



# Onbehagen in de spreekkamer. Als intimiteit verwordt tot erotiek

In het kader van het Curriculum Psychodynamiek is door Lemion een symposium georganiseerd in de Rode Hoed te Amsterdam op 7 oktober 2017. In behandeling praten over seksualiteit, intimiteit en erotiek kan ongemakkelijk zijn, voor zowel patiënt als behandelaar. Toch moeten deze thema's bespreekbaar zijn. Hoe doe je dat?

Door Arnout ter Haar

Seksualiteit, intimiteit en erotiek zijn existentiële thema's die in een therapie opvallend weinig aanbod komen, zo staat in de symposiumfolder van het Curriculum Psychodynamiek te lezen. In de intake wordt er meestal wel naar gevraagd, maar erop terugkomen in de behandeling is vaak onbehaaglijk. Doel van deze studiedag was om meer zicht te krijgen op dit onbehagen en om de dilemma's die zich kunnen voordoen in overdracht- en tegenoverdrachtfenomenen beter in kaart te brengen.

Hoewel de individuele behandeling centraal stond en er ook over relatietherapie gesproken werd, kan het onderwerp gemakkelijk doorgetrokken worden naar de groepstherapie-setting. Hoe vaak brengt een groepslid of een groepstherapeut het onderwerp seksualiteit in de groep ter sprake? Niet of nauwelijks, is mijn vermoeden. Reden genoeg dus om in dit tijdschrift bij dit onderwerp stil te staan en een impressie te geven van de voordrachten. Vanwege privacy laat ik de gepresenteerde casuïstiek achterwege.

Dagvoorzitter en psychoanalyticus **Frans Schalkwijk** opende de dag met onder meer een prikkelend fragment uit de Netflix-serie *Gypsy* over een therapeute die de beroepsgrenzen bij herhaling duidelijk en ernstig overschrijdt. We weten dat dat niet kan en niet mag, maar hoe zit het met alledaagse

voorbeelden waarbij de grens niet zo duidelijk te trekken valt? Wat te doen als een patiënt je bij het afscheid omhelst of een zoen geeft? Wat moet een patiënt doen als hij merkt dat hij na onthullingen over frequent masturberen geen hand meer krijgt van zijn therapeut? En een voorbeeld buiten de spreekkamer dat iedere ouder zal herkennen: hoe reageer je als je peuterkind zichtbaar genietend zit te masturberen? Kijk je weg of zeg je er iets van, en als je er iets van zegt, hoe voorkom je dat dat afwijzend of bestraffend overkomt?

### Kindertijd

Een mooie opmaat naar de voordracht van de eerste spreker, psychoanalytica **Famke Kwee**, die sprak over de vroegkinderlijke wortels van liefde en seksueel plezier. Vies is vaak ook lekker, denk maar eens aan het zwemmen in een open binnenwater met modderige bodem. Wat je aan je voeten voelt is vies, een beetje spannend, warm en glibberig maar ook lekker. Om als volwassene van seks te kunnen genieten is het ondermeer van belang dat de seksualiteit is ontstaan in een veilige omgeving, dat er differentiatie kan plaatsvinden in de partnerrelatie, dat er een positief lichaamsbeeld is, voldoende gewetensontwikkeling en het vermogen om te kunnen spelen en fantasie van realiteit te kunnen onderscheiden. Aanluitend bij het gedachtengoed van Melanie Klein illustreerde Kwee hoe de jonge baby zich in een psychotische en angstige wereld bevindt, omdat de baby het onderscheid tussen binnen- en buitenwereld, tussen zelf en de ander, en tussen fantasie en realiteit nog niet kan maken.

Drie aspecten in relatie tot de seksuele ont-

wikkeling werden door Kwee verder uitgewerkt: het vermogen te ambivaleren, de vroege oedipaliteit en het primitieve geweten. Het vermogen te ambivaleren is noodzakelijk om uiteindelijk liefdevolle relaties te kunnen aangaan, eerst met ouders, later als volwassenen met liefdespartners. Door destructieve tendensen, splitsing (*all good* versus *all bad*), gevoelens van onnipotentie, en projectie en introjectie kan uiteindelijk een goed intern object ontwikkeld worden, waarbij moeder als een mens gezien kan worden, en er vanuit schuldgevoelens reparatie plaatsvindt en wat Klein de depressieve positie noemt bereikt kan worden. Door agressie uit te leven in het spel (vaak met wrede orale, urethrale of anale thema's) leert het kind zich te differentiëren van de moeder en kan de solo-fase in de seksualiteit tot stand komen. Niet schrikken van de

## *Wat te doen als een patiënt je bij het afscheid omhelst of een zoen geeft?*

heftigheid van het agressief geladen kinderlijke spel, maar probeer als kindtherapeut te benoemen wat je ziet; dat maakt kinderen vaak al meteen rustiger.

