

9

Afweer en weerstand¹

Quin van Dam

- 1 Inleiding
- 2 Een klinische illustratie van afweer en weerstand
- 3 Afweer
- 4 Weerstand
- 5 Afweer, weerstand en intern werkmodel
- 6 Behandeling van afweer en weerstand
- 7 Conclusie

1 Inleiding

Afweer en weerstand hebben in het dagelijkse taalgebruik een negatieve connotatie. Afweer wordt geassocieerd met mensen die afwerend doen, hun ongelijk niet toegeven en onkwetsbaar blijven, en weerstand met dwars zijn, moeilijk doen, verzet tonen en voor elke oplossing een probleem bedenken. In beide gevallen ontlokken ze de verzuchting: waarom doet hij altijd zo moeilijk?

De psychotherapeut die in een behandeling geconfronteerd wordt met dit gedrag, zal niet deze verzuchting slaken maar zich afvragen: waarom heeft de patiënt het nodig zich zo te gedragen? Wanneer een patiënt zich niet overgeeft aan de behandeling en die verstoort door weg te blijven of te laat te komen, door uitgebreide redeneringen ten beste te geven en door gevoelens weg te houden, kan dit ergernis oproepen. Tegelijkertijd echter beseft de psychotherapeut dat de patiënt zijn kwetsbare kanten niet zomaar weghoudt, maar het nodig heeft zo te doen. Hij werkt zo goed mogelijk mee, maar innerlijk gebeurt er iets wat hem angstig maakt. Vanuit het besef dat de patiënt geen andere mogelijkheid heeft dan zich zo te gedragen, kan de therapeut hem helpen bij het verwoorden van deze angstige gevoelens en bij zijn overgave aan de behandeling (Schlesinger, 2003).

In de literatuur worden de begrippen 'weerstand' en 'afweer' in een aantal gevallen ten onrechte als synoniemen gebruikt. Om deze begripsverwarring te voorkomen worden aan de hand van een klinisch voorbeeld beide verschijnselen verhelderd. Daarna worden de verschijningsvormen van afweer en weerstand en de behandeling ervan besproken.

2 Een klinische illustratie van afweer en weerstand

Patiënt A. komt herhaaldelijk in conflict met zijn baas omdat hij zich verzet tegen diens opdrachten en voorstellen. Hij beseft dat hij zich onredelijk gedraagt, maar kan er niet mee ophouden. Dit autoriteitsprobleem heeft zich al eerder voorgedaan en ondermijnt zijn carrière. In de psychoanalyse nodigt de analyticus patiënt A. uit de vrije associatie te volgen en alles te vertellen wat in hem opkomt, ook al is dat onlogisch of onredelijk.

In de eerste uren komt A. met veel invallen, maar na enkele weken volgen perioden waarin hij zwijgt of in discussie gaat over het nut van de vrije associatie.

A. groeide op met een aan alcohol verslaafde vader, die hem geregeld bedreigde. Zijn moeder zocht steun bij hem. A. voelde dat zijn ouders zijn verlangen naar liefde en geborgenheid niet onderkenden. Hij heeft dit verlangen afgeweerd, dat wil zeggen buiten zijn bewuste beleving geplaatst via het mechanisme van de verdringing. In plaats van klein en afhankelijk ging hij zich overmatig stoer en groot gedragen. In zijn kindertijd vormde dit ogenschijnlijk autonome gedrag een adequate reactie die hem de best mogelijke veiligheid en de waardering van zijn moeder opleverde. Maar ook als volwassene stelt A. zich overmatig onafhankelijk op en verdraagt hij geen leiding van anderen. Hij reageert alsof er nog steeds sprake is van een onveilige (gezins)situatie en richt zich op het bestrijden van thans irreële gevaren. Er is een neurotische adaptatie ontstaan.

Deze adaptatie wordt in de analytische situatie aangetast. A. moet daar immers de regie uit handen geven en de controle loslaten. Dit beleeft hij op grond van zijn kinderervaringen als beangstigend. Zijn afweer tegen vroegkinderlijke verlangens komt als weerstand tegen de analyse tot uiting.

Deze casus illustreert ook het onderscheid in het toepassingsgebied van de begrippen ‘afweer’ en ‘weerstand’: het begrip ‘afweer’ kan worden toegepast op het gedrag en de belevingswerelden (*states of mind*) van mensen die een bepaalde ‘waarheid’ over zichzelf niet onder ogen kunnen zien. De afweermechanismen zijn in alle situaties van het dagelijks leven werkzaam. Het begrip ‘weerstand’ heeft daarentegen alleen betrekking op de psychotherapeutische situatie (Frosh, 2003, blz. 87).

