

5

Het profiel van de bekwame psychotherapeut

Quin van Dam

5.1 Inleiding

Ervaren en bekwame psychotherapeuten uit diverse therapiescholen hebben een aantal eigenschappen of competenties gemeen (Binder, 2004). Zij improviseren op basis van een grondige beheersing van de techniek, de theorie en de diagnostiek. De psychotherapeuten richten zich op belangrijke actuele psychologische en interpersoonlijke kwesties die van invloed zijn op het dagelijkse leven van hun patiënten en zij nemen in het contact met hun patiënten regelmatig het initiatief tot een uitwisseling van ideeën. De therapeut informeert bijvoorbeeld bij de patiënt naar de schoolontwikkeling van zijn kind en wisselt met hem van gedachten over de wijze waarop de patiënt en zijn partner het kind daarbij ondersteunen. Deze benadering hanteren zij meer dan hun minder ervaren en minder bekwame collegae, die uitgaan van een afwachende en passieve benadering. Bovendien stellen de bekwame therapeuten vaker vragen en komen zij meer met suggesties. De therapeut doet bijvoorbeeld de patiënt de suggestie aan de hand om contact op te nemen met een loopbaanadviseur. Tenslotte vertellen zij in meer gevallen iets over zichzelf indien dat in het belang van de patiënt is. Zo vertelt de therapeut wat hem heeft geholpen bij het overwinnen van zijn angst om een voordracht te houden. Deze zelfonthullingen bevatten niet alleen de gevoelsreacties die in verband staan met de wisselwerking tussen de patiënt en de therapeut, maar ook anekdotes uit hun persoonlijke en professionele leven. De zelfonthullingen worden toegepast om een aangelegenheid te benadrukken en de patiënt iets te laten inzien dat van belang is voor zijn dagelijks leven (levensles). Bij de toepassing van deze verschillende interactie methodes improviseren de ervaren psychotherapeuten met benaderingen die zij op een bepaald moment in de therapie bij deze patiënt het meest effectief vinden. Bekwame en wijze therapeuten delen hun levenswijsheid. Soms opereren zij als mentor of als coach, op andere momenten stellen zij zich op als therapeut die de onderliggende betekenissen van het gedrag van de patiënt interpreteert.

Delen de bekwame therapeuten uit de diverse therapeutische scholen een aantal persoonlijke kenmerken? Voor het beantwoorden van die vraag maak ik in de eerste plaats gebruik van het werk van Binder (2004). Om de eigenschappen van de bekwame therapeuten te achterhalen richtte hij zijn aandacht niet op de technische strategieën, voorschriften en gebruiken, die vanuit de theorie worden voorgeschreven, maar bestudeerde hij hun gedrag en cognitieve processen. Daarnaast verzamelde ik een aantal persoonlijkheidskenmerken door de competenties van deze therapeuten te beoordelen aan de hand van het Ontwikkelingsprofiel (Abraham, 2005). Ter illustratie heb ik in cursief lettertype enkele vignetten toegevoegd.

5.2 Basisvaardigheden volgens Binder

Binder is als hoogleraar Klinische psychologie verbonden aan de Argosy universiteit in Atlanta. Daarvoor werkte hij aan de Vanderbilt universiteit in Nashville. Hij publiceerde over tijdgelimiteerde psychodynamische psychotherapie en over de opleiding van psychotherapeuten. Met Hans Strupp, een van de grondleggers van het wetenschappelijk onderzoek in de psychotherapie, schreef hij de klassieker: *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy* (Strupp en Binder, 1984). Binder (2004) stelt dat in de literatuur over de competenties van psychotherapeuten enkele basisvaardigheden vaak over het hoofd worden gezien, namelijk common sense, technische flexibiliteit en interpersoonlijke vaardigheden.

De therapeut beschikt over common sense opvattingen indien hij niet uitgaat uit van irreële perfectionistische ideeën over het leiden van een bevredigend en betekenisvol leven, en in het bijzonder over de kwaliteit van relaties met anderen. Anders gezegd: hij kan tevreden zijn als zijn leven of dat van zijn patiënten gemiddeld een zeven is. Daarnaast is hij technisch flexibel als hij soepel en niet rigide reageert op onverwachtse omstandigheden die zich (in de therapie) voordoen. Bovendien beschikt hij over interpersoonlijke vaardigheden indien hij op een (enigszins) spontane wijze contact kan onderhouden met andere mensen.

Sommige veelbelovende kandidaat psychotherapeuten maken bij aanvang van de opleiding al gebruik van deze eigenschappen. Door de psychotherapie opleiding komen deze competenties echter onder druk te staan.

5.2.1 Basisvaardigheden in de opleiding

Bij de psychotherapeutische opleiding wordt de kandidaat bedolven onder kennis over psychopathologie, persoonlijkheid en technische regels over de

uitvoer van therapie. Deze kennis is vaak te vaag, abstract of rigide geformuleerd om houvast te bieden. De kandidaat is lange tijd gepreoccupeerd met de theorie en met de feiten die hij moet leren, en zijn basiscompetenties raken op de achtergrond (Binder, 2004).

