van psychotherapie. Alle ervaringen uit de beginperiode ten spijt, ervaringen met kortdurende behandelingen, kwam het zwaartepunt te liggen bij analyseren. Dit ging ten koste van de directe verandering die in de vroege korte therapie centraal stond. Eén focus (symptoomdrager), uitdaging, een actieve therapeut en een vis-à-viscontact maakte plaats voor een meer geleidelijk proces. In dit proces vervielen uitdaging en druk ten gunste van vrije associatie, zonder zichtbare actieve sturing van een therapeut.

Deze langer durende therapievorm met een gewijzigde techniek bracht nieuwe problemen met zich mee, namelijk de hantering van overdracht en projectie in de therapeutische relatie (zie ook I § 1).

2

Overdracht en projectie

Breuer heeft als behandelaar met overdracht en projectie geworsteld en erover gerapporteerd aan Freud toen hij zich geconfronteerd wist met de heftige (seksueel beladen) overdrachtsgevoelens van Anna O. (Jones, 1956; Gay, 1989). Dit verschijnsel beangstigde hem zo, dat hij ten slotte met zijn vrouw naar het buitenland vluchtte en de patiënt aan een collega moest overlaten. Hoewel Breuer het fenomeen op bijna fysieke wijze als eerste tegenkwam, zag Freud het belang ervan in en heeft met de therapeutische hantering van het fenomeen vervolgens een begin gemaakt. De soms heftige overdrachtsgevoelens die patiënten ten opzichte van de therapeut gedurende de behandeling kunnen ontwikkelen, bleken in de praktijk moeilijk te hanteren. In de beginperiode van de analyse bleef de overdracht onopgemerkt, maar was wel aanwezig in de therapeutische relatie. Het gevolg hiervan was dat de overdracht zich min of meer vrijelijk kon ontwikkelen. Het bleef onbesproken, of om het wat preciezer te stellen onbewerkt, en dus onbehandeld. Op een niet-bewust niveau in het denken en ervaren bleef de overdracht aanwezig en actief. In een overdrachtsrelatie wordt de therapeut getransformeerd tot een andere persoon. Hij wordt een overdrachtsobject voor de patiënt vanuit een vertekende waarneming en beeldvorming. De patiënt draagt zijn onvervulde verlangens over op de therapeut alsof deze die alsnog zou kunnen vervullen. Het gaat hier om een haast organisch verlopend proces dat moeilijk te bewerken is en indertijd zelfs lastig te ontdekken bleek. Overdracht vloeit haast onmerkbaar de interactie tussen patiënt en therapeut in en bepaalt ongemerkt (want waartegen moet je het in gedachten afzetten?) de wijze waarop de patiënt met de therapeut omgaat en deze beziet. Moeilijker wordt het als er sprake is van afweerprojectie bij de patiënt. Bij projectie ervaart de patiënt aan zijn therapeut datgene wat hij hem heeft toegeschreven en wat hij zelf afweert en niet onderdrukt. Het kan hier gaan om driftneigingen (voortkomend uit seksualiteit of agressie) of impulsen waarbij de patiënt ervan uitgaat dat de therapeut erop uit is om hem te beschadigen of te vernietigen, terwijl die gevoelens eigenlijk bij hem zelf leven. De patiënt splitst een deel van het zelf af en schrijft het toe aan de ander. Hij transformeert zichzelf en de therapeut in iemand anders en – in tegenstelling tot wat bij overdracht het geval is – verwacht de patiënt hier bijvoorbeeld een aanval. De therapeut is wel een overdrachtsobject, maar de overdracht kan niet tot stand komen. Het opsporen en vervolgens ontdoen van projectie is moeilijk therapeutisch werk. Overdracht kan men nog relatief gemakkelijk bewust worden, omdat de gevoelens niet zijn afgesplitst. Bij projectie moet de patiënt zichzelf eerst herstructureren, dat wil zeggen leren terugnemen en integreren wat werd afgesplitst. Is een projectie eenmaal ontdaan, en wijkt hij, dan is het normaal dat zich alsnog een overdracht ontvouwt.