3 Afweer

‘De dood van mijn moeder doet me niet zo veel; het leven gaat verder.’ ‘Ik kijk niet naar andere vrouwen: zo ben ik niet.’ ‘Als ik verdrietig ben, doe ik heel vrolijk.’ De confrontatie met gebeurtenissen binnen of buiten onszelf kan ondraaglijke angst, schuld, schaamte of emotionele pijn opleveren; ze kan ons psychisch uit balans brengen. Om dit evenwicht te handhaven maken we gebruik van afweermechanismen. Deze worden ook aangeduid als copingmechanismen of probleemoplossend gedrag en opereren automatisch en op een onbewust psychisch niveau. Freud vestigde voor het eerst de aandacht op de functie van afweer. Zijn dochter Anna beschreef in *Het Ik en de afweermechanismen* (1936a) tien afweermechanismen, namelijk verdringing, regressie, reactievorming, isolering, ongedaan maken, projectie, introjectie, het zich keren tegen de eigen persoon, overdekking door het tegendeel en sublimeren. Zij rangschikt de eerste negen punten onder de neurose en het tiende afweermechanisme (humor) onder het normale gedrag. Gabbard (2004) breidt deze tien stuks uit naar zesentwintig mechanismen en plaatst ze in een rangorde die loopt van primitief tot rijp. Vaillant e.a. (1986) kwamen op basis van wetenschappelijke toetsing tot een hiërarchie van afweermechanismen. In het Ontwikkelingsprofiel (OP) is de classificatie van het probleemoplossend gedrag gebaseerd op deze hiërarchie (Abraham, 2005). Deze classificatie wordt hier beschreven.

In het OP (zie hoofdstuk 15) worden de onderste zes ontwikkelingsniveaus aangemerkt als disadaptief of onrijp en de bovenste vier als adaptief of rijp. Functioneren op een disadaptief niveau impliceert dat de separatie niet geheel tot stand is gekomen en de patiënt niet los van anderen kan functioneren. Er is een onvermogen wensen te verwezenlijken op basis van eigen vermogens en beperkingen, en daarbij rekening te houden met de legitieme belangen van anderen en met situatieve factoren. In het OP wordt het gedrag van de volwassene getypeerd door de mate waarin hij de 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. Bijvoorbeeld, een volwassen man die goed functioneert op 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 op een adaptief niveau (productiviteit), en op de lijn Relaties op een disadaptief niveau vanwege zijn afhankelijke opstelling ten aanzien van zijn partner. Zijn probleemoplossend gedrag wordt ook als disadaptief (defensief) aangemerkt.

3.1 Verschijningsvormen van afweer

Als reactie op stress wordt de emotionele betekenis die verbonden is met de belastende gebeurtenissen of situaties veranderd. Dit probleemoplossend gedrag gaat op de disadaptieve niveaus

gepaard met een ernstige of minder ernstige vertekening van de realiteit ('ik heb geen zwak hart, die arts heeft bijscholing nodig'). Op de adaptieve niveaus worden de problemen onder ogen gezien en met toenemend succes aangepakt ('ik werd razend op de voorzitter en wilde mijn schoen naar zijn hoofd gooien; na de vergadering heb ik hem gezegd dat ik zijn opmerking niet passend vond').

Het probleemoplossend gedrag dat kenmerkend is voor een ontwikkelingsniveau wordt verdeeld over twee ontwikkelingslijnen, namelijk Denken/voelen en Handelen (zie ook tabel 9.1).

Tabel 9.1 Probleemoplossend gedrag per ontwikkelingsniveau

Ontwikkelingsniveau	Denken/voelen	Handelen	Doel	Weerstandgedrag
90 Rijpheid	Synthese	Reorganiseren	Realisatie zelf en anderen	Realistische schaamte en schuld
80 Generativiteit	Respecteren van controversiële (sub)culturen	Herstructureren	Realisatie zelf en anderen	Realistische schaamte en schuld
70 Verbondenheid	Respecteren van controversiële ander	Alliëren	Zelfrealisatie en afstemming op de ander	Realistische schaamte en schuld
60 Individuatie	Respecteren van controversiële zelf	Assertiviteit	Zelfrealisatie	Realistische schaamte en schuld
50 Rivaliteit	Omkeren, projecteren	Pretenderen	Gewoon zijn	Overdekken
40 Verzet	Wegwerken	Defensiviteit	Bevrijding	Machtstrijd, sadisme
30 Symbiose	Onthechten	Opgeven	Separatie	Overdrachts-genezing, onverzadigbaar
20 Egocentriciteit	Verwerpen	Zelfoverschatting	Contact	Devaluatie, gebruiken
10 Fragmentatie	Primitieve externalisatie	<i>Acting out</i>	Integratie	Splitsen, primitieve externalisatie
00 Structuurloosheid	Vervalsen, loochenen	Impulsief gedrag	Stabilisatie	Waanachtige ideeën, onbereikbaar

- *Structuurloosheid (00)*: het ontbreken van een referentiekader en algemeen menselijke vermogens. De patiënt reageert op stress door deze te loochenen, door waanideeën en hallucinaties of door conversieverschijnselen. Bijvoorbeeld: 'Ik weet dat onbeschermd vrijen met onbekenden riskant is. Maar ik voel me goed, dus het zal wel loslopen' (loochenen). De patiënt handelt zonder besluitvorming en gaat direct over tot actie. 'Toen zij opmerkte dat mijn radio te hard stond, gaf ik haar direct een klap' (impulsief gedrag).
- *Fragmentatie (10)*: een gebrek aan innerlijke consistentie. De patiënt ervaart zijn denken, voelen en handelen als volledig door externe stressoren bepaald (primitieve externalisatie). Hij elimineert deze stress door splitsing of door projectieve identificatie: 'U zegt dat als ik zo wantrouwend blijf,

de therapie niets kan opleveren. Ik heb u nooit vertrouwd en nu blijkt dat ik gelijk heb' (projectieve identificatie). Van *acting out* is sprake wanneer de patiënt zijn handelen niet kan relateren aan gevoelens of gedachten. Hij doet in plaats van te voelen. 'Toen mijn therapeut zijn vakantie aankondigde, heb ik direct mijn baan opgezegd (*acting out*).

