Klinische psychodiagnostiek II



Gegeven door prof Verhaeghe  
Samenvatting van Ruben Dokter

**Praktische info**

* 6 weken in snel tempo les, zware leerstof!
* Vervolgens practica bestaande uit oefeningen
* Theorie moet je al zeer goed kennen hiervoor : vak ernstig nemen
* Op voorhand hoofdstuk lezen waarover de les gaat = bijbehorend handboek
* Per college een hoofdstuk
* Handboek is niet overbodig 🡪 je moet de redeneerlijn volgen = niet alles kennen (voetnoten, uitwijdingen zijn allemaal niet nodig)

**Puntenverdeling**

* Elk onderdeel (practica/theorie) staat op de helft van de punten: ze worden niet samengeteld d.w.z. dat je voor elk deel afzonderlijk geslaagd moet zijn
* Open vragen (voorbeeldvragen krijgen we later)

**DEEL II: Achtergrondtheorie**

Ideale diagnostiek bestaat uit 3 delen:

* **Categoriale diagnostiek** = DSM
* **Structurele diagnostiek** = hetgeen wat we in dit vak zullen uiteenzetten, deze gaat ervan uit dat we een diagnose moeten stellen van iets dat zich voordoet tussen de patiënt en de diagnosticus. Een structuur bestaande uit 2 delen is geen structuur dus een 3e term is nodig: verhouding tussen een subject en een ander met betrekking tot het tekort. Hiermee zullen wij werken en deze is eigenlijk heel beperkt (↔ categoriale = veel uitgebreider).   
  Uiteindelijk maar 3 structuren = neurose, perversie en psychose.  
  Doorheen die 3 structuren gaan we 2 posities onderscheiden:  
  Aktuaalpathologische ↔ psychopathologische
* **Particuliere diagnostiek** = kan de prof hier niet aanduiden, dit gaat over de patiënt die voor je zit. Dit derde luik gaat over 1 persoon.
* Diagnostiek (staat tussen ethologie en behandeling) = zowel de normaliteit als pathologie komt tot stand in een verhouding tussen subject en ander.  
  Twee belangrijke implicaties voor de kliniek  
  1) De diagnostiek moet gebaseerd zijn op een verhouding  
  2) De behandeling zal altijd gebaseerd zijn op een verhouding

Medische VS nieuwe opvatting  
Deze zegt dat de pathologie IN de patiënt zit waarmee men impliceert dat de diagnosticus hier zelf niks mee te maken heeft. Of ik daar zit of iemand anders maakt niet uit. We moeten de ziekte in de patiënt detecteren.  
 De nieuwe opvatting zegt dat de diagnose moet gebaseerd zijn op de verhouding tussen u en de patiënt. De behandeling moet gebaseerd zijn op de therapeutische relatie. Ongeacht de keuze van de therapie is 60% van het herstel gebaseerd op de therapeutische relatie. De specifieke vorm is maar 20% verantwoordelijk.

Uit de centrale stelling kunnen we een perfect coherent geheel halen: ontstaansgeschiedenis, diagnose en behandeling. Telkens keert die verhouding terug.

Intermezzo structuur:  
In deel II (komende 5 colleges) werkt de prof een achtergrondtheorie uit 🡪 ontwikkeling persoonlijkheid, identiteit,… i.f.v. de diagnostiek

* HS6 identiteitsontwikkeling + driftregulering
* HS7 lineair ontwikkelingsmodel met bijzondere twist = ontwikkeling is 1 langgerekt defensiemechanisme , coping mechanisme
* HS8 lineair model ombuigen in een circulair model
* HS9 niet kennen
* HS10 angst, schuld en depressie

Deel 3 is meer praktisch en gaan wek ijken hoe we stoornissen in de praktijk kunnen aantreffen

* H11 paniekstoornissen
* H12 traumatische stoornissen + borderline
* H13 klassieke psychopathologie (hysterie en dwangneurose)
* H14 perversie en forensische diagnostiek
* H15 psychose

Helikopterview

Identiteitsontwikkeling

In hoofdstuk 6 gaan we opzoek naar de **identiteitsontwikkeling**: dit is zeer interessant aangezien de grootste groep psychopathologische stoornissen in de DSM de persoonlijkheidsstoornissen zijn. Dit is vreemd. Vroeger werd identiteit gezien als iets dat je ‘had’ en niet iets dat gestoord is. Dit betekent dat er een ingrijpende verandering gebeurd is op 25 jaar tijd. Daarom de vraag: wat is identiteit?   
We stellen ons allemaal de vraag wie we precies zijn. We gaan hierbij uit van 2 impliciete opvattingen:

* Identiteit is onveranderlijk: ik = ik 🡪 de kern blijft dezelfde
* Identiteit zit diep vanbinnen (waarzeggers, psychologen moeten ons vertellen wie we zijn)

↔ Het is exact het tegenovergestelde! Het is **een constructie die van buitenaf komt** die voortdurend **in beweging** is. Deze beweging kan zeer traag of snel voorlopen, de laatste 25 jaar zijn deze veranderingen zeer snel gegaan.

Wetenschappelijke argumentatie

* Adoptie: kind geboren in Noord –India groeit op in Gent 🡪 Gentse mevrouw met alles erop en eraan. (Gedachtenexperiment: als wij door een moslimkoppel opgevoed worden zullen wij totaal niet gelijken op de persoon die we vandaag de dag zijn)
* Klinische evidentie (= theorieën door clinici met veel ervaring waarvoor er nog geen empirisch bewijs is gevonden): toenemende wetenschappelijke bevestiging . Berustend op 2 processen :

1. **identificatie** ( =het overnemen van wat ons voorgehouden wordt) : een groot stuk is determinerend, het is een soort spiegel, wat je opzuigt (vb. je moeder is vaak de eerste die je een spiegel voorhoudt). Neurobiologisch bewijs = spiegelneuronen.  
   Vb. een baby wordt geboren en zal vanaf het begin een aantal zaken voorgehouden worden. Je kan dit observeren als je een moeder en een baby in interactie ziet 🡪 ze zal een verzorgingshandeling stellen, de baby vertellen wat er fout loopt en aan de baby de gevoelsbeleving die zij denkt dat de baby ervaart weerspiegelen met haar gezicht 🡪 die mededeling gebeurt op een zeer speciale manier; de stem van de moeder zal anders zijn dan normaal 🡪 dit is strikt noodzakelijk (= marking 🡪 de baby zal zo doorhebben dat het een weerspiegeling is die bij het kind hoort en niet bij de moeder)

* We hebben iemand die ons vertelt wat we voelen, waarom we dit voelen en wat we hier wel en niet mee mogen aanvangen
* De spiegelingen die worden aangeboden zullen heel snel identiteits- verlenend zijn 🡪 vb. ‘hij lijkt op de papa’

De spiegelingen liggen vaak al klaar voor de geboorte 🡪 vb. foetus van 7 maanden is zeer actief; die objectieve ervaring kan door de zwangere vrouw op een volledig verschillende manier geïnterpreteerd worden (vb. ‘er zit nogal energie in, helemaal gelijk de papa’ 🡪 die spiegeling zal na de geboorte dus ook wel doorgegeven worden 🡪 vs. ‘het is nu al een vervelende ADHD’er, net als zijn vader, wat gaat dat geven…’ )

* De spiegelingen zullen zich langzaam binnenvoeren in het verhaal 🡪 eerst in het familieverhaal en later ook in een groter verhaal
* Het idee dat identiteit diep vanbinnen zit en onveranderlijk is sluit aan bij het idee van rassen
* Als de spiegels op korte tijd veranderen zal de identiteit mee veranderen, en als ze over langere tijd stabiel blijven blijft de identiteit ook stabiel

1. **separatie** (= het afstand nemen van wat ons voorgehouden wordt): waarom baby’s van een paar uur oud al keuzes zullen maken. Hiervoor geen bewijs.

Begint rond de twee jaar wanneer peuters de woordjes ‘ik’ en ‘nee’ ontdekken en ze te pas en te onpas gebruiken 🡪 het kind gaat een eigen verlangen, wil en keuze naar voren schuiven 🡪 dit wordt dan nog eens herhaald in de puberteit

🡪 Deze twee periodes zijn alleen intensere weergaven van iets wat constant aanwezig is 🡪 zelfs baby’s weigeren al bepaalde dingen en kiezen bewust voor andere dingen

🡪 Er speelt daar heel duidelijk een persoonlijke factor, maar we weten niet van waar die komt

🡪 Dit betekent dat er in onze identiteitsconstructie twee heel belangrijke assen zitten:

* De as van determinatie 🡪 afhankelijk van de sociale klasse, de ouders, de plaats waarin je bent geboren, wordt je helemaal anders gedetermineerd

Vb. : mensen die geadopteerd zijn willen bijna altijd op zoek gaan naar hun oorsprong, dit is altijd van zeer hoge tragiek; daar is die persoon nog meer een vreemde dan wij, want ze lijken op de mensen van daar maar ze lijken meer op ons 🡪 dit botst heel serieus

* De as van keuze 🡪 op een bepaald moment realiseren we ons dat we bepaalde dingen niet willen, we willen dingen veranderen, andere keuzes maken, en we realiseren dat dit heel moeilijk is 🡪 je moet een stuk van je identiteit achter je laten, schrappen en vervangen door iets nieuw 🡪 dit is zeer zwaar psychologisch werk

De vier verhoudingen

Algemeen idee is dat er een kernidentiteit is bestaande uit traits : heel vaak wordt dit toch niet bevestigd. Een beter idee is dat **verhoudingen** de basis vormen van gedrag etc. Een identiteit bestaat uit 4 soorten cruciale verhoudingen :

1. Verhouding van de ander tegenover de ander van het ander geslacht = genderidentiteit   
   Dit kan heteroseksueel,homseksueel,… zijn.Vb. Ik kan alleen maar een man worden door mij te verhouden tegenover de vrouwen. Dit worden we aangeleerd door die spiegelingen. Hoe meer ik een man word hoe meer ik ook zal weten over het ander geslacht
2. Verhouding tegenover de ander van de autoriteit  
   Vb. Ouderschap: Dit is een bijzondere verhouding omdat deze gedurende het leven zich zal omkeren. Op een bepaald moment in je leven zal je ook vader of moeder worden. Dit is een ingrijpende verandering. Voor degene die geen ouder worden zal dat zich binnen het beroepsleven manifesteren : we zullen ook aan het hoofd staan.
3. Verhouding tegenover de ander gelijke  
   Hoe verhoud je je tegenover je broer/zus of buurman/buurvrouw ?
4. Verhouding tegenover onszelf   
   Identiteit die we elke dag opbouwen op dezelfde plaats, namelijk in de badkamer voor de spiegel. Op het moment je in de spiegel kijkt start er een inwendige dialoog, een dialoog met dat spiegelbeeld. Dat dialoog is ALTIJD evaluerend. Deze zal gedurende de hele waakdag blijven doorlopen, bijna altijd op de achtergrond maar soms ook op de voorgrond.   
   Vb.Mensen die zo tevreden zijn met zichzelf of mensen die zo teleurgesteld zijn met zichzelf dat ze zelfmoord plegen.

Erfelijkheid

Genoom volledig ontcijferd maar we vinden niet echt een identiteit terug. Wat we wel uitdrukkelijk zien is dat onze biologie grenslijnen uitzet. Buiten die krijtlijnen zal er een pak ellende plaatsvinden, binnen die grenslijnen is er zeer veel mogelijk. Vb: onze seksuele identiteit : bij de geboorte is altijd duidelijk of het om een meisje/ jongen gaat. We spreken hierbij over de sekse. Maar dat organisme moet nog een man of vrouw worden, hierbij spreken we over genderidentiteit en deze zal volledig bepaald worden door de omgeving. Een vrouw zal zich totaal anders ontwikkelen in Japan, VS of België. Maw het lichaam zet krijtlijnen uit en binnen die krijtlijnen zijn zeer veel mogelijkheden.   
Genetica = genen coderen voor eiwitten en deze bepalen eigenschappen, vb. de oogkleur. Je krijgt een determinatie die vertrekt vanuit de chromosomen naar datgene wat verschijnt. Genotype naar fenotype.   
Epigenitica = nieuwe tak die zegt dat bepaalde genen aan- of uitgeschakeld worden door de omgeving. En ze kunnen worden in - of uitgeschakeld worden tot 3 generaties ver.

Belangrijke implicatie i.v.m. de helikopterview

Identiteit verandert i.f.v. veranderende spiegels. Deze spiegels veranderen geleidelijk. Naargelang de spiegels veranderen, veranderen wij ook. Zonder dat we het weten. Hiermee bedoelt de prof dat onze verhoudingen veranderen (zie de 4 verhoudingen). De normen en waarden veranderen. Vb. persoonlijkheidsstoornissen heeft te maken met die veranderende spiegels en de snelheid waarmee ze veranderen.   
 Die 4 verhoudingen zitten vol met normen en waarden = ze zijn affectregulerend. (ander geslacht : seks, drugs & rock’n roll / ander gelijke = kijk naar religie, hoe we de nevenmens gaan behandelen / autoriteit = langswaar deze regulering gereguleerd wordt / onszelf = normen en waarden). Een identiteit kan gestoord zijn : dit kan gestoord zijn op vlak van de driftregulering. Dit zijn we uit het oog verloren door al die categorieën die we in de DSM vinden.

# HS6: Identiteitsontwikkeling en driftregulering

1. **Wat is het motief van de identiteitsontwikkeling?**

Identiteit in termen van verhouding. We gaan wat meer in detail bekijken wat we al in het helikopterview besproken hebben. Vanaf een bepaald ogenblik gaan we van start om ons te ontwikkelen, onze identiteit te construeren. (Op 25 jaar illusie dat we onze identiteit gevonden hebben maar is helemaal niet zo). We kunnen ons daarom afvragen waarom we dan op zoek zijn naar die identiteit ?!   
Het motief/vertrekpunt is het **doorbreken van de homeostase**

* Vb. baby heeft honger. Iets komt het lichamelijk evenwicht dat er was doorbreken. Dus in voorbeeld van baby zal deze beginnen te huilen. Wij vatten dit op als een signaal en worden in beweging gebracht. Dit eenvoudig proces is cruciaal. In dat proces worden bepaalde verhoudingen vastgelegd. Het is duidelijk voor de ouders dat de baby zich niet goed vult, er is een **onlust of arousal** in het babylichaam 🡪 a = arousal of onlust   
  ( a staat niet alleen voor Arousal = zal later duidelijk worden)
* We moeten stilstaan bij dit proces : er loopt iets verkeerd 🡪 baby laat dat blijken 🡪 iemand komt het oplossen
* Dit conditioneringsproces herhaalt zich duizendmaal. We leren hier een bepaalde verwachting. Na verloop van tijd moeten we vaststellen zijn dat die verwachting niet altijd wordt ingevuld.   
  1. Het eerste affect

Cruciaal daarbij is dat die verwachting ook de basis vormt voor de meest fundamentele vorm van angst 🡪 de **separatieangst =** Dit is de angst dat de ander er niet zal zijn als ik hem/haar nodig heb.

* Cruciaal om 2 redenen:

1. Arousal/onrust 🡪 angst   
   Dat aanvankelijk negatief affect krijgt een specifieke vorm, namelijk angst.  
   Angst heeft altijd een dubbele component :   
   Lichamelijk (huilen,zweten,diarree) VS Psychische (beleving van de angst)
2. Individuele ervaring 🡪 intersubjectief  
   Intern gevoel (hoofdzakelijk lichamelijk) wordt verhouding tussen ik en ander  
   Datgene wat zich oorspronkelijk alleen in mijn lichaam voordeed wordt binnengevoerd in een intersubjectieve verhouding. Het feit dat iemand op de proppen komt om dat ongemak te verhelpen.

* Separatieangst is de oudste en eerste angst : we leren er mee omgaan maar vanaf we een bepaald trauma meemaken zal deze worden geactiveerd. De cliënten zijn dan vaak op zoek naar iemand die ze dicht bij hen hebben, vb. psycholoog als vaderfiguur.
* Belangrijk is dat dit ook een normaal, noodzakelijk affect is in tijden van (over)medicalisering.
* Deze 2 verschuivingen vormen het begin van de identiteitvorming
* Twee verschillende vormen separatieangst:   
  Paniek ( oervorm angst, vb. kind dat plots doorheeft dat de mama weg is) VS verwachtingsangst
* Cruciaal daarbij is de blik : ik moet ze kunnen zien. Kinderen 🡪 ze zien hun papa of mama niet meer ook al zit die in de living ernaast. Volwassen 🡪 bij overlijden dierbaar persoon, ze willen die persoon nog eens zien. Vaak bij ongeval niet meer mogelijk en dat maakt het dan nog zwaarder. De blik werkt als mediator of verlichting bij het verliezen van iemand.
* Identiteitsontwikkeling is ook affectregulering 🡪 dit gebeurt hier bij het begin : die spiegelingen zijn heel beperkt maar houden ook al een affectregulering in.   
  Deze angst zal zich in heel veel verschillende emoties uitsplitsen. Elke emotie is gebaseerd op angst, soms diep graven om het te vinden.

