

Imperfectie

Op vrijdag 9 oktober 2020 sprak Fans Schalkwijk over de imperfectie van de methode en van de therapeut op het Lemion-symposium *Imperfectie. We moeten het ermee doen*. Op ons verzoek bewerkte hij deze lezing tot onderstaand artikel, dat de intentie heeft de lezer aan te zetten tot reflectie.

Helaas, onze methode is imperfect. En, helaas, we zijn te streng voor onszelf. Het derde helaas is ook al niet prettig: soms zijn we echt imperfect als therapeut. Deze drie verzuchtingen dienen hardop besproken te worden, betoogt Schalkwijk.

Door Frans Schalkwijk

Het eerste helaas, onze methode is imperfect, wordt prachtig beschreven in *Make therapy simple again!* (Hutsebaut, 2020). Reflecteren over de helaasheid der methoden raakt ook aan het recent verschenen boek *Het misverstand psychotherapie* (Van Oenen, 2019). Ik citeer in deze paragraaf vrijelijk uit het artikel van Hutsebaut over dé vier bewezen effectieve methoden voor persoonlijkheidsstoornissen: dialectische gedragstherapie (DGT), schematherapie (SFT), Transference Focused Therapy (TFP) en Mentalisation Based Therapy (MBT). Omdat zij bewezen effectief zijn, kunnen zij door de instellingen gemakkelijk ingekocht worden bij de ziektekostenverzekeraars en je ziet dan ook veel afdelingen ontstaan gebaseerd op een van die modellen. Maar, aldus Joost Hutsebaut, als we vervolgens zo'n methode gebruiken, komen we bijna onvermijdelijk in een spagaat tussen trouw aan het behandelmodel versus trouw aan je cliënt. Vaak zijn de behandelprotocollen zo precies of zo ingewikkeld dat we meer daarmee bezig zijn dan met wat de cliënt ons vertelt. Onderzoek toont (helaas) aan dat de effectgroottes in de studies waarmee de methoden bewezen effectief worden verklaard, in de praktijk van alledag niet gehaald worden. Sterker, de effecten zijn voorwaardelijk *evidence based*: in de behandelpraktijk spelen zoveel factoren die in een RCT-studie onder controle worden gehouden, dat het nog maar de vraag is of het effect zo groot zal zijn als je verwacht.

In instellingen met een stabiele organisatie zijn de effecten drie keer zo groot als in instellingen waar reorganisaties plaatsvinden en de context dus instabiel is. Dus of

De positieve effecten van therapie lijken eerder kleiner te worden dan groter

een organisatie waar je werkt onrustig is, heeft invloed op hoe effectief je kunt zijn als therapeut: hoe stabiel de setting, des te groter de effecten.

Schokkend

Wat ook tot bescheidenheid stemt, is dat er al lange tijd effectonderzoek wordt gedaan en dat de positieve effecten van therapie eerder kleiner lijken te worden dan groter. Daarin zijn wij psychotherapeuten niet uniek. Recent werden resultaten naar behandeling van uitgezaaide kanker gepubliceerd: tien jaar onderzoek heeft opgeleverd dat de levensverwachting van vijf naar zes maanden is gegaan. Dat is toch wel schokkend mager. En zo is het waarschijnlijk dus ook in ons vak. Ik doe mijn vak met heel veel plezier en ik ga daar ook nog lang niet mee stoppen. Maar eigenlijk zijn we helemaal niet zo effectief, net zo min als medische behandelingen dat zijn. We kunnen er veilig van uitgaan dat dertig procent van onze cliënten behoorlijk opknapt, bij veertig procent de klachten verminderen en dertig procent helemaal niet opknapt. Het werkt soms gewoon niet wat wij aanbieden, en we moeten ons niet blind staren op 'bewezen effectief.'