Wat betreft de vroege oedipaliteit kan gezegd worden dat kinderen al op jonge leeftijd seksueel actief zijn, met overlap in de erogene zones en bijbehorende activiteiten, met een fascinatie voor moeders buik en de

baby's die daar uit komen, en een besef van seksualiteit tussen de ouders. Anders dan Freud destijds beschreef, doorloopt de psychoseksuele ontwikkeling zowel het positieve als het negatieve oedipale complex (dus verliefdheid op de ouder van het andere geslacht en verliefdheid op de ouder van hetzelfde geslacht) en vindt er identificatie plaats met het geïnternaliseerde ouderlijk paar als basis voor de eigen psychoseksuele attitude om tot een gezonde polymorfe volwassen seksualiteit te komen. Voor uitwerking van het derde aspect, het primitieve geweten van het kind, was helaas geen tijd meer. Wel kon nog afgesloten worden met een geestig maar ook zeer educatief tekenfilmpje van The School of Life getiteld *The fear of being bad in bed*, te vinden op YouTube.

## Love map

**Rudolf Steinberger**, psychoanalytisch therapeut en groepstherapeut, en onder meer traumaconsulent bij Artsen Zonder Grenzen, stond stil bij de ontwikkeling van de homo-seksuele identiteit. Was het lang een onderwerp waarover gezwegen werd, voordat het via emancipatie in de westerse wereld geaccepteerd kon worden ging er nog een fase van criminalisering en medicalisering aan vooraf. Dat neemt niet weg dat er ook anno 2017 nog genoeg is om aan te werken wat betreft de emancipatie en acceptatie van de LHBTQI-gemeenschap. Zeker voor trans-genders en migranten is de schaamte, de afwijzing en soms ook verstoting uit de eigen gemeenschap nog actueel. Adolescenten – en dus ook LHBTQI-adolescenten - moeten hun eigen zogenoemde *love map* ontwikkelen, en daarvoor is kunnen experimenteren

een voorwaarde. Het ontwikkelen van een eigen seksuele identiteit is een belangrijke ontwikkelingstaak in de adolescentie, en kan gepaard gaan met veel schaamte, of juist het overschreeuwen van innerlijke onzekerheid. Extra hindernis voor de LHBTQI-adolescent is de *coming out*, waarbij datgene wat in feite een private aangelegenheid is publiekelijk gemaakt moet worden, waarmee hij / zij ook overgeleverd wordt aan reacties van de omgeving, van ouders of familie, vrienden, collegae of therapeut. De schaamte moet geleidelijk aan overwonnen worden, in de therapie bijvoorbeeld door middel van *grounding*-oefeningen waarbij de schaamte in aanwezigheid van de therapeut ervaren kan worden en ook weer weg kan ebben. Kort stipte Steinberger aan wat analytici als Sigmund Freud, Wilhelm Reich, Fritz Morgenthaler en Richard Isay over homo-seksualiteit te zeggen hadden, om te eindigen met het door seksuoloog John Money geïntroduceerde begrip 'love map'. Een love map is een interne blauwdruk van iemands ideale erotische situaties: *a developmental representation or template in the mind and in the brain depicting the idealized lover and the idealized program of sexual and erotic activity projected in imagery or actually engaged in with that lover* (bron: Wikipedia). Een love map ontstaat eerst in de fantasie, in dromen en verbeelding en kan dan vertaald worden in het seksuele gedrag met een ander. In de love map kunnen parafilieën voorkomen, waarvan de meeste onschuldig en speels zullen zijn. Pas waar parafilieën grensoverschrijdend en gevaarlijk voor anderen worden, is behandeling vereist. Pedofilie bijvoorbeeld moet volgens Steinberger gezien worden als een chronische ziekte waarvoor je levenslang dieet moet

houden. Een therapeut moet een open LGBTQI bevestigende attitude hebben, seksualiteit ook kunnen zien in de context van iemands eigen culturele achtergrond, en tegelijkertijd een optimale distantie en abstinentie kunnen betrachten naar zijn patiënten.

