

*De keuze voor een carrière als psychotherapeut komt doorgaans voort uit een wens anderen te helpen. Aan de daadwerkelijke keuze liggen mogelijk echter meer onbewuste motieven ten grondslag van de therapeut in kwestie. Wanneer psychologen zich hiervan niet bewust zijn, bestaat het risico dat zij het contact met patiënten onbedoeld gebruiken om een eigen verlangen te vervullen. Voldoende bewustzijn van de eigen motieven in het werk opent daarentegen de deur voor een meer effectieve behandeling, betoogt Chiara Staal.*

## RISICO'S EN KANSEN VAN ONBEWUSTE MOTIEVEN IN HET WERKEN ALS BEHANDELAAR

# DE PSYCHOTHERAPEUT ALS WOUNDED HEALER

### INLEIDING

'Luister jij voor je werk vrijwillig de hele dag naar anderen? Ik moet er niet aan denken!'

Wanneer ik vertel dat ik als psycholoog werk, is dit geen ongebruikelijke reactie. Alhoewel ik doorgaans geneigd ben mijzelf en mijn beroepskeuze te verdedigen door te zeggen dat het 'absoluut een heel interessante en waardevolle baan is', is het geen gekke vraag. Zo schrijft Sussman (1992, p.3): *'The road to becoming a professional psychotherapist is typically long and arduous. Having arrived, the practitioner of psychotherapy is often emotionally taxed; the process is frequently characterized by a good deal of anxiety, ambiguity, and doubt. The therapeutic outcome, moreover, is always uncertain, and when progress is made it is often painfully slow to manifest. Given this rather forbidding scenario, it seems remarkable that anyone ever enters what Freud (1937) deemed one of 'those impossible professions in which one can be sure beforehand of achieving unsatisfying results.'*

Als deze beschrijving in een vacaturetekst stond, zou er vermoedelijk weinig animo zijn op de functie te solliciteren – laat staan om daarvoor jarenlange en bovendien kostbare opleidingen te volgen. Wat maakt dat therapeuten dan toch, elke dag opnieuw, de keuze maken zichzelf onder te dompelen in deze onzekere, beangstigende en teleurstellende wereld? Een veelgenoemd, rationeel en bewust argument om therapeut te willen worden, is een wens om

anderen te helpen (Sussman, 1992; Barnett, 2007). Dit bewuste argument is sociaal wenselijk en professioneel geaccepteerd, maar aan de beroepskeuze van de therapeut liggen hoogstwaarschijnlijk meer onbewuste en complexe motieven ten grondslag (Norcross & Farber, 2005). Wat wij bewust over onszelf denken te weten, is slechts een deel van het verhaal; een sceptische houding ten aanzien van onze bewuste intenties valt aan te raden (Lemma, 2015).

Een groot deel van ons mentale leven speelt zich af op het niveau van onbewuste mentale processen. Deze onbewuste processen ontwikkelen zich gedurende ons leven als gevolg van ervaringen in de interacties met de omgeving, doorgaans de ouder(s). Deze vroege ervaringen beïnvloeden een substantieel deel van onze besluitvorming, waaronder de keuze voor een specifieke carrière. Zo schrijven Malach-Pines en Yafe-Yenai (1999) dat de onbewuste determinanten voor de beroepskeuze van mensen terug te voeren zijn op ons geïnternaliseerde beeld van het zelf, de ander – doorgaans de ouder of verzorger – en de emotionele relatie tussen beide. De auteurs stellen voorts dat de keuze voor een specifieke carrière het individu in staat stelt belangrijke ervaringen uit de kindertijd te herhalen, onbevredigde behoeften te vervullen of bepaalde carriëredoelen, professionele patronen en verwachtingen vanuit de familie van herkomst te verwezenlijken.

## De wens om anderen bij te staan en te helpen geldt mogelijk als een verholde manier om ook iets in onszelf te verhelpen of eerder opgelopen tekorten aan te vullen

De onbewuste motieven die bij therapeuten ten grondslag liggen aan de keuze voor het vak vallen mogelijk ten dele terug te voeren op de voorgeschiedenis van de therapeut. Binnen een groot deel van beroepsgroep lijkt er namelijk sprake van significante emotionele problematiek als gevolg van vroegkinderlijke ervaringen (Sussman, 1992; Barnett, 2007; Steele, Boon & van der Hart, 2017). De wens om anderen bij te staan en te helpen geldt mogelijk als een verholde manier om ook iets in onszelf te verhelpen of eerder opgelopen tekorten aan te vullen. Gabbard (2000) benadrukt in overeenstemming hiermee dat naast de altruïstische intenties en verlangens een ander te willen helpen doorgaans ook een meer onbewust verlangen leeft onszelf van innerlijke moeilijkheden te bevrijden, alsook een streven naar bevrediging van tot dan toe onvervulde behoeften. Het beeld van de therapeut als *wounded healer* komt veelvuldig terug in de literatuur (bijv. Sussman, 1992; Miller, 2008; Barnett, 2007). Elvin Semrad, een Amerikaans psychiater, zou psychotherapie zelfs omschreven hebben als ‘*an encounter between a mess, and an even bigger mess*’ (Mintz, 2005, p.190). De uitdrukkingen: ‘*Bij de loodgieter thuis lekt de kraan*’ of ‘*Het kind van de dokter is ook weleens ziek*’ zijn hier mogelijk van toepassing.