De gevolgen van de spagaat tussen trouw aan het behandelmodel of aan de cliënt, aldus Hutsebaut, is uit te zetten in een grafiek. Op de horizontale as zet je links 'volledig trouw aan het model' en dat schuift steeds meer op naar rechts, totdat je terecht komt bij 'volledig trouw aan de cliënt.' Het handelen van de therapeut schuift dus op van wat de therapeut moet bieden volgens het protocol naar wat de cliënt nodig heeft. Op de Y-as wordt de mate van effectiviteit gezet: hoe hoger de score, hoe effectiever. Natuurlijk moet de curve een n-vorm hebben: linksonder zitten de zwakke broeders die eigenlijk geen goede therapeuten zijn maar die zich wel strak aan een model kunnen houden. Dan krijg je de hoge scores van de therapeuten die veel flexibeler zijn en beide aspecten in het oog kunnen houden. Helemaal rechts daalt de curve weer, want daar zitten de kneuzen die maar wat aanrommelen op geleide van wat de cliënt wil. Helaas, onderzoek naar dit verband is schokkend. Tegen onze intuïtie in is een u-curve zichtbaar. Die 'zwakke broeders' blijken zeer effectieve therapeuten die het behandelmodel goed kunnen integreren met wie ze zijn. De 'flexibele

Een ander contra-intuïtief idee is dat meer opleiding niet per se leidt tot betere therapeuten

therapeuten die beide aspecten in het oog houden' zijn weinig effectief. Op de rechterpoot zitten therapeuten die zich niet zo veel aantrekken van het model, maar intuïtief

de goede dingen doen. Vervelend voor de meesten van ons, maar we kunnen niet allemaal op die twee polen zitten.

Bijleren

Een ander contra-intuïtief idee is dat meer opleiding niet per se leidt tot betere therapeuten. Een positieve relatie tussen de hoeveelheid onderwijs en training enerzijds en effectiviteit anderzijds is nog nooit in onderzoek aangetoond. Zelf werk ik in de psychoanalytische wereld met eindeloze reeksen supervisies, aldus Hutsebaut. Dat geldt zelfs voor de mensen die aan linkerkant van de u-curve zitten en dus zeer modeltrouw zijn. Natuurlijk leidt dat niet tot een pleidooi om onderwijs af te schaffen, maar ook deze resultaten manen tot bescheidenheid. Maar dergelijke bevindingen zijn ook van belang als we onszelf evalueren in ons functioneren als therapeut. De perfecte gevalsbeschrijvingen uit de onderzoeken die aantonen dat een behandeling bewezen effectief is, vormen ons ideale plaatje. En als we ons daaraan spiegelen, komen we al snel op een negatief oordeel over onszelf uit.

Onderzoek naar het effect van onderwijs biedt ook een mooi handvat: wie zich een nieuw behandelmodel eigen wil maken, moet het gebruikelijke model niet overboord gooien of afleren, maar het nieuwe ermee integreren. Als ik naast mijn analytische model ook sensorimotor-therapie wil gaan toepassen, kan ik beter proberen die technieken in mijn psychodynamisch werk te integreren. De rationale daarachter is dat wie schepen achter zich verbrandt en zich in iets compleet nieuws stort, in een ongemakkelijke positie komt, of in moderne termen

'uit de comfortzone komt'. Op dat moment wordt iets nieuws leren juist moeilijker. Zie het verbreden van je horizon als bijleren en niet als een andere weg inslaan.