### **Beddendood**

Psychoanalytica, seksuoloog en relatie-therapeut **Hetty Roholl** sprak over de beddendood, als (echt)paren na verloop van jaren gaan leven als broer en zus, dus zonder seks. In de behandeling van echtparen bij wie de passie is uitgedoofd geeft het eerste contact vaak veel informatie: hoe presenteren de partners zich, wat wordt er direct uitgeleefd in het contact of in de triade met de therapeut, wat wordt er op de ander ge-projecteerd? De therapeut dient zich bewust te zijn van de eigen seksuele relatie (is die er, en is die bevredigend?), en moet oppassen niet het huwelijk van zijn eigen ouders te willen repareren door middel van zijn patiënten. Ook kan de neiging van de therapeut tot voyeurisme mee gaan spelen, of de angst om naar de eigen oedipale problematiek te kijken.

Bij aanvang van een relatie is er vaak veel passie, maar dat komt mede doordat de ander dan tot de gedroomde ideale partner wordt gemaakt (projectie) zonder dat de ander al echt gekend wordt. Hoe spannend ook, projecties leveren uiteindelijk een gestold beeld op waarbij de ander zich niet begrepen of gezien wordt, met een diep gevoel van eenzaamheid als uitkomst. Als de seks primair gericht is op de daad en niet op de verbinding, dan bestaat de kans dat seks uitloopt op een zielloos samenzijn waar bei-

den zeer ongelukkig van kunnen worden. Met het klimmen der jaren (boven de 45) zijn er bovendien meer seksuele prikkels nodig om opgewonden te raken, zowel voor de man als voor de vrouw. Vaak wordt dat

*Pas waar parafilieën  
grensoverschrijdend  
en gevaarlijk voor  
anderen worden,  
is behandeling vereist*

gezocht in externe zaken (porno, hulpmiddelen, vreemdgaan) en vergeet men aan de relatie zelf te werken. Voor een liefdevolle seksuele relatie is het noodzakelijk om enige zelfverwerkelijking en differentiatie te hebben bereikt. Pas als je zelf iemand bent, kan je je onderscheiden van de ander zonder je in de ander te verliezen. Juist in de verschillen in wensen en behoeften tussen twee partners kan er weer toenadering tot de ander ontstaan. Met behoud van autonomie dus één worden, maar twee blijven.

**Marc Hebbrecht**, psychiater en psychoanalyticus, sprak over erotische overdracht en tegenoverdracht, en opende met een ont-nuchterende uitspraak: 'erotische overdracht is niet toe te schrijven aan de charmes van de therapeut.' Overdracht en tegenoverdracht geven informatie: als een therapeut enige erotiek of seksualiteit jegens een patiënt voelt, is dat ook een aanwijzing van aanwezige vitaliteit en kracht bij de patiënt. Het ontbreken van enig seksueel getinte

tegenoverdracht is ook informatief en kan bijvoorbeeld verwijzen naar problemen die patiënt in intieme relaties ervaart. In een analyse kan de liggende houding van de patiënt niet alleen angst oproepen, maar evenzeer seksuele fantasieën. Ook kan er sprake zijn van anti-erotische overdracht, waarbij de therapeut eerst gekwetst moet worden als afweer van dreigende schaamte over mogelijke positieve overdrachtsgevoelens.

Hebbrecht beschreef een aantal vormen van positieve erotische overdracht, zoals de moederlijke erotische overdracht van het kleine kind naar zijn moeder, wat eerder een vroegkinderlijk verlangen om te versmelten met de therapeut herbergt dan volwassen seksuele verlangens. In de therapie gaat het er uiteraard niet om dit verlangen te bevredigen, maar om te begrijpen zodat er verder bij stilgestaan kan worden (in plaats van de bevrediging te zoeken in lichaamsgerichte therapieën of massages). Het gaat immers niet om het krijgen van de ander, maar om het vinden van zichzelf. De liefdevolle overdracht komt tot stand nadat er al goed werk in de therapie verzet is, vaak aan het einde van de behandeling, waarbij gevoelens van dankbaarheid en intimiteit voelbaar worden. Dan is er nog de hartelijke overdracht als uiting van verbeterde objectrelaties buiten de therapie.

Anders wordt het bij kwaadaardige overdracht, zoals de erotische overdrachtspsychose die kan leiden tot *stalking* door de patiënt, en waarbij tegenoverdracht gedomineerd wordt door weg te willen uit het contact. De therapeut voelt zich – of wordt daadwerkelijk – bedreigd, aangevallen en onvrij gemaakt door de massieve projectieve identificatie van zijn patiënt, die niet te corri-

geren is. Verbreken van het contact en verwijzen naar een collega (bij voorkeur van het geslacht waar patiënt niet op valt) is dan onvermijdelijk.

