Les 9 - Borderline

**Borderline** is een **persoonlijkheidsstoornis** en één van de meest gestelde diagnoses vandaag de dag. Bij mensen die opgenomen worden binnen de afdeling van persoonlijkheidsstoornissen, gaat het nagenoeg altijd om mensen die de diagnose ‘borderline’ krijgen.

Dat betekend meteen dat we zonder veel aarzelen dit op een dubbele manier kunnen bekijken. Enerzijds als een hype: binnen ons vakgebied is daar iets vreemd aan. Om de zoveel tijd zie je dat één bepaalde diagnose zodanig vaak terugkeert dat we wel moeten aannemen dat het een hype is, ook al omdat die diagnose 20 jaar later plots in elkaar stuikt en verdwijnt. Prof kan nu al voorspellen hoe ons vakgebied in de toekomst zal verlopen, en dat ADHD en borderline verdwenen zullen zijn. Dit hype effect moeten we niet ernstig nemen, behalve om onszelf te verwittigen om meer te aarzelen om de diagnose te stellen. Anderzijds als we inderdaad een dergelijke grote groep mensen krijgen bij wie deze diagnose gesteld kan worden, dan zijn er eigenlijk maar twee mogelijke verklaringen.

* We hebben te maken met een soort epidemie: het wordt veroorzaakt door één of ander virus of één of andere afwijking. Maar er is geen enkele aanwijzing dat borderline een medische grond zou hebben.
* Hier hebben we bewijs voor.
* De toename van borderline heeft te maken met een aantal maatschappelijke veranderingen: biedt verklaring voor zowel de hype als de stijging in de realiteit van mensen die aan die kenmerken beantwoorden.
* Dit kunnen we binnen de huidige wetenschap moeilijk bewijzen. De huidige wetenschap heeft zich bekeert tot het positief wetenschappelijk model. Via de positief wetenschappelijke methode kan je een groot aantal dingen onderzoeken.
* Kwalitatief wetenschappelijk kijken (menswetenschappen)

*Bv. Studie Dirk De Wachter: hij heeft de kenmerken uit de DSM genomen (9) en die simpelweg toegepast op onze maatschappij. De conclusie is vrij eenvoudig, namelijk dat we leven in een borderline maatschappij. Heel veel mensen beantwoorden daardoor aan de diagnose*

*Bv. Onethische proef die professor gedaan heeft. Prof was de kenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornissen aan het opsommen en vroeg aan studenten om een streepje te zetten indien men voldeed aan een kenmerk. Wat bleek? Iedereen in de les had borderline.*

Er is een duidelijk verband tussen maatschappelijke omgeving en individuele psychiatrische stoornissen: geldt niet alleen voor borderline maar ook voor schizofrenie, hysterie,… en voor een groot aantal andere psychologische en/of psychiatrische stoornissen. Dit betekent dat we de moed moeten hebben om dat naar voor te schuiven en te betrekken in de behandeling.

Diagnose en kritiek op de DSM diagnostiek

Hoe wordt de diagnose gesteld? In de DSM krijg je negen beschrijvingen en als je er vijf kan aanturven bij een patiënt, heb je te maken met iemand die beantwoordt aan de diagnose. Die beschrijving en die manier van diagnose kan je perfect gebruiken om aan te tonen hoe onwetenschappelijk de DSM is.

Hoeveel verschillende mogelijkheden heb je om borderline te zijn? 264. Van de 264 zijn er twee die maar één kenmerk gemeen hebben: heel vreemd dat je een diagnose kan stellen waarbij twee mensen zo verschillend zijn maar toch dezelfde diagnose krijgen. Elk van die negen bevat een kwantificator, een aanduiding (bijwoord, bijvoeglijk naamwoord) die een hoeveelheid uitdrukt. De kwantificatoren duiden aan dat iets te veel of iets te weinig optreedt.

*Voorbeeld kwantificatoren: In het eerste kenmerk zien we ‘krampachtig proberen voorkomen om in de steek gelaten te worden’ 🡪 wanneer krampachtig? Bij elk van de negen kenmerken kan je er zo een paar uithalen: dat betekend dat het overgelaten wordt aan de interpretatie en inuïtie van de clinicus.*

Heel subjectieve diagnose en dat betekent ook dat de DSM diagnose weinig betrouwbaar is. Wat is betrouwbaarheid? Als patiënt bij zes verschillende therapeuten langs gaat en bij vijf therapeuten dezelfde diagnose krijgt, spreken we van betrouwbaarheid.

De kritiek op de DSM diagnostiek is terecht en algemeen aanvaard maar betekent evenwel niet dat de mensen die kritiek geven, ontkennen dat er bepaalde problemen of stoornissen effectief zijn. Je moet onderscheid maken tussen enerzijds de diagnostiek bedrijven en anderzijds de problemen die we hedendaags in de praktijk aantreffen.

Borderline is vooral een negatieve diagnose. Als dat op een dossier verschijnt kan je er nagenoeg zeker van zijn dat het zal zorgen voor een negatieve connotatie van een persoon. Als iemand een dossier heeft over een trauma, zal je een positieve connotatie krijgen van de persoon.

Geschiedenis van het begrip

Borderline dateert vanuit het pre DSM tijdperk en het tijdperk van de klassieke psychiatrie, die onder andere als een centraal onderscheid, het onderscheid tussen psychose en neurose hanteert.