1.2 Het tweede affect

* Een tweede affect is het **depressieve affect**.
* De ontwikkeling van de identiteit = leren wie we zijn ( want voordien waren we simpelweg niemand)
* Die identiteit is volledig afhankelijk van de ander. Daarom kunnen we die identiteit ook gemakkelijk verliezen als er iets gebeurt in die verhouding.
* Identiteitsverlies = depressie, dwz niemand verlangt naar mij en ik verlang naar niemand. In die vroege kindertijd kan je dat ook al kort meemaken. Belangrijk is dat die identiteit vast hangt aan de omgeving. Vb. Als je een leven hebt dat zeer stabiel is, altijd dezelfde mensen etc. Dat kan slecht zijn maar je identiteit is stabiel omdat je omgeving niet veranderd 🡪 voor je werk naar buitenland : wakker worden en even niet meer weten waar we zijn. Ander vb. Vakantie 🡪 anders kunnen zijn
  1. Twee opmerkingen i.v.m. intersubjectiviteit
* Ter herhaling :Arousal 🡪 angst // Individuele ervaring 🡪 intersubjectief
* We gaan het vooral over dat intersubjectieve hebben nu
* Opmerking 1
* Die interactie herhaalt zich in normale toestanden voortdurend en deze heeft een bepaalde limiet. D.w.z. degene die instaat voor de verzorging 🡪 signaal interpreteren kind.
* Vb. Vader/moeder hoort verschil huilen ofdat baby honger heeft of natte pamper.
* Hierbij worden sowieso fouten gemaakt omdat elke interpretatie die wij maken (niet alleen omtrent de baby) alles te maken heeft met wie dat wij zijn als persoon.
* Het is geen objectieve interpretatie, het is **een subjectieve interpretatie**.
* Vb. er zijn ouders die elk huilen als ‘de baby heeft honger’ interpreteren 🡪 baby leert dat alles wat verkeerd is opgelost kan worden met voeding 🡪 welke houding de persoon tegenover voedsel zal gaan innemen kan je niet voorspellen 🡪 identificatie en separatie
* Opmerking 2
* Die reactie komt er niet altijd 🡪 vandaar die separatieangst. Soms hebben ouders geen zin of moe zijn om te reageren. Banaal, maar terzelfde tijd zeer cruciaal. Hier wordt een existentieel iets geïnstalleerd.
* Vanaf dat moment heeft het kind te maken met het tekort, iets wat ontbreekt. Het leert dat er een invulling komt 🡪 deze wordt al heel vlug doorbroken of niet correct ingevuld
* We hebben een subject (S) dat zich verhoudt tegenover een bepaalde ander, en het verhoudt zich tegenover die ander op grond van iets dat tussen hun instaat 🡪 arousal (=voorlopige betekenis).
* Tweede betekenis arousal: datgene wat ontbreekt ; in de hoop dat de ander mij een antwoord gaat geven. (Gedachte-experiment 🡪 moest je alles hebben zou je niet naar de ander gaan 🡪 je stapt naar de ander omdat er iets ontbreekt)
* Het feit dat dit te kort aanwezig is bij maakt dat ik niet volledig ben = het verdeelde subject = S doorstreept 🡪 hetgeen wat je iedere ochtend in de spiegel ervaart : er is een afstand tussen degene die kijkt en degene die bekeken wordt. Dit is er goed aan mij en dat niet : er is een verdeeldheid. Indien niet, allures Trump. Dat ontbrekende ga ik proberen oplossen via de ander.
* Maar de ander heeft ook niet alles opgelost 🡪 ook een verdeeldheid dus doorstreept
* Banaal 🡪 existentiële vragen! Vb. hoe gedraag ik mij als man?
* Klinische diagnostiek: cl komt met existentiële vragen 🡪 wij als diagnosticus moeten antwoord geven daarop

1. **Aantal modellen**
   1. Freud (begin vorige eeuw)

* Bekend van zijn visie over de identiteit 🡪 ik,bovenik etc.
* Andere theorie, deze is veel minder bekend, gaat over hoe wij onze identiteit ontwikkelen.
* Het gaat over de oer-ik : metafoor van de ééncellige (= volledig afhankelijk van buitenwand) als primitieve ik.
* Bepaalde dingen van de buitenwereld komen naar binnen via de celwand en vice versa 🡪 **Incorporatie & expulsie**
* Oorspronkelijk is ons ‘ik’ een soort leegte en deze wordt gevuld door zaken naar binnen te brengen (incorporatie) ; daarna een evaluatieproces 🡪 datgene wat naar binnen is gebracht , is dat positief of lustvol of negatief of onlustvol?   
  🡪 Lustvol = binnenhouden VS onlustvol = zo snel mogelijk kwijt
* Vb. Babytalk, dit is de manier waarop ouders communiceren met peuters: positieve dingen = lekker ; naar binnen ; njam-njam VS vieze dingen zoals kaka moet naarbuiten
* Vb. Volwassen taal 🡪 ik zie u zo graag = ik u wil opeten VS ik kan u niet meer zien = ik moet kotsen van u
* De incorporatie 🡪 de identificatie met de woorden en beelden (al beschreven).
* De expulsie 🡪 de verdringing OF de separatie (die zaken die we niet meer willen naar buiten brengen)
* Wat is er binnen ? En wat is er buiten ? Volgens de freudiaanse redenering :

1. het binnen is een oorspronkelijk buiten 🡪 naar binnen gebracht 🡪 positief geëvalueerd 🡪 binnen gebleven
2. Het buiten is een oorspronkelijk buiten 🡪 naar binnen gebracht 🡪 negatief geëvalueerd 🡪 naar buiten

* Het buiten is nooit objectief = het is een geweigerd binnen-buiten dat terug naar buiten gestuurd wordt. Dit vormt de basis voor het idee van de psychische realiteit = wij leven in een psychische realiteit en deze is opgebouwd o.b.v. deze processen
* Vb. Wij vinden heel veel anderen slecht 🡪 datgene wat we slecht vinden bij anderen is datgene wat we vrezen bij onszelf
* De echte, objectieve buitenwereld laat ons onverschillig = neutraal (Kant). We kunnen de wereld op zich nooit kennen, we kunnen ze alleen leren kennen als ze zich aan mij voordoet 🡪 das ding an sich & das ding für sich = we kennen alleen maar het ding in verhouding tot onszelf
* Toepassing: redeneren over het mileu: iets wat buiten ons ligt ; we zijn bezorgd over ‘het’ mileu, ligt buiten ons 🡪 wij zijn een onderdeel van het mileu
  1. Lacan (midden vorige eeuw)
* Franse psychoanalyticus
* Tekst over het spiegelstadium (later via attachment-theory zeer duidelijk gemaakt)
* Centrale idee: onze eerste identiteit nemen wij over via de ander 🡪 internaliseren
* Specifieke in die metafoor: Lacan doet beroep op de optica
* Voor vlakke spiegel staan

1. 60cm voor die vlakke spiegel 🡪 ligt je spiegelbeeld 60 cm daar achter
2. Ons spiegelbeeld heeft een links-rechts omkering 🡪 we zien ons zelf niet als de ander 🡪 komt door die vlakke spiegel ↔ Spiegelpaleis

* Experiment om die eerste identiteitsverwerving duidelijk te maken is met een holle spiegel : langs de rechterkant holle spiegel, links krukje en aan de onderkant van dat krukje is een omgekeerde vaas gemonteerd en aan de bovenkant een aantal bloemen die eraan vastzitten 🡪 vreemde holle spiegel: beeld bevindt zich niet achter de spiegel maar vóór de spiegel + boven-onder omkering 🡪 die echte vaas wordt weerspiegeld rond de echte bloemen : spookachtig beeld, vaas rond die bloemen,…

🡺Lacan:

1. onze eerste identiteitslaag is ons **lichaamsbeeld** via de ander (hoofdzakelijk moeder)
2. dat beeld zal rond **de partiële driften** (vgl. die bloemen ; dit is die arousal!) geprojecteerd worden.  
   Vb. een baby heeft een arousal of aantal lichaamservaringen en deze worden verpakt in een eerste identiteit en deze worden door de ander aangereikt.

🡺Daarom benaming lichaamsbeeld = dat komt volledig van de ander. Waarom ben je daar voortdurend mee bezig? Omdat je het bekijkt door de blik van de ander.

* Wat men vergeet over te nemen in deze theorie
* de theorie van Lacan impliceert dat er **geen** oorspronkelijke identiteit is !
* Identiteit in de betekenis van psychologische identiteit 🡪 iets dat van buitenaf aangereikt wordt 🡪 als je al die lagen dan wegneemt botst je op een organisme van vlees en bloed ZONDER identiteit
* Vb. mensen die opgevoed werden door dieren 🡪 zijn eigenlijk geen mensen : noodzaak van het aanreiken van die spiegelingen
* Eenvoudig maar onvoldoende model 🡪 Waar zit de mogelijkheid tot verschil? Waar is de separatie? 🡪 enkel identificatie besproken en geen separatie
  1. Attachment-theory (einde vorige eeuw)

(Niet besproken maar zegt hetzelfde)

1. **Ontwikkeling van het verschil**

* Vb. Maak verschil tussen links en rechts: voor prof en student volledig omgekeerd 🡪 je hebt een **derde punt** nodig om dat verschil te maken.
* Onderscheid **duaal-imaginair VS triangulair-symbolisch** (3e punt zal altijd een symbolisch punt zijn)
* Spiegelopstelling Lacan 🡪 duaal-imaginair (geen verschil mogelijk)
* I.v.m. identiteit : Preoedipale (duaal) 🡪 oedipale (triangulair)
* Preoedipale of duale verhouding = moeder-kind relatie 🡪 moet doorbroken worden anders opgesloten blijven in die duale verhouding 🡪 oedipale = vader komt tussen moeder en kind te staan (klopt tot circa 1960)
* Na 1960 niet meer die verhouding tussen moeder en kind door veranderende gezinsstructuren 🡪 we gaan dan spreken over het subject en 1e ander en 2e ander 🡪 heel ander abstractieniveau 🡪 vermoedelijk is het zo dat een peuter tot 6maand geen verschil kan maken tussen de ander 🡪 vanaf 8 maand verschillende gezichten herkennen
* Dit heeft te maken met een cognitief-affectieve ontwikkeling waarop het kind een hoger abstractieniveau kan ontwikkelen
* In de ontwikkeling is de introductie van die mogelijkheid = verschil 1e , 2e ander etc. cruciaal
* In de vroege ontwikkeling zien we hoe de separatieangst ontstaat met als keerzijde dat wij op die leeftijd voortdurend bij die ander willen zijn 🡪 in een veilige cocon met de ander
* Met de ontwikkeling van dat oedipale proces 🡪 verlangen naar autonomie of separatie 🡪 datgene wat eerst gevreesd werd, wordt nu gewenst! Vb. Kleuter 🡪 wereld verkennen (zelfde gebeurt op 14jaar)
* Dit zal niet stoppen! Ons hele leven zullen we de dingen zelf wensen te doen!
* MAAR die separatieangst blijft onderhuids aanwezig

**Het willen samenvallen met (o.b.v. separatieangst)   
↔   
Het willen weggaan van (o.b.v. intrusieangst)**

* ‘Het willen weggaan van’ bevat ook een soort angst maar deze is moeilijker differentieerbaar 🡪 de angst dat de ander te dicht komt en mijn autonomie zal bedreigen = **intrusieangst**
* Die overgang van het preoedipale naar het oedipale kunnen we begrijpen door 4 stappen naar voren te schuiven  
  1. Overgang verhouding infans[[1]](#footnote-1) en eerste ander naar verhouding sprekend wezen een eerste[[2]](#footnote-2)en tweede ander
* baby – moeder 🡪 peuter – 1e en 2e ander
* er is geen tekort: metafoor is foutief 🡪 in de eigenlijke opvoedingssituatie zijn er wel tekorten: we zijn er niet altijd, we willen er soms niet zijn,… Die tekorten worden ook ingecorpereerd in de verhoudingen. Kind leert om te gaan met het tekort
* Winnicot
* **the good-enough mother** 🡪 NU: een good-enough mother is een moeder die haar uiterste best doet om die opvoeding zo optimaal te laten verlopen, dat begint al met de geboortelijst want als je dat niet hebt ben je een slechte moeder. Het is de dag vandaag een commercieel iets geworden
* Wat er wél mee bedoeld wordt : **the good enough parents** zijn de ouders die hun kinderen leren omgaan met het tekort vanaf het begin; dit is net het ontbreken van de ouder ; kinderen van ouders die hun nooit leren loslaten zijn vaak zeer angstige kinderen
* 1,5-2 jaar onderscheid verschillende anderen bij wie het zich bevindt. Vb. onderscheid ene opa en andere opa, tante-mama,…
* Ook de blik kunnen ze vanaf nu onderscheiden: manier waarop vader naar mij kijkt of manier waarop moeder kijkt. Wat mag bij de mama, wat mag niet bij de papa
* Maar ook de blik van de mama naar de papa en omgekeerd
* Op grond van deze verschillen maken ze keuzes!
* Het belangrijkste verschil is het geslachtsverschil: **falische verschil**
  1. Overgang van (a) naar (a)/-p 🡪 (p = phi = fallus)
* Vertrekpunt van de ontwikkeling is de arousal (wat gevoeld wordt in het lichaam) 🡪 antwoord zoeken bij de ander 🡪 antwoord krijgen bij de ander
* Al vroeg duidelijk dat het niet altijd een antwoord krijgt of dat het niet het gewenste antwoord is
* 3 jaar oud 🡪 onderscheid kunnen maken tussen de antwoorden van bepaalde anderen. Vb. Geen antwoord ene ouder , naar de andere ouder gaan 🡪 ze spelen daar mee, maar al vlug door dat deze invullingen op hun vraag of vragen nooit definitief zijn
* Eeuwige vragen
* Klein kind kan duizenden vragen stellen waar je soms ook geen antwoord op vindt.
* Overgang vraag 🡪 verlangen
* Bij verlangen zijn de antwoorden nooit definitief
* Waarom vindt die overgang plaats?
* Kind verlangt antwoord op die vraag van arousal 🡪 maar het kind ziet ook dat er een vraag en verlangen is tussen die ouders. Net zoals het kind zelf ook dat verlangen heeft: kinderen zijn daar heel gefascineerd door
* Ze krijgen al vlug het idee dat het met het seksuele te maken heeft , de man-vrouw verhouding 🡪 pipi/kaka moppen waarlangs ze die seksualiteit proberen te begrijpen 🡪 wat ze proberen te begrijpen is dat er iets gezocht wordt bij de ander als opvulling voor het eigen tekort en datgene wat gezocht is heeft te maken met het geslachtsverschil
* Datgene wat gezocht wordt = fallische = phi
* Vb. 4-5 jongemannen op terras zien vrouw passeren : ‘die vrouw heeft het’ of 4-5 jonge vrouwen: ‘die man heeft iets’
* wat is dat ‘het’? Vaak geen antwoord; en als er een antwoord is vaak banaal ; dit is niet verwoordbaar
* wat we toeschrijven aan die persoon is datgene van wat zij veronderstellen dat het een antwoord zal zijn op hun verlangen = fallische 🡪 volstrekt lege term, niet verwoordbaar, verondersteld antwoord als invulling op ons tekort
* Dit is gelijk aan de arousal (a) over -phi (- p) 🡪 het minteken staat voor iets wat altijd ontbreekt
* Passionele pulsies worden gefalliciseerd 🡪 het is binnengevoerd in die genderverhouding
  1. Overgang van peuter naar jongen/meisje = overgang van kind tegenover ouder
* Vb. kinderen zijn zeer sterk geïnteresseerd door de familiale structuur 🡪 oma is de mama van mama; tante zus van mama
* Hangt nauw samen met de 2e overgang
* Nu: studies over baby’s en peuters benoemt worden als infant-studies 🡪 nauwelijks onderscheid jongens/meisjes
* komt overeen met de ervaring van die kinderen 🡪 ze moeten dat nog worden
* ze worden dat door de spiegelingen die ze worden voorgehouden
* Vb. meisje en jongetje in bed 🡪 vraagt aan de jongen of hij een jongen is 🡪 kijkt onder lakens 🡪 ja, want je hebt blauwe kousen aan
* Onderscheid is arbitrair! Genderidentiteit is iets dat er opgeplakt wordt 🡪 bewijs: verschillende gedragingen in verschillende culturen
* Onderscheid kledij jongens-meisjes 🡪 dit is een bovenbouw maar die biologische krijtlijnen blijven aanwezig
* Toenemend besef van de positie die het kind inneemt in de gênerationele lijn
* Niet alleen ontwikkeling van inhoudelijke identiteit (ouder-kind of jongen-meisje) maar ook de ontwikkeling van een driftregulering ( die 2 altijd samen nemen)
* Freud 🡪 hier in toenemende mate driftregulering 🡪 kleine kinderen zijn seksueel actief.
* Vb. dokterspelletjes
* Vb. de spanning en het willen weten, begrijpen 🡪 ik wil dat weten en ook weten hoe het bij de ander zit
* Dit aspect wordt te vaak vergeten
  1. Overgang angst naar meer gedifferentieerde vormen van angst
* Heel specifieke angst in
* Vb. Verwachtingsangst,signaalangst,fobieën,…
* Niet-gedifferentieerde arousal 🡪 specifieke angst in de verhouding tussen subject en ander
* Die eerste arousal is zo vaag dat we het beter als een **onlust** benoemen
* Die aanvankelijke arousal krijgt pas de allures van angst vanaf het moment dat de baby het vergelijkt met de separatieangst
* In die oedipale fase (3 jaar later) treed een belangrijke verandering op 🡪 het antwoord op onze arousal/onze vraag niet meer zomaar gegeven wordt
* ‘Liefde is onvoorwaardelijk’ 🡪 geldt alleen maar voor de eerste 8m 🡪 vanaf baby 1 jaar wordt de liefde voorwaardelijk
* De ouder zal ingaan op de vraag van het kind op voorwaarde dat het kind zich voegt naar de vraag en verlangen van de ouder 🡪 dus op voorwaarde dat het kind zich spiegelt aan de verlangens van de ouder
* Effect op de angst: 1e angst was de separatieangst 🡪 bewerking op die angst op het ogenblik dat het verlangen voorwaardelijk wordt 🡪 angst om niet te voldoen aan de voorwaarden en zo ook die antwoorden niet te krijgen 🡪 vanaf dat ogenblik continu aanwezig. Vb. Voor de spiegel: ‘zie ik er wel goed genoeg uit?’. Deze verandering vindt plaats op de leeftijd van 3-5 jaar.
* Deze angst kunnen we uitdrukkelijk situeren binnen de man-vrouw verhouding. Als we naar de oorspronkelijke benaming bij Freud kijken zien we dat hij dat heel sterk geseksualiseerd heeft (vb. castratieangst). We kunnen die angst veel correcter begrijpen maar terzelfde tijd begrijpen binnen die genderverhouding. We hebben het over dat fallische (= **lege betekenaar**; er kan vanalles inzitten 🡪 je kan het ook nooit voldoende hebben).
* ♀ 🡪 niet voldoende te **zijn**
* ♂ 🡪 niet voldoende de fallus te **hebben**
* Vanaf dat ogenblik een identiteitsontwikkeling die nooit zal stappen 🡪 we hebben een subject die zich gaat verhouden tegenover dat driftmatige / dat waar we geen antwoord voor hebben, in de verhouding tot de ander 🡪 hier zijn we levenslang mee bezig
* In die dialectiek komt de identiteit tot stand 🡪 wisselwerking tussen die twee = identificatie en separatie

1. **Addendum**

We zijn aangekomen op het einde van dit hoofdstuk. We zijn vertrokken bij de spiegeling. Dat is geen toeval want we moeten ervan uitgaan dat die eerste ontwikkeling,identiteitslagen te maken heeft met beelden. Een infans bezit de taal niet, maar is duidelijk cognitief aanwezig en we gaan ervan uit dat dat via beelden verloopt. Onze identiteitsontwikkeling zal een evolutie bevatten bij het vertrekken van beelden naar de taal. Vergeet niet, de beelden blijven daaronder. De beeldcultuur, het imaginaire is wat onder dat symbolische ligt. We gaan nu even blijven stilstaan bij de taal, ruimer de symbolische orde.

* 1. Taal
* Wat is de functie van taal? Communicatie? Dat is pas later belangrijk

1. De eerste functie is **bemeestering** : vanaf het moment dat we een woord kunnen plakken op iets hebben we het gevoel dat we het kunnen bemeesteren, begrijpen of soms zelfs meten.

* Vb. Marconi ontdekt de radiogolven 🡪 theorie over hoe dat precies werkt 🡪 de ether is een stof in de lucht die naar voren geschoven wordt als een verklaring 🡪 is helemaal niets van waar
* Vb. Resiliance of veerkracht 🡪 woord voor iets dat we niet verstaan en denken het te meten
* Vb. je voelt iets in je keel 🡪 bijna onmiddellijk benaming , het is een verkoudheid 🡪 je bent gerust
* Vb. je voelt iets dat je niet gewoon bent 🡪 arts vindt geen woord 🡪 het ontbreken van het woord zal je zeer angstig maken 🡪 uiteindelijk toch een diagnose : ‘eindelijk, we weten wat het is!’
* Dus die taal is voor de bemeestering van die arousal
* We kunnen dat ook in systemen gaan bekijken om dat hanteerbaar te maken
* Religie
* Wetenschap
* Kunst

Geen 1 voldoet ! Geen enkele slaagt erin om een volledig antwoord te geven

1. Tweede functie is **identiteit**: we zijn allemaal een verhaal in die zin dat we allemaal een verzameling van verhalen zijn. In eerste instantie zijn deze door anderen geschreven en we nemen deze over.