- *Egocentriciteit (20)*: een overwaardige en/of egoïstische attitude. De patiënt onderkent wel interne of externe stress, maar acht deze niet van toepassing op zichzelf. 'Alles wat u mij vertelt, heb ik zelf al bedacht, dus daar heb ik niets aan' (verwerpen). Hij handelt door zijn situatie of de grenzen van zijn mogelijkheden niet te accepteren. 'Ik kan wel in zee, die rode vlag geldt niet voor mij' (zelfoverschatting).
- *Symbiose (30)*: een onvolledige separatie, een onvermogen zelfstandig te functioneren. De patiënt onthecht door een verlies van betrokkenheid. 'Toen zij het uitmaakte, had het leven geen zin meer' (onthechten). Hij handelt door zonder meer de confrontatie met de bron van stress uit de weg te gaan. 'Als iets misgaat, geef ik het op en meld ik me ziek' (opgeven).
- *Verzet (40)*: innerlijke onvrijheid, een gebrek aan autonomie. De patiënt reageert door affectisolatie, door te rationaliseren of door te verschuiven. 'Ik snap wel dat zij mijn verjaardag vergeet: ze heeft het zo druk' (rationaliseren), 'Als het tegenzit op mijn werk, krijgt de kat een Iel' (verschuiven). Hij handelt door overmatig of ineffectief controleren of door obstructie. 'Als ik eerder van huis was gegaan, was ik niet door rood gereden' (ineffectief controleren), 'Sorry, ik was de afspraak helemaal vergeten' (obstructie).
- *Rivaliteit (50)*: onzekerheid over de eigen kwaliteit als man of vrouw. De patiënt reageert door te ontkennen, de gevoelens of gevoelsreactie om te keren of te projecteren. 'De dood van mijn broer doet me niet zo veel' (ontkennen), 'Als ik me verdrietig voel, ga ik veel lachen' (omkeren), 'Ik zie aan haar ogen dat ze met me naar bed wil' (projecteren). Hij handelt door capaciteiten voor te wenden waarmee de stress probleemloos kan worden opgelost. Faalangst gaat daarmee vaak gepaard. 'Als ik een presentatie geef, ben ik vaak bang opeens niets meer te weten en door de mand te vallen' (pretenderen).
- *Individuatie (60)*: zelfverwerkelijking, op een eigen wijze leven binnen een sociale context. De patiënt kan ongewenste kanten van zichzelf onder ogen zien, zonder zijn gevoel van eigenwaarde te verliezen. 'Ik heb dat niet goed aangepakt, dat wil ik in de toekomst voorkomen' (respecteren van controversiële zelf). Hij handelt door zijn belangen op adequate wijze te behartigen. 'We hebben er veel over gepraat en dat heeft me geholpen het verdriet te verwerken' (assertiviteit).
- *Verbondenheid (70)*: functioneren in een relatie, deel zijn van een groter geheel, zonder de eigen persoonlijkheid te verliezen. De patiënt kan ongewenste of onbekende kanten van de ander onderkennen, zonder dit gedrag of de ander te devalueren. Hij probeert de betekenis daarvan te begrijpen en het niet als een persoonlijke afwijzing te beleven. 'Tijdens de reorganisatie van zijn bedrijf viel er geen land met hem te bezeilen. Ik heb hem gezegd dat ik begrip heb voor zijn reactie, maar dat hij zich ten aanzien van zijn kinderen in moet houden' (respecteren van controversiële ander). Hij handelt door het aangaan van een verbond om zijn problemen op te lossen. 'Met mijn vriend heb ik enkele malen gesproken alvorens de keus te maken' (alliëren).
- *Generativiteit (80)*: het gedrag wordt gekenmerkt door betrokkenheid bij anderen. De patiënt kan ongewenst of onbekend gedrag dat inherent is aan de andere (sub)cultuur eerbiedigen. 'Het is begrijpelijk dat in een dergelijk arm land zonder sociale voorzieningen corruptie heerst. Het is de enige manier om te overleven' (respecteren van controversiële culturen). Hij handelt door realistische maatregelen te nemen om zijn eigen functioneren of de situatieve voorwaarden daarvoor te verbeteren. 'Omdat de uitvoer van psychotherapie bij die instelling niet meer mogelijk is, ben ik met

enkele collega's een groepspraktijk begonnen. In verband met een goede bedrijfsvoering heb ik een cursus Ondernemerschap gevolgd' (herstructureren).