Vanaf het midden van de vorige week werd de psychiatrie geconfronteerd met een aantal mensen die nog in het ene en nog in het andere pasten. Men heeft toen de catgeorie gecreeërd in de veronderstelling dat wij te maken hadden met mensen die op het grensgebied tussen neurose en psychose lagen. Als je de toenmalige beschrijvingen leest is dat wel een flink stuk anders dan de hedendaagse beschrijvingen. We vinden bijvoorbeeld de term depressie al in het begin an de vorige eeuw, de term borderline in het midden van de vorige eeuw en dan denken we dat het een soort bewijs is voor het realiteitsniveau van de categorie. Neen, de term bestond al. Als je de moeite gaat doen om na te kijken wat men daaronder begreep onder depressie in 1930, blijkt dat iets helemaal anders te zijn dan datgene wat we er vandaag de dag onder begrijpen. Het feit dat we de term vroeger al gebruiken wil niet zeggen dat we het over hetzelfde hebben.

Dat betekent meteen dat we daar te maken krijgen met een spectrum gedachte: iets wat zich uitstrekt. Je hebt de zwaarste pathologie (psychose) en de gunstigste pathologie (neurose) en ergens in het midden vinden we borderline als grensgebied. Die continuüm gedachte vinden we nu in de psychiatrie nog altijd terug in het idee van high-level en low-level borderline.

Hoe begrijpen wij dat vanuit onze achtergrondtheorie? De stelling die wij naar voor schuiven is dat de borderline groep binnen de aktuaal pathologie hoort binnen de neurotische structuur: geen neurose of grensgebied. Het zit hem al een stuk verder dan de paniekstoornis of somatisering en het ligt ook anders dan de ontstaansgeschiedenis ervan. Wat zijn onze argumenten om te stellen dat borderline niets te maken heeft met psychosen?

* Bij de borderline patiënt vinden we ten allen tijde een behoud van het realiteitsbesef. Bij psychosen en zeker op het ogenblik binnen een acuut psychotische fase ontbreekt dat realiteitsbesef. Wat wel aangetast is, is het sociaal realiteitsbesef: wij lezen voortdurend elkaar. Als we een sociale interactie hebben met iemand lezen wij elkaar. Dat betekend dat wij ook constant ons gedrag aanpassen in functie van datgene wat we lezen omdat we nu eenmaal overeen willen komen met elkaar. Bij borderline gaat de patiënt zeer goed in staat zijn om de lichaamstaal van de ander te lezen, veel beter dan het merendeel van de mensen, die zit dat de ander kwaad is of triestig is. Maar de interpretatie ervan is systematisch verkeerd: de betekenis die men eraan geeft is altijd fout.
* Dwangneurotische constructie kan verschrikkelijk ingewikkeld zijn waarbij iemand allerlei rituelen moet stellen, handelingen moet doen, iets dat vrij veel tijd in beslag neemt. En hij doet dat omdat hij niet anders kan. Die man weet wel ten allen tijde dat zijn dwangneurotische waanconstructie knetter gek is: hij heeft nog altijd een realiteitsbesef maar dat verplicht hem niet om bepaalde dingen niet te doen.
* Iemand met een psychotische waan, wat die man of vrouw denkt binnen de waan, is voor die persoon echt. De buurman is bezig met hem te vergiftigen via stralen. Er is geen jota twijfel bij mogelijk.
* Bij de borderline ligt het accent volledig op het hier en nu: hic et nunc. Je krijgt nauwelijks historisering. Het merendeel van ons denkt na over zichzelf, dat is de fameuze reflectieve modus. Op grond daarvan zullen we een bepaald idee hebben waarom we ons zo en zo gedragen. De reden zal bijna altijd te maken hebben met onze geschiedenis: we vinden in onze geschiedenis een verklaring waarom we ons op een bepaalde manier gedragen. Bij borderline speelt alles zich af binnen het hier en nu: hun manier van reageren heeft alleen te maken met hoe die ander twee minuten geleden gereageerd heeft en de geschiedenis blijkt er op geen enkele manier in tussen te zitten. 🡪 Die mensen hebben nochtans een voorgeschiedenis om u tegen te zeggen.
* De overdracht: de therapeutische verhouding tegenover de ander, tegenover de hulpverleners. Wat we telkens opnieuw moeten vaststellen is dat de verhouding altijd mislukt en moet opgenomen worden door de therapeut. Wat toont dat? Dat toont dat de oorspronkelijke verhouding mislukt is tegenover de Ander tijdens de ontwikkeling en subject-wording verschrikkelijk moeilijk verlopen is en de basis gelegd heeft voor de voortdurende mislukkingen.

*Bv. Omschrijving bij Winnicot die spreekt over een tekort van holding environment. Iemand anders spreekt over een tekort aan primary love, namelijk het gezien worden. Als dat er niet is, krijg je geen ID.*

*Bv. Een tekort aan primaire empathie. Een tekort aan containment.*

Gehechtheidstheorie

Samengevat vanuit terminologie die gehaald wordt binnen de gehechtheidstheorie: **de Ander is tekortgeschoten in hun oorspronkelijke spiegelingsfunctie.** De gehechtheidstheorie gaat dat vatten in één overkoepelende benaming voor de mislukte hechting, en dat is **disorganised attachment**. Het is inderdaad disorganised, er zit geen systeem, consistentie en voorspelbaarheid in. Als gevolg daarvan zullen zij niet in staat zijn om te **mentaliseren**. Dat betekend dat wij kunnen nadenken over de ander en kunnen nadenken over onze verhouding tegenover de ander: ik denk dat jij denkt en jij denkt dat ik denk. Op die manier verhouden we ons tegenover elkaar en dat gebeurd grotendeels onbewust en automatisch.