Verdragen

Hoe word je een betere behandelaar? Nou, zegt Hutsebaut, het best kun je streven naar hoe je met jouw kwaliteiten en gebreken als mens en als behandelaar de beste versie van jezelf als behandelaar kan zijn. Uitgaande van je eigen kwaliteiten en gebreken, zowel als mens en als behandelaar. En, stelt Hutsebaut, je mag nooit je behandelmodel heilig verklaren. De vraag is: hoe kan het behandelmodel mij helpen om die betere versie te zijn die ik graag wil zijn? Flip Jan van Oenen (2019) vindt dat we moeten verdragen dat onze therapie helemaal niet zo supereffectief is als die onderzoeken zeggen dat ze zijn. Misschien, aldus Van Oenen, is het belangrijkste dat therapeuten nastreven dat cliënten hun klachten leren verdragen en anders gaan aankijken tegen de klachten en hun oorsprong. Daar is mogelijk het maken van het narratief belangrijk bij, samen met de cliënt een narratief maken waarin hij of zij zichzelf herkent, zichzelf gaat begrijpen en accepteren. Een soort gouden regel daarbij is dat we het verleden van de cliënt niet kunnen veranderen. Wel kunnen de emoties veranderen, emoties die verankerd zijn in de innerlijke werkmodellen en die mogelijk bevrijd kunnen worden. Daarmee maak je het oude niet weg, maar je vergroot de mogelijkheid van reageren en de vrijheid. Dus therapeut en cliënt zullen moeten verdragen dat er iets niet goed is geweest en daarmee verder gaan.

Falen, missers en verantwoordelijkheid

Helaas, we zijn te streng voor onszelf. Het is onvermijdelijk dat wij als therapeuten onze cliënten ook pijn doen. We zijn niet alleen de (geparentificeerde) gewonde genezers, maar ook de verwondende genezers. Therapeuten die zelf een beschadigde of ingewikkelde voorgeschiedenis hebben, ervaren het nogal eens als onethisch om een cliënt pijn te doen. Die willen juist in hun therapeut-zijn hun eigen levensgeschiedenis als het ware ongedaan maken. Maar streven naar je cliënt bieden wat je zelf zo gemist hebt, is

*Ik heb een hekel aan
therapeuten die zeggen:
'Ik heb vanochtend weer
een huwelijk gered'*

een geheid recept voor imperfecte, slechtlopende therapie. Het hoort bij therapie dat een cliënt ook pijn lijdt en dat die ontregeld wordt. Alleen dan is verandering mogelijk. En, opnieuw helaas, dan zal je ook moeten accepteren dat je daarbij als therapeut ook weleens fout zit en die missers de cliënt ook echt beschadigen. Jessica Benjamin (2018), die in eerste instantie schrijft over het werken met getraumatiseerde cliënten, vindt dat de therapeut daar dan ook de verantwoordelijkheid voor moet nemen. In het klein: ik mag graag plagen in therapie als ik iemand beter ken en soms maak ik ook wel een grap of opmerking die ik zelf ongepast vind. Ik neem daar dan ter plekke de verantwoordelijkheid voor door hem

terug te nemen en excuses aan te bieden, en eventueel pas daarna aan de cliënt te vragen hoe die mijn opmerking beleefde. Ook begin ik een zitting weleens met: 'Ik ben ontevreden over de afgelopen zitting. Ik heb daar iets gezegd waarover ik achteraf vind dat ik daarmee niet zorgvuldig was.' Dus de therapeut neemt de verantwoordelijkheid voor missers of falen. Omdat imperfectie als therapeut onvermijdelijk is, moet je jezelf toestaan dat je mag falen en er naast mag zitten. Maar neem er wel ruiterslijk de verantwoordelijkheid voor, want dat kan juist voor een getraumatiseerde cliënt helend zijn.

Zo'n zelfonthulling als 'ik ben ontevreden over vorige keer' is alleen zinvol als deze helemaal in het teken van het belang van de patiënt staat. Dus ik vertel niets over mijn beleving van de vakantie of dat ik vannacht slecht heb geslapen omdat de hond of (klein)kind ziek was. Maar emoties die direct verbonden zijn met de cliënt kun je wel inbrengen. Dan is dat niet zozeer een zelfonthulling, maar iets dat je vertelt over wat je in de relatie met de cliënt beleeft. En dat die eigen emoties dus iets van jullie beiden is.

Kunde of toeval?

