

Van strijkijzer tot scalpel en van ontwikkelingshulp tot spitstechnologie

Psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen

Lezing Studiedag 'Waarom doet u zo moeilijk? Een gepersonaliseerde kijk op persoonlijkheidsproblematiek' APZ St Lucia, Sint-Niklaas, 29 april 2011

*I am a parcel of vain strivings
Tied by a chance bond together
Dangling this way and that
My hands were made so loose and wide
Me thinks for milder weather
Henry David Thoreau*

Mark Kinet

Moeilijk?

Vooreerst wil ik collega Kim Van Daele hartelijk danken voor zijn uitnodiging op deze studiedag over psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen te komen spreken. Gevraagd naar een titel kwam meteen enige beeldspraak bij mij op die ik dan ook wel vaker hanteer. *Strijkijzer, scalpel, ontwikkelingshulp, spitstechnologie*. Uiteraard wordt een en ander later uitgewerkt. Graag deel ik met jullie echter eerst enkele preliminaire of principiële bedenkingen. Ten eerste over het *concept zelf* van de persoonlijkheidsstoornissen. Zoals wellicht vele anderen blijf ik het er immers principieel moeilijk mee hebben. Hoe zou men iemands unieke en complexe persoonlijkheid *überhaupt* in een categorie kunnen vangen? Ik citeer in dat verband vaak de Hongaarse schrijver Gyorgy Konrad. In de context van de oorlog in ex Joegoslavië stelde hij in een interview dat nationaliteit en identiteit *niet bestaan*. Voor hem tellen enkel *story* en *history*. Bij deze visie sluit ik mij in grote mate aan. De heelheid of *identitas* van het Ik is bovendien imaginair want door het symbolische van de taal zijn we onherroepelijk verdeeld. Simpel gezegd zijn we altijd langs de

ene kant zus maar aan de andere kant zo. Woorden schieten tekort om te zeggen wie of wat we zijn. Daarom geraken we trouwens ook nooit over onszelf uitgepraat.

Aan identificatie met een diagnostisch etiket kan de patiënt welteverstaan enige zekerheid ontlelen. President Kennedy's *Ich bin ein Berliner* wordt dan bijv *Ich bin ein Borderliner*. En ook de hulpverlener vermag zichzelf hiermee een illusie van bemeestering te verschaffen. Anderzijds doet dergelijke (volgens een term van Hubert Van Hoorde) *dekselbetekenaar* noodzakelijkerwijs het spreken stokken. Hij *dekt toe* in plaats van iets te openen. Hij plaatst een *punt* in plaats van *drie* puntjes en betekent dan ook in belangrijke mate: einde verhaal. Het is een van de belangrijkste redenen waarom we in onze psycho-educatieve sessies alleen informatie geven over as I stoornissen of over psychologische c.q. psychodynamische thema's. Onze ervaring leert dat uitleg over depressie, verslaving, maar ook over gehechtheid, mentalisatie, individuatie-separatie, seksuering enzovoort als *blikopener* kan fungeren, terwijl het becommentariëren van deze of gene persoonlijkheidsstoornis de blik eerder *vernauwt*. De vraag: 'Hebt u een idee waarom u zich zo vlug in de steek gelaten voelt?' krijgt dan als antwoord: 'Omdat ik een borderliner ben!' Elke crisis of probleemsituatie draagt de kiem tot groei en inzicht in zich. Het benutten van dit progressief potentieel wordt echter bemoeilijkt of onmogelijk gemaakt door een bepaald medisch of psychologisch *weten* waaronder het subject meer *verdwijnt* dan *verschijnt*.

Persoonlijk *houd* ik trouwens wel van persoonlijkheidsstoornissen. Althans *professioneel*. Klinisch psychotherapeutisch houden ze mij al zo'n twintig jaar bezig en in zekere zin heb ik mij in al die tijd met hen nog geen minuut verveeld. Ze zijn immers ook en vooral uitvergroting van meer algemeen menselijke problemen met bijvoorbeeld vertrouwen, scheiding, verlies, rivaliteit, ambitie of seksualiteit. Ze herinneren ons ook dagelijks aan een fundamenteel menselijk gegeven. Ons Ik mag dan op aanpassing gericht zijn, ons subject is weerbarstig en staat met de werkelijkheid steeds op gespannen voet. Het is gericht op een onmogelijk, verboden, ziekelijk of zelfs dodelijk plezier of genot.

Waarom 365 dagen van het jaar elke dag een marathon lopen? Waarom een fortuin betalen voor een onnozel kopje Chèvres porselein? Waarom teveel eten, drinken en/of roken terwijl het alom in koeien van letters te lezen staat dat dit allemaal zo slecht (om niet te zeggen: dodelijk) is voor de gezondheid? Een van de hardnekkigste mythes is dan ook dat de mens evident zou streven naar geestelijke en andere gezondheid. Dit gezonde leven wordt immers permanent door het streven naar lustgewin ondermijnd en geperverteerd. We hebben allemaal wel dingen waarvan de omgeving zich verwonderd afvraagt. Waar is hij of zij toch mee bezig? In het Frans klinkt dit mooier. *Mais qu'est-ce qu'il/elle fou là?* Persoonlijkheidsstoornissen zetten misschien *extra* in de verf dat onevenwicht en buitensporigheid finaal en fataal des mensen lot zijn. En zoals Michel Houellebecq ergens zegt: uiteindelijk breekt het leven ons hart.