Mentaliseren als proces kunnen we heel goed begrijpen als secundaire elaboratie: het opnemen van de betekenaars en op grond daarvan krijgen we een genuanceerde verhouding tegenover de ander waarbij we de gevoelsbeleving kunnen waarnemen van de ander en tegelijkertijd van onszelf. Als wij systematisch de ander verkeerd gaan interpreteren, als we systematisch verkeerd gaan lezen, als onze mentalisatie of secundaire elaboratie verkeerd is, dan krijg je moeilijke verhoudingen. Dit is de grondstelling vanuit de gehechtheidstheorie dat er op dat vlak iets fundamenteels verkeerd is gelopen in de ontwikkeling waardoor ze niet in staat zijn om zichzelf en de ander te lezen.

Beschrijvingen:

1. De identiteit en affect regulering (driftregulering) zijn gestoord. De subject wording is affect regulering, want het affect zit ertussen. 🡪 Gaan hand in hand!
2. De verdeling van het subject, daar is iets serieus verkeerd mee gelopen. Hier hebben we een heel specifieke vorm van verdeeldheid die we kunnen benoemen als splitting.
3. Trauma en herhaling van het trauma.

Subject-wording bij borderline problematiek

Een normale ontwikkeling is dat wij onze ontwikkeling starten bij de (a), dat we een appel doen op de ander, vanuit de ander een reactie krijgen die bestaat uit twee aspecten: verzorgingsreactie en spiegeling. We gaan ons identificeren en op die manier ontstaat onze identiteit.

Bij de borderline ontwikkeling krijgen we geen garanderende spiegeling, geen voldoende stabiel S1 aanbod. Een disorganised attachment betekend dat de ander niet consistent is en dus de andere ook niet: hoe zou er dan een consistente ID kunnen ontwikkelen?

Hoe toont zich dat? Er ontwikkelt zich geen basis ID. We zijn allemaal verdeeld maar ondanks het feit dat we allemaal verdeeld zijn hebben we allemaal in meerdere of mindere mate een consistent idee van wie we zijn. Bij borderline ontbreekt dit. Je krijgt in het slechtste geval een innerlijke leegte, en dat mag je letterlijk begrijpen (low-level). Zolang de man of vrouw niet in interactie treedt met iemand anders, is er nauwelijks een ID. De ID komt telkens opnieuw even tot stand binnen een concrete interactie. DE andere variant is compleet chaos en altijd gekoppeld aan angst.

Een effect van de fout gelopen subject wording is heel paradoxaal. Langs de ene kant krijgen we een soort zucht naar identificatie, een soort gedreven zijn naar de Ander. Maar tegelijkertijd krijg je ook een extreme afwijzing van de Ander. Dat verklaard een dubbel iets. Enerzijds het feit dat ze goed in staat zijn om de ander te lezen op het vlak van de emoties en anderzijds systematisch de verkeerde interpretatie geven: ze kunnen veel beter lichaamstaal lezen en vooral detecteren waar een soort authenticiteit ontbreekt. Binnen de therapeutische situatie is dat zeer belangrijk: zonder authentiek weten ze dat je het aan het spelen bent en ze zullen het ook zeggen. In veel gevallen gaan ze dus lichaamstaal goed lezen maar fout interpreten: ontbreken sociaal realiteitsbesef.

Dat heeft men met een mooie term benoemd, namelijk **hyper mentaliseren**. Wat we heel vaak aantreffen bij problematieken is een gebrek aan de secundaire elaboratie, wat zich vertaald in een heel povere en arme verbalisatie. Als je vraagt om over de problemen te vertellen, krijg je heel weinig informatie. Dat klopt met wat we verwachten binnen de aktuaal pathologische positie. Bij de borderline groep krijg je vaak het tegenovergestelde: je krijgt een diarree van beschrijvingen en heel veel beschrijvingen van de ander. Wat is het eigenaardige?

* Het hyper mentaliseren richt zich alleen op de ander en niet op de verhouding. Het is mentaliseren over wat de ander denkt en doet. Men gaat er zichzelf niet in plaatsen.
* Het vertrekpunt is juist: ze zien zeer goed de lichaamstaal bij de ander en weten bijna altijd wanneer iemand liegt, maar de interpretatie die ze eraan geven is altijd fout. Dat is de grote moeilijkheid.

Resultaat? Splitting, projectieve identificatie en enactment.

**Projectieve identificatie** is een heel vreemd fenomeen: betekend dat ik iets naar buiten breng bij iemand anders en dat de ander zich daarmee identificeert ook. Dat gebeurd altijd onbewust. Alle negatieve affecten worden geprojecteerd: woede, seksualiteit,… Dat wordt ook op ons geprojecteerd, op de therapeut en we gaan ons daarmee identificeren in de plaats van ons daarvan bewust te zijn. We gaan het voelen en als we niet opletten uit ageren ook. We zien wel wat de functie ervan is voor de borderline persoon: de functie is verdediging en bij projectieve identificatie komt het neer op controle. Men kan het eigen affect controleren “Ik ben niet meer agressief” en men kan de ander controleren. Dit is meteen de belangrijkste struikelsteen bij de behandeling.