Wanneer het ons ontbreekt aan bewustzijn van onze eigen moeilijkheden en bijkomende onderliggende motieven in ons werk, is het mogelijk dat wij het contact met de patiënt vooral gebruiken om iets in onszelf op te lossen of opgedane tekorten aan te vullen (Sussman, 1992). In dat geval handelen we op een wijze die meer in het belang van onszelf is dan van de patiënt (Lindner, 1987, aangehaald in Sussman, 1992). Dit gaat in tegen onze professionele verantwoordelijkheid om het belang van onze patiënten voorop te stellen (Gabbard, 2000). Bovendien lijkt het ontbreken van bewustzijn hiervan ook risico’s met zich mee te kunnen brengen voor de therapeut zelf, waaronder een toegenomen kans op burn-out (Sussman, 1992). Hieraan gerelateerd stelt Maroda (2022) dat therapeuten, vanuit hun voorgeschiedenis, mogelijk geneigd zijn zich overmatig verantwoordelijk te voelen voor het lijden van hun patiën-

ten, wat samengaat met gevoelens van schuld wanneer het niet goed gaat met de patiënt. Tegelijkertijd is er ook een positieve en bemoedigende boodschap. Ondanks dat er substantiële aanwijzingen zijn dat therapeuten doorgaans zelf met emotionele moeilijkheden worstelen (Barnett, 2007) en een gebrek aan bewustzijn hiervan bij de therapeut de behandeling nadelig kan beïnvloeden (Sussman, 1992), bestaat daarnaast het idee dat juist inzicht in de eigen moeilijkheden een positieve bijdrage zou kunnen leveren aan het succes in de behandelkamer (Sussman, 1992; Maroda, 2022).

In een tijd waarin vooral een nadruk lijkt te liggen op het aanleren van specifieke behandelmodellen (onder andere CGT, EMDR, ACT) wordt bovengenoemd aspect van het psychotherapeutisch proces mogelijk meer naar de achtergrond verdreven. Tegelijkertijd is en blijft het voor therapeuten van cruciaal belang zich gaandeweg meer bewust van te worden van wat zij zelf ontleen aan het vak, met als doel het bieden van de meest adequate zorg aan de patiënten die wij treffen.

Dit artikel is dan ook een poging collega’s een inkijk te geven in mogelijke onderliggende motieven in het werk, alsook een uiting van een wens van ondergetekende om hier zelf meer zicht op te krijgen. Hiertoe zal eerst gekeken worden naar het concept van de therapeut als *wounded healer* om daarna de overstap te maken naar verschillende mogelijke onderliggende motieven in het werk. Vervolgens wordt ingegaan op de risico’s die ontstaan – voor onszelf en de patiënten die wij zien – wanneer wij deze motieven in onszelf niet (h)erkennen en als het ware “uitleven” in het contact met patiënten, met alle gevolgen van dien. Ten slotte zullen de potentiële positieve aspecten van de therapeut als *wounded healer* belicht worden en welke verdieping inzicht in onszelf kan bieden binnen het werken als behandelaar. Belangrijk om te benoemen is dat in dit artikel – zowel omwille van de leesbaarheid als vanwege mijn eigen interessegebied – wordt uitgegaan van een psychoanalytisch kader; in zowel het nadenken over de therapeut zelf als over de behandeling. Hierdoor zullen niet alle verschillende

theoretische kaders en verklaringen aan bod komen en is het mogelijk dat behandelaren die vanuit een ander kader denken zich niet altijd in het onderstaande zullen herkennen. Desondanks is het mijn hoop dat het ook voor behandelaren met andere interessegebieden een interessante en prikkelende bijdrage kan zijn.

### 'GEWONDE' THERAPEUT

Over de vroege ervaringen die mensen ertoe aanzetten voor het werk als psycholoog te kiezen, is en wordt tot op de dag van vandaag veel gespeculeerd. Barnett (2007) deed onderzoek naar vroege ervaringen van therapeuten en vond verschillende overeenkomstige thema's binnen de onderzoeksgroep. Allereerst merkte zij op dat er binnen de gehele onderzoeksgroep sprake was van een of meerdere significante verlieservaringen vóór de leeftijd van twintig jaar. Hierbij ging het niet zozeer om concreet verlies door het overlijden van bijvoorbeeld een ouder, maar om afwezigheid van de vader, bijvoorbeeld door een echtscheiding, wat gepaard ging met het verlies van de moeder aan depressieve klachten.