De geconstateerde terugval bij patiënten die hun behandeling hadden afgerond, evenals het ontbreken van verandering bij andere patiënten, leek in verband te staan met de ongrijpbare werking van deze mechanismen. De overdrachtsgevoelens moesten, zo zag Freud in, net als eerst de symptomen, gezien worden als dragers, exponenten, van oude ‘vergeten’ conflicten die opgeslagen lagen in de patiënt. Overdracht van oude gevoelens en ideeën op de therapeut, deden oude conflicten en trauma’s juist effectief herleven in de therapeutische relatie.

Het gebruik van de nieuwe techniek, de vrije associatie, bracht aan het licht dat het verdrongen materiaal ook daadwerkelijk naar buiten kon komen, naar de oppervlakte opsteeg. Repressie, een kernafweer, verzwakt kennelijk onder invloed van vrije associatie. Het door Breuer als eerste gepostuleerde ‘Dynamisch Onbewuste’, waarbij het bestaan van een onbewust krachterspel binnen het individu werd aangenomen, kon binnen deze ontwikkeling worden herkend en begrepen. Het onbewuste kreeg daarmee een kans om te worden ontsloten in het therapeutische proces.

Deze ontdekking mag een mijlpaal in de ontwikkeling van de psychotherapie worden genoemd. De concretisering ervan werd door Freud in gang gezet, omdat hij niet alleen de techniek van de vrije associatie bedacht maar ook de hantering van de overdracht in praktijk bracht (in Gay, 1989). Er ontstond echter tegelijkertijd een langer wordende behandelduur in de psychoanalyse (zie ook I § 1). Hantering van de nieuwe fenomenen die door de toepassing van vrije associatie naar voren kwamen – overdracht en projectie – vormden dus al gauw weer nieuwe problemen.

3

Kernconflict en focus

Kritiek van een aantal analytici richtte zich in die tijd in eerste instantie op deze lengte in behandelduur. Hun kritieken groeiden uit tot een eerste beweging die de kortdurende behandeling opnieuw op de voorgrond wilde stellen. Onder de leiding van Ferenczi en Rank werd tegen de vrije associatie als techniek ingegaan, werd de sofa (her)vervallen door vis-à-viscontact, en werd voorgesteld afspraken met patiënten te maken over de tijdsduur van de behandeling. Ferenczi toonde zich een begeesterde man die wederkerigheid propageerde in de relaties met zijn patiënten. Hij probeerde hen met onorthodoxe middelen ertoe te brengen terug te keren tot het trauma dat ten grondslag lag aan hun neurosen. Rank benadrukte bijvoorbeeld het belang van de wil van de patiënt en dat deze gemobiliseerd diende te worden. Zowel Ferenczi als Rank (*Die Entwicklung der Psychoanalyse*, 1924) stelden dat, in tegenstelling tot wat Freud naar voren bracht, een analyse van de gehele persoonlijkheid niet noodzakelijk en ook

wenselijk was om de beoogde verandering te bereiken. Zij meenden dat alleen die delen van de persoonlijkheid geanalyseerd moesten worden waar het ego gefixeerd was door interferentie van het oorspronkelijke trauma. Zij brachten dit standpunt niet alleen naar voren om daarmee de duur van de analyse te verkorten, zij wilden vooral de aandacht vestigen op onnodig intellectualiseren van de psychoanalytische werkwijze. Deze had naar hun mening tot gevolg dat het analyseren een doel op zichzelf was geworden in plaats van een middel ten dienste van de verandering. Analyseren levert alleen dan een bijdrage aan het veranderingsproces, zo stelden zij, als het intellectueel begrijpen gepaard gaat met een affectieve ervaring. Dit nu zagen zij verloren gaan. Zij pleitten ook voor een actieve therapeut.