* Twee soorten verhalen
* De verhalen waarin we ons herkennen : bewusts
* De verhalen waarin we ons niet willen herkennen : onbewust

(incorporatie & expulsie)

* We hebben hierdoor te maken met een verdeelde identiteit

1. Communicatie: doorgeven informatie aan anderen

* Communicatie bevat een technisch aspect
* Vb. Als de prof mompelt of de microfoon werkt niet
* Basis is de verhouding tussen het subject en het ander 🡪 die zal bepalen of de inhoud overgenomen wordt of niet
* Vb. Als je een krant leest en je hebt een duidelijke mening over bepaalde maatschappelijke zaken 🡪 je leest een artikel over iemand waarvan je weet dat die een heel tegengestelde visie heeft 🡪 95% kans je dat niet leest  
  ↔Tekst van persoon die dezelfde visie deelt 🡪 95% kans dat je dat leest
* Inhoud van de communicatie is afhankelijk van de verhouding die er op voorhand is, niet van de inhoud van de boodschap (risico: indoctrinatie). Vb. ‘ik vind mezelf dom,lelijk,mislukt… en ik ben ervan overtuigd dat de anderen dat ook vinden’ 🡪 als ik bots op iemand die dat niet vindt 🡪 ‘wat een idioot’. We gaan opzoek naar de mensen die onze angst bevestigen. Onze communicatie wordt niet bepaald door de techniciteit maar door de verhouding die al klaar lag

Vraag leerling ‘wat in een cultuur zonder spiegel?’: belangrijkste spiegel is de blik van de ander. We gaan onze oudere zussen/broers imiteren. Het hoeft geen échte spiegel te zijn. We zijn elkaars spiegel.

1. Belangrijkste kenmerk: met taal wordt **het verschil tussen bewust en onbewust** gemaakt.

* Freud was 1 van de eerste die een theorie maakte over het onbewuste (werd als onbestaande beschouwd).
* Vanaf jaren ’70 omkering en gaat alle focus naar het autonoom denken. De omkering zit hem ook in een ander aspect: het centrale probleem binnen de neurologie en psychologie is het bewustzijn. We begrijpen het bewustzijn niet.
* Waarom ? Een wezen kan perfect onbewust functioneren, het bewustzijn zorgt soms zelf voor de problemen.
* Wat is het dan precies? Freuds antwoord 100 jaar geleden is al zeer volledig, vindt de prof. Het onderscheid dat Freud maakt tussen het bewuste en onderbewuste heeft alles te maken met taal. Vanaf we iets kunnen benoemen zijn we er ons van bewust. Vb. de ervaring dat je iets wilt zeggen maar je vindt het woord er niet voor, het bewustzijn ontbreekt 🡪 verband tussen bewustzijn en weten.   
  - Weten = altijd symbolisch weten  
  - Instinctief weten = zoals dieren, buiten het bewustzijn 🡪 kennis van planten bij dieren 🡪 vorm van **awareness**
* Het feit dat wij als soort die speciale vorm van taal ontwikkeld hebben betekent ook dat we die speciale vorm van bewustzijn ontwikkeld hebben.
* Dit betekent ook dat er een onbewuste bestaat. Iets van het bewuste kan naar het onbewuste gaan en vice versa. Dit kan alleen via taal (↔ dieren)
* We kunnen (a) ook gebruiken onder de ruimere noemer van ‘affect’ 🡪 dit gebruiken we voor het onderscheiden van emoties 🡪 een affect is per definitie onbewust (datgeen wat in het lichaam bezig is). Het wordt bewust als we het kunnen benoemen. Zolang op het niveau van affect 🡪 niet mogelijk te benoemen.
* Affecten waarvan de persoon zich niet bewust is zijn zeer schadelijk. Als het wel bewust is kan men er iets mee doen. Vb. arousal of stress is eigenlijk hetzelfde als spanning: dat is geen metafoor en deze zal zich vertalen in cortisol,bloeddruk,… er bestaan mensen die chronisch hoge stressniveaus vertonen zonder dat ze het beseffen = ze zijn er zich niet van bewust. En vaak wordt dit door de omgeving gezegd, maar daarvoor is het nog niet in het bewustzijn geïnstalleerd.

HS 7: lineair ontwikkelingsmodel waarbij ontwikkeling één langgerekt defensiemechanisme is

1. **Defensie mechanisme**

* We gaan van start met hoofdstuk 7. Die 3 eerste hoofdstukken handelen allemaal over hetzelfde. Het is een andere insteek op die ontwikkeling. Een insteek waarbij we de identiteitsontwikkeling op een heel merkwaardige manier zullen begrijpen: als 1 langgerekte vorm van verdediging of defensiemechanisme.
* Defensiemechanisme: begrip dat ook afstamt uit Freudiaanse psychoanalyse. Hij stelde vast dat mensen vaak bepaalde aspecten van hun identiteit niet meer kenden, niet meer in hun bewustzijn waren. Er waren verschillende manieren waarop deze inhouden konden verdwijnen. Die manieren noemt hij defensiemechanismen.
* Vb. verdringing: bepaalde inhouden van onze identiteit zijn verdrongen en door dat feit maken ze geen deel meer uit tot het bewustzijn.
* Wie heeft ze dan verdrongen? ‘ik heb dat verdrongen’ 🡪 het Ik beslis daar niet over!
* Het verdringingsproces is iets dat automatisch plaatsvindt
* Waar verdedigen wij ons tegen? Datgene wat uit ons eigen lichaam oprijst, dat ons pijn doet en we moeten daar een manier voor vinden om daarmee om te gaan.
* Identiteitsontwikkeling is terzelfder tijd affectregulering ! Een manier van omgaan met dat driftmatige,arousal,… Allemaal synoniemen voor dezelfde spanning die we moeilijk vinden om te definiëren.
* Moderne psychologie sprake van copingmechanisme: die verdediging is veel en veel ruimer. De hele identiteit kunnen we beschouwen als die verdediging.

1. **Lineair model**

* We vertrekken van die (a) heeft een bepaald gevolg. Het kind dat nog een subject moet worden produceert geluid en dat huilen wordt door de ander geïnterpreteerd als een ander. De ander zal een verzorgingshandeling stellen, die verzorgingshandeling wordt vergezeld van een spiegeling of symbolisatie. Er wordt aan het kind gezegd wat het voelt (S1). Er wordt een eerste symbolisatie,betekenaar aangereikt waarmee die ervaring (a) betekent wordt (S1).

(a)🡪S🡪A🡪S1

* Vb. kleine heeft honger 🡪 begint te huilen 🡪 zegt dat ge pap moet hebben
* Er wordt hier een overgang gemaakt van het reële naar het symbolische: er wordt iets in taal benoemd
* Dit proces stopt niet! Telkens zal dit proces zich herhalen
* De ander zal steeds opnieuw antwoorden moeten produceren :

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* De ander staat zowel voor de vader als moeder als voor de symbolische orde
* S1 = meesterbetekenaar
* S2= het weten
* Vanaf de geboorte worden wij in toenemende mate ondergedompeld in die symbolische orde als antwoord op datgene waar we een verdediging voor zoeken, waar we geen raad mee weten
* De meest fundamentele verdeeldheid die we kennen is tussen psyche-soma
* Als we het hebben over ons lichaam zitten we ten volle in de symbolische orde : we hebben een lichaam in functie van datgene wat ons geleerd is (↔ grootouders : totaal ander lichaam)  
  1. Overgang van het niet-talige naar het talige

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Enorme overgang van **het reële** 🡪 **symbolico-imaginaire**.
* Overgang puur **organische 🡪 psychologische**
* Dit gebeurt via de ander en dat heeft allemaal te maken met een bepaalde defensie
* Het is de overgang van **het niet-talige naar het wel-talige**
* Vb. baby 🡪 uitdrukkelijk cognitieve processen aanwezig: je kan ze zien denken.

1. Welke denkprocessen zijn er aanwezig?

Als wij nadenken is dat bijna altijd met woorden, in dialoogvorm. Er is een ander soort denken maar we krijgen dat niet te pakken.

1. Met welke inhouden verlopen die processen?

We kunnen veronderstellen dat het over beelden gaat, het loopt vooral perceptueel. Vanwaar dat idee:   
A. Onze eigen herinneringen: het autobiografisch geheugen is een talig geheugen, dat begint ongeveer van 4 jaar. Iedereen heeft een paar herinneringen van toen ze heel jong waren 🡪 typisch perceptueel (vaak olfactorisch) 🡪 dat doet beroep op die oudste denkvorm

B. Onze dromen: je bent dan heel hard aan het denken en dat denken verloopt heel vaak in beelden.

* **Freuds veronderstelling** : in die overgang moet datgene wat er al was vertaald worden maar zullen er ook een aantal zaken achterblijven. En die zaken die achterblijven daar is minstens 1 groep bij die achterblijft omdat ze voor teveel angst of pijn zorgt. Daarom blijft ze in die andere uitdrukkingsvorm. Daar zien we dat verdedigingssysteem.
* Klinische evidentie: posttraumatische stresstoornis of de traumatische neurose 🡪 Als je werkt met zo’n traumatische patiënten van wie je 100% zeker bent dat hij/zij een trauma heeft meegemaakt en een PTSS ontwikkelt dan ga je een heel vreemde vaststelling doen: het trauma is niet verbaliseerbaar, het is niet aanwezig in het bewustzijn. Wat krijg je wel? Dissociatieve belevingen 🡪 overspoelt door fragmenten van wat ze meegemaakt hebben in een soort herbeleving. Het is niet in taal gebracht.
* Ander voorbeeld van klinische evidentie: veel immigranten die naar Europa komen die getraumatiseerd zijn. Ze leren hier dan een nieuwe taal en wat heel opvallend is dat in die nieuwe taal de traumatische elementen niet worden opgenomen. Die blijven in de oude taal. Bij psychotherapie kunnen ze over alles in het Engels praten tot dat ze op het trauma botsen dan schakelen ze over naar hun moedertaal. Zelfs binnen het verbale kan dat defensiemechanisme plaatsvinden.
* Wat mij teveel angst bezorgt wil ik niet kennen in mijn bewustzijn, dat hou ik weg. Maar helaas blijft dat werkbaar en dat kan voor bepaalde problemen zorgen.
  1. De 3 structuren en positionering
* Die overgang kan op verschillende manieren gebeuren : dat is het punt waar we kunnen aansluiten bij de diagnostiek. Afhankelijk van de manier waarop we daarmee omgaan krijgen we een verschillende structuur van het subject. (herinner: we willen uitmonden bij een structurele diagnostiek). De basis van de verschillen tussen de verschillende structuren ligt in die overgang
* De verdringing 🡪 neurose
* De verwerping 🡪 psychose
* De ontkenning of loochening 🡪 perversie

(neurose,psychose en perversie zijn subjectstructuren)

* Hier wordt een soort gietvorm geïnstalleerd die de basis zal vormen voor een aantal andere herhalingen. De eerste defensie benoemen we als de primaire defensie en deze wordt gevolgd door een secundaire defensie (die in het verlengde ligt van de primaire defensie).
* Toepassing op de neurose: de primaire verdringing of oerverdringing is de basis van de neurotische structuur. Daarna spreken we van de na-verdringing.
* In de praktijk hebben wij eigenlijk bijna uitsluitend te maken met de na-verdringing, we spreken daarom heel vaak gewoon over de verdringing
* De oerverdringing vinden we in de overgang van het niet-talige naar het talige. Daar wordt iets achtergelaten zoals op het niveau van dromen of hallucinaties. Eigenlijk is **oerfixatie** een betere term.
* Waar zit die **na-verdringing** dan?

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Die secundaire defensiemechanismen doen zich volledig voor binnen de taal. D.w.z. dat de na-verdringing, iets wat reeds in taal gebracht is, zich verplaatst naar het niet-talige 🡪 het wordt uit het bewustzijn of talige weggeveegd en het zal van daaruit werkzaam blijven.
* Bij oerverdringing is er sprake van psychisch materiaal dat nooit in taal gebracht is, vb. trauma. Enorm belangrijke therapeutische implicatie, er zijn geen woorden voor. Er kunnen alleen woorden voor gezocht worden, dit noemen we een constructie. Bij de (na-)verdringing zijn er wel woorden, we willen het niet meer weten. We zijn het ‘vergeten’. Dit is geen ik-act maar heeft meer te maken met balans tussen onlust en angsten.
* Bij psychose en perversie zelfde redenering
* Weinig wetenschappelijke evidentie
* De antwoorden die we vinden worden laags opgebouwd. Dit heeft alles te maken met die spiegelingen die we niet of wel overnemen (Vb. genderidentiteit: hoe je je nu als man/vrouw voelt zal over 15 jaar totaal anders zijn) 🡪 hierin kunnen we 2 posities onderscheiden
* Je hebt mensen die heel sterk deze ontwikkeling doormaken en hierdoor een rijk geschakeerde identiteit ontwikkelen, maar daar zullen ook sterk verdeelde stukken tussen zitten. Je hebt dus een sterk ontwikkelde identiteit 🡪 **psychopathologische positie**

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Bij anderen stopt de ontwikkeling al heel vroeg. Ze hebben heel weinig   
  overgenomen. Nauwelijks uitgewerkte identiteit. Nauwelijks toegang tot wat in hem of haar bezig is 🡪 **Aktuaalpathologische positie**

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Die 2 kunnen we op een continuüm plaatsen 🡪 Vb. BL patiënten bevinden zich aan de aktuaalpathologische kant en hebben gewoonlijk een vreselijke voorgeschiedenis en slepen een serieus dossier met zich mee. Vandaar kunnen we veronderstellen dat zij die bepaalde problematiek ontwikkeld hebben. En als je praat met die patiënten gaan zij alleen maar kijken tot bijvoorbeeld vorige week. Alles ligt aan het hier en nu, bvb. die ambetanterik die voor mij zit. Ze zitten in een soort actualiteit, heden waaruit ze niet wegkunnen. Ze hebben geen toegang tot het gesymboliseerde.
* De aktuaalpathologische positie 🡪 zal zich op het lichaam en in het gedrag zetten
* De psychopathologie positie 🡪 zeer sterk psychisch bewerkte ontwikkeling
* Als we het hebben over die positionering gaan we dat vaak relationeel bekijken, in termen van **verhoudingen** (zie les 1). Hoe kunnen we dat dan begrijpen? Hoe koppelen we dat dan aan de ander? Dat heeft alles te maken dat taal en ander in deze redenering HETZELFDE zijn.
* De grote ander = de Ander = zowel de verzameling van de taal als de verzameling van alle anderen die taal spreken. Het internet behoort daar ook bij!
* Het gaat dus over het symbolische, het imaginaire. De manier waarop we onze identiteit verwerven : niet – talige 🡪 talige OF niet – Ander 🡪 Ander
* De structuur die we het best kennen is de neurose (psychose bij Vanheule)
* Bij de neurose spreken we van **de verdringing**. Term die heel normaal geworden is en vaak foutief gebruikt wordt ‘ik heb dat verdrongen ‘ 🡪 ik bepaal dat niet want het is een proces dat automatisch en onbewust loopt! ( we gaan het proces van verdringing via verschillende invalshoeken bekijken = klinisch,historisch uit monden bij diagnostische structuur)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Herhaling  
Waar waren we mee bezig? De identiteitsontwikkeling is eigenlijk de subjectwording en we kunnen deze begrijpen als 1 langgerekte defensie, namelijk tegen zaken die angst en spanning oproepen.

* Die **verdediging** is ter zelfde tijd de **ontwikkeling**.  
  Verdediging bestaat uit datgene wat ons beangstigd te bemeesteren via TAAL, via representaties.
* In de overgang van het **niet talige 🡪 talige** zullen we een aantal zaken achterlaten omdat we er niet in slagen ze te representeren
* Die overgang gebeurt op een heel bijzondere manier die overgang bepaalt de subjectwording :
* Neurotisch
* Pervers
* Psychotisch
* Dat zijn 3 verschillende manieren van **IN DE TAAL TE STAAN** = hoe een subject zich positioneert in de taal
* Hoe herkennen we het in de dagdagelijkse praktijk ? We gaan het vooral over de structuur van de normaliteit hebben, de neurose : ongeveer 99% van de mensen heeft een neurotische structuur.
* Hoe treffen we het aan? Op het punt waar het mislukt 🡪 defensiemechanisme = iets dat maar half en half lukt.
* **!!! terugkeer van het verdrongene !!!** 🡪 het is even weggeweest en het keert terug in brokken en stukken ( = SYMPTOOM : zien we verder)
* VB: verluistering
* diagnostisch gesprek met jonge vrouw
* Lawaai op dat moment : clinicus: ‘Dat is ambetant dat het lawaai hier binnenkomt ‘ 🡪 reactie vrouw : ‘hoe bedoel je dat mijn vader hier zomaar binnenkomt?’ 🡪 terugkeer van het verdrongene !
* Psychologische incest = haar vader heeft haar altijd volledig gedomineerd (koos haar vriendjes etc.)
* We moeten een onderliggend proces veronderstellen 🡪 datgene is de verdringing
* Als we het technisch bekijken = verdringing is bepaald psychisch materiaal dat op een bepaald ogenblik in woorden gebracht worden 🡪 ze worden geverbaliseerd en o.b.v. angst zijn de woorden weggetrokken en daardoor in het bewustzijn verdwenen.
* VB: eigentijds versie: aantal foto’s bewerken waar je ex op stond 🡪 motief = angst
* Freud zal daaronder nog een meer primair proces gaan veronderstellen 🡪 **oerverdringing** of primaire verdringing 🡪 ‘de overgang van het niet-talige naar het wel-talige’
* Dit proces situeert zich op heel vroege leeftijd : kind is ongeveer 1jaar
* Het denken voordien moet VERTAALD worden 🡪 Freud gaat ervan uit dat bepaald materiaal nooit in taal gebracht wordt.
* De term oerverdringing is een slechte term 🡪 eigenlijk is het een soort **fixatie**: iets blijft gefixeerd op een vorig niveau 🡪 redelijk abstract.
* Belangrijkste argument voor het bestaan van zoiets = ontstaan van een posttraumatische stress stoornis
* Typische van een PTSS: datgene wat ze hebben meegemaakt is onvoorstelbaar, iets zo erg
* Dat trauma is niet ingeschreven in het verbale, het zit op een non-verbaal niveau. Het zit gefixeerd op het niet-talige niveau. Maar het kan verwoord worden.
* Oerverdringing is nooit in taal gebracht 🡪 je zal nooit de originele woorden terugvinden 🡪 je kan ze reconstrueren maar is altijd achteraf, te laat 🡪 Bij die **oerfixatie** is het motief ook angst maar deze is veel massaler! Het gaat over oorspronkelijke onrust

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. De verdringing en de terugkeer van het verdrongene

A.Klinisch

* Nu actualiseren : we kunnen dat eigenlijk gemakkelijker begrijpen door de terugkeer van de verdringen en de verdringing als hetzelfde proces.
* Formule voor een metafoor =

S”  
S’

* S” = terugkeer van het verdrongene
* S’ = het verdrongene
* Er wordt iets naar voor geschoven zodat iets anders naar beneden valt = terugkeer van het verdongene (ipv 1,2,3 🡪 1,2)
* VB: diagnostisch gesprek: vrouw midden 30 🡪 mengeling angst en depressie (zoals vaak)
* Ze heeft 2 partners en weet niet wie te kiezen
* Ze zegt dat het daarover gaat en niet iets anders
* Hij stelt aantal klassieke vragen ivm familiale zaken, reageert daar heel heftig op : vader lang geleden gestorven, moeder paar jaar geleden 🡪 Ze verdedigt zich tegen een aanval die er niet is geweest.
* Op een bepaald moment begint ze over een tante: ‘enige waar dat ik iets aan heb, waarmee ik over dingen die belangrijk zijn kan praten en niet mijn zolder of tandarts’ = heel aparte uitdrukking!!
* Waarom zolder? Toen haar moeder gestorven was moest ik de zolder leegmaken : wat ik overgehouden heb ligt op de zolder = fotoboeken 🡪 denkt al even dat ze die foto’s moet ordenen = dromen over haar moeder die haar achtervolgt 🡪 Zolder = S’ 🡪 S’ = moeder 🡺 je krijgt iets dat het verdongene verplaatste
* Waarom tandarts? Dat is de vader 🡪 heel veel schrik voor de tandarts = papa ging mee
* Sterk contrast tussen ouders
* Oerfixatie? In dit voorbeeld absoluut niet duidelijk

B.Historisch

* Het klinisch argument kunnen we ook historisch vinden in de allereerste psychotherapie bij Breuer.
* Breuer 🡪 arts in het ziekenhuis en voor de rijke families in Wenen. Op dat moment waren praktijkartsen vooral familie artsen voor de rijken. Maar artsen stonden ook in de ziekenhuizen. Hij combineerde de 2.