**Splitting:** Subject-wording is normaal dynamisch en loopt het door elkaar. Bij borderline is er een splitsing: of het één of het ander of daartussen. Bij PTSD hebben we het over een dissociatie en bij borderline ligt het op dezelfde lijn maar het verschil zit men in de snelheid en intensiteit waarmee de wisselingen gebeuren. De wisselingen gebeuren binnen de orde van een paar minuten. Het ene moment heb je iemand voor u die u idealiseert en de andere moment heb je iemand die u met de grond gelijk maakt. De dissociatie gaat veel verder: het is een splitsing tussen twee aparte affecten die op dat ogenblik niet besproken worden maar beleefd (ervaren) worden.

**Enactment:** We krijgen bij deze groep het zeer snel overstappen naar gedrag. Naar gedrag dat we kunnen beschouwen als een vorm van een gedragsmatig equivalent van een symptoom of fenomeen.

*Bv. binnen normale neurotische verhouding kan het idee ontstaan bij een patiënt dat de therapeut kwaad is of hij zelf kwaad is op de therapeut en dat heeft geen effect op het gedrag van de man of vrouw. In het beste geval zal hij of zij dat bespreekbaar en kunnen wij als therapeut daar iets mee aanvangen.*

Bij borderline komt dat binnen de affectieve beleving en wordt het vertaald in gedrag. De patiënt kan zeggen dat hij niet weg gaat vooraleer therapeut een antwoord gegeven heeft: er wordt verwacht om een antwoord te geven. 🡪 Het wordt in gedrag gebracht. Datgene wat gedacht zou moeten worden binnen de verhouding wordt beleefd en uitgevoerd. Dan zie je meteen de therapeutische bedoeling: dat het niet meer geleefd en uitgevoerd wordt, maar gedacht en bespreekbaar gemaakt wordt. Op de kop toe zal het gedragsmatig ageren twee radicaal verschillende vormen aannemen:

* Zeer agressief
* Zeer erotisch seksueel beladen

Dat kan afwisselen en het komt vaak voor dat je niet weet waar de wisseling gebeurd is. We kunnen dat terugvoeren naar de sterke separatie angst: dat wordt ge-erotiseerd maar tegelijkertijd is er ook een heel zware angst tegenover de ander, namelijk de intrusie angst. Dat op afstand gehouden worden kan met de nodige agressie gepaard gaan. De twee tegenover elkaar staande vormen van overdracht kunnen tegelijkertijd voorkomen.

Hypermentaliseren: lichaamstaal van anderen lezen en interpreteren is fout. Wat ze niet kunnen is zichzelf lezen. Het karikaturale voorbeeld is de man die luid staat te roepen dat hij niet kwaad is en daarvan overtuigd is. Hier zie je meteen de bedoeling van de behandeling, namelijk het opgang brengen van de spiegelprocessen.

Traumatische voorgeschiedenis

Toen we de PTSD besproken hebben, hebben we het gehad over mensen die opgegroeid zijn als kind in een situatie van chronisch misbruik: fysiek en seksueel. De borderline groep behoort daar ook toe maar het hoeft geen seksueel misbruik te zijn. De borderline groep groeit op in een situatie met een inconsistente en emotioneel verwaarlozende ander.

Onderzoek:

1. Eerste groep van onderzoek vertrekt bij mensen die de diagnose gekregen hebben en gaat nagaan welke kenmerken de groep vertoont. 80% van de mensen hebben inderdaad een diagnose van voorgeschiedenis seksueel misbruik. Die groep vertoont lage reflectieve functies en kunnen niet nadenken over zichzelf tegenover de ander.
2. Tweede groep van onderzoek gaat de groep bestuderen van wie men zeker weet dat ze een geschiedenis hebben van seksueel misbruik in de kindertijd. Wat blijkt is dat van die groep, niet iedereen de diagnose borderline krijgt. Een serieus aantal mensen krijgen een andere diagnose. Een andere vaststelling is dat datgene die wel de diagnose van borderline krijgen, ook een lage reflectieve functie hebben.

Dat betekend dus ook dat niet het trauma doorslaggevend is: het is telkens opnieuw een heel merkwaardige vaststelling. We gaan ervan uit dat iemand een trauma meemaakt en er dus een effect moet zijn dat ongeveer bij iedereen hetzelfde is, maar dat blijkt niet het geval te zijn. Het is niet het trauma maar de context waarbinnen het trauma plaatsgrijpt dat bepalend zal zijn voor de effecten. Er zijn borderline patiënten die geen voorgeschiedenis hebben van seksueel misbruik maar wel een voorgeschiedenis hebben van waaruit we begrijpen dat zoiets tot stand gekomen is.

Als we het heel abstract willen uitdrukken (schuld-inductie) de voorgeschiedenis: er was bij de ouders een onmogelijkheid om zich in te leven in het kind. Door het feit dat er een onmogelijkheid was, heeft het kind nooit geleerd om zich in te leven in zichzelf en in een verhouding tegenover de ander. Wat de reden van de onmogelijkheid is, doen we geen uitspraak over.

Differentiaal diagnostiek

Borderline behoort tot de aktuaal pathologie: we treffen geen symptomen aan maar wel fenomenen die verschillende vormen kunnen aannemen. Ze hebben allemaal dezelfde functie, namelijk het afvoeren en uitlaten van het affect. We krijgen hier tamelijk veel agressie die niet per definitie op de ander hoeft gericht te zijn. Deze groep zal ook veel agressie naar het eigen lichaam richten: de meest voor de hand liggende vorm is zelfverwonding maar er zijn ook een aantal andere vormen. Heel typisch is druggebruik dat veel verder gaat dan het recreatieve gebruik en een suïcidale vorm begint aan te nemen. Een derde vorm van agressie naar zichzelf is het zeer risicovol gedrag dat men naar zichzelf gaat stellen.