Deze ideeën zijn twintig jaar later, in het werk van Alexander en French (1946) beter tot hun recht gekomen. Freud immers tolereerde geen ‘analytisch georiënteerde’ therapieën, er was in die tijd slechts de analyse. Alexander en French waren verbonden aan het Chicago Institute for Psychoanalysis en publiceerden een studie over hun onderzoek naar de werking van psychoanalytische therapieën in het boek *Psychoanalytic Therapy Principles and Application* (1946). Zij introduceerden het begrip ‘kernconflict’, met als drager en exponent van dit conflict de ‘focus’. Zij stelden dat focus en het achterliggende kernconflict de leidraad moet zijn voor behandeling, en dat de Correctieve Emotionele Ervaring (CEE) het therapeuticum is, het voertuig voor het veranderingsproces. Om het optreden van de CEE te bevorderen probeert de therapeut actief en bewust anders te zijn dan de ouder met wie de patiënt het kernconflict ervaren heeft. Tegenwoordig gebruiken we dat niet meer zo en treedt de correctie op omdat de therapeut anders is en de patiënt om te beginnen al heel anders bejegend.

4

De methode van Davanloo

Alexander en French grijpen terug op het werk van Ferenczi en Rank. Het werk van Alexander en French staat model in veel analytisch georiënteerde vormen van kortdurende behandeling.

Het is onder andere uit deze ideeën dat de ‘kortdurende analytische school voor psychotherapie’ ontstond. In deze school zijn twee richtingen gegroeid, een radicale en een behoudende richting. De radicale richting is gericht op de behandeling van karakterpathologie of, om dit in de huidige DSM-IVR terminologie te formuleren, de persoonlijkheidstoornissen. De behoudende richting beperkt zich tot de behandeling van milde symptomatologie, gebaseerd op klachten van een meer recente datum (As I problematiek in DSM-IVR-termen als depressie of dysthymie).

Onderdeel van de radicale richting zijn de methode van Davanloo en die van Malan (1979). Beiden werkten in de jaren tachtig van de vorige eeuw zeer nauw samen. Voorbeelden van de andere richtingen zijn de behandelingen die werden ontwikkeld door Sifneos (1958), Mann (1973) en aanvankelijk ook Malan (1963).

Davanloo neemt in deze discussie zelfs een extreme positie in. Zijn therapie heeft naar zijn zeggen de mogelijkheid tot een zogenaamd broad-focus, (multifocaal in tegenstelling tot unifocaal), en kan daarmee een grotere variatie aan psychopathologie behandelen dan de hiervoor genoemde behoudende richting. Hiermee breidt Davanloo het indicatiegebied uit. Patiënten met vage, diffuse klachten, patiënten die somatiseren en waarbij het focale aspect niet aanwijsbaar is, en co-morbiditeit kunnen volgens hem met deze methode behandeld worden. Patiënten die problemen hebben met hun Egosterkte – tot uitdrukking komend in gebreken in de ontwikkeling van de Ik-functies –, Egofragiliteit, problemen met de egoadaptieve capaciteit (zie voor nadere toelichting hoofdstuk III) kunnen met deze behandeling structurele verbetering bereiken.

De kerngedachte die ten grondslag ligt aan de psychoanalyse kunnen we formuleren als het verlangen van de mens om de onverwerkte conflicten uit het verleden tot een oplossing te brengen in het heden, binnen de context van een betekenisvolle relatie (objectrelatie). Het daaropvolgende, even wezenlijke kernpunt van de psychoanalyse, is dan dat de mens deze onverwerkte conflicten en trauma's uit het verleden in het heden actualiseert door deze over te dragen op bestaande relaties. Hij of zij doet dit net zolang totdat de onverwerkte conflicten en trauma's op een adequate manier herkend, begrepen en geverbaliseerd worden. Bedoeld wordt dat op het moment dat de patiënt zijn neurose (het onopgeloste conflict uit het verleden) samen met zijn therapeut in het heden kan verbaliseren, dat deze neurose oplost nadat ook het bijbehorende affect geuit is. In Davanloo's benadering staan deze kerngedachten van de psychoanalyse centraal.

Samenvattend kunnen we nu stellen dat een juist begrip en effectieve hantering van de problemen die de vrije associatie met zich meebrengt, een sleutel vormen voor de ontwikkeling van effectieve psychotherapie. Daarnaast is het van belang om te onderzoeken of therapie nu korter kan, en als dat mogelijk is, hoe dan de psychoanalytische techniek moet worden aangepast. In het volgende hoofdstuk wordt hierop nader ingegaan door ons op de psychoanalytische techniek te concentreren. Freud en Breuer gingen ons voor, maar bereikten ten slotte niet het doel dat wij ons willen stellen: kort en effectief.