De therapeuten binnen de onderzoeksgroep leken bovendien door allerlei gebeurtenissen in het verleden geplaagd te worden en door gevoelens van schaamte, waaronder door vermeende afkeuring vanuit de ouder(s), vroege traumatisering, de aanwezigheid van ziekte en geheimen binnen de familie, beperkingen bij de ouder(s) en armoede. Hieraan voegde ze toe dat de therapeuten niet alleen rapporteerden over het meemaken van dergelijke ingrijpende gebeurtenissen, maar zich hierin bovendien beperkt gesteund hadden gevoeld door de omgeving. Daarentegen vervulden zij juist wel de functie van vertrouweling voor anderen. In dit kader merkte Barnett op dat een groot deel van de therapeuten binnen het onderzoek als kind vroeger fungeerde als ouder voor hun ouder, iets wat ook wel parentificatie wordt genoemd, waardoor zij een opmerkelijke sensitiviteit ontwikkeld hadden voor de toestand van de ander. Daarnaast identificeerde Barnett binnen de steekproef gevoelens van schuld, met name over hoe de therapeuten als kind hadden ervaren dat zij niet goed genoeg waren voor de ouder, of het gevoel hadden niet te voldoen aan diens verwachtingen. Ten slotte zag zij dat er bij veel therapeuten in de vroege jeugd reeds sprake was van gevoelens van isolement en het gevoel anders te zijn dan hun leeftijdsgenoten.

Maroda (2022) schrijft in overeenstemming hiermee hoe voor veel therapeuten in het gezin van herkomst al een zorgrol was weggelegd, waardoor zij mogelijk minder aan zichzelf en hun eigen behoeften toe zijn gekomen. Miller

(1979) benadrukt in dit kader hoe de responsiviteit, empathie en gevoeligheid van therapeuten erop wijzen dat zij gedurende hun (vroege) leven gericht zijn geraakt op het vervullen van de behoeften van anderen, ten koste van de eigen verlangens. In de literatuur bestaat een beeld van de therapeut als *wounded healer*, waarbij de persoon in kwestie vanwege eigen pijnlijke ervaringen in de voorgeschiedenis ervoor kiest de zorg voor anderen op zich te nemen (Zerubavel & O'Dougherty Wright, 2012).

Sussman (1992) schrijft dat het verlangen om verschillende ingewikkeldheden in onszelf, welke zijn ontstaan als gevolg van de hierboven omschreven vroege ervaringen te hanteren, een belangrijk motief voor de beroepskeuze van therapeut vormt. Om het werk effectief en op duurzame wijze te kunnen uitoefenen, is het zaak dat therapeuten zich gaandeweg bewust worden van de tot dan toe onbewuste motivatie voor het werk. Een *wounded healer* is namelijk iemand die pijnlijke ervaringen niet slechts heeft doorstaan, maar ze ook voldoende heeft kunnen verwerken en integreren om de ander hulp te kunnen bieden (Barnett, 2007).

Alhoewel de motieven per therapeut – en mogelijk zelfs per levensfase – zullen verschillen, vallen in de literatuur enkele aanknopingspunten te vinden. Belangrijk om te benoemen is dat hier de indeling van Sussman (1992) wordt aangehouden, maar dat deze keuze enigszins arbitrair is. De verschillende onbewuste motieven worden als losse onderdelen besproken, maar zijn inherent met elkaar verbonden en vallen niet volledig van elkaar te scheiden.

### ONBEWUSTE MOTIEVEN VAN DE THERAPEUT

**INSTINCTIEVE (DRIFTMATIGE) MOTIEVEN** Volgens Freud worden mensen gedreven door instincten, die hij ook wel driften noemde (Gabbard, 2004). Hierbij maakte hij onderscheid tussen libido enerzijds en agressie anderzijds. Libido is gericht op het aangaan van verbinding met de ander, terwijl agressie juist gaat over het zich distantieëren van de ander en autonomie (De Wolf, 2015). Zowel Sussman (1992) als Maroda (2022) schrijven over hoe moeilijkheden van de therapeut rondom het beleven en uiten van agressieve gevoelens belangrijke drijfveren in het werk van therapeuten kunnen zijn. Het werken met patiënten vormt – op verschillende manieren – een mogelijke uitkomst om alsnog aan dit instinctieve verlangen tegemoet te komen. Zo schrijft Sharpe (1930, aangehaald in Sussman, 1992) dat de wens om anderen te genezen mogelijk gedeeltelijk voortkomt uit het ontkennen van de eigen agressieve gevoelens. Gabbard en