- *Rijpheid (90)*: de eigen belangen worden niet meer van primaire betekenis geacht. De patiënt is in staat belastende situaties het hoofd te bieden door het op elkaar afstemmen van (ogenschijnlijk) onverenigbare elementen. 'Macht is het kunnen omgaan met onmacht' (synthese). Hij handelt door een andere oplossing te kiezen voor zijn problemen: 'Als patiënten weerstand tegen een behandeling hebben, kan dat als onderwerp worden besproken' (reorganiseren).

Uit empirisch onderzoek van Vaillant (1994) blijkt dat de rijpheid van de afweer een voorspellende factor is voor de psychische gezondheid in het leven. Het op is in enkele studies gebruikt om de invloed van de (on)rijpheid van de probleemoplossende vermogens op de behandeling te bestuderen. Zo onderzocht Van (2008) de predictieve waarde van de (on)rijpheid van de probleemoplossende vermogens voor het effect van kortdurende psychodynamische steunende psychotherapie (KPSPT) bij een populatie depressieve patiënten. Uit Vans studie blijkt dat patiënten die wel of niet herstellen niet verschillen wat betreft de mate van disadaptieve probleemoplossende vermogens bij de start van de behandeling. Het verschil wordt vooral voorspeld door de mate waarin de patiënten daarnaast beschikken over meer adaptieve probleemoplossende vermogens. Bovendien bleek dat probleemoplossende vermogens op het Rivaliteitniveau samenhangen met een positief effect en op het Symbiotisch niveau met een negatieve uitkomst van de behandeling. Als verklaring voor dit onderscheid merkt Van op dat bij de behandeling van depressies (re)activering doel van de behandeling is. Om patiënten met Symbiotische afweer te motiveren deze 'passieve' afweer te veranderen in een actieve probleemoplossende methode zijn meer tijd of andere interventies nodig. Bij de rijpere Rivaliteitafweer is er al een actieve benadering van problemen.

Ingenhoven (2009b) verrichtte onderzoek bij een groep patiënten die een langdurende (> 9 maanden) klinische psychotherapie volgden. Uit zijn studie blijkt dat een langere behandelduur kan worden voorspeld door een hoger adaptief niveau van functioneren op het op bij aanvang van de behandeling. Een kortere behandelduur (drop-out) wordt voorspeld door hogere scores op het disadaptieve niveau van functioneren en vooral door scores op de ontwikkelingsniveaus van Fragmentatie en Egocentriciteit. Bij patiënten met scores op deze primitieve ontwikkelingsniveaus komen ook vaker schendingen van de behandelovereenkomst, impulsieve gedragingen, woede-uitbarstingen en zelfdestructieve gedragingen voor. Voor een beschrijving van empirisch onderzoek naar afweermechanismen, zie Van (2008).

4 Weerstand

'Ik stop met de therapie, ik heb genoeg van dat geneuzel en spijkers op laag water zoeken, iedereen heeft weleens problemen.' 'Ik ga hier niet over mijn seksuele fantasieën praten, dat is veel te privé.' Bij elke vorm van behandeling komt het voor dat een patiënt niet of alleen gedeeltelijk meewerkt aan zijn herstel. In de geneeskunde schiet in meer dan 50% van de gevallen de therapietrouw tekort (*non-compliance*), maar ook in psychotherapeutische behandelingen is de niet-volledige overgave een niet te onderschatten factor in de behandeling. Deze kan aanleiding geven tot een impasse, verstoringen of zelfs het afbreken van de psychotherapie. In de psychoanalyse wordt dit verschijnsel samengevat met de term 'weerstand'. Andere therapeutische kaders duiden het verschijnsel aan met termen als 'ambivalentie' of 'ontbrekende motivatie

voor verandering'. De therapeutische scholen verschillen onderling in hun visie en behandeling van weerstand. Gemeenschappelijk is het besef dat de patiënt niet zomaar weerstand vertoont, maar het nodig heeft dat te doen omdat er innerlijk iets gebeurt wat hem angstig maakt.

4.1 Verschijningsvormen van weerstand volgens Freud

Onder invloed van ontwikkelingen in de theorie en praktijk van de psychoanalyse zijn geleidelijk andere kenmerken aan het begrip 'weerstand' toegekend. Maar de indeling in Freuds categorieën uit zijn structurele model (Es, Ik en Opper-ik) is globaal ongewijzigd gebleven (Milman & Goldman, 1987; Frosh, 2003). Freud (1926a) onderscheidt vijf vormen van weerstand, die voortkomen uit drie bronnen. Het Ik is de bron van de *verdringingsweerstand*, de *overdrachtsweerstand* en de *secundaire ziekte winst*, het Es van de *herhalingsdwang* en het Opper-ik van de *onbewuste strafbehoefte*. Deze categorieën worden als volgt omschreven (Sandler, Dare & Holder, 1992, blz. 102-106).

- 1 De *verdringingsweerstand* is de klinische manifestatie van de behoefte van de patiënt zich te verdedigen tegen onbewuste impulsen, herinneringen en gevoelens die, wanneer ze naar het bewuste komen, een beangstigende situatie teweeg kunnen brengen.

De analyticus maakt de opmerking dat patiënt B. de aandacht van zijn vrouw, die enkele dagen op reis is, heeft gemist. B. reageert geïrriteerd en zegt dat hij helemaal geen behoefte heeft aan genegenheid: dat is iets voor slappelingen. Dat hij deze behoefte als kind heeft verdrongen en ook nu nog buiten zijn bewuste beleving houdt, kan hij niet zien.