Ook grootheds- en reddersfantasieën zijn een goede voedingsbodem voor het ontstaan van een imperfecte therapeut. Ik heb een hekel aan therapeuten die zeggen: 'Nou, de therapie is goed gelopen en dankzij de therapie is ze toch afgestudeerd'. Of: 'Ik heb vanochtend weer een huwelijk gered'. Dat zijn groothedsfantasieën. We weten niet goed waarom iemand toch haar examen heeft gehaald en of het stel wel of niet bij elkaar blijft. Ik kwam in het boek *Understan-*

ding and coping with failure (O'Leary, 2014) de theorie van de gebalanceerde attributies tegen die beschrijft hoe mensen gebeurtenissen en gedrag verklaren. In de optimale balans voor falen ben je niet te streng, maar evenwichtig als je vindt dat de tegenvallende therapieresultaten voor een derde aan jou te wijten zijn, voor een derde de schuld van anderen zijn en voor een derde door toevallige omstandigheden ontstaan zijn. Die mag je dus externaliseren (*ja, weet je, maar zijn vrouw zit ook te stoken en zij ondermijnt de therapie, want zij wil eigenlijk niet dat hij met mij praat*) of wijten aan toevallige omstandigheden in plaats van aan door jou gemiste overdrachtsverschijnselen. Dat geeft veel vrijheid, als je zo je mislukkingen kunt evalueren. Maar, dan moet je ook zo gaan denken over je successen: *een derde van mijn therapie succes komt omdat ik zo'n goeie therapeut bent, een derde komt omdat die cliënt op Tinder net nu een vriendin heeft ontmoet en een derde komt door toeval, gewoon door de tijd ofzo*. Ik vind het wel mooi als je zo mag denken over je falen en slagen als therapeut. Ja, ik maak ook inderdaad fouten, of ja, ik heb soms ook pech dat die cliënt ontslagen wordt. En ja, dan gaat de therapie mis.

Grenzen stellen

Helaas, soms zijn we echt imperfect, zoals op de momenten dat we grenzen schenden. Ik vind het belangrijk dat als ik een nieuwe cliënt in therapie neem, ik duidelijk de grenzen van mijn behandeling aangeef. Wat ik van de cliënt verwacht, waarom ik bepaalde dingen doe en wat mag en niet mag. Daarmee probeer ik te voorkomen dat de cliënt later in een positie komt dat hij of

zij iets doet waarover wij dan een normerend oordeel uitspreken. Een prachtig voorbeeld is de narcistische cliënt uit de serie *In therapy* die zijn therapeut ongevraagd een fantastisch espressoapparaat cadeau geeft omdat hij diens koffie niet te drinken vindt. Nu zeg ik nooit iets over het geven van cadeautjes in therapie, dat komt wel aan de orde als het zich aandient. Maar ik vertel hun wel dat ik na afloop van de therapie geen vriendschappelijke band aanga; we hebben echt een werkrelatie. Dus ik neem altijd ruim de tijd om het kader waarbinnen de therapie gebeurt te schetsen, zodat de cliënt zoveel mogelijk weet waar hij of zij aan toe is. Dit is ook nodig omdat de cliënt dan zelf kan inschatten of ik of een collega over de grens gaat. Het schenden van grenzen tast de veiligheid van behandeling aan en het is niet voor niets dat de NVP daar momenteel actief aandacht voor vraagt. Ook het verkopen van je auto of huis aan een cliënt is tuchtrechtwaardig: je mag geen andere relatie hebben dan de therapeutische relatie. Als we schending van een grens constateren, zoals het aangaan van een relatie met de cliënt tijdens de therapie of dronkenschap, zijn we verplicht daar onze collega op aan te spreken. Als die het gesprek daarover afwijst en zijn handelen niet verandert, zijn we vervolgens verplicht dat te melden bij de beroepsvereniging. Het overschrijden van grenzen komt voor, zowel in therapieën en in supervisies en ondergraaft de geloofwaardigheid van ons vak.