Wilkinson (2000) stellen in overeenstemming hiermee dat het vak van de psychotherapeut geldt als een reactieformatie tegen gevoelens van sadisme, haat en agressie. Reactieformatie is een vorm van afweer waarmee het individu als zelfbescherming een bepaalde karaktereigenschap ontwikkelt die tegenovergesteld is aan de onderdrukte, gevreesde eigenschap (Gabbard, 2004). In dit specifieke geval zou het gaan over iemand die agressieve gevoelens zozeer weghoudt, dat diens identiteit zich centreert rondom het belangeloos aan anderen geven en zelfopoffering (Sussman, 1992). Maroda (2022) volgt eenzelfde redenering. Zij stelt dat therapeuten middels hun beroepskeuze pogen te bewijzen dat zij niet destructief zijn, geen schade aanrichten. Tegelijkertijd zou het vak van therapeut volgens Sussman (1992) juist ook een *verhulde* vorm van de *uiting* van agressie kunnen zijn, gezien de eigenschappen van de therapie-setting zelf. De therapeut confronteert de patiënt namelijk met pijnlijk materiaal en ook de setting van de therapie zelf heeft iets teleurstellends. De therapeut is immers, als het goed is, niet voortdurend beschikbaar voor de patiënt en zal de patiënt ook van tijd tot tijd frustreren door diens onvermijdelijke onbeschikbaarheid.

**NARCISTISCHE MOTIEVEN** Naast de instinctieve of driftmatige motieven wordt in de literatuur veelvuldig verwezen naar narcistische motieven in het werken als therapeut. In de ontwikkeling van ieder mens zijn normale narcistische behoeften aanwezig, waaraan – in een ideaal scenario – gedurende de vroege ontwikkeling voldoende tegemoetgekomen wordt (Barnett, 2007). Hierbij gaat het om de vroege behoefte van het kind om door de ouder gespiegeld te worden, alsook om zich te kunnen identificeren met een geïdealiseerd beeld van de ouder (Sussman, 1992). Een gezonde mate van narcistische behoeftebevrediging, hetgeen tot uiting komt in een coherent en stabiel gevoel over het zelf, is nodig om relaties met anderen aan te kunnen gaan (Sussman, 1992). Wanneer echter niet aan deze normale behoeften tegemoetgekomen wordt, om welke reden dan ook, ontstaat mogelijk narcistische kwetsing (Barnett, 2007) en het is bekend dat bij veel therapeuten sprake is van enige mate van verstoring op dit vlak (Sussman, 1992), mede vanwege hun vroege gerichtheid op de behoeften van de ander (Miller, 1979). Sussman (1992, p.125) schrijft hierover: *“The role of psychotherapist may be viewed as an attempt to overcome the narcissistic damage of having been inappropriately ‘used’ by a parent at a point in development where the roles should have been reversed.”*

Deze narcistische krenking gaat samen met gevoelens van

schuld, schaamte en het gevoel tekort te schieten (Barnett, 2007). Belangrijk om te benadrukken, is dat “narcisme” in dit kader niet duidt op de gangbare opvatting van deze term in het maatschappelijk discours, waarbij vooral wordt gewezen op eigenschappen als gevoelens van grandiositeit, defensief gedrag en een gebrek aan empathie en introspectie. Narcistische kwetsbaarheid verwijst in deze context naar de mate waarin een individu al dan niet kwetsbaar is voor een aanval op het zelfgevoel en onder welke omstandigheden (Maroda, 2022).

De beroepskeuze zou op verschillende manieren kunnen compenseren voor deze vroege tekorten en narcistische kwetsing. Hammer (1972, aangehaald in Sussman, 1992) suggereert dat psychologen middels hun werk mogelijk proberen te compenseren voor vroege gevoelens van waardoeloesheid. Met andere woorden: door belangrijk te zijn voor de ander, in dit geval de patiënt, beschermt de therapeut zichzelf tegen het onderliggende pijnlijke gevoel tekort te schieten. Ook zou het kunnen dat de vooruitgang die de therapeut bij de patiënt waarneemt – of meent waar te nemen – geldt als een manier om het zelfgevoel op te krikken en pijnlijke gevoelens van waardoeloesheid en tekortschieten buiten het bewustzijn te houden. Daarnaast zou het werken als therapeut kunnen gelden als een poging te streven naar een ‘perfect zelf’: iemand die alles weet, alles kan en een goed mens is. Ook dit beschermt de therapeut wederom tegen het gevoel niet goed genoeg te zijn of tekort te schieten, en bijkomende gevoelens van schaamte en schuld (Sussman, 1992).