De uitnodiging om tijdens een psychoanalyse alles te vertellen wat in hem opkomt, vormt een potentieel gevaar voor de patiënt. Dit vrije associatieproces doet een beroep op de verdrongen gevoelens en verlangens en prikkelt de verdringingsweerstand. De weerstand neemt toe naarmate het verdrongen materiaal (bij B. het verlangen naar genegenheid) meer bewust dreigt te worden. Het is de taak van de analyticus empathisch, tactvol en met behulp van zijn interpretaties de patiënt te helpen dit materiaal in het bewuste toe te laten.

- 2 Bij *overdrachtsweerstand* gaat het om een strijd tegen vroegkinderlijke wensen die opkomen in relatie tot de analyticus.

Patiënt N. gaat steeds in discussie met de analyticus. Daarmee lijkt hij een agressieve uitbarsting te willen uitlokken, zoals hij dat gewend is van zijn vader. Zijn verlangen naar de liefde van de analyticus weert hij daarmee af. N. probeert de analyticus in de behandeling een rol te laten spelen die past in zijn onbewuste fantasiebeeld van deze analyticus. Bovendien bezweert hij het gevaar dat de analyticus vanuit zijn onafhankelijke opstelling de gebruikelijke neurotische adaptatie kan waarnemen.

Dit proces, waarbij de analyticus en de analyse in de neurose betrokken raken, wordt de overdracht genoemd. Het daarmee vergezeld gaande gedrag wordt gekenschetst als het ageren in de overdracht. De overdracht vormt een weerstand, aangezien deze de toegang tot de daarachter schuilgaande verlangens belemmert. Via het herhalen en ageren van zijn conflicten en de neurotische oplossingen daarvan geeft de analysant zichzelf en de analyticus belangrijke informatie over de gevoelsmatige redenen om zo te handelen. Verheldering daarvan door de analyticus kan de analysant helpen op een andere wijze te voelen, denken en handelen.

- 3 Bij de *secundaire ziektewinst* levert de aanvankelijk onwenselijke ziekte in tweede instantie voordeel en bevrediging op. De patiënt geniet bijvoorbeeld van de zorg en aandacht van anderen, of neemt indirect wraak op anderen door juist zorg te weigeren en hen op die manier noodgedwongen in zijn lijden te betrekken. Van secundaire ziektewinst is ook sprake wanneer de patiënt de ziekte beleeft als iets wat hij 'verdient', waardoor zijn strafbehoefte (moreel masochistische inslag) wordt bevredigd, of wanneer hij ziek blijft vanwege de maatschappelijke ondersteuning die dit oplevert.

Patiënt V. wil alles alleen doen en verdraagt geen hulp van anderen. In deze houding koestert hij de wraakzuchtige gedachte dat niemand in staat is hem te helpen. Anderzijds benadeelt hij zichzelf daarmee en kan hij de ander het gevoel geven dat deze tekortschiet.

Deze vorm van weerstand komt in een behandeling tot uiting in de onbewuste weigering van de patiënt het secundaire voordeel dat aan een ziekte kleeft, op te geven.

- 4 Bij de *herhalingsdwang* is er een neiging oude patronen te herhalen, alsook een weerstand aangeleerde gewoonten en handelwijzen op te geven.

Z. komt na enige tijd in de analyse in contact met het verdriet, de woede en onveiligheid die hij als kind heeft verdrongen. Ondanks inzicht in de wijze waarop deze gevoelens hebben geleid tot een overmatig onafhankelijke houding, is hij geneigd vast te houden aan deze stoere façade en afwijzing van genegenheid, in plaats van te ervaren dat dit nu niet meer nodig is.

Een belangrijk onderdeel van het 'doorwerken' tijdens een analytische behandeling bestaat uit het ontwikkelen van nieuwe patronen en het afleren van oude en gevestigde wijzen van functioneren. Dit betekent in de psychoanalyse van patiënt Z. dat verschillende situaties uit het dagelijks leven worden besproken waarin Z. zich onnodig en overmatig onafhankelijk opstelt.

- 5 De *onbewuste strafbehoefte* komt voort uit het strenge Opper-ik en het schuldgevoel van de patiënt. Dit levert in de analytische situatie de ogenschijnlijk paradoxale situatie op dat een afgeweerde impuls na bewustwording afkeuring vanuit het geweten teweegbrengt.

Patiënt B., 29 jaar, krijgt voor het eerst van zijn leven een vriendin, maar hij durft geen seksueel contact met haar te hebben. Het meisje voelt zich afgewezen en verbreekt de relatie. B. meldt zich aan voor analyse, omdat hij zijn angst en geremdheid wil overwinnen.

In de analyse kan hij zich na geruime tijd overgeven aan zijn invallen. Ook durft hij seksuele verlangens toe te laten. Tijdens een maandagsessie draait hij bij het brengen van invallen. Met zijn omslachtige houding lijkt hij de ergernis van zijn analytica uit te lokken. Na analyse van zijn gedraai en zijn angst met verlangens voor de dag te komen, vertelt B. schaamtevol dat hij zich in het weekend bij de zelfbevrediging heeft overgegeven aan fantasieën. Dit geeft hem een slecht en zondig gevoel en het angstidee dat de analytica hem weg zal sturen.