**1e methode: de hypnocatharische methode volgens Breuer**

* Hij wordt op een bepaald ogenblik geconfronteerd met een patiënte waar hij niets van begrijpt op grond van de symptomen die ze vertoont
* Zware conversie symptomen maar ook hallicunaties.
* Breuer gaat te werk als elke arts, analytisch interview afnemen 🡪 symptomen nagaan 🡪 patiënt kan er nauwelijks op antwoorden = ze weet het niet
* Breuer is op de hoogte van de nieuwe methode namelijk de **hypnose**🡪 ze gaat die patient onder hypnose brengen en dan wel zeer accurate antwoorden geven (We weten dat het accuraat was omdat de moeder een dagboek bijgehouden had))
* Normaal gesproken 🡪 het vertrekpunt moet te maken hebben met een traumatische beleving omdat dat op dat moment maatschappelijk aanvaard was
* Maar hij krijgt een leegte 🡪 het spreken van de patiënte stopt op het moment dat het ‘vertrekpunt’ zou aanbreken, dan komt er een emotionele ontlading van de basisaffecten 🡪 dit is een therapeutisch effect
* **Catharsis** = emotionele ontlading = affectontlading, grotendeels buiten BZ
* Waar monden we op uit? Het beginpunt is niet een oorspronkelijk idee, maar iets waar er geen woorden voor zijn (a) = oerverdringing
* Freud zal daar op inpikken 🡪 psychisch materiaal (+ samen boek geschreven over de hysterie)
* Vb. EMDR = eye movement desentization and processing : efficiënte behandelmethode bij trauma. 🡪 symptoombehandeling : de achterliggende structuur veranderde niet = nieuwe symptomen komen in de plaats  
  Vgl. Angstproblematiek : zeer goed behandelbaar met medicijnen 🡪 probleem niet opgelost

NU

**2e methode: de weerstandsanalyse volgens Freud**

Zeer tijdrovend 🡪 Freud had geen tijd : wou sneller tot die kern te komen door gerichte vragen te stellen en de patiënt direct op het spoor te brengen. Dus direct naar de kern.   
Resultaat = weerstand 🡪 botst massaal op weerstand, de weerstandsanalyse. 2e methode

NU

**3e methode: vrije associatie**Vb. die zolder en die tandarts 🡪 springen in het spiraal = netwerk bouwen rondom het kernpunt. Geleidelijk aan bij de kern komen. Voordeel :weerstand komt van de patiënt zelf.

NU

* Verdringingen = buitenste schillen
* Fout van Freud: kern is ook verbaliseerbaar 🡪 vandaar psychotherapie is volgens hem alles uitspreken vb. trauma 🡪 uitspreken 🡪 maar dit lukt niet = aard van de structuur van het trauma
* Tot nu toe teruggeredeneerd : fixatie 🡪 oerfixatie  
  1. Pathogenese

**1e tijd**

* Het vertrekpunt is een ervaring van angst die bovendien de proporties aanneemt van een paniek in combinatie van een psychisch te kort schieten
* Ons denken slaagt er niet in om aan die angst een inhoud te geven.
* Iedereen maakt angst mee = evolutionaire ontwikkeling.
* Als we angst hebben meestal goed weten waarvoor 🡪 hier hebben we het omgekeerde : de angst bestaat op zich omdat er geen object aan gekoppeld kan worden = nog meer beangstigd

**2e tijd**

* In de 2e tijd gebeurt dat wel = wordt gekoppeld aan een eerste symbolisatie = inhoud
* 2 belangrijke opmerkingen :
* die koppeling die te laat komt is altijd een foute koppeling = falsche verknoping 🡪 angst wordt verknoopt met iets dat er niet bij hoort d.m.v. operante conditionering vb. angst wordt aan het eerste object gekoppeld
* die koppeling is een defensieve bewerking = het feit dat we het kunnen koppelen aan iets maakt dat we er beter mee kunnen omgaan wat in eerste instantie niet het geval was.

**3e tijd**

* Niet een moment, strekt zich uit: de koppeling aan het eerste symbool zal zich blijven ontwikkelen omdat het nooit afdoende is, het is nooit genoeg
* Angst arousal koppelen aan een eerste bewerking op grond waarvan we die arousal beter kunnen hanteren dus blijven we dat ontwikkelen , dat is die S2 naar S1  
  1. De identiteitsontwikkeling = defensie
* Klinisch voorbeeld: evolutie van een paniekstoornis naar een eigenlijke fobie
* Vb. klassieke psychiatrie voor jaren 60 daarna steeds sterkere psychofarmaca
* Klassieke –> zeer goed luisteren = fenomologische psychiatrie daarom beste boeken
* Angststoornis begint altijd met een periode van de vrij vlottende angst = angst die zich niet vasthaakt aan iets zonder gekoppeld te zijn aan iets. In nagevolg alle gevallen gaat die zich ergens op vastzetten.
* Neurotische bewerking 🡪 gaat gekoppeld worden aan een fobie. Iemand met een fobie heeft angst voor een duidelijk object.
* Vb. claustrofobie: hoe klein moet dat zijn? Die angst voor die kleine ruimtes is heel complex. Hoe verder van thuis hoe meer angst = je weet het niet meer 🡪 waar heb je nu eigenlijk angst voor : het verspreidt zich.
* Heel goed luisteren naar het geïmpliceerd zijn van een ander
* Het kan goed zijn dat die fobie afhangt of toeneemt in het bijzijn van een significant ander
* **Symptoom = genezingspoging** 🡪 Om iets hanteerbaar te maken. Je kan dat proberen te vermijden etc. Hoe het symptoom een stabiliseringspoging inbouwt.

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Wat is arousal (a) = spanning in het lichaam 🡪 die spanning kan van heel veel veranderende kanten komen : trauma 🡪 ten volle met spanning. Het trauma kan ook vanbinnen komen , de spanning kan ook veroorzaakt worden door de eigen drift.
* Hoe gaat dat zich vertalen : de eerste vorm van angst, de angst in zijn meer originele versie, een chaotische angst, een paniek angst, een angst die zomaar is angst is.
* Het vervolg is dat dit door de ander gekoppeld wordt aan de S1 🡪 Een eerste symbolisatie = stuk beter hanteren + die komt van de ander, de concrete ander, de Ander (ander + taal).
* Éen van de belangrijkste kenmerken van taal is de bemeestering, als we er een woord op kunnen plakken zijn we er voor een stuk meester van = Angsthantering
* Overgang reële 🡪 symbolische
* Het reële = datgene wat buiten het symbolico imaginaire bestaat.
* De realiteit waarin wij leven is 1 die wordt bemiddeld door de taal. Wij beleven onze realiteit binnen onze taal, als je er geen woorden voor hebt bestaat die realiteit niet.
* Vb. door bos wandelen en je hebt geen plantenkennis= gewoon allemaal struiken maar als je door een bos wandelt met iemand die veel van planten afweet opent er een soort nieuwe wereld waar alles in gedifferentieerd wordt.
* Het is in die overgang waar de structuur wordt bepaald (neurotisch, pervert of psychose) belangrijk om te weten is dat wij moeten weten op welke structuur de patient zich verhoudt  
  neurotisch 🡪 verdringing en fixatie (= structuur van de normaliteit)
* In die ontwikkeling komt het subject tot stand & verwerven we onze identiteit.
* Zie les 1: identiteit botst en is continu in beweging 🡪 verdeelde identiteit: vb. vader en man 🡪 2 identiteiten die kunnen botsen
* **3-4 jaar postoedipaal** : genderidentiteit gaat zich beginnen ontwikkelen ( verhouding ander etc, verhouding spiegelbeeld, verhouding eigen lichaam)
* Die identiteitsontwikkeling moeten we begrijpen in termen van verhoudingen 🡪 ik ben maar iemand in verhouding tegenover de ander
* Al heel snel kom je tot de vaststelling dat de manier waarop ik mijn identiteit invul de ander zijn identiteit al ingevuld wordt! Als ik mij verhoud als man zal ik ook weten hoe de vrouw zich verhoudt.
* De ontwikkeling van de identiteit = ontwikkeling van **een basisfantasme**
* basis = eerste ontwikkelingen worden vastgelegd
* fantasma= in een verhouding gaan denken die eigenlijk vanbinnen bestaat en waarmee we de buitenstructuur gaan verhouden
* VB. man-vrouw : we hebben allemaal een invulling en die invulling is de manier waarop je een relatie invult en die invulling is de manier waarop je iemand zoekt. Je kan het ook zien als een cognitief script; naargelang dat script wordt ingevuld is het moeilijker om te herschrijven. Bij iemand die dat cognitief-affectief script heel erg vastlegt gaan we spreken van een pathologie. Binnen die ontwikkeling krijgen we een andere angst

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

Horizontaal basis angst

Verticaal signaal angst 🡪 angst voor de angst : de verticale angst = bewerkte angst (fobische etc) dat kan mislukken op een bepaald moment; verticale angst voor de basisangst;

* A 🡪 s1 met dank aan de ander is er daar een verdeeldheid,
* (a)🡪 A meest klassieke verdeeldheid lichaam & geest
* (a) = Affect en cognitieve
* (a) = Reële tegenover symbolico-imaginaire
* Ontologie = ik ben een lichaam
* Wij hebben een lichaam = kloof tussen wij & lichaam 🡪 wordt gecreëerd op het ogenblik de taal wordt ontwikkeld
* binnen de identiteit die we halen bij de ander 🡪 die verschillende lagen 🡪 dat vormt nooit een volledig geheel en er zit daar ook wel heel wat verdeeldheid in
* Dat betekent dus dat we dat als volgt kunnen bespreken:

a🡪 $ 🡪 S1 🡪 S2 (discourstheorie)

* de verdeeldheid binnen de taal (2e verdeeldheid) komt te liggen boven dat symbolico-imaginaire (1e verdeeldheid)

**Tekort**

* Er is een tekort, ontbreken aan woorden: in die kern van Freud (ui) is er iets dat ontbreekt
* Dat tekort is eigenlijk maar een tekort als je op het op een bepaalde manier bekijkt, tekort in het symbolische:
* het symbolische slaagt er niet in om een antwoord te vinden voor het reële
* binnen het reële is er een teveel 🡪 vb. paniekaanval: angst is een teveel : te kort in het symbolische omdat volledig te omvatten
* radicaal te kort in oerfixatie (a) 🡪 A of fixatie
* S1 🡪 $ = die betekenis is een verdeeldheid
* Bepaalde zaken in de psychotherapie geraak je niet bij
* vb structureel onderscheid of secundair onderscheid
* 2 soorten onbewusten :
* **radicaal of structureel onbewustzijn**: zal nooit bewust worden ((a) 🡪 A) = primair = onbewust bij Freud
* dynamisch of secundair onbewustzijn: S1 en S2 soort onbewuste waar we wel mee kunnen werken (S1 🡪 S2) , droom gaat over iets dat je die dag meegemaakt hebt (wij werken in praktijk altijd met dat soort onbewuste)

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

**Symptomen**

* Medische invulling 🡪 horen bij bepaalde ziektebeelden 🡪 in onze praktijk meestal praten over klachten
* Bepaalde klachten krijgen een heel specifieke invulling
* In deze context : symptoom is een **constructie**
* iets dat gemaakt wordt
* constructie met een bepaalde bedoeling 🡪 die verdeeldheid hanteerbaar te houden zodat we die angst beter kunnen hanteren
* Vandaag de dag komen mensen met hun eigen diagnose obv het internet: Daar kunt ge eigenlijk niks mee aanpakken 🡪 oprecht nieuwsgierig tonen : beschrijf mij eens uw ervaringen, zo concreet mogelijk proberen te beschrijven 🡪 naar het particuliere gaan
* Symptoom is een constructie dwz de manier waarop het zich construeert 🡪 daar zijn er regels aan verbonden
* Freud : er zijn onbewuste denkprocessen en deze lopen anders als de bewuste
* 2 bekendste zijn **verdichting en verschuiving** (straks vben):
* Deze processen grijpen plaats op symbolische materiaal (meestal woorden maar ook beelden).
* Deze grijpen plaats met een defensieve houding
* Angst beter hanteerbaar maken
* Nu veelal besproken als **linguïstische** processen ; het zijn bepaalde metaforen, stijlfiguren
* Voorbeeld van Freud zelf: neurotisch 🡪 vrij eenvoudig symptoom : het vergeten van iets en de terugkeer van het verdrongene (= terugkeer = symptoom).
* Gesprek met andere arts op de trein 🡪 op weg naar een bepaalde stad in Italië:kijken naar de fresco’s van … komt niet op de naam! (Signorelli)
* Terugkeer van het verdrongene = symptoomconstructie
* Je zoekt een bepaalde naam 🡪 wat komt er in de plaats : verschillende andere namen
* Herzygovina & Bohicelli 🡪 hantering van een angst die aanwezig is

[ SIGNORELLI ]   
-------------------------------------------  
| | | | |

HER BOHI  
(zygovina) CELLI

* Waarom kan hij niet op die naam kennen die hij zo goed kent? Motief? Op dat moment zit Freud met iets in zijn achterhoofd waarover hij niet wil spreken, hij is op de vlucht 🡪 Patiënt heeft zelfmoord gepleegd. Voelt zich verschrikkelijk schuldig 🡪 kan dat niet zeggen
* Waarom vergeet hij dan iets rond seks en zelfmoord 🡪 fresco’s gaan over heropstaan van de doden = angst aan heel specifieke situatie gelinkt ; oerverdringing = dood en seks in het algemeen.
* Hoe een symptoom associatief verbonden ligt met een aantal inhouden waarvoor die man/vrouw angst heeft op dat moment? 🡪 kan terug gevonden worden.
* Proces gebeurt in verhouding tot een ander : in verhouding tot een collega
* In veel gevallen gebeuren die gevallen tijdens een interne dialoog
* Motief voor verdringing = angst
* Basismotief = oerverdringing
* Andere namen : metafoor Freud : symptoomconstructie als ‘parel in een oester’
* Een oester zal een parel vormen rond een korrel zand die toevallig in de parel zijn bek terecht komt
* Zandkorrel = reële
* Wat er rond gevormd wordt is die parel
* Wij kunnen enkel en alleen op die buitenkant werken 🡪 er is altijd een bepaalde limiet aan een psychotherapie.

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* (a)=traumatisch teveel = het reële
* ↔ S1=eerste symbool/eerste symptoom/eerste symbolisatie 🡪 verdere ontwikkeling naar dat basisfantasme en deze wordt aangevuld met die S2.
* in deze theorie is het symptoom een mislukte oplossingspoging.
* Typisch voorbeeld: psychotische waan 🡪 kan zeer uitgebreid zijn : dat verhaal is knettergek 🡪 daarom vereenzelvigen met de waan : psychose = waan.
* Genezing psychose is wegnemen waan.
* Als je het ziet als een stabiliseringspoging ga je veel minder de neiging hebben om die waan zomaar weg te nemen. Waarom biedt dat voor hem of haar een oplossing?
* Diagnostiek is niet onschuldig 🡪 heeft onmiddellijk implicaties op de behandeling.
* Vb. Fameuze faalangst : voor of tegen wie? Staat nooit los van de ander.
* Faalangst vorm van pathologie want we leven in een tijd van succes en maakbaarheid.
* Tegenpool : slaagdrang. In beide gevallen liggen ze bij de ander.

1. **Besluit**

* Beeld bieden van hoe ons diagnostisch redeneren er uit zal zien.
* 3 verschillende manieren waarop die (a) in de taal gebracht wordt.
* Neurose
* Psychose
* Perversie
* Structuur
* minstens 3 termen
* Irreversibel : het is OF-OF 🡪 bepaalde stellinginname
* Ja maar ze kunnen wel gemengd worden!   
  1. Neurose-perversie  
  Neurose = structuur vd normaliteit maar binnen elke seksualiteitsbeleving kunnen we een aantal perverte zaken vinden. Indien ze uitvergroot zouden zijn!
* Vrij goed beargumenteerbaar dat deze zaken goed onderscheidbaar zijn

2. Neurose – psychose  
De psychose: zou je ieder keer moeten spreken over iemand die zich in een psychotische fase bezit. Iemand met een psychotische structuur zal die zich over periodes relatief normaal kunnen gedragen ; tot dat er plots binnen een paar dagen iets veranderd

* Hier gaat de redenering een stuk minder vlot
* Binnen de Angelsaksische beweging = overgang 🡪 wij kiezen voor deze structuur
* Naast de structuur hebben we ook de posities 🡪 meerdere posities = verschuivingsmogelijkheden
* Iemand om een aantal redenen op een positie blijven steken = waar die subjectwording vrij vroeg gestopt is als antwoord op (a) = Aktuaal pathologie.
* Psychopathologie = teveel symbolisatie, bewerkingen.
* Belangrijk dit is een continuüm 🡪 perfect mogelijk om te verschuiven
* PP ‘zogezegd beter af’ maar die kan in de knoop geraken met al die symbolisaties, verwikkkelingen 🡪 beetje terugschuiven.
* Structuur niet verschuifbaar

|  |  |
| --- | --- |
| **Structuur/Positie** | **AP PP** |
| Neurose | Paniekstoornis: Fobie :  Heeft vaak niet veel Veel stof om  te vertelen over te praten |
| Psychose |  |
| Perversie |  |

* AP: Te weinig spiegelingen gekregen = weinig vulling , betekent ook een mentale achterstand
* probleem met tienerschappen in GB
* Zegt iets over de mtpij 🡪 die baby’s ontwikkelen zich niet goed!
* Vaak mentale achterstand en aantal problemen
* Vroeger ging men dat verklaren uit een aantal beschuldigingsredenen = komt uit marginaal niveau, domme ouders die zo jong zwanger zijn ,…
* Die baby’s krijgen nauwelijks spiegelingen = voornaamste interactie tss baby en moeder = **voeding**
* De 15e jarigen zijn bezig op hun smartphone 🡪 teveel bezig met hunzelf = ze moeten zich focussen op de baby 🡪 dan ineens ontwikkeling heel snel 🡺 vaak zal baby dan op AP bevinden maar het is veel ruimer: het denken zal ook beperkt zijn.
* Symptoomconstructie: binnen de taal
* Symptomen bevinden zich langs die pathopsychologische kant 🡪 waar die spiegelingsprocessen hebben plaatsgevonden.
* AP 🡪 veel minder bouwstenen en symptomen dus. We vinden daar fenomenen. Onderscheid fobie & paniekstoornis. Fobie = uitdrukkelijk symptoom.
* Wat de prof vooral heeft willen aantonen:
* Identiteitsontwikkeling = ontwikkeling van verdeding
* Heel kortdurend bekijken bij symptoomopbouw
* vb traumatische neurose = heel verkort ontwikkeling van verdediging = structureel perspectief bekijken
* Diagnostiek is heel belangrijk voor de behandeling
* Die 3 structuren beschreven als apart 🡪 denken binnen elke structuur : je moet denken binnen hun mogelijkheden

HS 8: lineair model ombuigen in een structureel circulair model

* 1. **Inleiding**
* Inhoud voorbije colleges samenbrengen in een structureel circulair model maar het komt in een andere vormgeving. Met doel het verlaten van het ontwikkelingpsychologisch model omdat dat ons toelaat datgene wat in de kliniek, de realiteit gebeurt beter te begrijpen.
* Eerst wat herhalen:
* Metafoor van de ontwikkeling van de identiteit van Freud: de ééncellige
* Hoe ontstaat de vulling van de ééncellige m.a.w. hoe ontstaat de identiteit: dingen die buiten liggen naar binnen brengen 🡪 binnen worden deze geëvalueerd (lust & onlustvol). Het ego is in eerste instantie leeg en het zal inhoud verwerven via de interactie op een heel bijzondere manier via de omgeving.
* Ordening psychisch materiaal:
* Het ordent zich via een bepaalde kern 🡪 vertrekpunt pathologie: deze moet op één of andere manier te maken hebben met het trauma. Dat is in het begin van de kliniek (1900) duidelijk.
* Terzijde: Dat trauma heeft te maken met geweld: ¾ van de patiënten is binnen een context van extreem geweld. Problematiek 35 jaar geleden volledig anders.