Grensvervaging

Veel interessanter dan het schenden van grenzen is echter het grijze gebied van de

grensvervagingen. Bij het schenden van grenzen is de overtreding helder, maar in het gebied van de grensvervagingen krijgen we te maken met ethisch dilemma's. Een goed richtsnoer voor het denken over ethische dilemma's vind ik in de boeken *Beyond doer and done to* (Benjamin, 2018) en *Psycho-analysis as an ethical process* (Drozek, 2019). Beide auteurs stellen dat cliënt en therapeut volstrekt gelijkwaardig zijn en dat we de cliënt onvoorwaardelijk moeten proberen te respecteren. Te allen tijde respecteren we onvoorwaardelijk de autonomie van de cliënt en diens belevingswereld. In meer filosofische concepten: we trachten de onvoorwaardelijke subjectiviteit van de cliënt te respecteren en moeten vermijden de cliënt en diens belevingswereld te objectiveren.

Dit is vooral zo belangrijk, omdat juist de ervaring onvoorwaardelijk geaccepteerd te worden bij veel van onze cliënten geschaad is. Helaas gaat ons dat natuurlijk nooit lukken, want we hebben soms momenten

Respect voor gelijkwaardigheid en ongelijkvormigheid vanuit de expertpositie bij elkaar niet

waarop ons dat niet lukt. Dan ontstaat er een breuk in de relatie, waarover ik hierboven al schreef dat het aan de therapeut is het voortouw te nemen in het herstel daarvan. Overigens heft het streven naar gelijkwaardigheid de ongelijkvormigheid in de therapeutische relatie niet op. Vanuit zijn of haar positie als expert doen we, zoals al

beschreven, de cliënt soms emotioneel pijn en geven we psycho-educatie. De essentie daarbij is of het ongelijkvormige aspect van de relatie ten dienste staat van de behandeling met behoud van volledig respect voor de cliënt: zit ik de cliënt nou te kleineren of ben ik echt in het belang van de cliënt bezig? Duidingen over het therapieproces worden ook vanuit de expertpositie gemaakt, maar hopelijk ten dienste van het proces van de cliënt. Dus respect voor gelijkwaardigheid en ongelijkvormigheid vanuit de expertpositie bij elkaar niet.

Grenzen van gelijkwaardigheid

Hoe kunnen we herkennen dat we de cliënt niet in de gelijkwaardige positie zetten en de grens van respect voor diens subjectiviteit doen vervagen? Belangrijk is voortdurend in onszelf na te gaan of we de cliënt nog onvoorwaardelijk erkennen in zijn of haar subjectiviteit: nemen we diens beleving nog steeds voor waar aan, laten we die intact en vermijden we te normeren? Dat is niet altijd gemakkelijk, als je je cliënt stomme dingen ziet doen of abjecte dingen hoort denken. Het vervagen van grenzen van gelijkwaardigheid is bijvoorbeeld zichtbaar als we ingewikkelde theoretische concepten gaan gebruiken en technische exposés gaan geven waarin we de cliënt uitleggen hoe 'zoiets werkt bij mensen'. De therapeut wordt dan degene die de cliënt iets aandoet en de cliënt degene die iets aangedaan wordt, wat een herhaling van het script van de cliënt is. Natuurlijk zijn die patronen van doener en gedaan worden voortdurend aan de orde, want het therapeutisch proces is nu eenmaal een gebeuren waaraan therapeut en cliënt beiden bijdragen.

Een andere vorm van vervaging van de grens van gelijkwaardigheid ontstaat als de therapeut werkelijk meent beter te snappen hoe de cliënt in elkaar zit dan de cliënt zelf: 'Ik hoor dat u protesteert tegen mijn suggestie, maar misschien vindt u het moeilijk deze te accepteren. U zegt "nee", maar ik denk toch echt dat het "ja" is.'