**RELATIONELE MOTIEVEN** Sussman (1992) schrijft dat bij veel therapeuten moeilijkheden spelen rondom verschillende relationele thema’s, namelijk afhankelijkheid, separatie en intimiteit. Allereerst lijkt er bij een groot deel van de therapeuten sprake van een ingewikkelde verhouding tot gevoelens van afhankelijkheid, waarbij het werk zich op twee verschillende manieren leent om moeilijkheden rondom dit thema op te lossen. Therapeuten die gevoelens van afhankelijkheid schuwen, zouden door het werk mogelijk toch tegemoet kunnen komen aan deze behoefte. Door voor de ander te zorgen en zich met deze ander te identificeren, wordt de behoefte aan afhankelijkheid indirect vervuld. De onderliggende wens is doorgaans de ander te voorzien van iets wat de therapeut zelf gemist heeft – bijvoorbeeld de ouders of een eventuele eigen therapeut. Volgens Sussman komt de behoefte voor de ander te zorgen over het algemeen voort uit vroegkinderlijke ervaringen, waarbij de therapeut

## Het blindstaren op het idee dat 'AI-robots het werk van therapeuten over zullen nemen' zou weleens gedeeltelijk de afweer van de eigen angst voor afhankelijkheidsgevoelens bij onze patiënten kunnen weerspiegelen

heeft geleerd zichzelf op te offeren, voor de ander te zorgen, voorzichtig te zijn en te streven naar het zijn van het ideale kind. Ook is het mogelijk dat de keuze voor het vak juist geldt als afweer van afhankelijkheid, waarbij de therapeut de eigen afhankelijkheidsbehoeften ontkent. Met betrekking tot het thema separatie schrijft Sussman dat het contact met patiënten een manier is om een intieme emotionele relatie met iemand aan te gaan, waarbij een vorm van psychologische symbiose wordt ervaren; het gevoel samen te vallen met de ander. Dit verschaft de therapeut een mogelijkheid angsten rondom separatie te bezweren. Ten slotte schrijft Sussman (1992) dat bij veel therapeuten sprake is van enerzijds een sterke behoefte aan intimiteit, maar anderzijds tevens angsten rondom ditzelfde thema. Het beroep biedt de therapeut de kans een intieme relatie met een ander aan te gaan, terwijl tegelijkertijd professionele afstand behouden wordt.

### RISICO'S VAN ONBEWUSTE MOTIEVEN

Sussman (1992) stelt dat er te gemakkelijk verondersteld wordt dat wanneer psychotherapie niet baat het ook niet schaadt. Wanneer therapeuten zich niet bewust zijn van hun moeilijkheden en wat zij zelf ontnemen aan het werk, zou dit door kunnen sijpelen in de relatie met hun patiënten. Als dit gebeurt, wordt de therapeutische vooruitgang van patiënten volgens hem verminderd of zelfs teruggedraaid. Bovendien loopt de therapeut, niet onbelangrijk, zelf ook bepaalde risico's. In de literatuur gaan verschillende auteurs (Sussman, 1992; Gabbard, 2002; Barnett, 2007; Cunningham, 2008; Maroda, 2022) in op de problemen die kunnen ontstaan wanneer therapeuten zich niet bewust zijn van hun eigen moeilijkheden en bijkomende verlangens in het werk als behandelaar.

**RISICO'S VAN ONBEWUSTE INSTINCTIEVE (DRIFTMATIGE) MOTIEVEN** Wanneer de therapeut de beoefening van het vak inzet om eigen agressieve gevoelens buiten het bewustzijn te houden, ontstaan verschillende risico's voor de patiënt en de therapeut zelf. Allereerst bestaat de kans dat therapeuten

het nalaten patiënten te confronteren, grenzen te stellen of in sommige gevallen zelfs de kosten van de therapie in rekening te brengen (Sussman, 1992). Alhoewel dit laatste mogelijk niet heel gangbaar klinkt – de behandeling wordt doorgaans door een zorgverzekeraar vergoed –, gebeurt dit vermoedelijk vaker dan gedacht. Denk bijvoorbeeld aan de therapeut die, ondanks dat er een *no show*-regeling is afgesproken met de patiënt, consequent verzuimt gemiste afspraken in rekening te brengen.

Een dergelijke houding kan meerdere problematische gevolgen hebben en het vermijden van eigen agressieve gevoelens komt de behandeling over het algemeen niet ten goede. Zo wordt eventueel conflict met de patiënt vermeden, terwijl juist de mogelijkheid tot het ontstaan en doorwerken van therapeutische breuken een belangrijke bijdrage levert aan het therapieresultaat (Eubanks, Muran & Safran, 2018). Het uit de weg gaan hiervan zou een gunstig verloop van de behandeling dan ook belemmeren (Sussman, 1992).

Ook stelt Winnicott (1949) dat haatgevoelens bij de therapeut richting de patiënt op sommige momenten in de behandeling gepast zijn, hetgeen hij omschrijft als *objective hate*. Hiermee verwijst hij naar haatgevoelens bij de therapeut die een realistisch gevolg zijn van persoonlijkheidseigenschappen en gedrag van de patiënt. Het gaat hierbij om een reactie die door de patiënt wordt uitgelokt; niet alleen bij de therapeut in kwestie, maar ook bij anderen buiten de behandelkamer. Beheerste uitdrukking van deze haatgevoelens is – zeker bij zeer ernstige problematiek – zinvol en mogelijk zelfs noodzakelijk (Gabbard & Wilkinson, 2000). Winnicott (1949) merkt op dat patiënten met ernstige problematiek waarschijnlijk eerst deze haatgevoelens bij de therapeut moeten oproepen, alvorens zij zich op een meer positieve en echte manier verbonden kunnen voelen. Ten slotte stelt hij dat het kunnen ervaren en bespreken van deze haatgevoelens de voortzetting van de behandeling voor de therapeut mogelijk maakt.