Vervolgens en enigszins ter correctie zijn er heel wat zogezegde persoonlijkheidsstoornissen die helemaal niet moeilijk, maar integendeel juist *gemakkelijk* doen. Denken we bijvoorbeeld aan afhankelijke of masochistische persoonlijkheden, die braaf, meegaand, volgzzaam tot behaagziek of onderdanig zijn. Zij hebben of krijgen het in dan eerste instantie *zelf* moeilijk.

Persoonlijkheidsproblemen of persoonlijkheidsmoeilijkheden zijn naar mijn smaak ten slotte een veel meer accurate omschrijving. Ik ben blij dat ze vandaag al gehanteerd werden door zowel

Kim Van Daele als door Rudi Vermote. Persoonlijk hield ik overigens ook nogal van het oudere onderscheid tussen symptoomneurose en karakterneurose. Deze laatste bevat echter ook narcistische en borderline pathologie en is mogelijks mede daarom *obsoleet* geworden. Alleszins impliceren deze termen zoiets als een hardnekkige, want in het karakter ingebakken worsteling waarin we *actief* en *participatief* betrokken zijn. Het woord stoornis past daarentegen beter bij een natuurlijke en of natuurwetenschappelijke verklaarbare afwijking waaraan we veeleer als een soort *slachtoffer* zijn overgeleverd. In het eerste geval wordt het kwaad of *le Mal* binnen ons, in het tweede *buiten* ons gesitueerd. Psychoanalytici herkennen dit als het verschil tussen een depressieve en een schizoid-paranoïde positie. In deze laatste wordt de oorzaak van het psychisch lijden veruitwendigd. Kapstokken, zondebokken of boosdoeners worden dan in de *buitenwereld* gezocht. Of ben *ik* nu moeilijk aan het doen?

Bij onze noorderburen spreekt men in verband met persoonlijkheidsstoornissen van *lastige lieden*. Zoals lastige kinderen wegen ze zwaar en beantwoorden ze op allerlei manieren niet aan onze verwachtingen, vaak integendeel. Wij hadden vroeger in ons team half schertsende en half ernstige discussies over het gebruik van de term 'bizar'. '*Ik vind dat Nicole gisteren weer erg bizar deed*'. Met de nodige moeite zijn we het erover eens geraakt dat we bizar noemen wat we *niet* of toch niet *meteen* begrijpen. Als we luisteren naar het *verhaal* dat achter dit bizar gedrag verscholen zitsmelt dit *zogezegd* bizarre doorgaans snel als sneeuw voor de zon.

Welnu, de denotatie 'moeilijk' is op dezelfde manier *problematisch*. Jazeker, de patiënt confronteert ons met onze machteloosheid, ons ongeduld, ons onbegrip of hij stelt op diverse andere wijze ons bevattingsvermogen op de proef. Maar wat maakt deze patiënten tot zo'n moeilijke klanten? Misschien dat ze zich niet laten kneden, zich niet laten herscheppen naar ons beeld en onze gelijkenis? Of dat ze telkens weer ondanks onze raad, ons advies of meer in het algemeen onze hulp in dezelfde euvels *hervallen*. Heel wat patiënten met de diagnose persoonlijkheidsstoornis zijn ook in een goedlopende psychotherapie vele tot vaak een tiental jaar bezig. Dikwijls doorlopen ze hun psychotherapeutisch proces in schijven of episodes die bij de een of nu eens residentieel, bij de ander of dan weer in dagtherapie of ambulant verlopen.

We kennen waarschijnlijk allemaal de uitspraak van Heraclitos '*Karakter is noodlot*.' Of we herinneren aan het spreekwoord dat wordt toegeschreven aan Seneca: '*Errare humanum est, perseverare diabolicum*'. Missen is menselijk, maar volharden des duivels. Via dit demonische is het natuurlijk een kleine stap naar het onbewuste en naar de psychoanalyse. Psychotherapie is een oude kunst maar ze is inderdaad pas door Freud een *toen nog* nieuwe wetenschap geworden. Maar in tegenstelling met wat door velen buiten èn binnen de GGZ gedacht wordt is de psychoanalyse niet geëindigd met Freud, net zo min als de fysica na Newton zou gestopt zijn. Na ruim een eeuw heeft een ganse schare van belangrijke figuren bijgedragen tot zowel de breedte als de diepte van haar gedachtegoed. In de kliniek is de psychoanalytische actieradius ook alsmaar uitgebreid, vooral naar jongere leeftijden en of zogenaamd *vroegkinderlijker* stoornissen. De psychoanalyse wordt vandaag vooral *buiten* de typische kuur op de sofa toegepast en wel in de meest uiteenlopende hulpverlening voor psychisch lijden. Met jullie permissie vermeld ik hier dan ook graag even de reeks *Psychoanalytisch Actueel* die ik sinds 2005 coördineer. Ze stelt zich precies tot doel voornoemde ontwikkelingen een forum te bieden en bij de bredere GGZ te introduceren. Sinds haar opstart verschenen in deze reeks reeds 15 boeken. Zij kenmerken zich alle door hun klinische insteek en hun multiculturele en multitheoretische invalshoek.