NU

* Lineaire ontwikkeling: de orde van het trauma

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Hier zie je typisch dat lineaire, dat ontwikkelingspsychologische : dat klopt ook maar het is niet voldoende
* Onderscheid tussen 2 posities: AP & PP (secundaire elaboratie & mentalisatie)
* AP 🡪 neemt veel toe! (minder fobie,dwangneurose,hysterische bewerkingen) 🡪 dit is geen verheugend nieuws 🡪 bepaalde maatschappelijke positie
* Deze gaan we omvormen naar een circulair model gebaseerd op de Laciaanse voortzetting van Freuds werk
  1. **Implicaties model**
* **Identiteit is verdeeld** :   
  om één of andere reden ontbreekt dit in de hedendaagse psychologie
* De manier waarop wij ons gedragen en hoe wij tegenover onszelf staan
* Heel concrete gevolgen: vaststellen dat iemand zich op een bepaalde manier gedraagt tegenover jou en dat opeens volledig verandert. Vb. Jongere gedraagt zich in instelling zeer goed
* Plots zie je een totaal andere jongere verschijnen, hij gedraagt zich totaal anders!
* Reactie HV: ‘ah, eindelijk zien we de echte jongen!’
* Eerste indrukken beschouwt als vals en later als echt 🡪 waarom die eerste indrukken vals en de latere indrukken echt?
* Je krijgt daar een andere identiteitslaag, één die minder aangenaam is, waarom dan de ene echter als de andere?
* Als clinicus afvragen 🡪 wat heeft die verwisseling bewerkstelligd?
* Wij werken met een conflictmodel:
* in eerste instantie intrapsyschisch 🡪 zal zich heel snel naar buiten tonen
* symptoom is een constructie bovenop een onderliggend probleem
* kunnen we dgs en de behandeling beschouwen vanuit een ander probleem?  
  Ja 🡪 **een defectmodel** : iets dat ontbreekt en dat eigenlijk aangevuld moet worden 🡪 dat zien we bij de AP. Klassieke redenering werken we hoofdzakelijk met een conflictmodel maar in de hedendaagse praktijk zitten we meer en meer in een defectmodel (van 100j geleden). Dus er is een andere aanpak nodig!
* **De identiteit is narratief** :   
  wij bestaan uit een aaneenschakelijking van woorden en beelden waar we een nieuw verhaal mee gemaakt hebben
* Er kunnen dingen veranderen 🡪 psychotherapie met doel als een nieuw verhaal naar voren te schuiven
* Die identiteit is niet alleen maar narratief 🡪 dat komt bovenop een reeële 🡪 (a) 🡪 daar botst je op een bepaalde limiet van dat narratieve
* Genderidentiteit: Dat narratief moet geplaatst worden bovenop een biologisch lichaam en dat speelt daar uitdrukkelijk een rol 🡪 niet reduceerbaar tot enkel woorden
* **Identiteitsontwikkeling uitdrukkelijk structureel bekijken:** We verhouden ons tot een concrete ander en we gaan daar bepaalde elementen halen voor onze identiteit, dit impliceert ook dat de identiteit van de ander wordt ingevuld. Meer nog dit houdt de constructie in van een typische verhouding van onszelf tegenover de ander. Dus identiteitsontwikkeling houdt 3 zaken in:
* Eigen identiteit
* Identiteit van de ander
* Verhouding tussen die twee
* Naïeve visie trauma: iets in de realiteit gebeurt en dat gaat iemand tekenen in die identiteitsontwikkeling. Dat narratieve is altijd een bewerking van dat reële, een bewerking houdt in dat het geen feitelijke weergave is: als je een anamnese voert, de pathogenese reconstrueert zijn we altijd geneigd om te zoeken naar de feiten. Die feitelijkheid ga je nooit achterhalen 🡪 we zijn opzoek naar datgene wat voor die patiënt zijn/haar waarheid is. Een waarheid is iets dat voortdurend verschuift, dat kan ook maar half uitgesproken worden. Het meemaken van een trauma betekent niet dat je daar je hele leven mee moet zitten, het narratief kan veranderen maar de feiten niet.
* Ons geheugen is in het algemeen zeer onbetrouwbaar, de manier waarop wij denken over ons verleden zeggen meer over het nu dan over het verleden: voldoende bewijs dat we belangrijke dingen vergeten en denken dat we dingen meegemaakt hebben die niet zo zijn. Geheugen 🡪 vertelt meer over onze waarheid. Als therapeut ben je geen detective maar iemand die luistert naar de constructie van gebeurtenissen.
* **Identiteitsontwikkeling = affect- of driftregulering**We zien dat in de geschiedenis: tijdens de verlichting alle nadruk op de ratio. Het affectieve wordt niet zo ernstig genomen, in de kliniek heb je voortdurend te maken met het affectieve.
* Dit vindt je ook weer in het taalgebruik
* Vb. coole kikker of warm persoon 🡪 direct dat affectieve erbij en dat identiteitsaspect
* Ook stoornissen 🡪 stoornis op identiteitsvlak (in termen van die structurele verhouding tegenover die 4 belangrijke anderen en tegenover het tekort) en affect
  1. **Uitbreiding**
* De ander krijgt een zeer centrale plaats 🡪 het gaat over het individu in verhouding tot de ander.
* De 1e ander = moeder 🡪 moeder-kindverhouding = duale verhouding, zeer dicht en close functioneren, strikt nodig voor de basis van de identiteit
* Hoe geraak je eruit? (aangezien het zo dicht is)
* Betere visie Lacaniaanse > attachment theorie
* Ook al een aantal aanwijzingen binnen de theorie van Freud: het heeft te maken met een aantal passief-actief omkeringen ; binnen moeder kind 🡪moeder = actief en kind = passief (vb. je gaat bij baby’s heel snel zien dat ze zichzelf willen voeden : er gaat een soort gevecht ontstaan 🡪 cruciale leefperiode waar het kind moet toegestaan worden autonomie te verwerven 🡪 aan zijn lot overgelaten ↔ niets toegestaan)
* Lacan zal het structureel bekijken met het separatieproces
* Hoe ontwikkelt er zich zoiets als een jongen of een meisje? (genderidentiteit)
* Oedipale en post-oedipale periode (leeftijd van 3 jaar)
* Dit proces is nooit af = zal blijven duren
* Nieuwe beelden door nieuwe anderen
* De oude identiteitslagen verdwijnen niet
* Er komen nooit antwoorden rond die identiteit

**Identificatie**

* spiegeling of mirroring 🡪 huidige attachment theorieën zetten zich daar enorm op in
* spiegelstadium: overgang reële 🡪 psychische identiteit
* zijn binnen het reële 🡪 het hebben van een lichaam
* bedoeling is om **controle** te krijgen op datgene wat ons aanstuurt 🡪 we worden onszelf omdat we ons gaan identificeren met die 1e identiteitslaag en ons doel is dat te controleren
* Lacan **‘maître/ m’être à moi-même’**
* Mijn wezenlijkheid maakt deel uit tot mezelf
* Meester zijn = controle
* Dat meesterschap is natuurlijk een illusie 🡪 die driften zullen blijven de kop opsteken 🡪 een laag/symbolisatie overleggen
* Hij heeft het niet over identificatie maar over **primaire** **aliënatie** of vervreemding
* uitdrukkelijk statement tegen de toenmalige opvattingen van sommige klinische strekkingen (term uit Marxisme)
* er is geen oorspronkelijke identiteit: elke identiteit is iets dat van bovenaf wordt aangereikt (als je ergens anders opgroeit zal je ook totaal anders zijn).
* Uitdrukkelijk klinische implicatie: als je geen oorspronkelijk zelf is kan je in de therapie niet terugkeren naar een vroeger narratief 🡪 dit is ook geruststellend

S1

(a)

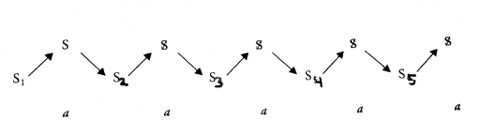
* Dit is eigenlijk Freuds oerfixatie / oerverdringing : dit wordt achtergelaten en we maken de overstap naar een nieuw uitdrukkingsniveau
* Fundamentele, structurele verandering of overgang die op 3 verschillende manieren kan gebeuren (neurose,psychose en perversie) 🡪 dit is ook de intrede in de taal
* **Secundaire aliënatie** 🡪 we verschuiven steeds van de ene naar de andere identiteit 🡪 steeds meer identiteitslagen 🡪 het vertrekpunt tussen die 2 🡪 het draait altijd om dat driftmatige,traumatische, reële, affectieve… 🡪 daarom dat we antwoorden opzoeken 🡪 wisselwerking = **voortdurend proces**
* Motief: min of meer hetzelfde als bij de 1e aliënatie (angst, concreet antwoord van de Ander dat ook een spiegeling geeft) 🡪 hanteren van de angst maar het model is veranderd

S2

S1

a

* Het subject dat zich aan het ontwikkelen is gaat dat veranderen,vormen van identiteitslagen in functie doen van **het verlangen van de ander** 🡪 ‘als ik een dergelijk antwoord wil van de ander moet ik mij identificeren aan wat de ander wil’ 🡪 cruciale overgang tussen het oedipale en het preoedipale
* ‘Le désir de l’homme c’est le désir de l’autre’ 🡪 het verlangen van de mens is het verlangen van/naar de ander: om mijn verlangen ingevuld te kunnen krijgen moet ik noodzakelijker wijze passeren langs het verlangen van de ander. Ons verlangen is altijd schatplichtig aan het verlangen van de ander = dubbel-aliënerend effect
* Vb. Welk verlangen is niet afhankelijk van de ander?
* Die subjectwording is
* **Contingent** : toeval speelt een rol 🡪 die identiteit zal geconstrueerd worden o.b.v. spiegelingen die in eerste instantie reëel zijn, het lichaam (Vb. jongen/meisje of ontwikkelen ziekte)
* **Noodzakelijk** : als die spiegelingsprocessen niet gebeuren wordt er geen identiteit gevormd ( woord ‘ontwikkelen’ is niet correct : ont – wikkelen 🡪 gaat terug op de ontwikkeling van de foetus;3 lagen waar alles in zit en dat ontplooit zich ; daar kan je wel spreken van een origineel ≠ identiteitsontwikkeling 🡪 het is iets dat er op geplakt wordt, daarom dat Lacan van de identiteitswording spreekt)
* **Onmogelijk**: ze is nooit af, nooit definitief,altijd nieuwe lagen 🡪 botsingen tussen verschillende lagen: verklaring verdeeld subject
* Vb. genderidentiteit: contingent 🡪 afh chromosomaal geslacht + kwaliteit lichaam ; noodzakelijk 🡪 zonder spiegeling geen ontwikkeling man/vrouw ; onmogelijk 🡪 het is nooit af, hele leven mee bezig zijn, spiegelbeelden veranderen
* Lacan beschrijft die subjectwording met een dubbele negatie: ‘datgene wat niet stopt van zich niet te schrijven’ 🡪 voortdurend herschrijven, overschrijven,…

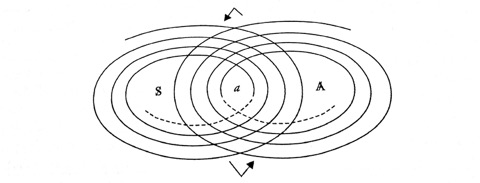


* Lineaire ontwikkeling van het circulair schema 🡪 ondergrond (a) : dat reële waar bovenop die constructie gaat gebeuren
* Circulaire model is beter als lineaire : wat niet klopt is dat het per definitie tweedimensioneel is 🡪 het is **N-dimensioneel** : wij kunnen verschillende dimensies op ons nemen
* Verschil bewust spreken, denken ↔ onbewuste
* Van zodra wij in bewuste zijn zitten wij in dat lineaire, wat wij verwoorden op een conventionele manier ↔ onbewust zijn er heel aantal processen bezig en zijn ze N-dimensioneel (vanaf ze verwoord worden zijn ze lineair)
* Die associatieve netwerken zijn niet lineair 🡪 computermetafoor voor psychologisch functioneren is een goede manier om dit uit te beelden
* Opmerking 1:  
   Die identiteit is in eerste instantie een narratieve identiteit (verhaal,constructie,..)
* de metafoor van Freud : parel in oester 🡪 kunnen we ook gebruiken voor de subjectwording
* de zandkorrel is dat onderliggende affectmatige 🡪 daarom dat die constructie gebeurt
* klinisch gezien is de doorbraak van een bepaalde pathologie (declenchering) gebeurt heel dikwijls op hetgene dat reële een rol speelt, een rol speelt 🡪 vaak bijvoorbeeld naar aanleiding van een lichamelijke ziekte,seksuele ervaring, zwangerschap,… 🡪 geen toeval! Daar doet dat reële een appel en kan niet voldoende bewerkt worden
* Opmerking 2:  
  Waar zit het lichaam?
* Onderscheid maken reële VS imaginair-symbolische lichaam
* Wij zijn nagenoeg altijd bezig met het imaginaire lichaam 🡪 het lichaamsbeeld
* Dat imaginair lichaam wordt ons aangereikt of opgelegd door de ander 🡪 het lichaam waar wij aan proberen te voldoen (door de cultuur)
* Dat kan heel verschillend zijn in de culturen 🡪 normatieve benadering
* Michel Foucault 🡪 **Biopolitiek** : het lichaam werd tot de jaren ’50 bepaald vanuit een religieuze moraal. I.p.v. de religie komt iets anders en deze is gericht op het leven, plots moeten we allemaal gezond leven (fitness,stappenteller,…). Dit is heel dwingend en controlerend! Het gaat over waar dat lichaam kan of mag genieten, dat is ook iets dat bepaald wordt door het symbolisch-imaginaire.
* ‘Hoe verhoud ik als subject tegenover die aliënatie’ 🡪 dat lichaam is dus grotendeels imaginair 🡪 daaronder zit het reële mechanisme en roet in het eten komt gooien
* (testvraag: welk lichaam wordt bestudeerd door de geneeskunde? Naïeve antwoord 🡪 reële 🡪 FOUT : geneeskunde bestudeert het symbolische 🡪 lichaam van de geneeskunde is het lichaam van de handboeken 🡪 HB nu vs. 30 jaar 🡪 het gesymboliseerde lichaam is ook iets dat per definitie voor verandering vatbaar is)

**Separatie**

* Binnen die identiteitsontwikkeling is dat eerste proces (de identificatie) cruciaal, maar terzelfde tijd zien we dat dit proces niet volstaat 🡪 dat houdt precies het tegenovergestelde in
* Vrij cruciaal proces : toont dat wij op bepaalde hoogte een invloed kunnen uitoefenen op onze identiteit
* Minder over geschreven omdat we het minder begrijpen
* Waar situeert dat proces zich? De aliënaties zitten in die voortdurende verschuiving, de separatie zit in die doorsnede
* Terug op aliënatie, dit betekent dat ik mij identificeer met het beeld of verhaal dat mij voor gehouden wordt zodat ik antwoord krijg op mijn verlangen 🡪 als een dergelijke identificatie volledig is dan begrijp je dat er geen separatie mogelijk is
* Normaal is het beeld,verhaal dat ons voorgehouden wordt onvolledig 🡪 dit laat openingen toe waarlangs we kunnen ontsnappen van die totale identificatie
* Vb. Kind 1e leerjaar heeft straf op school 🡪 moeder ontzettend boos thuis. Krijgt spiegeling voorgehouden thuis. Twee uur later hoort ze zijn moeder aan de telefoon lachen met de zaken die hij gedaan heeft ‘je moet eens horen wat hij gedaan heeft’.
* Dit voorbeeld toont aan dat het beeld bijna nooit unidimensionaal is. Hij/zij zegt wel dat hij dit van mij verlangt maar hoe moet ik dit gaan invullen.
* Er is nooit een volledige determinatie 🡪 eigen interpretatie
* Wij hebben een ‘Walt Disney-beeld’ van kinderen 🡪 zijn niet met serieuze zaken bezig : vanaf de leeftijd van 3 jaar gaan ze zich 3 serieuze vragen stellen
* Waar kom ik vandaan? Waar komen de baby’s vandaan? Biologisch antwoord volstaat eigenlijk niet
* Wat is het verschil tussen een jongen en een meisje? Hoe is de ik in verhouding met de ander?
* Wat houdt mijn vader en mijn moeder tesamen? Of wat houdt ze niet tesamen? En wat is mijn plaats daarbinnen ? Heel veel kinderen nemen de schuld op zich in een scheiding
* De separatie heeft te maken met de onvolledigheid van de antwoorden die geboden worden door de ander, de antwoorden met de bijbehorende verdeeldheid
* Vb. Beeld je in dat je perfecte ouders had die op alles de juiste antwoorden gaven 🡪 geen ruimte voor interpretatie 🡪 ergste wat een kind kan overkomen 🡪 ze moeten openingen open laten
* Vb. Ouders die te dicht op de kinderen zitten = ‘pre-geoccupeerde ouders’ 🡪 ouders die het kind aan zich vastbinden (voorbeelden waar de symbiose is vast blijven zitten)
* Neurotisch: dan krijg je een kind van 47 jaar die nog altijd voor de moeder zorgt en omgekeerd
* Psychotisch: folie à deux 🡪 man-man, ouder-kind,… vormt één fusioneel geheel 🡪 de jongste van het koppel vertoont een soort infantiliteit
* In gezonde context kan het kind afstand nemen 🡪 kwaliteit ouder-kind verhouding kan je meten aan de leeftijd wanneer het kind uit huis gaat
* Je hebt er die thuis niet weggeraken ↔ volwassenen die zo ver mogelijk wegtrekken
* Beide zijn niet goed 🡪 kijken hoe dit proces verliep : kwaliteitstoets voor aliënatie en separatie
* De separatie is een vraag op de onmogelijkheid om een bepaalde vraag in te vullen
* Die vraag is : ‘wat verlangt de ander van mij?’ 🡪 deze kunnen we niet volledig invullen
* In begin relatie: ‘Wat verlang jij eigenlijk van mij? Wat zie je in mij?’ 🡪 zelfde vraag bij kinderen
* Kinderen gaan dat uittesten 🡪 wat gaan de ouders doen als ik er niet ben?
* Vb. verstoppertje 🡪 kom mij zoeken : ‘ben ik belangrijk genoeg dat de ander mij komt zoeken?’ ↔ zelfmoordfantasie: we bouwen die uit in een periode waar we ons heel slecht voelen 🡪 vooral waar we nieuwsgierig naar zijn is of de ander mij zal missen
* Kan de ander zich permitteren van mij te verliezen