Deze vorm van weerstand is vaak lastig te ontdekken en te behandelen. Een vaag, wat ongemakkelijk gevoel aan het begin van de analytische sessie kan later als schuldgevoel worden geïdentificeerd. De uiterste vorm van dit type weerstand is de *negatief therapeutische reactie* na een bemoedigende ervaring. De analyticus maakt bijvoorbeeld een positieve opmerking over de voortgang van de analyse of de patiënt merkt zelf op dat hij vooruitgang boekt. In plaats van dat de patiënt zich opgelucht voelt, verslechtert zijn toestand. Deze reactie hangt samen met een onbewuste

strafbehoefte en een daarmee gepaard gaand schuldgevoel. Een verbetering van de toestand leidt tot een verheving van het schuldgevoel. De patiënt 'mag' niet beter worden.

4.2 Andere verschijningsvormen van weerstand

Stone (1973) onderscheidt in weerstand een tactische en een strategische vorm. Blatt en Erlich (1982) verdelen weerstand in episodische weerstand, overdrachtsweerstand en fundamentele weerstand tegen verandering (voor een beschrijving en klinische illustratie van deze weerstandsvormen, zie Van Dam, 2006, blz. 8-15).

Weerstand is empirisch onderzocht in psychoanalytische psychotherapieën door Schuller, Cris-Christoph en Connolly (1991) en door Mahalik (1994), en in psychoanalyses door Van Dam (Van Dam, 2006; Van Dam e.a., 2009). Uit de eerste studie blijkt dat het verschijnsel is opgebouwd uit vier relatief onafhankelijke subtypen: 'abrupt/veranderen' (*abrupt/shifting*), 'oppositieel' (*oppositional*), 'vlak/tegenhouden' (*flat halting*) en 'vaag/twijfelen' (*vague/doubting*) (Schuller, Cris-Christoph en Connolly, 1991).

Weerstand is in de studie van Mahalik (1994) opgebouwd uit vijf factoren, namelijk het tegenwerken van:

- het uiten van pijnlijke gevoelens;
- de verzameling van therapeutisch materiaal;
- de therapeutische taken door de therapeut;
- de verandering bij de patiënt;
- het bereiken van inzicht.

Uit het empirisch onderzoek van Van Dam (2006) blijkt dat in het verschijnsel 'weerstand' drie aspecten worden onderscheiden, namelijk weerstand tegen de bereidheid tot zelfonderzoek, weerstand tegen het openstaan voor de analytische werkrelatie en weerstand tegen het openstaan voor bevrijdende invallen.

Uit het onderzoek van Schuller, Cris-Christoph en Connolly (1991) blijkt dat weerstand een multidimensionaal concept is. De gemeten weerstand in de studies van Mahalik (1994) en Van Dam (2006) bestaat echter uit één dimensie, aangezien er een positieve correlatie is tussen de factoren van weerstand in de twee onderzoeken.

Bij het weerstandgedrag kunnen – evenals bij probleemoplossend gedrag – verschillende ontwikkelingsniveaus worden vastgesteld (zie tabel 9.1). Bij de niveaus Structuurloosheid en Fragmentatie en in sommige gevallen Egocentriciteit is er een basaal onvermogen (defect) bij de persoon. De basale functies, zoals het vermogen tot realiteitstoetsing (onderscheid tussen interne en externe realiteit) of objectpermanentie (vasthouden van het innerlijk beeld van de ander), zijn gestoord of ontbreken. De weerstand heeft in die gevallen een defecte vorm, die gepaard gaat met een vergaande en vaak niet-corrigeerbare realiteitsvervalsing. Zo kan de reactie van een patiënt die met waanachtige ideeën reageert op stress (Vervalsen) voor de behandelaar niet-invoelbaar zijn. De patiënt is met zijn waanideeën onbereikbaar en een werkrelatie komt niet tot stand. Bij een patiënt die functioneert op de ontwikkelingsniveaus van Fragmentatie kan een 'alles-of-niets'-weerstand op de voorgrond staan. Van daaruit wordt de behandelaar bij een geringe krenking als een waardeloos persoon afgedaan of bij een positieve ervaring volledig geïdealiseerd (splitsen). Functioneert een patiënt vooral op het niveau Egocentriciteit, dan zal hij de behandelaar als een instrument gebruiken dat hem bewondering en succes moet leveren. Voldoet de behandelaar daar niet aan, dan wordt hij met minachting terzijde geschoven (devaluatie). Indien de patiënt op de niveaus Symbiose, Verzet of Rivaliteit functioneert,

wordt gesproken van een neurotische ontwikkeling van de persoonlijkheid en worden afweer en weerstand als neurotisch gekenmerkt. De realiteitsvervalsing is minder vergaand, bespreekbaar en te corrigeren. De therapeut wordt geconfronteerd met respectievelijk een onverzadigbare (symbiotische) behoefte, met verzet en een machtsstrijd of met de neiging van de patiënt zaken mooier voor te stellen dan ze zijn (omkeren). Een patiënt die behalve op onrijpe niveaus ook op rijpe of adaptieve niveaus functioneert, kan verscheidene aspecten van de analytische naast elkaar zien. Daardoor kan hij bij een pijnlijke confrontatie van de therapeut beseffen dat deze niet als afwijzing is bedoeld en zich overgeven aan de behandeling. Voor een constructieve werkrelatie is het van belang dat de behandelaar het ontwikkelingsniveau van de patiënt vaststelt en daarbij aansluit. De therapeut belemmert de werkrelatie en veroorzaakt weerstand als hij het ontwikkelingsniveau van de patiënt verkeerd taxeert en hem over- of onderschat in zijn mogelijkheden tot verandering.