A, psychotherapeut in opleiding, vraagt zijn psychoanalytisch geschoolde leertherapeut of hij nog wel psychoanalytisch werkt. Het valt de kandidaat op dat zijn leertherapeut hem regelmatig aankijkt. Bij de opleiding leert hij dat direct oogcontact tijdens de analytische psychotherapie moet worden beperkt.

In de setting van de bankanalyse ligt de patiënt op de bank en zit de analyticus buiten het gezichtsveld van de patiënt. De patiënt wordt de mogelijkheid geboden zich over te geven aan zijn opkomende gevoelens, fantasieën en gedachtes. De toekomstig psychoanalytisch therapeuten wordt in de opleiding geleerd om deze eigenschappen van de bankanalyse ook toe te passen op de vis a vis setting van de psychotherapie. Dit leidt tot de rigide norm dat normaal oogcontact een psychoanalytische werkwijze in de weg staat.

Bij de laatste zitting van de psychotherapie neemt een vrouwelijke patiënte een bos bloemen mee voor haar therapeute. B, therapeute in opleiding, is blij verrast en neemt het boeket aan. Even later vraagt ze zich verschrikt af wat haar supervisor hiervan zal vinden. Zij heeft in de opleiding geleerd dat cadeaus van patiënten niet aangenomen mogen worden, omdat het bespreking van dit gebaar in de weg staat. In de ontwikkeling van de psychoanalytische techniek is er lange tijd vanuit gegaan dat de liggende positie van de patiënt op de bank en de uitschakeling van de motoriek de gewaarwording van de gevoelens en daarmee verbonden betekenissen bevordert, ofwel dat het handelen het voelen in de weg staat. Dit (achterhaalde) idee is verheven tot het onvriendelijke voorschrift dat alles wat de patiënt doet niet beantwoord en bevredigd, maar geanalyseerd moet worden.

Volgens Binder (2004) ontworstelen kandidaten die uitgroeien tot bekwame psychotherapeuten zich onder invloed van toenemende klinische kennis en ervaring aan de rigide toepassing van de theoretische kennis en de technische regels en ontwikkelen een eigen therapiestijl. Zij herontdekken hun common sense en zijn weer in staat flexibel en sociaal vaardig met patiënten om te gaan.

De psychotherapeutische opleiding leidt tot declaratieve kennis (feiten, theorieën, principes en regels) bij de kandidaat. Hij weet *wat* hij volgens het therapieboek moet doen, maar beseft nog niet *hoe* hij deze in de therapiesessie kan toepassen. Door de theoretische concepten, principes en technische regels in de praktijk te oefenen gaat zijn declaratieve kennis over in procedurele kennis. Zo probeert hij verschillende interventies zoals exploreren,

confronteren en overdrachtsduidingen toe te passen in klinische situaties en maakt hij zich deze technieken eigen, en onderdeel van zijn procedurele kennis. Dit is vergelijkbaar met het leren bespelen van een muziekinstrument. Improviseren is pas mogelijk als kennis en vaardigheden op dat gebied voldoende ontwikkeld zijn.

5.2.3 *Vormen van reflectie*

Als belangrijke cognitieve processen bij de psychotherapeut onderscheid Binder (2004) *knowing in action*, *knowing on action* en adaptieve flexibiliteit. Om de procedurele kennis op het juiste moment toe te passen is het nodig tijdens de handeling te reflecteren ('*knowing in action*'). De benodigde kennis wordt ingezet op basis van herkenning. Bijvoorbeeld als een patiënt klaagt dat de therapeut niet behulpzaam is dan zal de therapeut dit niet persoonlijk nemen, maar begrijpen dat het teleurgestelde gevoel kan verwijzen naar een overdrachtsreactie die ook in andere relaties speelt. Een bekwame psychotherapeut heeft gemakkelijk toegang tot de procedurele kennis die bruikbaar is in een verscheidenheid van therapeutische situaties. De routinematige procedurele therapeutische kennis is echter niet voldoende om de therapeutische relatie te hanteren

Deze relatie kenmerkt zich door talrijke vaagheden en onduidelijk afgebakende problemen. Onzekerheden, instabiele factoren en mogelijk waardeoordelen spelen daarin een rol. De patiënt komt met een mengeling van problemen en probleemgebieden die het de therapeut lastig maken te beseffen op welk gebied hij zijn interventies zal richten. Bovendien zijn de unieke eigenschappen van de therapeutische relatie ook van invloed op de betekenis die de patiënt toekent aan de interventies van de therapeut, en dientengevolge aan de invloed van deze interventies. Om in deze complexe situatie met onvoorspelbare eigenschappen te opereren zijn een aantal cognitieve vaardigheden noodzakelijk: herkenning van interpersoonlijke patronen, gericht gebruik van nieuwsgierigheid, common sense en zelfreflectie. Deze vaardigheden stellen de therapeut in staat te switchen tussen strategieën en te interveniëren los van gevestigde procedures en regels. Dit wordt benoemd als adaptieve flexibiliteit.