**Besluit subjectwording**



* Die subjectwording lijkt een eenmalig iets te zijn en dat betekent dat er voortdurend lagen bijkomen 🡪 onze identiteit is niet alleen een verdeelde identiteit maar ook een **gelaagde** identiteit
* $ gaat zich identificeren aan een aantal elementen dat hij bij de ander haalt en zich gaat separeren en dit allemaal rond iets wat centraal (a) aanwezig is en ontbreekt in het symbolisch
* Dit proces benoemen we als de **symbolische realisatie van het subject**
* het moet gemaakt worden, het is niet gegeven
* in dit proces worden 3 dingen gerealiseerd
* Invulling ander, eigen identiteit en de verhouding tussen die twee
* Deze tekening is dus een voorbeeld van een eigen identiteit, de identiteit van de ander en de verhouding tussen de twee
* Je kan dit ook verstaan als de theory of the mind 🡪 hoe de ander denkt over zaken
* Maar ook de theory of the World 🡪 hoe wij de realiteit lezen en dit is tot stand gekomen in het proces van de aliënatie en de separatie = dit hebben wij ook als **basisfantasma** benoemd
* Onderscheid diagnostiek op symptomen gericht VS onderliggende structuur
* Wij gaan vaak enkel in op de symptomen
* dit komt ook door een tekort aan tijd, de psychofarmaca, …
* ideale diagnostiek richt zich op de structuur
* Als we het accent op het ontwikkelingspsychologische leggen binnen die 2 processen botsen we al vlug op twee pathologieën
* Het loopt fout bij de aliënatie
* Te weinig spiegelingen
* Op dat vlak kunnen we ons voorstellen dat mensen te weinig zekerheid gekregen hebben 🡪 veel te weinig verlangen en dus ook te weinig invulling
* Met als effect een vergaande afhankelijkheid van de ander 🡪 zuchtigheid om zich te spiegelen aan he nt verlangen van de ander en een soort bestaansrecht te krijgen. Separatie komt niet in het plaatje voor. Vergeet niet dat de 1e angst separatieangst is 🡪 hier leren we mee omgaan in dat aliënatieproces (indien goed 🡪 invulling in een dragende verhouding).
* Hierdoor vergaande **separatieangst**.
* Het loopt fout bij de aliënatie
* Anderzijds te veel spiegelingen
* De gepreoccupeerde ander 🡪 effect is dat we een subjectontwikkeling zien waar die man/vrouw zoveel mogelijk afstand probeert te houden.
* I.p.v. een extreme afhankelijkheid is er een extreme onafhankelijkheid. We zien hier **intrusieangst.**
* Het loopt fout bij de aliënatie en de separatie
* ~ plankgas geven en op de remmen staan
* Borderline patiënten 🡪 extreme afhankelijkheid en onafhankelijkheid
  1. **Besluit**
* Eetstoornis 🡪 je kan dat symptoom begrijpen in verhouding tegenover de ander, we gaan dat gestructureerd bekijken
* Onderscheid twee groepen:
* Aliënatie: anorexia 🡪 het beeld dat je voorgehouden wordt is een extreem slankheidsideaal dat wordt opgedrongen langs alle kanten (vb. biopolitiek ~ victoriaanse tijdperk: wespentaille bereiken door korset 🡪 nu zitten we in een imaginair korset).
* Separatie: ook anorexia 🡪 in tijdskader Rubens is er absoluut geen verwachting dat een vrouw er uit zou zien als een plank en er waren daar ook al mensen met anorexia. Die groep gaat je beliegen, proberen onderuit te komen van de therapie. Ik moet niets hebben van die ander, wat is het eerste wat we krijgen? Voeding. (1e college 🡪 een problematiek ontstaat in verhouding tot de ander zal zich later herhalen tegenover andere anderen 🡪 deze moet ook gewijzigd worden in die verhouding)

HS 10: Angst, schuld en depressie

1. **Inleiding**

Merendeel van de aanmeldingen hebben te maken met angst, depressie en agressie. Dit zijn sleutelaffecten. Wat is de plaats van die affecten in dit diagnostisch model? Zeker als je weet dat binnen de categoriale diagnostiek een belangrijke rol spelen (DSM).

* Angst, depressie,… veronderstellen GEEN aparte structuur ( ≠ depressieve structuur)
* Dit heeft ook NIETS te maken met een positie
* Die affecten gaan wij begrijpen vanuit die structuur, het is daarbinnen dat ze hun belang krijgen
* Vb. Groot onderscheid tussen een neurotische en psychotische depressie
* Klassieke psychiatrie
* Uitsluitend psychotische depressie = melancholie
* Zelfde voor angst (geen aandacht voor neurotische vorm)
* Ook schuld 🡪 jonge kinderen voelen zich soms schuldig over de scheiding van hun ouders

1. **Angst**
   1. Algemeen

* **Biopolitiek** geeft de illusie dat perfectie bestaat en dingen die niet passen in dat perfecte plaatje weggewerkt moeten worden 🡪 de eis voor de normaliteit is zeer hoog
* Bij elke nieuwe DSM telkens nieuwe stoornissen die voordien normaal werden gezien
* Rouw mag maximaal 6 maand sturen 🡪 idioot!
* Volgens prof 🡪 rouw duurt twee jaar en tweede jaar veel erger
* Dit is een normaal affect 🡪 pathologiseren 🡪 medicatie
* Gevolg 🡪 wij weten niet meer wat angst is 🡪 dit is een normaal affect!
* Iedereen heeft angst 🡪 in bepaalde situaties meer dan andere
* Vb. angst voor publiek te spreken 🡪 de ene kan het beter verbergen
* Vb. je kinderen gaan ook schrik hebben, angst voor donker 🡪 ‘mijn kind is angstig’ 🡪 dit is een normale angst en een deel van de opvoeding bestaat eruit daarmee te leren omgaan! Omgaan met het tekort! Fout is dat de ouders er heel de tijd bijblijven
* Vb. 3-5 jaar: eerste nachtmerries 🡪 ‘mijn kind heeft een stoornis’ 🡪 het is de manier van omgaan dat het hanteerbaar maakt! Als de ouders daar heel paniekerig rondom doen krijgt het kind de spiegeling van dat het een stoornis heeft en wat je meemaakt is heel erg. Omgekeerde 🡪 kind wordt niet serieus genomen
* Darwin 🡪 evolutionair gegeven, motief voor die ontwikkeling, basisniveau angst is die arousal of aandacht vooraleer er geleerd wordt
* Freud 🡪 niet enkel op extern niveau maar ook intern (het komt van binnenuit) 🡪 die (a) kan voor een extern als voor een intern trauma zorgen
* Binnen die biopolitiek waar elk affect verdacht is 🡪 het is niet de angst die pathologisch is maar het is de eventuele bewerking van die angst die pathologisch is!
* Angst is dus ook een noodzakelijk affect
* We vertrekken bij een aanvankelijke ervaring van onlust (het gaat over negatief affect in de vorm van een lichamelijk gegeven ) 🡪 de ander gaat het bewerken dat hoofdzakelijk vaag en lichamelijk was 🡪 wordt een separatieangst
* Overgang puur lichamelijk 🡪 psychologisch
* Individueel 🡪 intersubjectief
* In de vorm van angst
* Minder benadrukt 🡪 angst is hét basisaffect bij uitstek (separatieangst = belangrijkste)
* In ontwikkeling is angst uitdrukkelijk een lichaamsbeleving
* Pas in tweede instantie een beleving 🡪 dit vergeten we soms als psycholoog : we gaan ons fixeren op die psychische beleving en vergeten die lichamelijke componenten
* Bemeestering van het affect via de symbolisatie gebeurt via de ander 🡪 het is altijd de ander die daar van belang is 🡪 één van de opvallendste opvattingen bij psychotherapie is dat los van de methode (bij neurotische problematieken) er op 2 à 3 sessies een serieuze verandering plaatsvindt (die niet blijven) 🡪 hoe komt dat? De cl die overhoop ligt met een aantal zaken en naar de Ander stap en deze zal een aantal zaken teruggeven en de cl zijn problemen erkennen = dat is dat proces
* Religie, wetenschap en kunst als antwoorden op die existentiële antwoorden 🡪 geen één van de drie is volledig
* De laatste 50 jaar 🡪 de collectieve antwoorden voor de angsthantering zijn op losse schroeven komen te staan
* Geschiedenis
* Vroeger: indien veel miserie 🡪 religieus antwoord voor formuleren
* Dit model wordt vervangen door de wetenschap sinds de jaren ’60
* Nu komt de wetenschap steeds meer onder vuur te liggen
* Reden? Steeds meer opiniestukken i.p.v. journalistieke artikels: aantal wetenschappers beweren wit en andere beweren zwart + we hebben nog nooit zo’n vlotte toegang tot kennis, maar ook foute kennis.

**Aantal invalshoeken om angst te bekijken**

* 1e invalshoek : angst binnen die ontwikkeling
* Automatische angst
* Angst die in het begin optreedt, dat negatief affect, is een angst waar we geen grip op hebben
* Overvalt ons
* Langs kant van de AP 🡪 geen symbolisatie
* Verwachtingsangst of signaalangst
* Heel veel symbolisatie
* Langs kan van de PP
* 2de invalshoek: angst begrijpen afhankelijk van de structuur waarbinnen het zich voordoet
* Angst binnen een neurotische structuur is anders dan binnen de psychotische structuur
* Angst bij een neurotische structuur zal altijd op één of andere manier een **partiële** angst zijn
* Subject is altijd in staat om naast zichzelf te gaan staan en te kijken naar zichzelf
* Vb. Extreme pathologische smetvrees 🡪 ‘ik weet dat dat complete onzin is’ 🡪 eigen mening helpt hem zich niet
* Bij psychose is het **allesomvattend**
* Geen mogelijkheid tot reflectie
* 3de invalshoek: koppelen aan de twee basisprocessen (aliënatie en de separatie)
* Angst die hoort bij de aliënatie 🡪 ‘ik moet het verlangen van de ander inlossen anders laat die mij vallen, anders tel ik niet meer mee’ 🡪 aliënatie is gekoppeld aan separatieangst
* Angst die hoort bij de separatie 🡪 de intrusieangst : de ander wil continu mij invullen
* Klinisch: groep met separatieangst gaat sneller op consultatie en gaat ook langer op consultatie omwille van die nood aan bevestiging ↔ de groep met intrusieangst komt niet vlug en zal snel opgeven 🡪 ‘weer iemand die mij zal zeggen wat ik moet doen
  1. Angst als een existentieel gegeven dat aan de basis ligt van 3 processen die we bovendien als 1 proces kunnen zien

|  |
| --- |
| Angst ligt aan de basis van **de subjectwording**   * Tot nu toe besproken in de colleges   Angst ligt aan de basis van **de symboolontwikkeling**   * In de ruime betekenis van representaties * Taal   Angst ligt aan de basis van **de menselijke realiteit** |

**Bovendien zijn deze 3 eigenlijk hetzelfde**

* Historische gevalstudie van Melanie Klein rond psychiatrische problemen bij kinderen: ‘The importance of symbol formation in the development in ego’
* Rond 1900 🡪 eerste gevalstudies: enkel volwassenen
* Moeilijkheden rond kinderen werden beschreven als pedagogische problemen
* In het kielzog van de psychoanalyse zullen er vanaf 1920 zich mensen bezig houden met de ontwikkeling en behandeling van kinderproblematieken
* Speltherapie 🡪 courant gegeven
* Therapie met kinderen
* Anna Freud ↔ Melanie Klein
* Serieuze meningsverschillen tussen die 2
* Voor een stuk die verschillen verklaren door de verschillende problematiek met wat ze werkten. Freud 🡪 werkte met relatief normale kinderen. Klein 🡪 zwaar gestoorde kinderen. Daardoor was de theorie van Klein zo waanzinnig als haar patiënten.
* Klein 🡪 heel groot aantal begrippen : projectieve identificatie, depressieve positie,…
* 2 centrale elementen
* Ontwikkeling ego 🡪 subjectwording
* Symboolformatie
* Dick, jongetje van 4 jaar oud
* Comorbiditeit 🡪 heel veel problemen 🡪 algemeen: ‘er gaat niets in er komt niks uit’ 🡪 letterlijk en figuurlijk
* Klein merkt vooral wat er NIET opvalt (↔ visie meeste mensen)
* Het kind heeft geen angst!
* Heeft als gevolg dat de mentale ontwikkeling gestopt is
* Klein: ‘ik heb geen materiaal om mee te werken’
* Belangstelling kind 🡪 treintjes = toch één bepaalde vorm van spel
* Klein 🡪 ontwikkeling is gestopt omwille van angst
* 1e sessie: Ze gaat een interventie doen, een constructie gaan maken d.m.v. die treintjes . Ze benoemt die treintjes: dit is de papa trein, dit is de Dick trein, moeder station,… Rijdt met dat Dick treintje in het station 🡪 geen reactie
* 2e sessie doet ze dat opnieuw 🡪 reactie! 🡪 angst bij Dick 🡪 hij gaat zich verbergen in de hal in een donkere ruimte. Klein 🡪 angst ziet ze binnen deze therapie als vooruitgang
* 3e sessie: begint mee te spelen en zelfs in lichte mate te spreken! Spreekt op heel infantiele wijze en gaat vooral over slechte en goede 🡪 in het spelen is zijn spelen heel destructief 🡪 er is een ontwikkeling die tot stand komt 🡪 de slechte worden naar binnen gebracht en de goede naar buiten. Niet enkel in spelen maar ook taal
* Na 5-6 sessies zien we vooruitgang in identiteitsontwikkeling, symbolische ontwikkeling en het idee dat de wereld groter wordt
* Geen genezing maar wel binnen die psychotische structuur meer dragelijker
* Die interventie door middel van de angst werkte dus!
* Symbolische equatie
* Symbolische vergelijking
* Datgene wat intrapsychisch bezig is in termen van goed en slecht 🡪 gaat zich op woorden gaan zetten 🡪 worden er steeds meer
* Ook bij normale ontwikkeling 🡪 spiegelingen overnemen 🡪 eerst beeldmateriaal en daarna woorden 🡪 spiegelingen die te maken hebben met lichaamsfunctie 🡪 het gaat over goed en slecht (incorporatie & expulsie) 🡪 terzelfder tijd zien we de ontwikkeling van het subject en naargelang een persoon zijn woordenschat of de kennis (S2) uitbreidt kunnen we ook onze wereld uitbreiden
* Vertrekpunt is dus die (a) of arousal of angst

1. **Schuld (en de link met angst)**

* Als je de wetenschappelijke studies van affect bestudeert ga je zien dat er de laatste 15 jaar relatief weinig aandacht aan schuld besteed wordt ↔ vroegere studies : schuld = centraal
* Schuld past niet binnen het wetenschappelijk model (idee prof)
* Gaat vaak over moraal en religie
* Nu spreken we over etiologie 🡪 anders vertaald: ‘wiens schuld is het dat dit kind die problematiek heeft?’
* Want hij is er niet mee geboren 🡪 aangeboren aandoening = neurologie
* Duidelijkst zichtbaar bij kinderen 🡪 elke ouder zonder uitzondering met een kind met problemen voelt zich schuldig 🡪 hoe gaat hij/zij om met die schuld? 🡪 je kan het bijvoorbeeld volledig ontkennen
* 3 antwoorden:
* Het is de schuld van de ouders/opvoeding 🡪 in ideale behandeling = ouders ook op consultatie komen 🡪 impliciet ouders boodschap geven dat de ouders er mee te maken heeft = voelen zich beschuldigd
* Het is de schuld van de maatschappij (slechte omgeving waardoor mensen kansarm zijn) 🡪 dit is te gemakkelijk
* Het is iets in de hersenen = idee vandaag 🡪 we zien dat er iets anders is in de hersenen 🡪 hersenen zijn niet per se de oorzaak
* Schuldvraag is dus vanaf het begin in de diagnostiek inbegrepen zit!
* De patiënt is zich daar zeer goed van bewust
* Meer nog de wijze waarop iemand omgaat met de schuldvraag kunnen we al gebruiken als een diagnostische indicatie
* Ingebakken in de subjectwording : 1 stap verder als de angst

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* In eerste instantie over dat proces
* Iets wat kan ontbreken
* Die (a) dient zich aan en die ander A moet daarop reageren
* Dit betekent ook dat het antwoord kan ontbreken 🡪 dat het niet komt of er een foutief antwoord wordt gegeven
* Antwoord 🡪 dit betekent dat de ander de verANTWOORDelijkheid heeft
* Tweede proces : kind is 3-4 jaar
* Moet zich identificeren met wat de ander voorhoudt om een antwoord te kunnen krijgen
* Daar ligt er een bepaalde verANTWOORDelijkheid 🡪 weigeren/fout identificeren
* Typische uitspraak 5 jarige 🡪 ‘het is mijn schuld niet’
* Rond begin al direct een ping-pongspel rond de verantwoordelijk 🡪 ouder-kind, kind-kind,… Dat zorgt ervoor dat die ontwikkeling zich gaat ontwikkelen
* Koppeling angst: eerst angst, daarna schuld
* Bijna in alle gevallen een angsthantering: primaire angst hanteerbaar maken
* Ontwikkelingsperspectief
* Angst binnenin voelen 🡪 die arousal waardoor we overvallen worden en waar we niets mee kunnen doen 🡪 naar de ander gaan
* Op het ogenblik we die aanvankelijk ongedefinieerde angst kunnen vertalen in schuld 🡪 we kunnen er iets aan doen: als ik dit/dat doe 🡪 schuld = bemeesteringspoging
* Klinisch voorbeeld
* Kind 5 jaar ernstige vorm leukemie
* Enorme angst ouders
* In alle gevallen gaan ouders op zoek naar een oorzaak 🡪 verklaring komt er altijd op neer dat de ouders zich schuldig voelen
* ‘we mochten nooit daar gaan wonen/ we mochten nooit die voeding geven’ 🡪 illusie van dat ik het had kunnen vermijden 🡪 schuld = angsthantering
* We gaan het later ook zien bij mensen met een trauma 🡪 99,9% verkeerde tijd v verkeerde plaats 🡪 heel vaak gevoel dat het voorkomen kon worden
* Als clinicus dat schuldgevoel niet wegnemen 🡪 angst is hanteerbaar
* Bij iedereen aanwezig 🡪 betekent ook dat waarop de wijze schuld als affect geïnstalleerd wordt moet gekoppeld worden aan de verschillende subjectstructuren