Herhaling

In elke omschrijving van persoonlijkheidsstoornissen is er sprake van een star *patroon*. Het gaat dan om een *herhaald* optreden van bepaalde belevingen of gedragingen die als symptomatisch voor deze of gene persoonlijkheidsstoornis worden beschouwd. Persoonlijkheidsdiagnostiek à la DSM komt dan neer op een inventarisatie van tekens die verwijzen naar een soort *ziekte*. Bij minstens zoveel van de hierna opgesomde ziekte tekens gaat het om deze of gene persoonlijkheidsstoornis. Allemaal goed en wel maar hoe komt deze persoonlijkheidsstoornis tot stand en hoe moeten we er therapeutisch mee werken? Vraagteken! Vraagteken!

De psychoanalyse heeft dan een heel andere opvatting van het symptoom. Voor haar is het symptoom een *onwillekeurig* verschijnsel dat zich *herhaalt*, waarvan de patiënt (en a fortiori de omgeving) de betekenis *niet begrijpt*, dat hem doet *lijden* maar hem anderzijds op de een of andere manier een morbide *winst* oplevert. Als dusdanig moet het niet bestreden maar *begrepen* worden. Het is een betekenaar of een verhaalelement dat moet *beluisterd* worden en dat slechts in de context van de levensgeschiedenis en/of het overdrachts/tegenoverdrachtscontinuüm zijn betekenis verkrijgt.

Herman reageert zijn boosheid altijd af door te zwijgen en door te doen alsof hij de ander niet hoort of heeft begrepen. Blijkt dat hij een en ander heeft geleerd van zijn vader die op die manier op patiënt's drankzuchtige en voortdurend boel zoekende moeder reageerde. Valerie heeft reeds als kleine kind aanvoeld dat haar moeder alleen een perfect in haar plaatje passend popje 'aankon'. Ze heeft een Vals Zelf ontwikkeld dat op studievak grootste onderscheidingen verzamelde maar vanaf haar puberteit zijn er fusionele lesbische verliefdheden. Bij afwijzing en verlating komt dan als een duiveltje uit een doosje hoogst destructief ageergedrag op de proppen. Erik plooide zich naar zijn dominante moeder en identificeerde zich met een zachte maar fallisch zwakke vader. Achter de rug van zijn moeder de vrouw gaat hij onder het motto 'fuck you' naar de hoeren.

Uit deze klinische impressies mag blijken dat de psychoanalytische benadering zich onderscheidt door een eigen-aardige visie op het symptoom. Dit is echter niet het enige verschil. Zo gelooft het medisch of het gedragstherapeutisch model bijvoorbeeld sterk in de therapeutische werkzaamheid van *kennis*. Door de patiënt *juiste* gedachten en/of gevoelens (de zogenaamde 'cognities') aan te leren of de foute af te leren is volgens hen verandering mogelijk. De hulpverlener weet dan blijkbaar wat goed en gezond is. Ook of misschien vooral voor *de ander*. Er bestaat in hun optiek een objectief geacht onderscheid tussen normaal en abnormaal enzovoort. A la David Hume is de rede volgens de psychoanalyse daarentegen een *slaaf* van de passies. Het bewuste en het gezond verstand geven vaak pas *achteraf* een reden of rationalisatie voor zaken die in diepere regionen beslecht worden. En dieper is hier te begrijpen als *onder* de neocortex of in die *andere scene* van het onbewuste.

Hedendaagse wetenschappelijke ontwikkelingen staven dit uitgangspunt. Uit de cognitieve psychologie blijkt bijvoorbeeld overduidelijk dat het bewuste slechts 7-8 bits kan verwerken, terwijl de onbewuste reikwijdte zich uitstrekt tot de honderdduizenden. Ook de neurowetenschap onderscheidt dierlijke en menselijke systemen bijvoorbeeld op vlak van geheugen of angst. Het

onderscheid tussen normaal en abnormaal is voor de psychoanalyse relatief. Zo houdt het bijvoorbeeld op in onze slaap. We dromen allemaal dezelfde verboden, onmogelijke of perverse dromen. En we moeten allemaal voldoende neurotisch zijn voor een geweten, voldoende pervers om te genieten en voldoende psychotisch om de werkelijkheid te transformeren. En wie zal zeggen welke van de *50 ways to leave your lover* de juiste is?

Lacan weerhoudt vier fundamentele concepten in de psychoanalyse: drift, herhaling, weerstand en overdracht. *Drift* is het energetische wat ons drijft. Het situeert zich op de grens tussen soma en psyche. Het is niet gebonden aan bepaalde objecten maar wel aan een bepaalde oorsprong of zone. Resultaat is een polymorfe infantiele seksualiteit die op ons leven zijn stempel drukt. In een *one-liner*: het organisme leeft van *voedsel* maar de psyche leeft van *lust*. Daarbij is het ieder zijn Ding. Op de statistiek van de Gausscurve zijn dan ook veel standjes mogelijk. Paradoxaal geldt immers vooral voor de *mens* het gezegde ieder diertje zijn pleziertje. Maar helaas ook ieder nijntje zijn pijntje. *Herhaling* is het gevolg van het *automaton* van de betekenaarsketting. Het gaat dan om zich telkens weer opdringende problemen met bijvoorbeeld de autoriteit of de wet, met scheiding, rivaliteit of afhankelijkheid. Ze kan ook het gevolg zijn van steeds weer falende pogingen het reële van drift of trauma aan betekenaars of voorstellingen te binden. Drift en trauma slaan per definitie en in zekere zin immers een *gat*. In een woordspeling zorgen ze allebei niet voor *trau*-matisme maar voor *trou*-matisme. Marc De Kesel drukte dit spitsvondig uit: '*Du Trou: X*'. Herhaling is hier gevolg van steeds weer falende pogingen dit gat te dichten.