5 Afweer, weerstand en intern werkmodel

De laatste twee decennia heeft de gehechtheidstheorie in de psychoanalyse sterk aan invloed gewonnen. Dit theoretisch model is verwant aan de objectrelatietheorie vanwege de nadruk die deze theorieën leggen op de vroege relatie tussen moeder en kind, en de invloed en herhaling daarvan in relaties met anderen.

Volgens Bowlby, de grondlegger van de gehechtheidstheorie, vindt de weerslag of representatie van deze vroege interactiepatronen met de ouder plaats in een zogenoemd intern werkmodel. Een intern werkmodel vormt een onbewust dynamisch proces dat kan worden bijgesteld en veranderd op basis van gevoelens en de omgeving. Deze twee aspecten kunnen in het intern werkmodel complementair zijn. Zo zal een kind dat ouders heeft die zich afstemmen op zijn behoeften, een werkmodel ontwikkelen waarin het kind zelf geliefd en competent is en waarin anderen in zijn beleving betrouwbaar zijn. Dit werkmodel zal een positieve invloed hebben op de ontwikkeling in de toekomst, vanwege de verwachtingen die uitgaan van deze aannamen over het zelf en de anderen (Cortina, 2003, blz. 289). Omgekeerd zal een intern werkmodel dat gebaseerd is op negatieve gevoelens over zichzelf en de omgeving een negatieve invloed hebben op zijn ontwikkeling. Een kind kan ook strijdige interne werkmodellen ontwikkelen, bijvoorbeeld wanneer het negatieve ervaringen heeft met (een van) zijn ouders maar positieve ervaringen met andere mensen.

Verondersteld kan worden dat de invloed van interne werkmodellen in een psychoanalytische behandeling vergelijkbaar is met de werking van het afweerproces. Zo kan een patiënt met een werkmodel waarin hij zichzelf als slecht en de ander als vijandig beleeft, lange tijd de therapeut in emotioneel opzicht op een afstand houden. Zijn verwachting dat de therapeut zijn verlangen naar liefde niet zal beantwoorden, bevestigt hij met dit werkmodel. In afweertermen: uit angst voor een vijandige reactie van zijn psychotherapeut weert hij zijn (vroegkinderlijke) verlangen naar de liefde van hem af met behulp van een afstandelijke houding die in de therapie als weerstand tot uiting komt. Met deze vermijdende houding herhaalt hij interactiepatronen uit het verleden. Als de therapeut daarop kan afstemmen en dit interactiepatroon in een voldoende veilige omgeving kan onderzoeken met de patiënt, kan dit een verschuiving in het interne werkmodel tot gevolg hebben. Dit kan leiden tot een afname van de weerstand en tot overgave aan de therapie. In de gehechtheidstheorie wordt het begrip 'weerstand' echter niet gebruikt, en

ook bevat zij geen alternatief begrip dat dit verschijnsel als zodanig beschrijft. Mogelijk speelt hier mee dat in de psychoanalytische praktijk wordt gewerkt op basis van theoretische modellen die elkaar aanvullen. Een aparte formulering van weerstand in de gehechtheidstheorie is dan niet noodzakelijk.

Uit empirisch onderzoek naar de samenhang tussen weerstand en de behandeling blijkt dat een positieve ontwikkeling van het psychoanalytisch proces samenhangt met een afname van weerstand (Graff & Luborsky, 1977; Van Dam, 2006). Daarnaast laten twee onderzoeken (Speisman, 1957; Mahalik, 1994) zien dat de interventies van de behandelaar invloed hebben op de weerstand bij de patiënt. Speisman toont aan dat 'diepe' interpretaties tot de meeste weerstand leiden, dat 'gemiddeld diepe' interpretaties resulteren in de minste weerstand en dat 'oppervlakkige' interpretaties een gemiddeld weerstandsniveau tot gevolg hebben. Diepte verwijst naar de afstand tussen het oordeel van de therapeut over de emoties en motivaties van de patiënt en het bewuste besef van deze affecten bij de patiënt. Anders gezegd: diepte toont de mate waarin de therapeut afstemt op de patiënt. Uit het onderzoek van Mahalik blijkt dat interpretaties, open vragen en minimale aanmoediging de minste weerstand oproepen en gesloten vragen de meeste.