Naast de afweer van agressie benoemt Sussman (1992) een hieraan gerelateerd fenomeen onder therapeuten,



namelijk masochisme. Masochisme verwijst in deze context naar een (onbewuste) aantrekking bij het individu tot pijn en lijden (McWilliams & Shedler in: Lingardi & McWilliams, 2017). Sussman (1992, p.84) schrijft: *‘There appears to be a masochistic element to the very desire to expose oneself to those who are ill and disturbed. (...) There must be a certain degree of masochism in the therapist to accept the patient’s hostility and other strong feeling without reciprocating.’* Alhoewel een zekere mate van masochisme volgens Sussman dus noodzakelijk is om het werk te kunnen uitoefenen, zou de overmatige aanwezigheid hiervan het behandelproces kunnen verstoren. Hierbij wijst hij erop dat therapeuten zich mogelijk onbewust onderwerpen aan hun patiënten en te passief worden, waarmee de kans op therapeutische winst voor de patiënt afneemt. Wanneer de therapeut niet ingrijpt en vanuit masochisme al te zeer toegeeft aan de patiënt, resulteert dit volgens Sussman bovendien in verstoringen in het eigen professionele functioneren (bijvoorbeeld een toegenomen kans op het ontwikkelen van een burn-out), alsook in het ontstaan van chronische frustratie in de richting van patiënten, het werk, collega’s en het zelf.

In het boek *The Past in the Present: Therapy Enactments and the Return of Trauma* van Mann en Cunningham (2008) beschrijft psychotherapeute Christina Wieland een dergelijke interactie met een patiënt, waarbij de patiënt haar voortdurend in een lastige of ongemakkelijke positie plaatste. Zo kwam de patiënt regelmatig te laat, met name na onderbrekingen in de therapie wegens vakanties van de therapeut. Ook wees de patiënt openlijk de bijdragen van de therapeut af en gaf zij voortdurend aan de therapie maar weinig zinvol te vinden. De therapeut verzuimde het gedrag van de patiënt effectief te benoemen en te begrenzen,

waardoor de opstandigheid bij de patiënt voortduurde en de therapie dreigde te sneuvelen. De interactie kwam tot een hoogtepunt op het moment dat de patiënt een blik bier uit haar rugzak haalde, en aanstalten maakte om de alcoholische versnapering in de spreekkamer te openen. Pas op dit moment greep de therapeut beslist in, hetgeen bij de patiënt uiteindelijk resulteerde in een toegenomen inzicht in het eigen gedrag en de onderliggende betekenis hiervan. De therapie verliep hierna meer voorspoedig en er ontstond hernieuwde ruimte in de relatie tussen patiënt en therapeut voor samenwerking. Het opgeven van de masochistische opstelling van de therapeut bleek zodoende cruciaal om de behandeling op effectieve wijze voort te zetten.

**RISICO'S VAN ONBEWUSTE NARCISTISCHE MOTIEVEN** Het nastreven van narcistische motieven binnen de spreekkamer brengt verschillende risico's met zich mee, zowel voor patiënt als therapeut. Allereerst is het mogelijk dat de therapeut – vanuit de behoefte aan erkenning en bewondering – de patiënt onbedoeld aanmoedigt gevoelens van dankbaarheid te uiten, wat in strijd is met het belang van de patiënt (Gabbard, 2000). Hierbij is het mogelijk dat de therapeut zich overmatig ondersteunend, geruuststellend en complimenteus opstelt ten aanzien van de patiënt, met als doel het verkrijgen van de affectie en bewondering van de patiënt. Het gevolg hiervan is echter dat de negatieve gevoelens van de patiënt ten aanzien van de therapeut geen ruimte krijgen, waarmee therapeutische vooruitgang bij de patiënt mogelijk beperkt wordt (Sussman, 1992).

Verder is het mogelijk dat therapeuten zich overmatig verantwoordelijk voelen voor het bewerkstelligen van positieve verandering bij de patiënt en gevoelens van schuld de boventoon voeren wanneer de patiënt onvoldoende vooruitgang boekt (Barnett, 2007). Sussman (1992, p. 247) schrijft hierover: *‘Therapists who base their personal or professional self-esteem upon clients’ admiration, gratitude or therapeutic progress will be subject to frequent and intense mood swings.’*

Ook bestaat het risico dat de therapeut, vanuit de wil om niet tekort te schieten, te actief wordt en de koers van de behandeling al te sterk stuurt. Daardoor blijft er minder ruimte voor de patiënt en diens emotionele belevingswereld over. Dit komt deels voort uit een onvermogen om onzekerheid, stiltes en een gevoel van niet weten en de bijbehorende machteloosheid te verdragen (Barnett, 2007).