Hebbrecht benadrukte dat de basishouding van de therapeut gekenmerkt moet worden door neutraliteit, abstinentie en anonimiteit. Voor de patiënt is het uiteindelijk beter als hij niet weet wat de seksuele oriëntatie van zijn behandelaar is, of wat zijn genderidentiteit is. Daarmee blijft de illusie bestaan dat romantiek of seks mogelijk is, terwijl tegelijkertijd de realiteit is dat er nooit overgegaan zal worden tot seksueel contact met een patiënt, ook niet als de behandeling afgesloten is. Ook met zelfonthullingen dient de therapeut zeer spaarzaam om te gaan, of beter nog: eigenlijk helemaal niet. Alleen in geval van een ernstige ziekte van de therapeut die de behandeling kan beïnvloeden is het gepast. Dat betekent geenszins dat de therapeut te afstandelijk moet zijn en daarmee een 'koele minnaar' wordt, dat zal de overdrachtsliefde alleen maar pijnlijk en onnodig aanwakkeren. Een therapeut wordt geacht in relatie met zijn patiënt seksuele gevoelens te kunnen verdragen en te exploreren zonder te ageren. De fantasieën en dromen of lichamelijke reacties op de patiënt kunnen altijd gezien worden als betekenisvol en als onderwerp van verder onderzoek en analyse.

## Vlaggen

**Marjolein Bultinck**, gedragstherapeutisch geschoold klinisch psycholoog in opleiding, en in die zin een buitenstaander in dit psychoanalytische gezelschap, stond stil bij de adolescentie en seksuele ontwikkeling. Na een kort fragment uit de film *Kids* uit 1995

(de *Girl Talk Scene*, te vinden op YouTube) waarin jonge meiden openhartig, opscheperig en lustvol over seks praten, stond Bultinck stil bij het feit dat het onderwerp zelden in therapie met adolescenten ter sprake komt, terwijl het toch een van de ontwikkelingsstaken uit die periode is om tot een seksuele identiteit te komen. Desgevraagd geven therapeuten aan dat het onderwerp seks niet hun corebusiness is, dat ze van mening

*‘Erotische overdracht  
is niet toe te schrijven  
aan de charmes  
van de therapeut’*

zijn dat het vraag-gestuurd moet zijn (een goed excuus om er dus zelf niet over te beginnen als therapeut) of dat een seksuoloog dat maar bespreekbaar moet maken. Bultinck vraagt zich af waarom therapeuten er zo moeilijk over doen. Dat heeft te maken met wat we van thuis hebben meegekregen, wat we gewend zijn, wat onze normen en waarden zijn, en misschien ook met hoe het met onze eigen seksualiteit gesteld is. Maar ook als dat remmende factoren zijn, is er geen reden om seksualiteit niet actief in te brengen in de behandeling van een adolescent.

Daar zijn ook hulpmiddelen voor: op een afbeelding van de *The Genderbread Person* ([www.bit.ly/genderbread](http://www.bit.ly/genderbread)) worden genderidentiteit, gender-expressie, biologisch geslacht en seksuele oriëntatie als dimensies uitgebeeld, waarop adolescenten hun eigen positie kunnen markeren. Het ophangen van

deze afbeelding in je spreekkamer maakt het onderwerp aankaarten al een stuk gemakkelijker. Ook het zogenoemde vlaggensysteem biedt duidelijke handvatten. Het heeft als doel te kunnen beoordelen of seksueel gedrag grensoverschrijdend is, maakt het thema seks voor kinderen of jongeren bespreekbaar aan de hand van duidelijke voorbeelden, en helpt bij het geven van adequate pedagogische reacties. Er wordt gebruikgemaakt van zes criteria: wederzijdse toestemming; vrijwilligheid; gelijkwaardigheid; leeftijds- en ontwikkelings-adequaat (hiervoor is een normatieve lijst opgesteld); context-adequaat; zelfrespect. Op basis van deze zes criteria wordt beoordeeld of bepaald seksueel gedrag aanvaardbaar is (groene vlag), licht grensoverschrijdend is (gele vlag), ernstig grensoverschrijdend is (rode vlag) of zwaar grensoverschrijdend is (zwarte vlag). Op het internet zijn allerlei afbeeldingen met situaties van dit vlaggensysteem te vinden.