6 Behandeling van afweer en weerstand

De behandeling van afweer en weerstand komt overeen. Eerst zal de psychotherapeut het type weerstand, het type afweer en het ontwikkelingsniveau trachten vast te stellen. Tevens wordt onderzocht in hoeverre de patiënt zich realiseert dat hij weerstand of afweer vertoont (*egosyn-ton* dan wel *egodystoon*). Patiënten hebben vaak zelf geen idee dat zij afweer en weerstand gebruiken; daarom moet dit hun met empathie worden verteld. Na deze verheldering wordt het achterliggende (remmende) gevoel van angst, schuld, schaamte of emotionele pijn geëxploreerd. Als de patiënt loskomt van deze remmingen, kan hij het afgeweerde oorspronkelijke gevoel beleven.

Greenson (1967) stelde een procedure op voor de behandeling van weerstand. Deze procedure kan zowel bij de bespreking van weerstand als van afweer worden gebruikt. Aan de hand van het volgende voorbeeld wordt de werkwijze toegelicht.

- 1 Merk op dat de analysant weerstand vertoont (*merk op dat patiënt A. in discussie gaat, in plaats van invallen te brengen*).
- 2 Laat dit aan de patiënt zien (*breng dit onder zijn aandacht*).
- 3 Verhelder de emotionele achtergrond of reden daarvan (*attendeer A. erop dat het vrijuit vertellen wat hem invalt angst oproept*).
- 4 Interpreteer de weerstand (*bespreek met A. dat hij zich klein en kwetsbaar gaat voelen wanneer hij de controle probeert los te laten, en dan de onveilige gevoelens ervaart die hij als kind heeft gevoeld*).
- 5 Interpreteer dit ook aan de hand van situaties buiten de analyse (*bespreek met A. dat hij op zijn werk geen leiding verdraagt, omdat dit aan deze onveiligheid appelleert en hem angstig maakt*).
- 6 Werk de weerstand door en herhaal de stappen 4 en 5 aan de hand van diverse situaties binnen en buiten de analyse.

Ter afsluiting van deze paragraaf wordt de behandeling van weerstand en afweer aan de hand van de casus van mevrouw C. besproken.

Mevrouw C., 28 jaar en samenwonend, verloor op 8-jarige leeftijd haar moeder. Vader kon het gezin niet aan en was emotioneel onbereikbaar. C. kon met haar verdriet niet bij hem terecht en nam een clowneske houding aan. Daarmee weerde zij haar verdrietige en eenzame gevoel af (omkering) en werd zij populair bij leeftijdsgenoten. In die tijd kon zij niet anders en was dit de best mogelijke oplossing die haar de meeste veiligheid opleverde. In haar huidige leven gedraagt zij zich druk en uitgelaten en vermijdt zij haar partner wanneer ze verdrietig is (defensiviteit). Deze reactie is nu niet meer nodig. Haar vriend is begripvol en bereid naar haar te luisteren en haar te troosten. Twee maanden na de start van de psychoanalytische psychotherapie bij therapeut D. overlijdt een zus van haar moeder. C. had een goede band met haar. In de therapie vertelt ze met opgewekte toon over de begrafenis en de familieleden die ze tegen is gekomen. D. legt haar voor dat zij er mogelijk van uitgaat dat hij net als haar vader niet open zal staan voor haar verdriet over het gemis van haar tante (overdrachtsweerstand). Als C. deze herhaling onder ogen ziet, verheldert D. de emotionele achtergrond daarvan: als zij het verdriet toelaat, roept dit de angst op dat zij opnieuw in het akelige en eenzame gevoel van vroeger terecht zal komen. Als kind kon zij niet bij haar vader terecht en had zij geen andere keuze dan dit gevoel weg te stoppen en zich clownesk te gedragen. Nu zij volwassen en niet meer totaal afhankelijk is van anderen, is dit niet meer nodig. D. staat open voor haar verdriet, en ook haar partner en haar vriendinnen voelen aan hoe pijnlijk het voor haar is om haar tante, en in het verleden haar moeder, te moeten missen.

In de therapie wordt de weerstand en de disadaptieve afweer van haar gevoelens over de dood van haar moeder en de emotionele afwezigheid van haar vader doorgewerkt. Dit helpt C. om de clowneske houding (onrijpe afweer) los te laten en een rijpe afweer te leren hanteren. Deze afweer stelt haar in staat haar verdriet en woede te beleven en emotioneel in contact te komen met zichzelf en met anderen.

7 Conclusie

De patiënt, die ambivalent staat tegenover verandering, heeft dankzij specifieke afweervormen een intrapsychisch evenwicht en wijze van omgaan met anderen opgebouwd. Deze balans wordt in de psychotherapie aan het wankelen gebracht.

De psychotherapeut luistert, diagnosticeert en behandelt afwisselend. Terwijl hij luistert, tracht hij het ontwikkelingsniveau van de weerstand en de afweer vast te stellen, en daarbij aan te sluiten. Hij behandelt door de achterliggende angst te exploreren en met de patiënt te begrijpen hoe deze angst in voorgaande relaties is ontstaan en opnieuw beleefd wordt in het heden. Dit emotioneel inzicht kan de patiënt helpen los te komen van onrijpe afweermechanismen en ze te vervangen door adaptieve probleemoplossende vermogens.

Noot

- 1 Met dank aan Robert Abraham voor zijn commentaar bij een eerdere versie.