De bekwame psychotherapeut heeft in zijn procedurele geheugen een grote voorraad aan relationele patronen, psychologische thema's, therapeutische scenario's, theoretische principes en procedures opgeslagen. Deze zijn georganiseerd rond bepaalde therapeutische interventies en de gevolgen daarvan. Iedere actuele interpersoonlijke situatie zal herinneringen oproepen aan daarmee vergelijkbare situaties, en aan voorgaande therapeutische interventies die nuttig bleken. Doordat de therapeut beseft dat deze situatie niet exact

hetzelfde is als de voorgaande weet hij zijn interventies aan te passen aan de huidige context (Binder, 2004).

Mw C schiet voor haar gevoel in veel situaties tekort. Deze schuldgevoelens hangen samen met de strenge en perfectionistische eisen die zij zichzelf oplegt. De wijze waarop zij zichzelf belast en de gevolgen die dit heeft voor haar dagelijks functioneren komen overeen met patronen die de therapeut T bij andere patiënten heeft waargenomen. Deze kennis en de daaraan verbonden therapeutische handelingen dienen te worden aangepast aan de huidige situatie. Daarin voelt T aan dat naast de op de voorgrond staande schuldgevoelens ook schaamtegevoelens leven bij C. Zij faalt in eigen ogen (schuldgevoel) en in die van anderen (schaamtegevoel), en mogelijk in de ogen van de therapeut. Intuïtief beseft T dat deze schaamte gevoelens ook patiënten waarneming van zijn interventies zullen kleuren. T richt zich aanvankelijk op de strenge eisen van C (schuld), maar switcht dan zijn aandacht naar C's beleving te falen. In plaats van op te merken: "ik denk dat u vaak het gevoel hebt tekort te schieten, doordat u zoveel eist van uzelf" zegt hij nu: "ik denk dat u vaak het idee hebt dat anderen vinden dat u best meer had kunnen doen. Ik krijg de indruk dat u ernaar streeft alles perfect te kunnen en dat u er vanuit gaat dat anderen dat ook van u verwachten."

Deze adaptieve flexibiliteit vindt plaats door een min of meer bewuste herkenning en komt voort uit een tweetal cognitieve vaardigheden, namelijk het vermogen te reflecteren op de voorafgaande actie (reflection on action) en de capaciteit te reflecteren op de handeling terwijl deze gaande is (reflection in action).

Dhr D vertelt dat zijn vrouw zich ergert aan zijn geaard in de aanpak van hun kinderen. De therapeut T vraagt hoe hij met de kinderen omgaat als zijn vrouw afwezig is. D realiseert zich dat hij dan krachtdadig optreedt en het prima redt met hen. T heeft daarop reflecterend (reflection on action) in eerste instantie associaties met patiënten die op een passief agressieve wijze hun agressie hanteren, en neigt ertoe dit passief agressieve patroon te bespreken met D. Even later vertelt D dat hij op zijn vrije zaterdag naar de cd winkel wil. Hij wil dit thuis plompverloren aankondigen. Terwijl D dit vertelt realiseert de T zich dat D voor de komende zaterdag niet in gedachten een scenario schets met activiteiten van zijn partner, de kinderen en zichzelf. Hij plant niet vooruit en stemt niet af op zijn gezin. T switcht vanuit deze reflection in action naar een interventie waarin hij met D het te verwachten scenario van de zaterdag bespreekt en hem op die wijze leert reflecteren op zichzelf, partner en kinderen.

De reflectie op zijn interactie met de patiënt helpt de therapeut te beseffen wat de consequenties zijn van de interventies en levert hem aanwijzingen

voor verdere acties. De innerlijke reflectie tijdens de dialoog met de patiënt heeft twee doelen, namelijk de constructie van een therapeutisch zinvol verhaal waarin de problemen van de patiënt beschreven en verklaard worden en het vinden van de beste methode om het therapeutisch onderzoek gaande te houden.

Een bekwame therapeut helpt de patiënt spontaan zijn verhaal te vertellen. Hij voert de regie over de gezamenlijke exploratie van de kernthema's in de problematiek van de patiënt en vindt een juiste balans tussen luisteren en interveniëren. De therapeut is gericht op onderliggende voorbewuste psychische aspecten die hij selecteert, organiseert en van een betekenis voorziet. Hij plant zijn handelen en beoordeelt de aard van de dialoog die zich ontvouwt. Daarnaast zorgt hij er zonodig voor dat de therapeutische relatie positief wordt, en dat tijdens de therapeutische dialoog het begrip van de patiënt zich verdiept en de patiënt baat heeft bij de sessie.

De patiënt leert door middel van de therapie ook herkenning van interpersoonlijke patronen, gericht gebruik van nieuwsgierigheid, common sense, zelfreflectie en reflectie op anderen. Hij krijgt oog voor terugkerende valkuilen in zijn wijze van denken, voelen en handelen en in zijn relationeel functioneren, en hij leert deze hanteren (Binder, 2004).

Het begrip reflectie overlapt met het begrip mentaliseren dat in de hedendaagse psychoanalytische praktijk veel gebruikt wordt. Volgens Wallin (2007) is mentaliseren gelijk aan reflectie plus empathie. In beide gevallen gaat het om het onderkennen en aanvoelen van de eigen en andermans gevoelens, intenties en cognities (state of mind).