Uit de neurowetenschap onthouden we in verband met de herhaling ook de specifieke werkingsprincipes van het impliciet, procedureel geheugen uit onze eerste levensjaren. Het manifesteert zich niet o.v.v. een anekdotisch of een autobiografisch verhaal(fragment), maar komt slechts tot uitdrukking via actie en interactie die dan telkens weer de stempel draagt van diepgewortelde patronen, waarover verder meer. *Weerstand* is de befaamde passie van het niet willen weten, van het Ik als blinde vlek. Finaal is het de wens om te slapen en te *blijven* slapen met de droom wiens enige functie het is ons te beschermen tegen het ontwaken. De droom van de psychoanalyse staat hier lijnrecht tegenover. Het is de droom van een absoluut ontwaken dat op zijn beurt in een gevleugelde formulering van Michel Thys verondersteld wordt te leiden tot een '*beter worden van waarheid*'. Ten slotte is er de onzichtbare bril van de *overdracht*. Ook leken zullen zonder enig probleem erkennen dat onze mama en onze papa, d.w.z. de eerste grote mensen (Lacan noemt dit de grote Ander) met wie we in relatie treden hun invloed uitoefenen op ons karakter. Slechts de psychoanalyse brengt ons het inzicht hoe groot en hoe diepgaand deze verhouding blijft tot in de verste uithoeken van ons wezen.

Horacio Etchegoyen definieert de psychoanalyse kort en bondig als een methode die het verleden van deze overdracht uit het verleden *herkent* en ze onderscheidt via de interpretatie. We herinneren aan het *bon mot* van Freud: herinnering is het *antigif* van de herhaling. Wat herhaald wordt, moet herinnerd worden. Herinneren, herhalen en *last but not least* doorwerken is dan de boodschap. Als in een fuga blijven zich daarbij in variaties op het thema de problemen herhalen tot ze voldoende in verhaal zijn gebracht om uit te doven en plaats te maken voor nieuwe melodieën.

Uitgangspunten

Het kan niet voldoende beklemtoond worden. Psychisch lijden is essentieel onzichtbaar en onbegrepen. Wie lichamelijk ziek is laat zich *verzorgen*, wie psychisch lijdt probeert zich te *verbergen*. Door mijn werk binnen een residentiële, semiresidentiële en een poliklinische setting en in privépraktijk kom ik met nagenoeg de ganse waaier van persoonlijkheidsstoornissen in contact. Hun *entrée* maken deze patiënten met een suïcidepoging, acting-out, alcoholmisbruik, angstige of depressieve klachten enzovoort. Of ze komen consulteren onder druk van hun omgeving die dreigt met scheiding omwille van de last die ze berokkenen. Het zijn tekenen dat ze zich niet of niet meer kunnen 'houden', 'het' niet meer kunnen wegsteken. '*Psychiatric institutions exist for people who can not contain themselves*' aldus Robert Hinshelwood. De aanmeldingsklachten of symptomen zijn egodystoon, *Ich-fremd*. Het persoonlijkheidsfunctioneren is daarentegen egosyntoon, *Ich-nah*. Van bij het eerste contact is het dan zoeken naar wat zich in hun geschiedenis herhaalt. De patiënt wordt ertoe gebracht naar zichzelf te kijken en zich over bepaalde aanvankelijk vanzelfsprekende zaken te verwonderen, zodat hij het vreemde en onbegrijpelijke in zichzelf kan vinden. *C'est notre chasse à nous psychanalystes*. Dat is het jachtterrein van ons, psychoanalytici. Enigszins polemisch noem ik de psychoanalytische dan ook wel een *directieve* vorm van therapie. Ik wens mij immers nadrukkelijk te distantiëren van de helaas vaak voorkomende karikatuur van de al te zwijgzame analyticus. Niet directief in de zin dat ze patiënten een *voorschrift* of *advies* geeft over wat *concreet* in hun leven moet gebeuren. Wel omdat de patiënt wel degelijk *geleid* wordt naar de kieren waar iets van deze innerlijke vreemde verschijnt. Bedoeld worden natuurlijk de formaties van het onbewuste zoals daar zijn de droom, de verspreking, de overdracht, het symptoom het ageren enzovoort. *Quod analysandum est*. Uit hun analyse valt voor een beter begrip van zichzelf de meest verrassende lering te trekken. Een en ander laat dan toe met meer kennis van eigen zaken en met meer gevoel van innerlijke vrijheid bewuste levenskeuzes te maken.