*Bv. Patiënt vertelde dat ze de gewoonte had toen ze uitging en terugkeerde naar huis, ze op de ring reed rond de stad en haar ogen dichtdeed als ze aan de lichten kwam om op die manier door te rijden. Dat is risicovol gedrag waarbij de agressie tegen zichzelf wordt gericht.*

Dat wordt niet verteld op een hysterische of koele dwang neurotische manier, maar wordt terloops verteld. Er is geen mentalisatie naar zichzelf.

Je krijgt affect-labiliteit en op het vlak van identiteit krijgen we de heel vreemde koppeling: massale separatie angst (hebben de ander nodig want anders bestaan ze niet) en tegelijkertijd wordt de ander massaal weggeduwd. Dat is vol gas geven en tegelijkertijd remmen indrukken: zeer slecht voor de verhoudingen tegenover de ander.

De therapeutische consequenties? Algemeen kunnen we vrij goed zien wat de bedoeling is, namelijk om ze te helpen tot een subject wording te komen waarbij het mentaliseren centraal staat. Je kan begrijpen dat dit niet eenvoudig is in een klassieke therapeutische verhouding waarin we werken in een 1 op 1 situatie. Het onderscheid tussen low leven en high level borderline is therapeutisch bruikbaar op dat moment. We hebben border line mensen bij wie de subject wording heel erg foutgelopen is, de ID leeg is en waar we alleen de ongecoördineerde affecten krijgen en dat is de low level. Anderzijds hebben we high level die dat tot op zekere hoogte wel kunnen, redelijk goed sociaal functioneren hebben in vergelijking met low level. Bij high level is het wel mogelijk om 1 op 1 psychotherapie te behandelen: wel over meerdere jaren en dus veel tijd nodig. Bij low level zal een individuele psychotherapie niet lukken omdat ze wordt afgebroken door de patiënt. Daarvoor is een behandelingsmodel ontwikkeld, namelijk **mental based treatment**: men gaat ervan uit dat therapeuten de mentalisatie moeten aanreiken, een proces dat oorspronkelijk geen doorgang gevonden heeft toch doorgang te geven.

Het wordt complexer als we te maken hebben met een bijbehorende problematiek van verslaving. Verslavingsproblematieken kunnen heel verregaande vormen aannemen. In het begin was de verslaving een vorm van automedicatie, zelfregulering maar na verloop van tijd wordt die oplossing een veel groter probleem. Dan krijg je een combinatie van een verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek.

*Voorbeeld om aan te tonen dat het niet per definitie een geschiedenis is van zwaar seksueel misbruik maar dat het om de spiegelingen gaat. De attachtment theorie is grotendeels ontwikkeld in GB en men heeft dat onder andere gedaan bij meisjes die al een baby gekregen hadden (= teen age pregnancy). Die groep meisjes is heel vaak een groep die uit de achtergestelde milieus komt waarbij het risico op borderline vrij groot is. Men is de moeder gaan bestuderen en ook proberen te helpen. Eén van de eerste dingen die men vaststelt is: de eerste interactie tussen moeder en kind is de voeding en het is daar waar je de fameuze interactie krijgt. Bij de teen age moms is het heel typisch dat ze tijden het voeden niet naar de baby kijken maar ondertussen kijken naar hun telefoon. Een baby is niet alleen hongerig naar voeding maar ook naar de blik: we moeten gezien worden maar ook graag gezien worden. Als dat systematisch ontbreekt, is er een serieus probleem. Men heeft trainingen in gesteld om de moeder te leren kijken naar hun baby. Het zijn geen moeders die hun kinderen zouden misbruiken maar er wordt wel een basis gelegd voor een volgende generatie borderline patiënten.*

Bespreking van de neurose

Neurose is vandaag de dag bewust weggelaten uit de DSM nomenclatuur. Toen men de DSM III opstelde wou men de psychoanalyse wegvegen: heeft ervoor gezorgd dat we tot een opsomming kwamen van categorieën als los zand.

Het is niet zo moeilijk als we naar de klassieke psychiatrie krijgen om drie dergelijke structuren, basisverhoudingen terug te vinden. We moeten daar geen ingewikkelde theorieën voor formuleren: het is iets wat we straks of misschien nu al ervaren hebben. Als die structuren te maken hebben met de fundamentele verhouding tussen subject en ander, op het vlak van ID en affect regulering, moet dat bijna onmiddellijk voelbaar zijn. 🡪 Als je straks in een ruimere praktijk staat waarbij je een staal kaart te zijen krijgt van verschillende problematieken ga je drie reacties bij u eigen ervaren in het eerste gesprek.

* Je zal een grote groep hebben waarbij je na een kwartier een empathische positie inneemt waarin je een aantal zaken herkent, aanvoelt, dingen kunt kaderen en voorspellen,… Dat betekend dat je voor een spiegel staat en te maken hebt met een neurotische structuur die een pathologische uitvergroting is met de normaliteit. Vandaar zullen we ons op een of andere manier verwant voelen met de neuroticus.
* Een tweede mogelijke reactie is vervreemding: het klopt niet, je geraakt er niet in, het is anders, er zijn te weinig raakvlakken. Het is het tegenovergestelde van het empathische. De kans is zeer groot dat we te maken hebben met een psychotische structuur.
* Een derde mogelijke verhouding daar reageren we met een vreemde mengeling van fascinatie en afschuw: perversie. De kans dat je met iemand te maken hebt met een perverse structuur is nul, behalve in de forensische.