5.3 Vermogens van de psychotherapeut op basis van het ontwikkelingsprofiel

Welke persoonlijkheidstrekken kenmerken een bekwame psychotherapeut? Om deze vraag te beantwoorden heb ik een aantal competenties, dat vereist wordt binnen het psychoanalytische referentiekader (Tuckett, 2005; Greenson, 1967 en Gabbard, 2004) vertaald in persoonlijke vermogens of capaciteiten. Bij de beoordeling, die een exploratief karakter heeft, maakte ik gebruik van het Ontwikkelingsprofiel (Abraham, 2005).

Het Ontwikkelingsprofiel (OP) is gebaseerd op de ontwikkelingspsychologie en op de veronderstelling dat elk individu in zijn leven een aantal ontwikkelingsfasen doorloopt. Deze ontwikkeling gaat in het normale geval van een onrijp naar een rijp niveau. De fasen worden in het OP aangeduid als tien *ontwikkelingsniveaus*: Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Sym-

biose, Verzet, Rivaliteit, Individuatie, Verbondenheid, Generativiteit en Rijpheid. De eerste zes niveaus worden gekenmerkt als onrijpe of disadaptieve niveaus en de volgende vier als late, rijpe of adaptieve niveaus. Zo wordt Structuurloosheid, als vroegste niveau, gekenmerkt door lacunes in het psychosociale functioneren en wordt Rijpheid, als laatste niveau, gekenschetst als de fase waarin het individu in staat is op een constructieve wijze om te gaan met beperkingen en in het bijzonder de eindigheid van het eigen leven. Naast deze opsplitsing in niveaus wordt er in het OP een onderverdeling gemaakt in gebieden waarop de ontwikkeling plaatsvindt: de *ontwikkelingslijnen*. Negen ontwikkelingslijnen worden onderscheiden: Sociale Attitudes, Objectrelaties, Zelfbeeld, Normen, Behoeften, Cognities, Probleemoplossend Gedrag (2 lijnen) en Overige Thema's. In het OP wordt het gedrag (denken, voelen en handelen) van de volwassene getypeerd door de mate waarin hij bij zijn leeftijd passende adaptieve gedragspatronen heeft ontwikkeld en de mate waarin zijn gedrag wordt bepaald door (bij de kinderleeftijd passende) disadaptieve patronen. Zo kan een patiënt op een aantal ontwikkelingslijnen op een adaptief niveau en op enkele andere lijnen op een disadaptief niveau functioneren.

Een volwassen man die goed functioneert in zijn werk heeft veel bevestiging en aanmoediging nodig van zijn partner. Bij onenigheid met collega's reageert hij met mopperen en klagen. Op de lijn Sociaal gedrag functioneert hij – vanwege zijn goede werkprestaties – op een adaptief niveau (patroon productiviteit), en op de lijn Relaties op een disadaptief niveau vanwege zijn afhankelijke opstelling ten aanzien van zijn partner (ouder). Zijn probleemoplossend gedrag wordt – vanwege zijn indirecte uiting van zijn boosheid – ook als disadaptief (defensief) aangemerkt.

5.3.1 Taxatie van het ontwikkelingsniveau – de competenties

Een aantal competenties is vertaald in concrete therapeutische reacties die in psychoanalytische behandelingen (psychoanalyses en psychoanalytische psychotherapieën) worden toegepast (Tuckett, 2005; Greenson, 1967 en Gabbard, 2004). Daarna zijn deze reacties op basis van het OP beoordeeld door Robert Abraham en Quin van Dam. Deze beoordeling is door ieder afzonderlijk uitgevoerd en daarna samengevoegd. Na een bespreking van de therapeutische reacties volgt het resultaat van de beoordeling vanuit het OP.

Tuckett onderzocht tijdens enkele werkconferenties met 50 senior opleiders (supervisors) van negen Europese psychoanalytische verenigingen – aangesloten bij de International Psychoanalytic Association (IPA) – op welke

wijze geschiktheid voor toelating tot het vak van psychoanalyticus werd beoordeeld. De auteur expliciteerde de globale en intuïtieve beoordelingen die gemaakt werden bij het beoordelen van de gesuperviseerde kandidaten aan de hand van twee vragen, namelijk wat moet een capabele collega kunnen en hoe bepaalt men dat. Hij ging uit van de vooronderstellingen dat er in de opleiding gestreefd wordt naar de ‘good enough’ analyticus en dat competent en incompetent op een continuüm liggen. Tuckett verdeelde de psychoanalytische taak in drie categorieën, namelijk *participerende observatie*, *conceptueel kader* en *interventie kader*. Bij de werkconferenties brachten de opleiders concreet omschreven casus in die in de supervisie van kandidaten besproken waren. De kandidaten werden beoordeeld als excellent, als acceptabel en als onacceptabel. De casusbespreking leverde diverse gedragingen op die als reacties in een van de drie categorieën worden geplaatst.