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Drie verschillende structuren om in de taal te staan (perversie,psychose en neurose) 🡪 zie bovenstaand model
* Dus ook een verschillende manier van schuldhantering
* Dit kan je zien als een soort toets 🡪 schuldvraag binnen deze 3 moeten anders gehanteerd worden
* De specifieke structuur bepaalt niet alleen hoe iemand omgaat met de angst maar ook met de schuldvraag
* Neurose:
* Hysterisch: bereid schuld te bekennen op voorwaarde dat de ander ook schuld bekent 🡪 ‘ja ik heb dat gedaan , maar vergeet niet dat jij ook voor een stuk schuldig bent’
* Dwangneurotisch: schuldvraag zoveel mogelijk vermijden door alles zo perfect mogelijk op voorhand proberen in te vullen 🡪 gevoel ‘ik heb het niet goed genoeg gedaan’
* Perversie:
* Forensische kliniek 🡪 komen vaak in de krant
* Pervert zal altijd zeggen dat de schuld bij de ander ligt
* Vb. pedofiel 🡪 ‘kinderen genoten daarvan’ 🡪 volledig andere verhouding tegenover de schuld en totaal anders in de taal staat 🡪 botsing 2 structuren (neurose x perversie)
* Psychose:
* Vb. Kim de Gelder 🡪 grensoverschrijdend gedrag 🡪 iedere psychiater weet dat hij een psychotische structuur heeft 🡪 risico volksstructuur: toch toerekeningsvatbaar verklaard ! 🡪 je kunt die man niet veroordelen voor zijn daden , hij is schuldonbekwaam
* Klassieke psychosomatiek 🡪 later vervangen door somatisering 🡪 in jaren ’70 ontstaan 🡪 splitsing geest en lichaam gaat niet op 🡪 aantal aandoeningen waarvan we de medische oorzaak niet kennen 🡪 ‘ het zal dus wel iets psychisch zijn’ 🡪 volgende stap: **beschuldiging patiënt** (vb. borstkanker: geen medische reden dus oorzaak bij patiënt)
* Susan Sontag: ‘illness as metaphor’ 🡪 borstkanker als psychosomatisch fenomeen en hoe dit de patiënt kwetst
* Vb. TBC 🡪 ziekte van de romantische dichter: wegteren van liefdesverdriet
* Eind jaren '90 🡪 positieve psychologie: als je maar goed genoeg denkt zal je wel genezen (bij kankerpatiënten) 🡪 nooit bewezen 🡪 komt zeer beschuldigend over voor de mensen die niet positief denken
* Niet enkel de omgeving zit met die schuldvraag 🡪 een aantal patiënten denken dat ook!
* Dodelijke ziekte 🡪 allerlei dingen proberen 🡪 schuldvraag : waarom heb ik deze dodelijke ziekte ontwikkelt en wat kan ik daaraan doen? 🡪 vertaling angst naar schuld
* Als je dan op een aantal personen botst die de schuldvraag ondersteunen 🡪 ‘je hebt inderdaad wel een ongezonde levensstijl’ 🡪 zal dat alleen maar versterken
* Link kliniek:
* Grote voorwaarde om met een cl te kunnen werken 🡪 ziekte-inzicht vertonen
* Indien verplicht op consultatie 🡪 geen vooruitgang
* Ziekte-inzicht = schuldinzicht

1. **Depressie**

* Kunnen we dit beschouwen als een affect? We plaatsen het binnen de noemer van stemmingsstoornissen
* Zo algemeen als diagnose dat het een enorm risico inhoudt om het te vlug stellen
* Gevaarlijk : direct medicatie
* Vb. cl voelt zich slecht zonder medische oorzaak 🡪 **antidepressiva**
* Effect niet veel groter als die van een placebo
* Betekent niet dat ze niet werken
* Wel neveneffecten die zeer onaangenaam zijn
* Minste van alle medicatie
* Foute diagnose : komt veel voor omdat heel veel patiënten zelf met die diagnose komen 🡪 vaak vrouwen, niet slapen, huwelijksproblemen, huilbuien,… 🡪 neiging die diagnose doen = anamnese grondig voeren 🡪 in een ruim aantal gevallen zal dat komen door baby waar ze verschillende keren voor moeten opstaan 🡪 zorg 80 % moeder🡪 prestatie op werk lijdt daaronder 🡪 geen zin in seks 🡪 niet ziek maar oververmoeid = lost niet op door pillen te nemen 🡪 omgevingsfactoren wijzigen
* Grondig anamnese voeren!
* Vb. persoon met persoonlijkheidsstoornis die op 5 weken ontstaan is
* Wat bleek dat hij een zeer agressieve hersentumor had
* Vb. Man met besmetting klierkoorts
* Kan optreden zonder koorts 🡪 typisch beeld vermoeidheid, lusteloosheid,… 🡪 kan lijken op een depressie
* We kunnen depressie begrijpen binnen de 3 verschillende structuren
* Onderscheid depressie bij iemand die zich langs de aktuaalpathologische of psychopathologische kant bevindt
* Burn-out kunnen we stellen als een soort van depressie
  1. Depressie en de subjectwording
* Prof begrijpt dit als het omgekeerde van die subjectontwikkeling 🡪 we verliezen een aantal identiteitslagen of de identiteit op zich = **desidentificatie**
* ‘Ik verlang niets meer, ik beteken niets meer, er is niemand die verlangt naar mij en er is niemand die iets betekent voor mij’ 🡪 vliegwielbeweging waarbij we dingen overnemen is stilgelegd 🡪 er ontstaat een leegte : het zal de omvang zijn van de leegte die bepalend is voor de depressie

**Historisch**

* Freud : eerste die depressie dynamisch uitlegde 🡪 depressie (‘melancholie’) = rouwproces
* Eerste belangrijke overeenkomst: **vermoeidheid**
* Rouw: er is rouwarbeid = proces dat hij/zij niet kan sturen 🡪 dat is een werk en slorpt energie 🡪 voortdurend herinneringsbeelden = hallucinatoire levendigheid (niet psychotisch) 🡪 ergst in de ochtend en die man/vrouw naast u ligt en dat niet meer het geval.
* Freud beschrijft dat metapsychologisch : die persoon zit in ons door al die perceptuele beelden die we hebben opgebouwd doordat we zo vaak samen waren 🡪 deze zijn van buiten naar binnen gekomen en dit gaat deel uitmaken van je zelf 🡪 deze beelden moeten weer naar buiten gebracht worden (expulsie)🡪 de persoon die langs buiten gestorven is moet ook nog binnen sterven 🡪 dan is het rouwproces voorbij 🡪 paar jaar later: ‘ik kan hem niet meer zien voor mij als ik mijn ogen sluit’
* Vergelijking depressie: bij depressie is men ook iets kwijt, alleen is het niet zo duidelijk 🡪 er moet ook iets langs binnen opgeheven worden en dat moet naar buiten gebracht worden 🡪 er moet een soort leegte ontstaan
* Depressie moeilijk als affect te beschrijven 🡪 depressie = leegte tegenover een vroegere volheid 🡪 depressie ↔ enthousiasme = ‘vol zijn van iets of iemand’
* Vb. acute psychotische depressie : persoon is vanbinnen helemaal leeg 🡪 wachten tot hij helemaal verkruimeld (syndroom van Cotard) ↔ megalomanie : psychoticus die zo overvol is (voelt zich een god en is heel enthousiast)
* Depressie is vol tegenover leeg 🡪 waarom is een depressief persoon leeg? 🡪 de subjectidentificaties zijn in de omgekeerde richting aan het verlopen 🡪 de persoon is zich aan het ontidentificeren (aantal identificaties verloren = bepaald ernst ) 🡪 er is iets langs de binnenkant weg!
* Tweede vergelijking : **schuldbesef**
* Rouw : vaak geen schuldgevoel tot je die mensen voldoende lang laat spreken en is er een bepaalde fase van de kwaadheid en de beschuldiging 🡪 de persoon die achterblijft voelt zich in de steek gelaten : ‘kijk wat hij mij heeft aangedaan, ik blijf hier nu alleen achter’ 🡪 volgende stap : hoe durf ik nu zoiets denken
* Depressie: in heel veel gevallen zul je daar een schuldbesef vinden (‘ik ben niet goed genoeg, ik voldoe niet aan het ideaalbeeld’). Schuld is veel meer op het subject zelf gericht. Psychotische melancholie = massale schuld (alles wat er misloopt in de wereld is zijn schuld) ↔ neurotische melancholie: particuliere schuld

**Punt van declenchering**

* Vaak iets dat al langer sluimert en dan een punt van doorbraak door een extra ‘duwtje’ 🡪 punt van doorbraak: overtuiging depressief persoon 🡪 uit het verlangen van een belangrijke ander te vallen.
* Subjectwording 🡪 identificeren met het verlagen van de ander 🡪 om te kunnen bestaan in het verlangen van de ander ↔ omgekeerd: ik heb de overtuiging dat ik niet voldoe
* Twee vaak voorkomende gevallen
* Relatiebreuk 🡪 zeker als hij/zij verlaten wordt voor iemand anders
* Werksituatie 🡪 onze identiteit is voor een stuk een professionele identiteit geworden
* Het is door je functie dat je iemand bent
* Als je dan bij de evaluatiegesprekken hoort dat je niet voldoet
* Meer en meer depressies daaraan gekoppeld
* Klassiek dus familiale oorzaak maar nu significant aandeel door werkomgeving
* Hoge correlaties tussen werkloosheid en depressie
* Declenchering grijpt plaats daar waar men uit die dragende verhouding valt
* Als dat stuk omvangrijk is zal die depressie vrij groot zijn

**Klinisch**

* ‘Hoe komt het dat bepaalde mensen gevoeliger zijn dan anderen? ‘ 🡪 aannemen dat er een grotere gevoeligheid is dan bij anderen 🡪 hoe komt dat? Genetisch? 🡪 het zal altijd 50-50 zijn
* De voorgeschiedenis wordt gekenmerkt door bepaalde life-events
* Dit heeft te maken met dood 🡪 vb. op vroege leeftijd dood oude maar ook scheiding,…
* Dit is iets waardoor die dragende verhouding op de helling komt te staan 🡪 zal zijn sporen nalaten 🡪 als men dan later in een gelijkaardige situatie komt waar er een verhouding weer op de helling staat zal die reactie vlug gereactiveerd worden : kans op depressieve reactie vrij groot
* Voorbeeld: eens voorbij een bepaald punt lukt die behandeling meestal wel maar zien wel later toch een herval en vaak op het moment de therapeut op vakantie gaat 🡪 onbewust ‘hij laat mij weer in de steek’ 🡪 dus daarom op voorhand mee aan de slag gaan 🡪 ‘indien er iets is kan je mij die periode toch e-mailen’ 🡪 meeste sturen toch niks maar op die manier toch een gevoel van ondersteuning
* Voorbeeld: typisch depressie zal die man/vrouw nauwelijks spreken of zelfs bewegen 🡪depressieve mensen die 3x een halfuur per week sporten = even goede effecten als psychotherapie 🡪 maar je krijgt ze niet in beweging! 🡪 die zegt niets! 🡪 logische reactie: ‘de therapie heeft niet veel zin nu, beter wachten op medicatie die werkt,we gaan binnen 4 weken terug afspreken’ 🡪 die patiënt voelt zich weer afgewezen 🡪 beter: ‘het is heel zwaar voor u en dat begrijp ik, dus in plaats van 1x/week 40 min dus we zouden dan beter 2x/week 20 min afspreken’🡪 later heel dankbaar voor

**Schematisch**

A

(a)

S

* Basisfantasmas: manier waarop wij ons verhouden tegenover de ander, welke positie we innemen in het verlangen tot de ander
* Dat innemen doen we systematisch op dezelfde manier 🡪 vb. zelfde vrienden zoeken
* Depressie: je telt niet meer mee = we vallen uit dat basisfantasmas
* Depressie bekijken als een passage moment = een mogelijkheid tot verandering
* Het geruststellende is dat een depressie in nagenoeg alle gevallen altijd overgaat
* Alleen is de kans op herval groter met elke depressieve periode
* Het gaat over op het moment dat we een nieuwe ander ontmoeten met wie we dezelfde basisfantasmatische verhouding kunnen realiseren
* Er is niets veranderd 🡪 overgang van hetzelfde naar hetzelfde
* Depressie biedt ook de mogelijkheid tot verandering
* Basis: In de wijze iemand zicht verhoudt tegenover de ander
* Normaliteit: Indien veel flexibiliteit in aanwezig
* Pathologie: vrij starre structuur (systematisch opzoek naar misbruikende partner)
* Psychotherapie moet zich daarom richten op het veranderen van de structuur
* Eerst acute problemen hanteren 🡪 angst of depressie hanteerbaar maken
* Als men dan stopt is de kans op herval vrij groot
* Voorbeeld: man 3x depressie 🡪 ‘ik wil toch langer gaan ook al voel ik mij beter’ 🡪 er zal zich dan een rouwproces installeren over de eigen identiteit 🡪 opzoek gaan naar wie hij is 🡪 hoe langer hoe meer verliezen van idee wij hij werkelijk is
* Niet alleen een massale twijfel bij wie ik ben! Maar ook de identiteit van de ander ! Dus deze wordt op dat moment zeer bewerkbaar!
* Blade runner 🡪 perfecte voorbeeld: onderscheid robotten en echte mensen

**Besluit**

* Diagnose depressie is te gemakkelijk
* We gaan voorbij aan de achterliggende structuur

**DEEL III : Posities van het subject. Differentiaaldiagnostische verhoudingen ten opzichte van (a) en A**

**Inleiding**

* In deel 3 gaan we klinische posities en structuren meer specifiek bekijken
* Indeling
* HS11: actuaalpathologische positie: paniekstoornissen en somatisering
* HS12: tussen aktuaal en psychopathologie: posttraumatische stresstoornis en borderline
* HS13: de psychopathologische positie van het subject: hysterie en dwangneurose
* HS14: de perverse structuur van het subject versus perverse trekken
* HS15: de psychotische structuur van het subject

HS 11: De aktuaalpathologische positie: paniekstoornissen en somatisering

1. **Inleiding**

* Omvangrijk stuk hedendaagse kliniek gaat over die aktuaalpathologie
* Term zul je niet vaak horen
* Term in Gent ontwikkeld
* In de internationale cultuur spreken we over mentalisatieproblematiek
* Prof wil aantonen hoe belangrijk een diagnostische redenering is voor de behandeling die daarbij aansluit 🡪 methodologische grondregel : manier waarop je een probleem definieert stuurt de oplossing aan 🡪 daarom ontzettend belangrijk

1. **Toepassingsgebied is veel groter geworden**

* We zitten simpelweg op andere plaatsen dus zien we andere problematieken
* Ons vakgebied is vrij jong, jaren 70 begonnen 🡪 stevige opbloei met de klinische ontwikkelingspsychologie
* Oorspronkelijke doelgroep was vrij beperkt 🡪 vooral neurotische problematieken, focus rond relaties en seksuele ervaring, ook stuk angst & depressie 🡪 dat veld is ondertussen geëxplodeerd
* Plaatsten waar aanvankelijk geen psychologen werkten nu uitdrukkelijk aanwezig: medische sector (vb. palliatieve zorg)
* Drempel veel lager🡪 schaamte, schuld veel meer verdwenen
* Vier verklaringen waarom het toepassingsgebied veel groter geworden is
* Vanaf jaren 90 plots toename van een aantal problematieken die we voordien wel kenden maar de omvang en intensiteit begon plots alle records te breken.
* Vb. eetstoornissen 🡪 plots overal aanwezig
* Vb. automutilatie
* Vb. drugsverslavingen 🡪 nu ook gokverslavingen
* Vb. kinderproblematieken 🡪 adhd,add,.. 🡪 wordt moeilijk normale kinderen te vinden
* Al die problematieken vertonen eenzelfde kenmerk 🡪 ze beschrijven een bepaald gedrag: bovendien een gedrag daar iedereen intuïtief bij aanvoelt dat het niet juist aanvoelt. (Vb. iemand die zich zelf pijn doet, daar schorst toch iets mee)
* Gedragsbeschrijving
* Die gedragsbeschrijving wordt heel vaak een diagnose waarbij het afwijkende gedrag plots een afwijkende stoornis wordt. Vb. ADHD
* Vervolg is voorspelbaar 🡪 behandeling focus op wegwerken van dat storend gedrag bij ADHD kinderen 🡪 dit kunnen we veralgemeniseren naar alle stoornissen
* Op den duur geen psycholoog meer maar politieagent 🡪 persoon mag dit niet, mag dat niet,.. ervoor zorgen dat iemand gezond eet,zichzelf geen pijnn doet 🡪 niet de juiste aanpak
* Geen nieuwe problemen maar komen vaker voor en vaker in combinatie
* Maatschappelijk afvragen hoe dit nu precies komt
* We kunnen die problemen allemaal als afzonderlijke zaken gaan beschouwen 🡪 zoals DSM doet of een andere lijn vraag stellen dat er daar geen samenhang tussen zit 🡪 is er tussen die stoornissen die samen voorkomen geen bepaalde samenhang?
* Dit onderzoeken ze bij die aktuaalpathologen in Gent 🡪 die gemeenschappelijke kenmerken tonen ook ineens het verschil met de algemene,klassieke problematieken (vb.relatieproblematieken,neurotische problematiek)

1. **Hedendaagse versus klassieke problematieken**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hedendaagse problematieken** | **Klassieke problematieken** |
| * **Het lichaam** is heel duidelijk geïmpliceerd * Vb. ADHD * Drugsproblematiek * Eetstoornissen * Automutilatie * Omkering psychologische problematiek 🡪 problematieken ter hoogte van het lichaam waar er ook een bepaalde psychologische problematiek aan verbonden is | * Van **psychologische aard** * Fobieën * Smetvrees 🡪 mentale constructie die een bepaald aantal handelingen zal gaan bepalen * Psychotherapie |
| * **Performatief** * Het zijn stuk voor stuk zaken die gedaan worden, het gaat over gedrag * Gestoord handelingsproces * Vb. automutilatie is een bepaald gedrag | * In essentie **psychologische processen** die niet volledig juist zijn |
| * Patiënten hechten nauwelijks betekenis aan wat ze meemaken, **de betekenis ontbreekt**! * Het gaat enkel over de moeilijkheden die ze ervaren * Geen idee dat hun moeilijkheden op een of andere manier betekenis hebben | * Bijna automatisch **betekenis bij patiënt** dat zijn symptomen iets betekenen * Fobie: ik weet dat ik geen schrik moet hebben, maar wat betekent dat dan voor mij? * Smetvrees 🡪 ik weet dat dat idioot is maar wat betekent dat dat voor mij? * Belangrijk aanknopingspunt voor psychologische praktijk |
| * Nieuwe groep veel moeilijker, ontbreekt vaker, staat soms negatief tegenover de therapeut. * Meer en meer gezondheidsmanager ipv therapeut. * Therapeut moet cliënt verplichten bepaalde dingen te doen. * **Therapeutische verhouding fundamenteel anders** * Vb. eetstoornissen: vaak tegenwerking * Vb. drugsproblematieken: heel veel onderhuidse ondermijning van bepaalde zaken die je probeert te veranderen | * Therapeuten hadden het 40 jaar veel gemakkelijker * **Cliënt kwam graag** * Bereid voor mee te werken * Ziekte-inzicht * Medewerking |

* De hedendaagse problematieken zien we vooral bij mensen die in de aktuaalpathologische positie staan 🡪 behandeling moet volledig anders gevormd worden
* Als de focus op het gedrag is bij de patiënt ligt dan moet de behandeling daar ook rond gevormd worden
* Die bundeling van die verschillende stoornissen worden vandaag ook heel vaak op een andere manier gebundeld want zolang we te maken hebben met kinderen vinden we die comorbiditeit.
* Als we te maken hebben met de volwassen 🡪 vooral in persoonlijkheidsstoornissen gebundeld: dergelijke diagnose vormt daarom vaak een heel negatieve connotatie.
* Vb. borderline 🡪 betekent patiënt die niet graag meewerkt 🡪 morele oordeel wordt hier al direct aan gekoppeld

1. **Aktuaalpathologie: vroege stopzetting ontwikkeling**

* Stelling die wij naar voor schuiven 🡪 heel die groep is in die vroege periode blijven hangen