### **Grensoverschrijdend gedrag**

Psychoanalytica en psychotherapeut **Sacha de Reuver** opende met een aantal *stills* uit de film *Notes on a scandal* over een lerares die een relatie begint met een vijftienjarige leerling. Iedereen zal het erover eens zijn dat dat niet deugt en niet mag. *Het mag niet, het mag nooit* is de sprekende titel die de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2016 over seksueel grensoverschrijdend gedrag in de gezondheidszorg uitbracht. Interessanter, zegt De Reuver, is het om stil te staan bij hoe een dergelijke grensoverschrijding tot stand komt. In een hiërarchische relatie, waar ook de therapeut-patiëntrelatie toe gerekend kan worden, moet je bewust

worden van signalen die uiteindelijk zouden kunnen leiden tot zo'n grensoverschrijding. Vraag jezelf eens af bij welke patiënt je steevast uitloopt omdat je hem of haar kennelijk meer tijd wilt geven? Op de komst van welke patiënt verheug je je? Zorg je ervoor dat je er zelf leuk uit ziet als die ene patiënt komt? En hoe ga je in op verlangens van een in de jeugd verwaarloosde patiënt die je vraagt om even vastgehouden te worden?

De therapeut dient zich steevast af te vragen wat er achter deze vraag of achter dit gedrag zit, zowel bij zijn patiënt als bij zichzelf. Door in te gaan op een verzoek kan je niet meer achter de onderliggende motieven komen. Vasthouden doet de therapeut dus alleen symbolisch door te laten merken dat hij de behoefte en het verlangen gehoord heeft, erkent en met een gevoelsduiding kan omlijsten. De transitionele ruimte tussen patiënt en therapeut is bedoeld om vrij te kunnen fantaseren, te spelen en zaken uit te zoeken, maar niet om behoeften te bevredigen.

Overigens gaat het lang niet altijd over de verlangens van de patiënt naar de therapeut, het omgekeerde kan zich ook voordoen, en dat is zeker niet zonder risico's. Gabbard onderzocht grensoverschrijdende therapeuten en vond vier typen: de psychotische therapeut met bijvoorbeeld erotische wanen (gelukkig zeer zeldzaam); de perverse therapeut (vaak met een narcistische of antisociale karakterstructuur, die mogelijk door succes in zijn vak gaat geloven dat hij fantastisch is en zich van alles kan permitteren, en bij meerdere patiënten of opleidelingen slachtoffers maakt); de masochistische therapeut (die met zijn eigen agressie worstelt en patiënten aanneemt die collegae onbehandelbaar achten); en de verliefde

therapeut (vaak iemand die alleenstaand of net gescheiden is, die geïsoleerd functioneert en zich volledig op zijn patiënten richt om zijn eigen emotionele en seksuele behoeften bevredigd te zien).

Aan de hand van casuïstiek benadrukte De Reuver het belang van beroepsethiek en van het tuchtrecht, maar pleitte zij er met name voor dat er in opleidingen veel meer aandacht komt voor de kwetsbaarheid van de therapeut en de risico's die je kunt lopen.

*De transitionele ruimte  
tussen patiënt en therapeut  
is bedoeld om vrij  
te kunnen fantaseren  
en zaken uit te zoeken,  
maar niet om behoeften  
te bevredigen*

Maar ook na het voltooien van je opleiding blijft het steeds van belang: wees bewust van je eigen kwetsbaarheden als therapeut, zorg ervoor dat je een naast je praktijk ook nog een eigen leven hebt met een partner, gezin, voldoende vrienden of interessegebieden, dat maakt je minder afhankelijk van de waardering of voldoening van je patiënten. En zeer belangrijk: als je toch te veel voor een patiënt gaat voelen, bespreek dit dan in intervisie of supervisie. Dat kan uiteraard alleen als er een veilige context is waarin dit ingebracht kan worden, en die ontstaat alleen als dit onderwerp veel vaker besproken

zou worden zonder elkaar te veroordelen. Probeer dus je eigen tegenoverdrachtgevoelens toe te laten en – hoe schaamtevol het ook mag zijn – reflecteer hierop (in supervisie of intervisie) opdat het therapeutisch gebruikt kan worden met in acht name van de ethische therapeutische hygiëne.