De drie categorieën worden besproken met daarbij ter illustratie enkele reacties. Bij deze reacties wordt doormiddel van een A of D aangegeven of de reactie als adaptief (niveau Individuele tot en met Rijpheid) of als disadaptief (Structuurloosheid tot en met Rivaliteit) wordt beoordeeld vanuit het OP. In de bijlage wordt de volledige lijst van reacties weergegeven. De nummers bij de reacties verwijzen daarnaar.

Participerende observatie: de analyticus reflecteert al luisterend naar de patiënt op de gevoelens en onbewuste betekenissen bij de patiënt en op zijn affectieve reacties daarop.

Enkele reacties die daartoe behoren zijn:

- 1 Tegenoverdracht positie kunnen innemen: luisteren naar wat de patiënt zegt en niet kan zeggen (A), ontvankelijke positie: afwachten tot het materiaal betekenis krijgt (A), maar niet te lang waardoor de invallen afzakken of de patiënt gefrustreerd wordt (A). Tegenhanger: zich gedwongen voelen met een interventie te komen (D), of te lang afwachten vanuit het idee dat de ‘psychoanalytische houding’ dit voorschrijft (D).
- 3 Vermogen om te blijven reflecteren, wanneer de patiënt de analyticus onder druk zet met destructieve, grensoverschrijdende of behoefte bevredigende (eisende) aspecten, bijvoorbeeld:
 - a. De kandidaat handhaaft een analytische attitude wanneer de patiënt een andere tijd eist, wil stoppen of de frequentie wil veranderen (A)
 - b. De kandidaat wordt actief en intervieneert teveel (D) soms vanuit angst voor liefdesverlies (D), vanuit behoefte om de patiënt te repareren (D), of vanuit een psychotherapeutisch ideaal (D)
- 4 Weerstand kunnen onderkennen en daarop kunnen reflecteren (A) of in discussie gaan (D)

Conceptueel kader: hij kan de latente betekenis van het materiaal begrijpen en die vertalen in psychoanalytische theoretische concepten.

Enkele reacties:

- 9 Een onbewust of latent aanwezig thema op een conceptueel niveau kunnen opmerken (bijvoorbeeld oedipale rivaliteit of kinderlijke seksualiteit) (A). Tegenhanger: te angstig om te reflecteren en zich vastgrijpen aan theoretische rationalisaties (D)
- 10 Een beeld hebben van de overdracht en de tegenoverdracht en de reactie van de patiënt op interpretaties daarover (A). Tegenhanger: T schrikt van passieve verlangens van patiënt en gaat ervan uit dat de patiënt hem wil laten schrikken (D)
- 12 Een beeld (in conceptuele zin) hebben van de wijze waarop de behandeling bij deze patiënt werkt (A). Tegenhanger: op rigide wijze de verandering toeschrijven aan de correctieve emotionele ervaring van de therapeutische setting (D)

Interventie kader: hij kan uitgaande van een theoretisch veranderingsmodel en op basis van wat hij aanvoelt en begrijpt interveniëren.

- 13 Is er voldoende balans tussen de gevoelsmatige en intellectuele verheldering in de interpretaties (A). Tegenhanger: abstracte theoretische interventies uit het 'boekje' (D)
- 15 Zijn er interpretaties die het hier en nu van de overdracht goed weergeven (A). Tegenhanger: voorbij gaan aan actuele overdracht en deze uitsluitend vanuit het verleden verklaren (D)
- 16 Worden er interpretaties gegeven die de onbewuste relatie met de emotionele belevingswereld uitwerken (A) Tegenhanger: te oppervlakkige duiding uit angst voor confrontaties (D) of te diepe duidingen vanuit een therapeutisch ideaal (D)

Greenson beschreef in 1967 diverse vaardigheden waarover de analyticus diende te beschikken. Het merendeel daarvan komt overeen met die van Tuckett. De vaardigheden (2, 11 en 17) die niet overlappen met die van Tuckett zijn als reacties geplaatst in een van de categorieën van Tuckett (zie bijlage 1).

Gabbard (2004) verdeelt de competenties in kennis, technische vaardigheden en emotionele houding (attitudes). De laatste categorie (attitude) heeft betrekking op persoonlijkheidskenmerken en wordt hier gebruikt. De reacties (18 tot en met 23) die niet overlappen met die van Tuckett en Greenson worden toegevoegd aan de lijst onder de categorie attitude (zie de bijlage).

Enkele reacties:

- 19 Eerlijkheid en ontvankelijkheid in supervisie (A) Tegenhanger: therapeut voelt zich aangevallen (D), verdedigt zich en houdt materiaal achter (D)
- 21 Een open houding ten aanzien van de seksuele gerichtheid en het seksuele gedrag van de patiënt (A). Tegenhanger: angstige, schuldbeladen of normatieve reactie op het seksuele gedrag van de patiënt (D)
- 22 Gevoeligheid voor culturele verschillen (A). Tegenhanger: vooringenomen standpunten (D) en vermijding van nieuwsgierige houding (D)

Na de beoordeling van de reacties (zie de bijlage) op basis van het OP blijkt dat de meeste reacties dan wel gedragspatronen – op te vatten als persoonlijke vermogens of capaciteiten – geplaatst worden op de rijpe of adaptieve niveaus Individuele, Verbondenheid, Generativiteit en Rijpheid. De onbekwame reacties liggen op de disadaptieve niveaus van Symbiose, Verzet en Rivaliteit.