Gisteren zag ik een vrouw op intake die al vier jaar in ambulante behandeling was voor depressieve klachten. Ze werd verwezen met de diagnose majeure depressie en afhankelijke persoonlijkheid. Na enkele minuten bleek al dat ze zich reeds vanop kleuterleeftijd niet goed voelde. Volgde een verhaal van een depressieve moeder die enkel oog had voor properheid en orde en van een vader voor wie slechts werken, werken, werken telde. Ze trachtte aan de eisen van haar nette ouders te beantwoorden, was een stil, schools goed presterend maar onzeker, faalangstig kind met vanaf lagere school leeftijd latente zelfmoordgedachten en heimelijke automutilatie. Een dame werd in twee referentiecentra erkend als CVS patiënte. Reeds in de eerste minuten van het interview blijkt dat vader en moeder zware ethylisten waren, dat ze na een vechtscheiding als jongste thuis voor moeder moest zorgen (ik had het elders al uitgebreider over die zo vaak voorkomende parentificatie), zo vlug mogelijk in het huwelijksbootje stapte en na de geboorte van een zorgenkind in een onleefbare vermoeidheid terechtkwam die zo massaal en spectaculair evolueerde dat haar huishoudenverkommerde tot een echte stal. Reeds na een tweetal weken stond zij ervoor open een en ander als een vorm van staken en betogen te beschouwen. '*Maar dat is dan wèl onbewust!*' en ik citeer.

Ik sta wat uitgebreider stil bij enkele andere uitgangspunten. Ten eerste is er in alle psychologie en psychopathologie een onlosmakelijke verknoping tussen drie registers. Er is het reële van aanleg, aandrift en trauma. Er is het imaginaire dat in hoge mate samenvalt met het ethologische

bij de dieren. Het gaat dan om zaken zoals gehechtheid, om spiegeling, om dekking zoeken en verleiding. Er is tenslotte het typisch menselijke register van het symbolische: van taal, tekort, wet, verlangen enzovoort. Van bij onze eerste kreet wordt onze (in moderne woorden) *arousal* gegrepen, begrepen en vertaald, beantwoord in een voortdurend proces van betekenisverlening door die eerste grote Ander(en), onze ouders. Inschatting van het relatief gewicht dat deze drie register op de pathogenese uitoefenen is essentieel om onze (be)handelwijze te bepalen.

De principiële ontoereikendheid van een eenzijdige en eenvoudige therapeutische aanpak bij psychiatrische stoornissen is inmiddels ruimschoots aangetoond. Bij de altijd ernstige en/of recidiverende problemen die tot een *residentiële* behandeling leiden is *a fortiori* een psychiatrische en psychotherapeutische behandeling nodig die ofwel tegelijkertijd, ofwel achtereenvolgens op uiteenlopende pathogene aangrijpingspunten inwerkt. Vaak is het antwoord op psychisch lijden te *kortzichtig*. Een te symptoomgerichte behandeling riskeert dan het belang van het subject en zijn levensgeschiedenis toe te dekken. Ook de doorslaggevende rol van de gehechtheid die in het impliciet geheugen is vastgelegd en als basale overdracht onze verhouding met anderen bepaalt wordt door een dergelijke aanpak veronachtzaamd. De mogelijkheid de dieperliggende determinanten van psychische en interpersoonlijke problemen te ont-dekken en met toegenomen bewust-zijn te bewerken gaat daarbij verloren. Gevolg is dat veelal na tijdelijke verbetering *terugval* optreedt met alle ontmoedigende implicaties of daadwerkelijke schade, zowel voor de betrokkene als voor zijn omgeving.

Maar ook een te eenzijdige psychoanalytische benadering heeft zijn valkuilen. Ze kan bijvoorbeeld de *oorzakelijkheid van het Reëlevan* aanleg en aandrift miskennen of ontkennen en de rol verwaarlozen die een medisch-psychiatrische tussenkomst in deze materie te spelen heeft. Een stemmingsstoornis kan bijvoorbeeld in zijn constitutionele gedetermineerdheid worden geloochend waardoor de patiënt nodeloos van werkzame hulp (bijv. antidepressiva, stemmingsstabilisatoren) verstoken blijft met alle min of meer catastrofale gevolgen van dien. Of iemand kan zich in middelenmisbruik of -verslaving verliezen zonder dat een noodzakelijkerwijs *directieve interventie* de tot draaikolk evoluerende kringloop doorbreekt. Te denken dat er nog niet zo lang geleden zelfs een tijd is geweest wanneer het voorschrift van psychofarmaca *onverenigbaar* werd geacht met een psychoanalytisch proces! Uiteraard is dit geenszins het geval voor zover het farmacon althans ten dienste staat van het woord en niet het woord ten dienste van het farmacon.

Vanuit te klassieke psychoanalytische opvattingen over de *indicatiestelling* blijven veel patiënten van een *aangepaste* psychoanalytische behandeling verstoken. De vraag is dan of deze of gene patiënt in *aanmerking* komt voor een 'psychoanalytische' manier van werken. Met 'psychoanalytisch' wordt dan enkel die methode bedoeld welke zich kenmerkt door een *neutrale* en *abstinente* houding vanwege de therapeut, die daarenboven zo min mogelijk ondersteunt en zo veel mogelijk interpreteert.