Helaas, als therapeut word je nauwelijks als mens gekend

Als de therapeut meent dat dit mogelijk is, creëert hij of zij ongelijkwaardigheid in de relatie, wat ethisch niet goed is. Je hoort van de gelijkwaardigheid en de onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt uit te gaan, en tegelijkertijd kan het methodisch nodig zijn dat je op weerstand mag ingrijpen en dat de cliënt pijn doen erbij hoort. We weten ook dat therapeuten imperfect zijn als ze over privéomstandigheden vertellen, over wat ze met andere patiënten hebben bereikt of over hun functie in de beroepsvereniging. Je moet jezelf blijven monitoren op of wat je zegt ten dienste van de behandeling staat of je eigen belangrijkheid aangaat. Dat we onszelf ook wel wat zichtbaar willen maken, is invoelbaar, want we zijn immers sociale wezens die behoefte aan contact hebben en gekend willen worden. Maar helaas, als therapeut word je nauwelijks als mens gekend. Ik veronderstel dat veel cliënten na verloop van tijd goed aanvoelen wat voor iemand ik ben als therapeut, maar mijn leven buiten de therapiekamer blijft ongekend. In de literatuur over grensvervaging is te lezen dat met name ouder

wordende therapeuten daartoe geneigd zijn. Ze vertellen over hun eigen huwelijk en de conflicten daarin of luisteren met de cliënt naar muziek, om daarna in te gaan op wat die muziek oproept. Allemaal dingen die niet in een gesprekstherapie thuishoren. Je kunt aan jezelf merken dat je ernaar verlangt gezien te worden als het je invalt dat je best een halfjaar na de afloop van de therapie met de cliënt eens een borrel zou kunnen drinken. Ik vind het de moeite van overwegen waard of je op dat moment nog echt in de onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt zit of dat je dan iets voor jezelf gaat halen in je fantasie. Immers, de cliënt komt niet voor jou, maar om zichzelf te leren kennen en zijn klachten op te lossen.

Sociale media

Gelijkwaardigheid verhoudt zich slecht met stiekem gedrag en een hedendaags thema is dan ook het gebruik van sociale media. Ontzettend interessant wat therapeuten daarmee doen. Ik maak vaak mee dat mijn cliënt voor de intake op het internet informatie over mij heeft opzocht en dat vind ik vanzelfsprekend: *wie is die man eigenlijk, bij wie ik misschien mijn ziel en zaligheid blootleg?* Sommigen googelen ons ook terwijl ze in therapie zijn.

Maar nu de andere positie: wat doe je als je zelf de cliënt op het internet opzoekt? Ik doe dat nooit, niet vooraf noch tijdens de therapie en hoop dat ook zo te blijven doen. Maar onderzoek laat zien dat er wel degelijk therapeuten zijn die op het internet naar informatie over hun cliënt zoeken, soms ook om bij de aanmelding en voor de intake te weten wat voor vlees je in de kuip hebt. Omdat dit een belangrijk potentiële grens-

vervaging is, ontwikkelen beroepsverenigingen daarvoor een beroepscode. Als de therapeut op internet informatie zoekt en/of vindt, dient hij of zij dat aan de cliënt te melden.

Het is ook verleidelijk. Een supervisant vertelt me dat hij binnenkort gaat verhuizen naar een buurt die ik ken en dat het huis wat ze gekocht hebben op Funda staat. Dan schiet er toch door me heen: *even kijken wat voor huis dat nou eigenlijk is, dat is toch leuk? Wat zou hij er nou voor betalen?* We horen dat waarschijnlijk ook in een superviserrelatie niet te doen en als we dat toch doen, dat te melden. We vragen van onze cliënten toch ook een zo groot mogelijke openheid? Een ander voorbeeld van grensvervaging, sociale media en de behoefte als mens gekend te worden, is het volgende. Stel, ik zit in een koor en mijn cliënt in een ander. Onze gemeenschappelijke dirigent organiseert een zestal weekenden in een jeugdherberg waarvoor beide koren zijn uitgenodigd. Je wilt gaan, maar realiseert je dat je dan in dezelfde groepsapp zit als je cliënt, elkaar op de weekeinden tegenkomt en dat je dus buiten de therapie om met je cliënt in contact blijft. Het kan verleidelijk zijn op die manier toch gekend te willen worden en je zou dus niet moeten gaan. Dat laat onverlet dat we natuurlijk toch af en toe een grens laten vervagen, want we blijven toch menselijk, of dat je het in ieder geval zou willen. De perfecte therapeut vraagt zich af waarom hij of zij juist bij deze cliënt zou willen dat die grens er niet was. Zo hoor je er mee om te gaan. Maar de verleiding is er soms om je inderdaad op dat gebied te begeven. Een vrouwelijke collega vertelde in intervisie dat ze zich realiseerde bij die ene cliënt 's ochtends altijd na te denken over