Tabel 1

Observatie op basis van het OP van de competenties van de psychoanalytisch psychotherapeut

Ontwikkelingsniveau	Cognities	Probleem oplossende vermogens	Overige vermogens	Overige vermogens
90 Rijpheid	Metacognities	Synthese		
80 Generativiteit	Context gerelateerde cognities	Respecteren controversiële (sub)culturen		
70 Verbondenheid	Empathie	Respecteren controversiële ander		
60 Individuele	Zelfbeschouwing	Assertiviteit	Primair-proces beleving	
50 Rivaliteit		Omkeren	Overmatige idealen	Seksuele insufficiëntie gevoelens
40 Verzet			Macht	
30 Symbiose			Ouder	
20 Egoïcentriciteit				
10 Fragmentatie				
00 Structuurloosheid				

5.3.2 *Adaptieve en disadaptieve vermogens*

Een deel van de reacties wordt bij de beoordeling geplaatst op het niveau Individuatie (*zelfverwerkelijking, op een eigen wijze leven binnen een sociale context*) en daarop vallende vermogens tot Zelfbeschouwing, Assertiviteit en Primair-proces beleving. Het vermogen tot Zelfbeschouwing (4 reacties) impliceert dat de therapeut het eigen handelen of valkuilen daarin vanuit een derde persoon perspectief kan bezien. Hij kan zich bijvoorbeeld afvragen waarom hij zich na een vijandige reactie van de patiënt zo gekrenkt voelt of wat zijn aandeel is in deze vijandige reactie. Assertiviteit (2 reacties) verwijst naar het vermogen van de therapeut zijn belangen op een adequate wijze te behartigen door zich open en eerlijk op te stellen in de supervisie. Primair-proces belevingen (3 reacties) stelt de therapeut in staat zich tijdens de therapie sessie over te geven aan spontane en soms verrassende associaties, die vervolgens te exploreren en op basis daarvan nieuwe invalshoeken te kiezen. Zo kunnen zijn associaties met een recent overleden familielid hem op het spoor zetten van mogelijke doodsangst bij de patiënt.

Op het niveau Verbondenheid (*functioneren in een relatie, deel zijn van een groter geheel, zonder de eigen persoonlijkheid te verliezen*) worden de vermogens Empathie (15 reacties) en Respecteren controversiële ander (16 reacties) gescoord. Het empathisch vermogen stelt de therapeut in staat zich in de ander te verplaatsen en diens belevingswereld aan te voelen. Daarmee kan hij bijvoorbeeld ervaren dat de dwingende en eisende patiënt gedreven wordt door angstige gevoelens en fantasieën. Het tweede vermogen helpt de therapeut onbekend of (sociaal) ongewenst gedrag van de ander te onderkennen zonder dit te devalueren. Zo kan hij bijvoorbeeld begrijpen dat een patiënt in bepaalde omstandigheden tot (afkeurenswaardig) crimineel gedrag komt en de achtergrond daarvan exploreren.

Op het niveau Generativiteit (*een daadwerkelijk medeaansprakelijkheid voor het functioneren van de maatschappij*) worden de gedragspatronen Context gerelateerde cognities (3 reacties) en Respecteren controversiële subculturen (1 reactie) gescoord. Dit eerste vermogen helpt de therapeut onderkennen dat het gedrag van mensen mede wordt bepaald door algemene factoren als geslacht, leeftijd, cultuur, geloof en sociaaleconomische positie. Bijvoorbeeld: een volwassen patiënt voelt zich schuldig over de seksuele relatie, die zij in het begin van de puberteit met haar zwager had. De therapeut kan met haar de omstandigheden uit die tijd exploreren, en haar helpen te beseffen dat zij als kind bij haar zwager de liefde en genegenheid zocht die zij bij de ouders miste. Het tweede vermogen maakt het de therapeut mogelijk het gedrag van een patiënt - bijvoorbeeld eerwraak - dat hij afkeurt, ook als inherent aan de andere cultuur te respecteren, en vanuit de context van de patiënt te exploreren.

Ten slotte komen op het niveau Rijpheid (*het niet meer van primaire betekenis achten van de eigen persoonlijke belangen*) de gedragspatronen Metacognities en Synthese voor. Het eerste patroon omvat het vermogen om een beeld (in conceptuele zin) te hebben van de wijze waarop de behandeling bij deze patiënt werkt (1 reactie). Zo kan de therapeut beseffen dat de patiënt minder gespannen is door versoepeling van de vroegere strenge en onbewuste gewetensvorming. Dankzij het vermogen tot Synthese kan hij ook ogenschijnlijk onverenigbare elementen op elkaar afstemmen. Hij kan begrijpen dat de patiënt vanuit een niet kennende of niet wetende positie gekend kan worden of dat een oudere patiënt met dagelijkse verantwoordelijkheden zich bij hem en anderen soms ook een klein angstig jongetje kan voelen die bang is voor het oordeel van anderen.