Mensen met beperkte mentaliserende of introspectieve mogelijkheden die mede daardoor somatiseren en ageren of meer in het algemeen de ernstiger persoonlijkheidsstoornissen komen voor een *aldus begrepen* psychoanalytische benadering natuurlijk niet in aanmerking. Resultaat kan dan zijn dat *behandeling* plaats ruimt voor een of andere 'begeleiding'. De sofa is er *te verlaten*. Patiënten op ondersteunende wijze helpen op een acceptabel niveau te blijven functioneren en/of ze '*buiten de psychiatrie*' houden wordt dan doelstelling nummer één. Op die

manier komt het bij dit type van patiënten echter niet tot een psychotherapeutisch ambitieuzer onderneming die inderdaad slechts binnen een voldoende zorgende, externe steun en structuur biedende '*holding*' en '*facilitating environment*' alias eenmoederomgeving kan geboden worden. Deze is vaak noodzakelijke voorwaarde om (ook doorheen de hulpverlening) dolende patiënten op een *spoor* te zetten dat nieuwe perspectieven biedt. Dit is in het bijzonder het geval bij heel wat 'ernstiger' psychiatrische stoornissen en bij patiënten met structurele (in tegenstelling tot neurotische) psychopathologie.

Terwijl het bij 'klassiek' psychoanalytisch werk vooral draait om de vrije associatie, interpretatie en het in de overdracht doorwerken van de herhalingspatronen, dient in de klinische psychotherapie daarbovenop (ook) een meer basaal werk te worden geleverd. Het gaat dan refererend naar Rudi Vermote *grosso modo* om drie zaken: de totstandkoming of het herstel van basisveiligheid en -vertrouwen, de ontwikkeling of het herstel van reflectief functioneren en van mentalisatie, de integratie van zelf- en objectvoorstellingen en –relaties.

Ten tweede hanteren we zoveel mogelijk kaarten om de psychopathologie te beschrijven. Die van Freud, Klein, Lacan, Bion, Winnicott en Fonagy zijn niet de enige, maar wellicht toch de belangrijkste. Vergelijk het met het gebruik van een reliëfkaart, een geologische kaart, een politieke kaart, een economische kaart, een klimaatkaart enzovoort die op elkaar worden gelegd om een grondgebied zo goed mogelijk te leren kennen. In een kortverhaal van Jorge Luis Borges wijst hij erspottend op dat de enige kaart die de wereld dekt zo groot is als deze wereld zelf. En dan heeft hij het enkel over het *oppervlak*! We mogen bovendien nooit uit het oog verliezen dat de kaart niet het gebied *is*. Uiteindelijk moeten we nog altijd samen op *ontdekkingsreis* gaan!

Van bij de eerste ontmoeting wordt daarbij door de psychiater een psychoanalytisch dispositief geïnstalleerd. Het gaat dan in eerste instantie om een *onderzoeksmethode*. Het gesprek verloopt ongestructureerd: de patiënt wordt uitgenodigd zich zo open en vrij mogelijk uit te spreken. Slechts in deze act van het *spreken* kunnen we immers het subject *beluisteren* dat ons analytisch bij uitstek interesseert. Onze diagnosestelling is daarbij op deze spreekact gericht en is altijd en per definitie van voorlopige aard. Voor de 'zuiverheid' van het onderzoek onthouden we van te directe therapeutische tussenkomst en houden het subject op die manier in eerste instantie in suspensie. Uit de aard en de intensiteit van de contactname, het affect en de eerste overdrachtsreacties putten we meteen al heel wat informatie over het Ik, het Zelf en de objectrelaties. We staan ook stil bij wat de patiënt in ons innerlijk oproept of teweegbrengt, waarbij we ons afvragen welke ongewone reacties of neigingen zich bij ons aftekenen.

We stellen dan een soort *robotfoto* samen. Hoe staat het met de gehechtheid? Hoe met het meer cognitief te begrijpen reflectief functioneren, hoe met het meer emotioneel en symboliserend te begrijpen mentaliserend vermogen? Is er actueel- of psychopathologie, mentale processtoornis of mentale representatieve stoornis? Hoe zit het met de narcistische of zelf regulatie en met de spiegelhonger? Is er basisvertrouwen, constantie in goede en kwade of slechte dagen? Is er een duele of triangulaire ordening? Verhoudt de patiënt zich tegenover partiële, tweedimensionale of karikaturale dan wel tegenover gehele, driedimensionale of genuanceerde (met een lelijk woord) *objecten*. Wat is de impact van mogelijk trauma? Hoe verhoudt de persoon zich tegenover de wet? Hoe verhoudt hij zich tegenover de fallus. Omdat dit begrip voor velen een struikelblok vormt licht ik het even toe. De fallus is geen lichaamsdeel maar een betekenaar. Hij staat voor macht en status in de symbolische orde en is in een puntige formulering van Paul Verhaeghe

datgene wat we nooit genoeg kunnen *hebben* of *zijn* ter opvulling van het tekort van de grote Ander? De robotfoto die aldus tot stand komt biedt in één klap heel wat relevante aanknopingspunten voor wat bewerkt c.q. geanalyseerd dient te worden. Spoorzoeken tot vaak in de vroegkinderlijke levensgeschiedenis is hierin doorslaggevend. Wanneer kondigen zich voor het eerst en vaak in mineur bepaalde latere thema's, gevoelens of gevoeligheden aan?