Bij neurose hebben we te maken met een spiegelbeeld van onszelf en dat betekend dat we onszelf altijd zullen herkennen. Dat betekend ook dat de neurose een uitvergroting is van de normale ontwikkeling.

We hebben de aktuaal pathologie waarbij de ontwikkeling minimaal is. Bij de psychopathologie is er een zeer sterke ontwikkeling: de lagen liggen er we degelijk. Met een boutade zou je kunnen zeggen dat wat de aktuaal pathologie tekort komt heeft de psychopathologie te veel. Je gaat in de praktijk ook vaak te maken hebben waarbij je een mengvorm krijgt: dat is perfect logisch.

Hoe ziet de verdere ontwikkeling eruit? We krijgen drie overgangen naar de oidipale structuur.

* Overgang van een verhouding waar we in eerste instantie een duale relatie zien: verhouding tussen subject en wording en de grote Ander. De grote Ander is een massief begrip.
* (a) is aanvankelijk massaal en ongedifferentieerd, vandaar dat we het kunnen benoemen in termen van onlust en negatief affect. De arousal wordt gedifferentieerd en gefalliciseerd. Het niveau van de jouissance gaat naar het niveau van het verlangen. De psychoneurose is bij uitstek het niveau van het verlangen.
* Angst: paniekaanval naar gedifferentieerde angst. Een angst die veel vormen kan aannemen in functie van de man of vrouw.

Overgang tegenover massieve ander

Dat heeft te maken met cognitieve ontwikkeling: beter denken. Ook met toegenomen mentalisering mogelijkheden en de verhouding. In eerste instantie wordt ons tekort als baby voortdurend ingewild door de Ander en dat is in normale omstandigheden onvoorwaardelijk. Vanaf het ogenblik dat de baby een kleuter wordt, zie je de omkering: de ouders tonen een voorwaardelijke liefde. “Ik ga dat doen voor jou als jij dat doet voor mij” en dat is opvoeding.

De verhouding spitst zich toe op datgene wat ontbreekt: we krijgen een verlangen. Dat verlangen zal de kleuter gaan invoeren tussen de twee ouders. Ze zullen vanuit hun toegenomen mentaliseringsmogelijkheden in staat zijn van de moeder te lezen, in staat zijn van de vader te lezen, en zichzelf te zien in beide blikken. Dat betekend dat het subject in wording zich vanaf die periode (oidipale periode) moet identificeren met het verlangen van de ander met als bedoeling een antwoord te krijgen op het eigen verlangen. Dat is iets wat je mag veralgemenen en ons zal typeren vanuit een normale neurotische structuur.

Een dergelijke identificatie betekend dat we dat moeten interpreteren want dat verlangen kan nooit perfect verwoord worden: het heeft te maken met de (a)/-phi. Wij denken dat we het verlangen kunnen lezen en interpreteren maar beseffen niet dat wij heel veel zullen invullen.

*Voorbeeld van de manier waarop we hiermee geconfronteerd worden in onze opleiding. Tijdens onze opleiding zien we vooral zaken met volwassenen. Binnen de post graduate opleiding om te werken met kinderen ligt het accent op baby observatie: degene die opleiding volgt moet op zoek gaan naar een zwangere vrouw die niet uit sociale kring komt en gaat na de geboorte wekelijks telkens twee uur komt observeren. Dat moet gebeuren gedurende zes maanden, verslagen van maken en bespreken met een supervisor. Je zou ervan kunnen uitgaan dat het de bedoeling is om leren accuraat te kijken naar de baby, maar het belangrijkste is dat ze leren kijken naar zichzelf. Heel typisch bij de eerste beschrijvingen is dat ze noteren dat de baby kwaad, blij,… is. De supervisor vraagt dan waarom persoon dat denkt. Dat is zeer moeilijk want er is sprake van een interpretatie en het is de bedoeling dat ze hun eigen interpretaties afleren. Leren observeren is minstens even moeilijk als leren luisteren, omdat we altijd zien en horen wat we op voorhand al menen te zullen zien en horen zonder dat we dat beseffen. Bij ieder van ons is dat op bepaalde vlakken veel meer van toepassing dan op andere vlakken.*

Men gaat zich identificeren met het verlangen van de Ander en dat gebeurd in de uitwisseling met de Ander die zelf ook een interpretatie gaat geven. We krijgen een verschuiving naar de verhouding tov de eerste en tweede Ander: daar zullen zich twee aspecten van de subject wording voordoen. Namelijk de gender ID en generationele ID. In beide gevallen kan je zien dat belangrijke onderdelen een subject, een verhouding zijn. De gender ID blijft min of meer levenslang dezelfde qua positie terwijl de generationele ID verschuift: op een bepaald ogenblik ben je geen jongere meer maar een ouder. Die twee verhoudingen zullen we ook zien terugkeren binnen hysterie en dwangneurose als verschillende invullingen daarvan.

Verschuiving van jouisance naar verlangen, de verschuiving van (a) naar (a)/-phi

Dat betekent dat de (a) een seksuele betekenis krijgt. De overgang naar de gefallisiceerde seksualiteit goed volgen en dat heeft te maken met de overgang van het pre-oidipale (3-4j) naar het oidipale (5j). Het pre-genitale daar is de seksualisering al duidelijk aan het werk: je kan dat goed zien als je kleuters beluisterd op het vlak van mopjes en dingen waar ze veel plezier aan beleven. Het is het pre-genitale: het genitale zit er niet in. Het gaat om de fameuze pipi en kaka moppen. Je voelt heel duidelijk dat het een surplus waarde heeft die te maken heeft met het lichamelijke, met het genot,…

De kanteling is dat het gefallisiceerd wordt: het pre-genitale wordt binnen gevoerd binnen het fallische en het pre-genitale wordt er ondergeschikt aan gemaakt.