Bij mij komt in dit kader een associatie op rondom behandelaren die behandelprotocollen dermate strak volgen dat de ruimte voor patiënten mogelijk te beperkt wordt om de

*De interactie kwam tot een hoogtepunt op het moment dat de patiënt een blik bier uit haar rugzak haalde, en aanstalten maakte om de alcoholische versnapering in de spreekkamer te openen*

behandeling nog te laten slagen. Het protocol biedt enerzijds houvast – ‘Als ik de methode volg, doe ik het niet verkeerd’ –, maar zou tegelijkertijd een beperking kunnen vormen op het moment dat de patiënt niet helemaal in een behandelprotocol past. Iets wat, in mijn ervaring, in de klinische praktijk eerder regel dan uitzondering is. Uit onderzoek is bekend dat een overmatige gerichtheid op het protocol samen kan gaan met nadelige consequenties voor de patiënt, waaronder beperkte vooruitgang in de behandeling of zelfs een toegenomen kans op drop-out (Strupp, 1993). Daarnaast noemt Sussman (1992) dat de neiging om de binnenwereld en het gedrag van de patiënt te interpreteren mogelijk ook kan doorschieten. Hierbij bewerkstelligt de interpretatie vooral een goed gevoel bij de therapeut (die het op dat moment goed denkt te snappen), terwijl de patiënt beperkt – of zelfs niet – geholpen is met de interpretatie. De therapeut plaatst zich hiermee in een rol van de slimste in de kamer, met als doel het ervaren van een goed gevoel over zichzelf.

Ten slotte wijst Barnett (2007) op het probleem dat therapeuten vanuit de narcistische behoefte om belangrijk te zijn en te compenseren voor de gevoelens van tekortschieten, mogelijk rondlopen met de overtuiging dat zij elke patiënt met elk probleem zouden moeten kunnen helpen. De eigen kwetsbaarheid wordt hiermee uit de weg gegaan, wat uiteindelijk mogelijk nadelig is voor de patiënt – zeker als de therapeut in kwestie in werkelijkheid niet in staat is de patiënt voldoende van dienst te zijn.

**RISICO'S VAN ONBEWUSTE RELATIONELE MOTIEVEN** Ook met betrekking tot de relationele motieven rondom afhankelijkheid, separatie en intimiteit kunnen verschillende problemen in de behandeling ontstaan. Hier is minder over geschreven dan over agressie en narcistische kwetsing, maar ook met betrekking tot dit thema worden enkele risico's in de behandeling van patiënten genoemd. Sussman (1992) schrijft bijvoorbeeld dat moeilijkheden in de therapeut rondom deze thema's ertoe kunnen leiden dat therapeuten zich al te beschermend opstellen ten aanzien van de patiënt, waarbij zij te veel geven, te hard werken en eigenlijk het werk voor de patiënt pogen te doen. Dit is niet alleen ineffectief voor de patiënt, maar bovendien onhoudbaar voor de therapeut. Daarnaast is het mogelijk dat therapeuten patiënten onbedoeld te afhankelijk maken van hun zorg, met als doel het voorkomen van separatie en het voortduren van de intimiteit.

Een hedendaags voorbeeld van bovenstaande, wat

*Een wounded healer is iemand die pijnlijke ervaringen niet alleen heeft doorstaan maar ze ook voldoende heeft kunnen verwerken en integreren om de ander hulp te kunnen bieden*

eventueel ook passend zou kunnen zijn bij meer narcistische motieven, is mogelijk het toegenomen aantal behandelingen waarbij de therapeut 24/7 voor de patiënt beschikbaar is – bijvoorbeeld via WhatsApp of andere online media. Alhoewel dit uiteraard slechts een hypothese van ondergetekende is en blijft, is het opvallend dat er therapeuten zijn die zichzelf op een dergelijke manier opstellen. Het gaat immers voorbij aan de professionele grenzen van afstand en nabijheid, waarbij de therapeut de patiënt al te zeer tevreden probeert te houden, geruststelt en mogelijk zelfs afhankelijk maakt van de aanwezigheid van de therapeut.

Het tegenovergestelde is evenwel ook mogelijk: dat gevoelens van afhankelijkheid bij de patiënt de therapeut beangstigen. Therapeuten kunnen er vanuit deze angst ervoor kiezen enkel kortdurende behandeltrajecten met patiënten aan te gaan. Ook in gevallen waarin de patiënt mogelijk juist gebaat zou zijn bij een meer intensieve en langdurige therapie (Barnett, 2007), waarin gevoelens van afhankelijkheid hoogstwaarschijnlijk meer de boventoon voeren dan in kortdurende trajecten het geval is. Een ander voorbeeld van deze angst voor afhankelijkheid is mogelijk te vinden in de opkomst van e-health, en dan met name de vorm waar überhaupt geen mens meer bij betrokken is. Het blindstaren op het idee dat ‘AI-robots het werk van therapeuten over zullen nemen’ zou weleens gedeeltelijk de afweer van de eigen angst voor afhankelijkheidsgevoelens bij onze patiënten kunnen weerspiegelen.