In de klinische setting worden we vaak geconfronteerd met patiënten bij wie we op basis van '*circumstantial evidence*' een hoge factor aanleg en aandrift vermoeden en bij wie ook een dysfunctionele gehechtheid een bepalende rol speelt. Zij werden vaak onder een ongunstig gesternte geboren en/of ondervonden vanwege hun eerste grote Ander(en) te weinig holding en/of containment en/of kenden in de eerste levensjaren psychotraumatiserende levensgebeurtenissen. Dientengevolge zijn er stoornissen in gehechtheid en/of mentalisatie, wat zich uit in tekort aan basisveiligheid en/of -vertrouwen, onduidelijke zelf-object differentiatie, gebrekkige integratie etc. Het gaat dan om patiënten met majeure symptomatologie, (auto)destructief acting-outgedrag, middelenmisbruik etc. die vaak al heel wat moeilijkheden (ook *binnen* de hulpverlening) hebben gekend.

In het ambulant psychoanalytisch werk beschikt de patiënt in alle betekenissen van het woord gewoonlijk over *voldoende eigen middelen* om het psychoanalytisch proces zelf (maar niet alleen) te voltrekken. Hij heeft voldoende basisveiligheid, een voldoende gedifferentieerd beeld van zichzelf en van betekenisvolle anderen. Ik en Zelf zijn voldoende stabiel en ontwikkeld en er is voldoende mentaliserend vermogen. Zaak is dan vooral tot *inzicht* te komen in de psychogenese en in de psychodynamiek van zich doorheen het levensverhaal herhalende fenomenen en de patiënt te helpen daaruit de nodige lering te trekken. Een toestand van rêverie en van '*negative capability*' helpt de analyticus wel zijn schemerzintuig in te schakelen, tussen de lijnen te lezen en de zaken schuin te bekijken om iets van de onderliggende essentie tot hem te laten doordringen. Dit draagt ongetwijfeld bij tot een goede *timing* en een tactvolle, verteerbare *parafrasering* van zijn tussenkomsten. Nu eens zal hij de stokkende vrije associatie trachten te faciliteren, dan laat hij de stilte 'werken' of geeft hij een inter punctie of interpretatie volgens het motto '*la matière ne suffit pas, il faut aussi la manière*'

Bij de meeste patiënten die een residentiële behandeling behoeven dient de psychotherapeut bovenop dit 'klassieke' werk de mentale processen te ondersteunen en daartoe de nodige *holding* en *containment* te bieden. Technisch is er bij deze patiënten een veel grotere nood aan *steun*, te begrijpen als veruitwendiging van een innerlijke houding van aandacht, empathie en betrokkenheid. In zijn tussenkomsten legt de psychotherapeut meer de nadruk op mentalisatie en en constructie. Hij stelt zich in zekere zin *gebruiksvriendelijk* op en biedt zich aan als ontwikkelingsobject. Dit alles veronderstelt vanwege de psychotherapeut een meer *uitgesproken activiteit*. Afstemming op en het mee resoneren met de affecten de spiegeling en de eraan toe te voegen waarde van symbolisering zijn dan van het grootste belang om *band* te vormen en om een psychische ruimte en enveloppe te doen ontstaan.

Enerzijds dient de psychotherapeut dan over de nodige elasticiteit en flexibiliteit te beschikken om zich naar het voorbeeld van de speltherapie meer *interactief* in de ontmoeting te wagen. Een te defensieve starheid verhindert immers de kans op '*moments of meeting*' die juist noodzakelijk zijn '*to make it happen*' (*pour que ça arrive*). Anderzijds dient hij over voldoende soliditeit te

beschikken om destructieve aanslagen op zijn denken en professionele activiteit te doorstaan en/of te begrenzen.

Strijkijzer en andere paraferalia

Vanuit een aanvankelijk absolute afhankelijkheid proberen we van kleins af tegenover de eerste grote mensen en niet in het minst onze ouders en familieleden onze *draai* te vinden. We zijn in zekere zin ooit allemaal kinderen in nood geweest want slechts dankzij *good enough* aandacht, zorgen en liefde van de ander kunnen we ons lichamelijk maar ook en misschien vooral geestelijk ontwikkelen. We proberen er dan lustzoekend en onlustvermijdend voortdurend het 'beste' van te maken. Kinderen zijn zoals bekend sterk, flexibel en inventief. We bouwen constant theorieën over hoe de wereld, de anderen en van alles en nog wat in elkaar zitten. En we nemen bij dit alles en van in den beginne bepaalde *plooien* aan. Ondertussen is duidelijk dat deze ook neurobiologisch d.w.z. in onze hersenen komen vast te liggen. Er vormen zich sjablonen en schema's die voortaan als een sol sleutel voor de notenbalk komen te staan en hun overdrachtelijke stempel op onze latere ervaringen drukken. We zijn er ons niet van bewust, ze raken immers neergeschreven in ons impliciet, procedureel geheugen. Dit kan automatisch gebeuren, zonder dat we er weet van hebben, maar kan ook het gevolg zijn van herhaling. Vergelijk dit laatste met fietsen of autorijden waarbij we ons ooit van elke beweging bewust waren terwijl na enige tijd alles op automatische piloot gaat verlopen. Vooral de vroegkinderlijke plooien kunnen we ons ten gevolge van de onrijpheid van de hersenen niet herinneren. Ze behoren tot wat Freud het domein van de oerverdringing noemde. We kunnen er niets over vertellen, maar ze komen wel in eindeloze variaties in ons leven *live on stage*.