Verschil Freudiaanse lezing en hedendaagse:

Freud was biologiserend en zijn beschrijving was alleen maar biologisch: aan of afwezigheid van de penis. In de hedendaagse lezing heeft men het niet meer over het onderscheid op het vlak van de biologie maar over het fallische onderscheid. Het fallische wordt een betekenaar: datgene dat ontbreekt maar duidelijk te maken heeft met het man/vrouw onderscheid. Het is een lege betekenaar die altijd verschuift. Iemand heeft dit en bezit dit en zou daarmee mijn verlangen kunnen beantwoorden. Je vindt dat ook terug in een aantal typische relationele gevoelsbewegingen: neurose en normaliteit liggen heel dicht bij elkaar. Bijvoorbeeld als we iemand beschuldigen van narcisme zeggen we “hij denkt dat hij het heeft.” We denken dat de ander het heeft en daarom zijn we jaloers, maar de ander heeft het niet. 🡪 Geen invulling mogelijk!

Overgang van oorspronkelijke automatische angst naar gedifferentieerde angst

De meer gedifferentieerde angst noemen we vaak signaalangst. Waarom? Een signaalangst heeft de betekenis dat het signaleert dat er daaronder een andere ansgt ligt. De gedifferentieerde angst verwijst naar een onderlinge angst. Een heel aantal patiënten zullen letterlijk verwoorden “Ik heb angst voor de angst. Ik heb angst dat de paniekaanvallen gaan terugkeren.” De fobische constructie is een signaal voor iets wat er ronder ligt en veel meer bedreigend is.

Vergelijking tussen Freud en hedendaags:

De oorspronkelijke angst zit in duale verhouding en is niet bewerkt. De signaal angst zit in de triangulaire verhouding: tussen eerste en tweede ander. De bewerking van de angst zit al binnen de dialectiek van het verlangen, waar ik wil beantwoorden aan het verlangen van de ander waarvan in verwacht dat de ander ook aan mijn verlangen zal beantwoorden. De klassieke freudiaanse benaming was de castratieangst bij de man en de penismijding bij de vrouw. In de kliniek ontmoet je die vorm niet: wat je wel ontmoet is de psychologische bewerking ervan en dan moeten we het hebben over de fallus en het verlangen ervan. De castratieangst zoals Freud het opvatte moeten we symbolisch gaan begrijpen: de angst om nooit genoeg fallus te hebben en nooit voldoende de fallus te hebben om een antwoord te bieden op de ander. Een typisch kenmerk van de man is het hyper competitieve: altijd een tekort willen neerzetten, altijd maar meer willen. Bij de vrouw hebben we de andere variant: de angst om te weinig fallus te zijn en het strekt zich uit over het volledig lichaam. Een typisch kenmerk is de ‘miss world hysterie’: men moet er alles aan doen om het perfecte lichaam te hebben maar men slaagt er niet in.

De angst binnen de dialectiek van het verlangen, gaat altijd terug op de twee basisvormen: separatie –en intrusie angst. De separatie angst is de meest fundamentele en de eerste angst, het is de angst die we nooit kwijt geraken; De angst om niet genoeg de fallus te hebben of te zijn, behoort dus tot de separatieangst. Dat is de meest zichtbare vorm. Bij de intrusie angst is het een heel merkwaardige angst: het is de angst om veel te goed te beantwoorden aan het verlangen van de ander. Want als dat lukt, verdwijn ik in de ander en die boot moet afgewend worden.

De winst van deze vertaling (niet gedifferentieerde angst naar complexe angst) is vrij duidelijk: angst beter bewerkbaar en beperkter. Het is toegespitst op bewerkbare fantasie en we kunnen de angst bewerkbaar maken. Een tweede winst ligt op het vlak van de schuld hantering. De dialectiek rond het verlangen heeft te maken met iets war ontbreekt, met het verlangen dat ik de ander zou invullen, het fallische ontbreekt en als iets ontbreekt moet dat imenad zijn schuld zijn. De winst van de triangulaire verhouding is dat we een ping pong spel kunnen spelen: het is uw schuld maar het is ook uw schuld. De border line zal de schuld helemaal bij zichzelf ofwl helemaal bij de ander leggen, met enorm veel wisselingen.

Wat zijn de effecten van de verdere ontwikkeling op de ID vorming en ontwikkeling van symptomen? Bij psychopathologie betekendh het dat we symptomen hebben en betekenisvolle constructies.

De subject wording kunnen we meer differentiëren. De gender ID en generationele ID.

* Gender ID. Betreft niet alleen manier waarop wij onze gender invulling zullen bepalen (homo, biseksueel,…) maar bepaalt ook de manier waarop we kunnen en mogen genieten. Het is een invulling van onze seksuele lichamelijkheid en de verhouding tegenover de ander. Dit heeft te maken met wat Freud het ik-ideaal noemde. We hebben allemaal een ideaal beeld en één ding zijn we zeker: we beantwoorden er niet aan maar proberen het toch in te vullen.
* Generationele ID. Hier spreken we over het boven-ik, het super-ego. Het is een verbiedende instantie, de instantie van de autoriteit. Ook daar proberen we hetzij eraan te beantwoorden, hetzij eraan te ontsnappen maar geen van beide zal lukken.