#### **KNOW THYSELF: VAN VALKUIL NAAR KWALITEIT**

Zoals benoemd bestaat er evidentie dat binnen de beroepsgroep van therapeuten sprake is van emotionele problematiek, als gevolg van hun ervaringen en geschiedenis. Deze



ervaringen gaan gepaard met innerlijke moeilijkheden en onvervulde verlangens, waaraan therapeuten middels hun werk mogelijk alsnog tegemoet proberen te komen. Deze innerlijke moeilijkheden en verlangens kunnen – wanneer ze voor onszelf verborgen blijven – een belemmering vormen in het werk, zowel voor onze patiënten als voor onszelf als behandelaar.

Tegelijkertijd bestaat de mogelijkheid dat de moeilijkheden in onszelf juist ook een bijdrage aan ons werk kunnen leveren, mits wij deze voldoende hebben onderzocht en in onszelf kunnen hanteren. Sussman (1992, p. 30) schrijft hierover: *‘The presence of significant emotional conflict in those individuals who choose to become psychotherapists raises the ironic possibility that this may be a necessary prerequisite for succeeding in the field. (...) Those who have experienced and borne the scars of emotional pain appear to have an enhanced capacity to understand and to empathize with it in others.’*

Met andere woorden: terwijl eigen kwetsbaarheden en bijkomende motieven die onbewust blijven een valkuil kunnen vormen, zou het onderzoeken en doorwerken van onze innerlijke conflicten en verlangens in het werk ons en onze patiënten juist verder kunnen helpen. De voorgeschiedenis van de therapeut, de innerlijke emotionele moeilijkheden en de bijkomende onvervulde verlangens zijn dan niet langer een risico, maar juist een kans om onze effectiviteit als behandelaar te vergroten. Hiertoe is het echter noodzakelijk dat wij ons durven te begeven in het doorgaans moerassige gebied van onze eigen psyche, met als doel het verwerven van inzicht en een meer stabiele basis om ons werk uit te oefenen.

## CONCLUSIE

Door ons open op te stellen voor onze eigen moeilijkheden en verlangens in het werk voorkomen wij dat wij onze patiënten (onbedoeld) gebruiken om iets in onszelf op te

lossen. Maroda (2022, p.17) schrijft: *‘Embracing our early motivations for becoming therapists (...) can help maximize the healthiest aspects of it in the treatment situation, and we can openly think and talk about how we need our patients.’*

Het elegante aan dit standpunt is dat het therapeuten niet vrijwaart van innerlijk conflict en bepaalde onbewuste verlangens in het werk, maar de bewustwording hiervan juist inzet als een kans onszelf als professional te ontwikkelen. Het hebben van deze onbewuste verlangens is onvermijdelijk en absoluut niet iets om voor onszelf verborgen te houden. Het onderzoeken van onze eigen kwetsbaarheden en verlangens in het werk levert mijns inziens een onschatbare bijdrage aan de mogelijkheid onze patiënten beter te begrijpen en zo goed als mogelijk bij te staan.

Psychotherapeuten zijn net mensen met problemen, of loodgieters bij wie de kraan thuis ook weleens lekt. Dat is niks om verborgen te houden of ons voor te schamen. Zaak is wel onszelf met het juiste gereedschap uit te rusten om die kraan voldoende dicht te kunnen draaien, wanneer nodig, zodat de boel niet overstroomt.

**OVER DE AUTEUR** Chiara Staal (1996) heeft gezondheidszorgpsychologie aan de Universiteit van Amsterdam gestudeerd. Momenteel is zij werkzaam als masterpsycholoog bij een psychologiepraktijk in Amsterdam. Zij is specifiek geïnteresseerd in psychoanalyse en psychoanalytische psychotherapie. Ook is zij lid van de redactieraad van De Psycholoog. Voor correspondentie aangaande dit artikel: [info@chiarastaal.nl](mailto:info@chiarastaal.nl).



Scan de qr-code voor de literatuurlijst

## Summary

### THE PSYCHOTHERAPIST AS WOUNDED HEALER

C. L.V. STAAL

The decision to become a therapist usually is a result of the desire to help others. This desire, however, seems to be only the tip of the iceberg. The actual choice may be based

on more unconscious motives, that can be traced back to early experiences and inner difficulties of the therapists themselves. If therapists remain unaware of these underlying motives, they are at risk of unintentionally using their patients to satisfy their own desires, which might hinder the patient's

progress. However, sufficient awareness of one's own motives, seems to provide an opportunity for a more effective treatment. It is up to therapists to examine their own motives within the work, with the aim of providing the most effective care possible.