### **Schaamte bewerken**

Dagvoorzitter Schalkwijk sloot de rij weer met onder meer de volgende aandachtspunten: in het contact met kleine kinderen benoemen we alle lichaamsdelen (in liedjes of kinderboeken bijvoorbeeld) maar nooit het genitaal. Knuffelen, strelen, zoenen doen we op alle mogelijke lichaamsdelen van ons kind, van de teen tot de kruin, maar niet op het genitaal of anus. We spiegelen alle gedrag van het kind en representeren zo de emoties van het kind, die ze geleidelijk aan kan toe eigenen, maar de seksuele opwinding van het kind wordt zelden gerepresenteerd. Het zelfgevoel kan alleen ontstaan in de relatie met de ander (ouder) en is altijd intersubjectief. Zo ook het seksuele zelfgevoel, maar door het wegstijven van de ouder bij seksuele opwinding van het kind wordt de intersubjectiviteit verbroken; het wegstijven wordt dan verinnerlijkt en kan ruimte bieden aan schuld en schaamte. In de therapie dient – net als bij angst – eerst de schaamte zelf bewerkt te worden (hoe is het voor u om dat hier te vertellen) voordat de inhoud van de schaamte bewerkt kan worden. De therapeut dient bewust te zijn van zijn verbale en non-verbale (fronsen) reacties op seksuele ervaringen of fantasieën van patiënten. Een niet-oordelende attitude is ook hier vereist om samen het schaamtevolle te exploreren. Bij een beginnende verliefdheid ontstaat het

verlangen om volledig in de ander op te gaan, om in alle lichaamsopeningen binnen te treden. In de overdracht van patiënt naar therapeut kunnen we datzelfde verlangen ook zien: het verlangen om samen te zijn met de geïdealiseerde therapeut betreft dan ook versmelting, en niet om samen alledaagse dingen te doen als een ouderavond bezoeken of het huis schoon maken...

### **Verademing**

Ik vond het een geslaagde studiedag. Wat een verademing om niet overdonderd te worden door een veelheid aan onderzoeksuitkomsten en super flitsende powerpointpresentaties, maar weer eens rustig stil te mogen staan bij één thema, dat met veel sprekende casuïstiek uitgediept werd. Enige kennis van en bekendheid met het psychoanalytisch gedachtengoed en taalgebruik is wel een pre bij zo'n studiedag, maar ook voor de anders geschoolden was er meer dan voldoende uit te halen. Voor mij zelf was vooral de eigen kwetsbaarheid van de therapeut in relatie tot dreigende of glijdende grensoverschrijdingen iets wat tot nadenken stemde. Het mag niet, het mag nooit, dat is natuurlijk algemeen bekend. Maar blijvend bewust zijn van je eigen kwetsbaarheid (bij echtscheiding of rouw), je tegenoverdrachtgevoelens en je onderliggende motieven (repareren of compenseren van eigen problematiek, narcistisch gekleurde reddersfantasie) is iets waar we ons iedere dag opnieuw rekenschap van moeten geven, zeker bij patiënten bij wie grenzen in het verleden al vaak overschreden werden of die moeite hebben met het zelf stellen van grenzen, maar uiteindelijk bij iedereen die bij ons in zorg komt.



Wat betreft het onderwerp in relatie tot de groepssetting zou ik er nog dit aan toe willen voegen: mijn eigen ervaring is dat het onderwerp seksualiteit in groepstherapie ook moeizaam aan bod komt. En als het al aan bod komt, blijkt steeds dat het duidelijk in een behoefte voorziet en ook energie genereert, maar vervolgens toch ook weer heel snel van de agenda verdwijnt en een volgende keer weer met net zo veel moeite teruggehaald moet worden. Uiteraard kan ook positieve of erotiserende overdracht en tegenoverdracht zich in een groep voordoen. Door de aanwezigheid van andere groepsleden en een co-therapeut zal dit in regel veel minder snel tot grensoverschrijdend gedrag leiden dan in een individuele therapie-*setting*, maar een vanzelfsprekende bescherming biedt dat niet. Ook een groepstherapeut kan verliefd worden op een van zijn groepsleden, of extra aandacht bieden met een individueel paralleltraject, en ook dan is het zaak om dit – zoals De Reuver in haar betoog bepleitte – in co-therapie, intervisie en supervisie aan te kaarten, zodat we een manier kunnen vinden om datgene wat een appel doet op ons eigen verlangen, kunnen omzetten in bewustmaken, leren verdragen en abtinent blijven. Een mooi onderwerp voor een volgende NVGP-studiedag? Wat mij betreft wel.