De competenties die als therapeutische fouten of incompetenties kunnen worden aangemerkt zijn in de minderheid doordat er in Tucketts competentielijst weinig incompetente reacties worden vermeld (zie tabel 1).

Een reactie wordt geplaatst op het niveau Symbiose (*een onvolledige losmaking, een onvermogen zelfstandig te functioneren*) Zo kan een therapeut bij destructieve of grensoverschrijdende acties van de patiënt soms te toegankelijk interveniëren vanuit angst voor liefdesverlies (capaciteit Ouder). Hij beseft niet dat een bekwame therapeut niet altijd een aardige therapeut is.

Er is sprake van therapeutisch handelen op het niveau Verzet (*innerlijke onvrijheid, een gebrek aan autonomie*) als de therapeut blijft vasthouden aan een vast patroon van interventies (reactie 7a) en ernaar streeft macht over de patiënt te krijgen (Macht). Hij reflecteert niet op het effect van zijn interventies op de patiënt en de wisselwerking met hem, hij kan de reactie van de patiënt niet vanuit een andere context beschouwen en belemmert de ontwikkeling van de patiënt.

Drie reacties worden geplaatst op het niveau Rivaliteit (*onzekerheid over de eigen kwaliteit als man of als vrouw*). De therapeut reageert met een overactieve houding (3b: *kandidaat wordt actief en intervenueert teveel*) in het geval hij onder druk komt te staan door destructieve, grensoverschrijdende of een eisende houding van de patiënt. Hij voelt zich mogelijk gekleineerd en keert dit om vanuit een drang zich te bewijzen (Omkeren). Daarnaast kan hij zich in zijn therapeutisch handelen laten leiden door een ideaalbeeld en door te hoge eisen (Overmatige idealen) en vanuit de behoefte om de patiënt te repareren. Therapeutisch functioneren op het niveau Rivaliteit en in het bijzonder in het geval de therapeut twijfelt over zijn seksuele vermogens (Seksuele insufficiëntie gevoelens) kan interfereren met de behandeling van patiënten die kampen met problemen op het gebied van geslachtsidentiteit en seksuele geaardheid. Op het disadaptieve niveau (de onbekwame reacties) kan de therapeut zichzelf niet los van de ander zien en reageert hij te persoonlijk op

de patiënt. Hij reflecteert niet op zichzelf en de patiënt, voelt zich aangevalen, gekleineerd of is bang voor liefdesverlies, en laat zich in zijn interventies daardoor leiden.

5.4 Samenvattend profiel

De kenmerken uit het OP in combinatie met die van Binder leveren het volgende profiel op van de bekwame psychotherapeut:

De therapeut improviseert op basis van een grondige beheersing van de techniek, de theorie en de diagnostiek. Hij beschikt over common sense en interpersoonlijke vaardigheden en maakt gericht gebruik van nieuwsgierigheid. Hij ziet de patiënt als een op zichzelf staand iemand met eigen mogelijkheden, beperkingen en wijze van reageren. De bekwame therapeut vat bijvoorbeeld een vijandige reactie van de patiënt niet persoonlijk op, maar blijft adaptief reflecteren op de gevoelens van de patiënt en op de samenwerking met hem. Hij vraagt zich af: 'waarom heeft de patiënt het nodig zo te doen' en 'wat is mijn rol in deze interactie'. Hij probeert zich in te leven in de problematiek en de reacties van de patiënt en deze vanuit de (sociaal culturele) context van de patiënt te begrijpen. Hij respecteert gedrag dat hij als onwenselijk beschouwt. Al luisterend naar zijn patiënt geeft hij zich over aan associaties en kan hij tot een andere optiek komen. Hij is in staat om ogenschijnlijk onverenigbare aspecten bij zichzelf en anderen op elkaar af te stemmen, en kan vanuit een metapsychologisch gezichtspunt de veranderingen bij de patiënt formuleren. In intervisie of supervisie stelt hij zich eerlijk en ontvankelijk op.

Dit profiel van de bekwame therapeut overlapt met de beschrijving die Dozier (2004) geeft op basis van haar onderzoek. Zij concludeert dat een goede therapeut gekenmerkt wordt door een autonome persoonlijkheid met een bovengemiddelde intelligentie, een flexibele relatiestijl op basis van een veilige gehechtheid, het vermogen de psychotherapeutische setting te verdragen en een hoge mate van zelfreflectie (zie ook hoofdstuk 1).

5.5 Ten slotte

De poging een aantal persoonlijkheidskenmerken van de bekwame psychotherapeut op te sporen levert drie basiscompetenties, twee vormen van reflectie en twaalf rijpe of adaptieve vermogens (OP) op.

Bij de opleiding tot psychotherapeut kunnen de beschreven vermogens als leidraad dienen.