Die verhoudingen verwerven we binnen de subject wording. Dat kunnen we heel goed terugvinden als we naar de pathologie kijken: een uitvegroting van normaliteit in het geval van neurose. Je kan goed zien dat een neurose een uitdrukkelijk zichtbare pathologische variant krijgt naar aanleiding van die twee verhoudingen (genderID of verhouding tov autoriteit).

*Bv. Vandaag de dag vloed aan burn-out. De grootste misvatting over burn-out is dat we denken dat het te maken heeft met te veel werken. We krijgen een burn-out als mensen de overtuiging krijgen dat ze niet te appreciatie krijgen van de ander die ze verdienen, ondanks het feit dat je zo hard werkt en zo hard je best doen. Mensen tellen niet meer mee, er wordt structureel beslist om mensen te laten …. op dat ene kenmerk.*

Die twee aspecten van subject wording worden gevormd maar zullen later terugkeren en dat is de betekenis van de overdracht. De positie die men oorspronkelijk gaat innemen tegenover de ander op de belangrijke aspecten, zal men later herhalen. Nuanceren: dat later gaan herhalen betekend niet dat men exact hetzelfde gaat doen (vrouw die opzoek gaat naar vader en man die opzoek gaat naar moeder). De overdracht is net opzoek gaan naar degene die anders is dan vader of moeder. Je kan zien dat de verhouding tussen het origineel en het later determinerend is maar geen kopie hoeft te zijn.

De subject verdeeldheid is heel typisch voor de neurotische positie: de dialoog die we met onszelf voeren dat beoordelend is.

Wanneer hebben we dan pathologie? De pathologie heeft te maken met de verdeeldheid die meer wordt dan alleen verdeeldheid, maar conflict. Een aantal van onze ID lagen gaan tegenover elkaar staan. Het is niet omdat er een conflict is dat er pathologie ontstaat.

*Bv. Conflict tussen vrou zijn en moeder zijn. Als je op het strand rondloopt kan je zien wie een moeder en een vrouw is. Het probleem is dat de vrouw die op dat ogenblik moeder is, op een bepaald ogenblik ook vrouw wil zijn en omgekeerd. Dat is niet pathologisch maar men moet er op een bepaalde manier mee leren omgaan. Het is pathologisch als het overdekt moet worden door een symptoom: men kan het niet eens meer bewust voelen. Het symptoom heeft een bepaalde winst en een bepaald verlies want het maakt een aantal dingen niet meer mogelijk. IN het conflict krijg je tegengestelde verlangens die niet meer samengebracht kunnen worden en dan gaat men het proberen ontkennen, daarna verdringen. De beste manier is door een symptoom constructie bovenop te plaatsen.*

*Bv generationele: een jong volwassen vrouw die in twee periodes van haar leven een symptoom ontwikkelnd (18 en 25jaar). Het symptoom is een hysterisch conversie symptoom, een bepaald psychisch conflict gaat zich lichamelijk uitdrukken. Ze vertoont astasie abasie. Door de knieën zakken, niet kunnen stappen, zeer veel moeilijkheden om zich motorisch voort te bewegen. Kwam naar boven rond de leeftijd van 18, verdwenen en kwamen terug op de leeftijd van 25. Op de leeftijd van 18 wil ze naar de unief en op dat ogenblik zijn de ouders ertegen dat ze het huis verlaat, ze moet thuisblijven want ze is de jongste en dat is traditie. Ze zit verdrongen tussen het verlangen naar separatie en de loyaliteit ten opzichte van ouders is niet bespreekbaar. Uiteindelijk slaagt ze erin om haar studies af te werken en ze keert terug naar het thuis milieu, ondertussen is ze verloofd. Op het ogenblik dat ze wil trouwen en kindjes wil krijgen zegt de vader dat hij dacht dat ze vanaf nu thuis ging blijven omdat ze de jongste is. 🡪 Voor de persoon in kwestie is het onderliggende niet toegankelijk.*

Twee basismotieven:

* verlangen om bij de ander te zijn : Eros-drift volgens Freud
* verlangen naar autonomie, los van de ander : Tanatos-drift volgens Freud
* Vanaf het begin aanwezig en zorgen voor een conflict waar we mee moeten leren omgaan.

Dat conflict is op zich normaal: iedereen van ons gaat daar af en toe mee geconfronteerd worden. Het probleem is wanneer het conflict ontkent wordt, symptoom constructie bovenop komt. Je kan dan ook begrijpen dat een symptoom, een constructie, binnen de context van de neurose altijd het vermijden van een keuze is: het maakt dat we niet moeten kiezen, de keuze wordt lamgelegd en we kunnen doen alsof er geen conflict is. Het is van belang om het op die manier te begrijpen omdat dit betekend dat wanneer wij op grond van onze psychotherapeuthische behandeling dat symptoom geanalyseerd hebben en op dat ogenblik de onderliggende problematiek onderhaalt hebben. Daar is geen duidelijk antwoord op en heeft te maken met keuzes die we niet in de plaats van anderen kunnen maken en hen alleen kunnen begeleiden daarin, waarmee we al in een andere fase zitten.

Hysterie en dwangneurose bevinden zich in een neurotische structuur die op een continuüm liggen. Heel vaak tref je in de praktijk mengvormen aan. Bepaalde verhoudingen die de man of vrouw heeft zijn husterisch en andere zijn dwangneurotische