Een vijftigjarige vrouw die ooit bij ons is opgenomen werd in twee opeenvolgende behandelgroepen het mikpunt van haat van de groep. Ze werd gediaboliseerd, geëxcommuniceerd en bij nagenoeg alle medegroepsleden wekte ze moordlustige fantasieën. Zij had anderzijds het gevoel dat ze zich uitsloofde en alles deed om de anderen te behagen. Ze geraakte met onze hulp een patroon op het spoor dat begon bij haar moeder, zich voortzette op haar werk en in haar huwelijk en tot twee keer toe bij ons. Door processen van complementaire tegenoverdracht à la Heinz Racker was er telkens weer re-enactment van vroegkinderlijk trauma in de moeder-kind relatie en deze stereotype en tragische *Ewige Wiederkehr* kon pas doorbroken worden na het aanbieden van herhaalde en actieve constructie van wat er binnen de vroege moeder-kind relatie mis was gelopen.

Later in ons leven blijken sommige van deze plooien inderdaad en jammer genoeg *valse* plooien te zijn. Of ze zijn te star, te stereotiep. Ze belemmeren ons meer dan dat ze ons helpen. We voelen ons *onvrij*. Allerlei gevoelens of gedragingen dringen zich op onwillekeurig, zonder dat we ze bewust of met ons gezond verstand de baas kunnen. We kunnen onszelf niet volgen, niet begrijpen, ja soms bijna niet uitstaan. Ze beginnen ons met andere woorden in min of meerdere mate zuur op te breken. Nu weet iedereen die het strijkijzer kan hanteren (en zo moeilijk is dit niet) dat valse plooien nog zeer lang en tot zelfs na meerdere wasbeurten in de kledij zijn terug te vinden. We moeten er dan tot in den treuren en telkens opnieuw over gaan om ze er definitief uit te krijgen. Psychoanalytisch heet dit herhalen, herinneren en doorwerken. Vooral het laatste

maakt van een grondige psychotherapie die blijvende resultaten wil bewerkstelligen een lastige en tijdrovende brok.

Ook alle latere ervaringen in ons leven laten natuurlijk hun sporen na. Wat is ons karakter anders dan een conglomeraat van gevoelige punten en snaren, hardnekkige knopen en min of meer ernstige allergieën die we aan onze levensloop overhouden? Door de moedertaal waarin we zijn ondergedompeld en die we natuurlijk van de Ander moeten krijgen schrijven en herschrijven we voortdurend onze geschiedenis. We doen dit steeds vanuit de zogenaamd *present remembering context* en onvermijdelijk ook subjectief, vanuit onze actuele gevoelens, fantasieën, noden en verlangens. Het veronderstelt doorgaans heel wat chirurgische precisie om complexe verwevenheden die zo ontstaan van elkaar los te snijden en mechanismen of automatismen tot hun elementaire en of historische bestanddelen te analyseren. Waarmee we meteen ook bij dat andere en meer geraffineerde instrument uit de titel zijn aanbeland namelijk het *scalpel*.

Moeilijkheden die we als volwassenen ondervinden kunnen het gevolg zijn van of begrepen worden als allerlei vormen van ontwikkelingsachterstand of scheefgroei. Veelal is dan een voldoende zorgzame *holding and facilitating environment* nodig. Ze wordt geboden door en binnen de therapeutische relatie en/of het therapeutisch milieu dat op afgestemde en gedoseerde wijze als moederomgeving of als omgevingsmoeder fungeert. Het is het basale register van de zogenaamde specifieke factoren dat bijdraagt tot de opbouw of tot het herstel van veiligheid, vertrouwen en constantie. De hulpverlening laat zich daartoe als ontwikkelingsobject *gebruiken* en kan zodoende als een vorm van *ontwikkelingshulp* beschouwd worden.

In het neurotische register van de psychopathologie is de ontwikkeling niet zo'n punt. Wel zit ons hoofd vol conflicten, hersenkronkels en spinsels of muizenissen en is er i.p.v. een *atrofie* of *dystrofie* van het mentaal functioneren juist een soort *hypertrofie*, een woekerend zoal niet kwaadaardig kluwen van gedachten en gevoelens. Het vergt minutieuze en secure psychotherapeutische spitstechnologie om hier het kaf van het koren te scheiden. Hoe kunnen we voldoende '*cut the crap*' om '*to the point*' te komen? Binnen de therapeutische relatie of het therapeutisch milieu komen dan op meer subtiële wijze allerlei overdrachts- tegenoverdrachtsfenomenen tot uiting. Net zozeer als de verhaalelementen dienen ze te worden beluisterd en begrepen binnen hun specifieke context. Bedoeld worden zowel de *diachrone* context van de levensgeschiedenis als de *synchrone* van het overdrachts- tegenoverdrachtscontinuum. Zoals Freud telkens weer opmerkte kunnen we de vijand immers niet verslaan *in absentia* of *in effigie*, d.w.z. in afwezigheid. Hij moet *in vivo*, in de levende werkelijkheid van het hier en nu *aanwezig* worden gesteld om hem goed te leren kennen en hem helaas vaak na heel wat strijd te kunnen uitschakelen.

Casuïstiek

Tom, Christine, Luk en Koen