Met behulp van het OP kan -als observatie-instrument- in het individuele leerproces onderzocht worden welke capaciteiten extra training behoeven. Aan de gebruikelijke leermiddelen (theoretisch technische opleiding, leertherapie en supervisie) kunnen andere middelen worden toegevoegd om een bepaalde capaciteit te ontwikkelen. Er kunnen bijvoorbeeld dramatechnieken ingezet worden om het vermogen tot Primair- proces belevingen te ontwikkelen of bepaalde scènes uit films om de empathie te bevorderen. Bij de exploratieve beoordeling vanuit het OP heb ik me beperkt tot de competenties van de psychoanalytische psychotherapeut. Een empirisch onderzoek bij bekwame therapeuten uit verschillende scholen is aan te bevelen om te komen tot het profiel van *de* bekwame psychotherapeut en tot wetenschappelijk gefundeerde aanbevelingen voor de opleiding tot bekwaam psychotherapeut.

Bijlage

Ad a. Participerende observatie

1. Tegenoverdracht positie: luisteren naar wat de patiënt zegt en niet kan zeggen; ontvankelijke positie: afwachten tot het materiaal betekenis krijgt, maar niet te lang waardoor de invallen afzwakken of de patiënt gefrustreerd wordt
2. (Greenson) vermogen tot gecontroleerde regressie en een vrijzwevende aandacht
3. Vermogen om te blijven reflecteren, wanneer de patiënt de analyticus onder druk zet met destructieve, grensoverschrijdende of behoefte bevredigende (eisende) aspecten, bijvoorbeeld:
 - a. De kandidaat handhaaft een analytische attitude wanneer de patiënt een andere tijd eist, wil stoppen of de frequentie wil veranderen
 - b. De kandidaat wordt actief en intervenueert teveel, soms vanuit angst voor liefdesverlies, vanuit behoefte om de patiënt te repareren, of vanuit een psychotherapeutisch ideaal,
4. Weerstand kunnen onderkennen en daarover kunnen reflecteren (of in discussie gaan)
5. Verschillende emotionele niveaus horen in wat verteld wordt (bijvoorbeeld dat iets van buiten de behandeling overdrachtsverschijnselen heeft)
6. Besef hebben van blinde vlekken en de betekenis daarvan kunnen onderkennen voor de behandeling
7. In staat zijn te reflecteren op het effect van bepaalde interventies op patiënt en analyticus of:
 - a: Steeds zelfde soort interventie geven of
 - b: De onbewuste respons op een interventie oppakken (u vindt mijn opmerking vreselijk) of
 - c: Aanvoelen dat een interventie door de patiënt misbruikt wordt, of dat deze bijgesteld moet worden,
8. Fouten kunnen onderkennen en toegeven en daarover kunnen reflecteren

Ad b Conceptueel kader

9. Een onbewust of latent aanwezig thema op een conceptueel niveau kunnen opmerken (zoals bijvoorbeeld oedipale rivaliteit of kindelijke seksualiteit)
10. en beeld hebben van de overdracht en tegenoverdracht en de reactie van de patiënt op interpretaties daarover
11. (Greenson) nieuwsgierigheid en intellectuele kennis en vermogen om theorie te gebruiken en met modellen te spelen
12. Een beeld (in conceptuele zin) hebben van de wijze waarop de behandeling bij deze patiënt werkt

Ad c Interventiekader

13. Is er voldoende balans tussen de gevoelsmatige en intellectuele verheldering in de interpretaties
14. Zijn de interventies goed getimed en afgestemd op het emotionele niveau van de patiënt
15. Zijn er interpretaties die het hier en nu van de overdracht goed weer geven
16. Worden er interpretaties gegeven die de onbewuste relatie met de emotionele belevingswereld uitwerken
17. (Greenson) vermogen om wisselende mentale instellingen af te wisselen, door bijvoorbeeld te switchen tussen een vrijzwevende aandacht en een rationeel cognitieve benadering bij het maken van interpretaties

Attitude

18. Terughoudendheid in het oordelen over de gedachtes, de gevoelens en het gedrag van de patiënt
19. Eerlijkheid en ontvankelijkheid in supervisie
20. Gevoeligheid voor gender aspecten
21. Een open houding ten aanzien van de seksuele gerichtheid en het seksuele gedrag van de patiënt
22. Gevoeligheid voor culturele verschillen
23. een ethische opstelling, in die zin dat datgene dat de patiënt nodig heeft prevaleert boven de eigen behoeftes

Literatuur

- Abraham, R.E. (ed) (2005). *Het Ontwikkelingsprofiel in de praktijk*. Assen: Van Gorcum
- Binder, J.L. (2004). *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: clinical practice beyond the manual*. New York: Guilford press
- Dozier, M., Bates, B. C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (2004). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. London: Lawrence Erlbaum Ass.
- Gabbard, G.O. (2004) *Long-term psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: University Press
- Strupp, H. & Binder, J.L. (1984): *Psychotherapy in a New Key, A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Ed : Basic Books, Inc., Publishers, New York.
- Tuckett, D. (2005) Does Anything Go? Towards a framework for the more transparent assessment of psychoanalytic competence. *Intern. J. Psychoan.*, 86: 31-49.
- Wallin, D.J. (2007) *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford press.