wat ze die dag zou aandoen. Dat is zo'n signaal dat er iets aan de hand is.

Tot slot

Ik pleit dus voor een voortdurend reflecteren op ons functioneren als therapeut. Wat mij betreft is intervisie daarvoor verplicht. Een veilige intervisiegroep, waar je elkaar bevraagt op waarom je iets doet of iets laat. Je kunt ook indicaties stellen of elkaar behandelingsadviezen geven, maar een voortdurende reflectie op het eigen handelen lijkt mij het belangrijkste. Omgaan met missers die onze imperfectie markeren zou ik niet willen bespreken vanuit een straffend geweten en jezelf op je kop geven: *waarom doe je dat nou?* Interessanter is jezelf welwillend te bevragen vanuit nieuwsgierigheid en de wens te begrijpen, zoals ik dat ook naar mijn cliënten probeer uit te stralen: *wat roept het op, wat kunnen we daarmee en wat vertelt het ons?* In de evaluatie van deze lezing schreef een deelnemer dat ik wel erg vanuit het streng psychoanalytische model sprak. Deels klopt dat. Inderdaad vind ik dat iedere therapeut zich moet bevragen op zijn eigen aandeel in het functioneren van het therapeutische koppel, al geef je systematische desensitatie. Onderzoeksliteratuur laat ook zien dat de kwaliteit van de therapeutische relatie meer bijdraagt aan de veranderingen dan het specifieke model (Van Oenen, 2019). Maar natuurlijk begrijp ik dat grenzen die gaan over aanraking, buiten de therapiekamer zittingen doen of op kraambezoek gaan ook afhankelijk zijn van het gehanteerde model. Mijn pleidooi betreft het voortdurend in de gaten houden waar je mogelijk eigen professionele grenzen laat vervagen.

Frans Schalkwijk, klinisch psycholoog, voert een eigen praktijk als psychotherapeut. Hij is daarnaast bijzonder hoogleraar Gewetensontwikkeling bij de vakgroep Forensische Orthopedagogiek van de UvA, voorzitter van de ethiekcommissie van de Nederlandse Psychoanalytische Vereniging en organisator van de lezingencyclus Psychoanalyse en wetenschap in de Amsterdamse Academische Club (UvA). Ook is hij gastdocent aan opleidingen voor psychotherapie en klinische psychologie en docent in de opleidingen van de NPaV en de NVPP. Hij werkte eerder twintig jaar als forensisch psycholoog en was hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Psychoanalyse.

Literatuur

Benjamin, J. (2018). *Beyond doer and done to. Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Hove/New York: Routledge.

Drozek, R.P. (2019). *Psychoanalysis as an ethical process*. Abingdon/New York: Routledge.

Hutsebaut, J. (2020). Make therapy simple again! *Tijdschrift voor Psychotherapie* (46), p. 96-106.

Oenen, F.J. van (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Amsterdam: Boom/de Tijdstroom.

O'Leary, J.V. (2014). The blame game. Finding attributional balance in failure. In: Willock, B., Coleman Curtis, R. & Bohm, L.C. (2014). *Understanding and coping with failure. Psychoanalytic perspectives* (p. 143-151). Hove/New York: Routledge.