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Op grond van die stelling kunnen we al begrijpen dat die psychische elaboratie,betekenisverlening hier ontbreekt
* Die problematieken (in een heel vroeg stadium vastzitten) zullen zich dus vooral lichamelijk situeren 🡪 lichaamsbeeld + innerlijke
* Als die ontwikkeling in dat vroeg stadium fout gelopen is wil dat zeggen dat er iets fout gelopen is in de ontwikkeling met de ander
* Het is in de ontwikkeling met de 1e,2e ander dat we leren met ons lichaam om te gaan, die band moet een fundamenteel vertrouwen hebben ( Vgl. eencellige Freud = positieve verhouding 🡪 het moet positief zijn zodat alles binnengehouden wordt 🡪 er moet fundamenteel iets misgelopen zijn in die vroege verhouding)
* Mentalisatie
* Niet-gementaliseerde problematieken
* Koppelen aan visie aantal colleges terug
* Klassieke visie op psychotherapie is een **conflictvisie** (voor psychopathologie)
* De identiteit is een verdeelde identiteit omdat daaronder de fundamentele splitsing lichaam-geest zit
* De symptomen zijn altijd constructies om die angst hanteerbaar te houden
* Dit geeft ook heel duidelijke implicaties voor de behandeling
* Bij die groep gaat die behandeling niet op: het is een **defectpathologie** (voor aktuaalpathologie)
* Er ontbreekt iets,er is iets misgelopen 🡪 die mentalisatie
* Alles is gestopt in dat vroege stadium en de problematieken kunnen we daaraan koppelen
* Als we hier te maken hebben met een defectpathologie 🡪 dan moet dat verticale pad geïnstalleerd worden, bovenop dat somatische
* Voordeel theorie is een belangrijk element behandeling = het lijkt nu bijna enkel een cognitief probleem te zijn 🡪 sommigen hebben de kans niet gehad om een goeie mentalisatie of verbalisatie of symbolisatie kunnen ontwikkelen 🡪 we gaan hen dat aanreiken,aanleren.
* We gaan dan veel beter kunnen omgaan met die problemen : dus voornamelijk accent **cognitieve**. In heel veel gevallen mislukt dit.
* Het voordeel van deze theorie is dat we een 2e belangrijk gegeven naar voor schuiven : niet alleen ontbreken elaboratie , maar ook de reden waarom het ontbreekt!
* Er is in die verhouding fundamenteel iets mis 🡪 we moeten ons op 2 dingen richten (deze hebben een dwingende logische volgorde)  
   **Therapeutische verhouding** : klinkt zeer eenvoudig maar aardsmoeilijk. Afhankelijk van diagnose compleet andere therapie 🡪 bij PP teveel aan elaboratie, deze moeten gedeconstrueerd worden, bij de AP het tegenovergestelde : geen verhouding waarop deze konden overgenomen worden   
  **De overbrenging:** (tegen)overdracht

1. **Freuds aktuaalneurosen: een vergeten categorie (Freud)**
   1. Opsplitsing afweerneuropsychose en aktuaalpathologie

* Freud rond 1895 : werkte binnen de neurologie, net zoals veel jonge onderzoekers vandaag 🡪 moest de universiteit verlaten.
* De geneeskundige praktijk was een mengeling van psychotherapie en huisartsenpraktijk 🡪 geneeskunde focus op hogere bourgeoisie
* Heel veel psychiatrische problemen
* Freud neuroloog en iemand die de wetenschap van zijn tijd goed kent 🡪 maar kon met zijn kennis uit het labo niks doen in de praktijk🡪 gaat een diagnostisch systeem uitwerken : met welke problemen heb ik te maken, als je zijn nota’s leest zie je hoe hard hij op zoek is naar een categorisatie
* Gaat 2 groepen onderscheiden die fundamenteel anders zijn (andere oorzaak en behandeling)
* **Afweerneuropsychose**:
* AFWEER: belangrijkste deel van de term 🡪 bij grote groep mensen moeilijkheden om te spreken, bepaalde dingen niet durven/willen/kunnen zeggen. Vrij snel vaststelling dat het te maken heeft met onderliggende conflicten waardoor een onderliggend conflict is. En dat conflict heeft te maken met de seksualiteit en deze is vaak in de aard van misbruik,traumatische aard. Psychisch functioneren opgesplitst 🡪 Charcot benoemt dit als **dissociatie**.
* NEUROPSYCHOSE: op dat moment in de kliniek generieke term, alles was neurose, psychose onderdeel van neurose 🡪 zeer generieke term
* Hier zal hij de dwangneurose, hysterie,… aan koppelen
* Grond van problemen lag steeds vroeger 🡪 vaak misbruik in kindertijd
* **Aktuaalpathologie**:
* Seksuele problemen zonder geschiedenis 🡪 problemen waar geen conflict aan de grondslag aan ligt.
* Aktuaal = actueel = geen historisering🡪 verrassing voor hem: zonder conflict, zonder psychische gelaagdheid en zonder historisering
* Freud: ‘kan er niet mee werken, ik heb geen materiaal’ 🡪 verdwijnt uit zijn werk  
  🡪 wel verwijzingen
* Vb. melanie klein : er is geen psychisch materiaal, ik kan eigenlijk niets bewerken,.. Klein heeft een andere betekenis als Freud 🡪 misschien kan ik mijn ervaring met andere patiënten zetten op die patiënten die AP zijn.  
  1. Binnen die aktuaalpathologie onderscheidt Freud de angstneurose en de neurasthenie

**Angstneurose:**

* Vandaag ook nog altijd de belangrijkste 🡪 zal dit heel gedifferentieerd beschrijven. De 7 (eigenlijk 6) kenmerken van zijn beschrijving:
* Algemene prikkelbaarheid met ervaring van slapeloosheid (stress, slapeloosheid)
* Angstige verwachting : ondergrond van angst
* ‘ik had wel verwacht dat het zou gebeuren’
* de vrij vlottende angst : op zoek naar iets om zich op te zetten
* Angstaanvallen = paniekaanval
* Freud beschrijft lichamelijke ervaring heel gedetailleerd + somatische equivalenten zonder angst
* Nachtelijke angst
* Maar men kan er geen droom aan koppelen
* We worden allemaal wel eens wakker voor hét zal gebeuren
* Hier is het vreemd 🡪 soort paniekaanval in de slaap
* Vertigo: knikkende knieën
* Twee fobieën die kunnen optreden binnen de angstneurose 🡪 heel vreemd en verrassend omdat hij de fobieën uitsluitend als voorbeeld voor de PP gaf 🡪 Het zijn bijzondere fobieën omdat ze geen onderliggende betekenis hebben, ze zijn niet gelaagd. Uitvergroten van angsten die evolutionair bij iedereen van ons aanwezig zijn : angst voor hoogtes, ongedierte, donker,…
* **Agorafobie**: angst voor open ruimtes
* **Hypochondrie**: iemand die angst heeft voor een bepaalde ziekte die hij kan krijgen
* ↔ Freud: hypochondrie binnen de context van AP hoort voor hem thuis bij de psychose, de aanvangsfase van de psychose. Typische binnen die beginnende fase is dat een psychoticus overtuigd is dat er in zijn lichaam iets in is. Het is niet de vraag van heb ik het of heb ik het niet 🡪 ‘ik heb het!’ 🡪 stapt naar de arts i.p.v. de psycholoog. Vraagt een diagnose voor hetgeen hij voelt in zijn lichaam. (Vb. beginperiode televisie. Psychoticus: als dat programma opstaat voel ik last terhoogte van mijn borst en er moeten röntgenfoto’s genomen worden ↔ neurose: overtuigd van dat er iets verandert is in zijn lichaam. Verticale lijn : ik heb iets en gij moet mij vertellen wat het is. De ander moet daarvoor aanreiken )

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

**Neurasthenie**

* Vuilbakdiagnose, als men niet goed wist welke moeilijkheden men te maken mee had vlug deze diagnose
* Vgl. Borderline zoals vandaag 🡪 Freud gaat dat heel sterk inperken

1. **Paniekstoornis: oude wijn in nieuwe vaten**

* Afweerneurose: seksualiteit,driftmatige zit volledig op slot
* Angstneurose : seksualiteit verloopt volledig anders binnen dat aktuale 🡪 de volledige ontlading vindt niet plaats
* Seksualiteit noemt hij als spanningsopbouw en deze moet op een bepaald moment ontlaadt worden.
* Als die ontlading niet kan gebeuren zal deze spanning zich ergens gaan opzetten, binnen de angstneurose zal deze zich binnen angst verschuilen.
* Situeren binnen victoriaanse tijdperk: masturbatie en homoseksualiteit waren twee ziektes waar niet over gesproken mocht worden
* masturbatie 🡪 ontbreken psychische gelaagdheid : kan daar niks mee doen.
* We zitten daar met spanning (= stress): je kan je niet voldoende ontspannen 🡪 dat is ook iets dat lichamelijk aanwezig is, ene spanningshoofdpijn,schouderpijn… keert ten volle terug
* De betekenis ontbreekt eigenlijk : dat is juist misschien een onderdeel van het probleem
  1. Kernidee
* Excitatie die te maken heeft met het driftmatig functioneren, die wordt niet psychologisch verwerkt 🡪 Het is een psychisme dat tekort schiet !
* Jaren 60 vorige eeuw 🡪 enorm veel onderzoek naar psychofarmaca = nieuwe goudmijn doordat men in jaren 50 toevallig met dat medicijn acute psychotische wanen kon behandelen 🡪 Men gaat massaal opzoek naar medicijnen via trial-and-error. Hierdoor minder erbarmelijke toestanden in psychiatrie.
* Medicijn voor bij schizofrenie werkt enkel bij een bepaalde groep en bij de andere groep werkt het niet.
* Melanie Klein : Het medicijn werkt enkel bij een bepaald soort angst en bij een andere soort angst niet.
* Je hebt een soort angst die heel acuut optreedt, die groep is letterlijk verlamt van de angst = **catatonie** = **paniekaanval**
* Ander vorm is de angst in de vorm van de **waanvorm**. Vb. ‘Die machine zal mij in een vrouw veranderen’.
* Op een bepaald ogenblik wordt die interesse voor paniekaanval een regelrechte hype. Via DSM uitgebreid naar paniekstoornis.
* Ongemerkt verschuift die paniekstoornis van psychose naar normaliteit, namelijk de neurose
* Binnen die hype van de paniekstoornis wordt nooit verwezen naar Freud die exact dezelfde definitie gaf voor de angstneurose!   
  1. Kenmerken
* Waarbij 4 of meer van de volgende kenmerken plots plaatsvinden en binnen de 10min een maximum bereiken
* hartkloppingen
* transpireren
* adem snakken
* …
* Wat Freud al doorhad was dat hij zei dat angstneurose ook zonder angst kan plaatsvinden: **non-fearful panic disorder (NFPD)**
* je hebt alle fenomen zonder de angstervaring
* Hoe kan nu iemand angstig zijn zonder het te weten
* Klassieke reactie: ‘Dat zal toch vrij zeldzaam zijn’ 🡪 fout: 1/3 met paniekstoornis zonder dat de angst ervaren wordt
* bewust en onbewust gaat niet alleen over inhouden,ideeën,.. maar ook over zaken die op affectief niveau liggen : wij ervaren affecten waar we ons niet bewust van zijn (?verticale lijn?)
* Arousal 🡪 doet iets met ons 🡪 normaal kunnen we dat verwoorden 🡪 we zijn ons daarmee van bewust 🡪 sommigen geen woorden voor
* Eerste 8 kenmerken heeft hij benoemd als **somatische angstequivalenten** : lichamelijke ervaringen (1 tem 8 en 12 & 13)
* Kenmerk 9 gaat over **derealisatie en depersonalisatie** (= gevoel van onwerkelijkheid, los van zichzelf te staan)
* Freud gaat dat anders benoemen : **desymbolisatie** = de woorden, de betekenaars worden ervan afgetrokken 🡪 vandaar die heel intense ervaring.
* Paniekaanval is één van de meest reële zaken zijn die we kunnen meemaken.
* Vb. vrouwelijke cl 🡪 zelf ontdekt dat ze die paniekaanval die ze voelde opkomen kon voorkomen door alle objecten te benoemen
* Kenmerk 10 en 11 🡪 precies het gevolg van het overspoelende : men heeft geen symbolische ankerpunten die beveiligend werken.
* Dit betekent dat iedereen wel eens een vroeg of laat een paniekaanval heeft meegemaakt 🡪 pas problematiek als het te vaak voorkomt
* Betekent dat nu dat je tot de AP behoort? Iemand die deze ontwikkeling heeft meegemaakt kan ook een regressie meemaken
* Merendeel van de mensen kan heel vlug die verticale lijn doorkomen maar mensen van AP zullen blijven binnen die horizontale lijn.
* Paniekstoornis met of zonder agorafobie 🡪 plaatje van 1906 is rond
* Paniekstoornis vertoont heel grote comorbiditeit met bvb alcohol of cannabisverslaving en depressie
* Psychische elaboratie ontbreekt

**Wat is de oorzaak van die angst?**

* Endogeen: kortsluiting binnen de hersenen 🡪 geen bewijs voor, te gemakkelijke verklaring
* Binnen de cognitieve psychologie 🡪 te maken met catastrofaal denken = als je op je lichaam let begin je allerlei dingen te voelen en als je teveel daarop let kan je een hart dysritmie vaststellen (zaken die heel normaal zijn)
* bij veel mensen : ‘ help ik krijg een hartaanval’ 🡪 minimale aanleiding die plots gemaximaliseerd wordt. Die hypothese klopt voor de 3e of 4e paniekaanval maar niet voor de oorspronkelijke.
* Die angstaanval is vaak niet zo ‘out of the blue’ 🡪 die situatie is op één of andere manier een trigger geweest 🡪 deze vertaald zich dan in de angstaanval (= ver-taald zich eigenlijk juist niet).
* Uit klinische evidentie blijkt vaak dat de voorgeschiedenis van die mensen die een paniekstoornis ontwikkelen er altijd uitgesproken een bepaalde separatieproblematiek aanwezig was 🡪 Verhouding tegenover de ander die gestoord is. Deze heeft niet de verhouding gevormd die het zou moeten doen.

**Wat komt die agorafobie daarbij doen**

* Soms ook claustrofobie
* Hoe valt dat nu te koppelen?
* Freud heeft daar ook geen verklaring voor 🡪 het is dus eigenlijk een uitvergroting van een normale angst
* Nadeel van een bepaalde diagnostische verklaring
* Hoe groot of hoe klein moet die ruimte zijn voor die angst te triggeren 🡪 lost niks op
* Klinische evidentie: beide angsten hebben te maken met het ogenblik dat er een paniekaanval zou optreden en degene die hulp zou bieden niet aanwezig kan zijn.
* Vb. op trein 🡪 ‘ik kan er niet af’. Vorm van separatieangst! Ik kan dat plein niet over behalve als X,Y,Z aanwezig zou zijn! Oorspronkelijke separatieangst 🡪 hoe lost het kind de separatie bij het slapen gaan 🡪 transitioneel object: knuffel ofzo. Ons transitioneel object is de smartphone 🡪 mensen geraken in paniek als ze hun smartphone niet vinden.

1. **Somatisatie, MUS en alexithymie**

* Geneeskunde: enorme uitbreiding 🡪 dergelijke uitbreiding heeft als gevolg dat hoe meer we weten hoe meer vraagtekens we hebben
* Hoe minder kennis, hoe meer zekerder je bent en vice versa
* Als we iets niet begrijpen geven we daar een naam van : als we een naam geven hebben we de illusie dat we dat begrijpen
* **MUS** : medical unexplained symptoms
* we begrijpen iets niet, geven er een woord aan en dan hebben we de idee dat we het wel begrijpen 🡪 dat is ongeveer 50% van de medische klachten
* Weigering DSM conversiesymptomen van hysterie op te nemen
* Conversie = convertere = iets overgieten in iets anders
* Een psychisch conflict zich gaat converteren in het lichaam en daar een lichaamssymptoom zal creëren 🡪 bewust woord symptoom: Je kan daar mee werken. Anders gezegd PP lijn. Wij zijn bezig met de verticale lijn bvb die somatische angstequivalenten dat zijn geen conversiesymptomen, ze zijn wat ze zijn, het zijn fenomenen.
* **Somatisering** is fundamenteel iets anders als conversiesymptomen
* Die medische verschijnselen 🡪 als we daar geen grond voor vinden 🡪 iets psychologisch : kijken met wat dat samenhangt
* Wat blijkt is dat die psychologen dan gaan praten met die patiënten over de MUS krijgen ze geen antwoord
* Term **alexithymie** komt voort uit de psychoanalyse.
* A = negatie
* Lexi = lectere = lezen
* Thymie = gevoelswereld
* Het niet kunnen lezen van de eigen gevoelswereld ; mensen die niet in staat zijn om te benoemen wat ze voelen in hun lichaam
* Meestal zien als een personality trait = iets dat gegeven is zonder vragen te stellen rond de oorzaak 🡪 Klopt natuurlijk niet 🡪 kent een ontstaansgeschiedenis
* Drie dimensies alexithymie
* Difficulty identifying feelings
* Difficulty describing feelings to others
* ~~externally oriented thinking~~ (= denken vooral naar buiten gericht)
* 3e valt weg en vooral eerste 2 die correleren met MUS
* Vb. droge hoest 🡪 raar iets : iemand die ons dat geleerd heeft en daar mee om te gaan, ook pijn die kloppend,snijdend,… kan zijn. Dit geldt ook voor affecten! We hebben dat geleerd van iemand.
* De itemanalyse toont een hoge correlatie tussen MUS en alexithymie : ‘i have fysical sensations which even the doctors do not understand’   
   + ‘ i am often puzzled by sensations in my body’ 🡪 arousal die gesymboliseerd moet worden via de woorden van de ander : iemand blijft steken in die heel vroege fase
* Dat is die vloeiende lijn
* Hoe dichter bij (a) hoe gemakkelijker de behandeling
* Besluit: Er ontbreekt een bepaalde verhouding
* Burnout ook voorbeeld somatisering

1. **Besluit: aktuaalpathologie – implicaties voor de behandeling**

* Bij het stellen van een diagnose kunnen we 2 richtingen uitgaan 🡪 descriptief of structureel : beide moeten erin zitten.
* Een problematiek ontstaat in verhouding tot de ander 🡪 Dat betekent dat die problemen zich opnieuw zullen voordoen in verhouding tot de ander. Ook in de diagnostische situatie zal die verhouding zich actualiseren tegenover de diagnosticus 🡪 daarom moet deze verhouding veranderen binnen de verhouding tegenover de therapeut
* De structuur heeft te maken met de verhouding
* Descriptief 🡪 niet alleen kijken wat er is maar ook wat er niet is: Bij die groep is er vaak een bepaald soort angst waar er geen duidelijke inhoud aan gekoppeld is.
* Die vrij vlottende angst die eigenlijk klaar ligt om zich aan iets even vast te haken, de angst die wel bepaalde betekenis heeft is de separatieangst en deze kan zich in verschillende verschijningsvormen tonen
* Vb. Claustrofobie,agorafobie of bvb trein nemen (AP = separatieangst)
* Somatisatiefenomenen = angstequivalenten 🡪 alle stressgerelateerde problemen
* Bij deze mensen zullen we ook heel vaak een bepaalde vorm van depressie zien : het is een inhoudsloze depressie
* Typische depressie : er is een liefdesrelatie doorbroken, ontslag,…
* ↔ Hier depressie zonder daar iets aan vast te haken: Er is geen betekenisverlening, er is geen secundaire elaboratie, er is geen conflict.
* Er is geen medische grond 🡪 In de prof zijn ervaring gaan veel artsen veel te snel uit van het idee dat een probleem psychologisch is = uitsluitingsdiagnostiek ! (= descriptieve)
* Structureel : de verhouding die de persoon habitueel aanneemt tegenover de ander en deze houding zal zich opnieuw weer aannemen in de diagnostische relatie.
* Heel vaak afwijzend of onverschillig: Wat wij vragen krijgt nauwelijks antwoord, we krijgen daar een herhaling van die oorspronkelijk mislukte verhouding.
* Dit is op zich al heel vaak het resultaat van een geschiedenis die heel vaak plaatsvond.
* Vb. persoon eerste keer consultatie 🡪 naieve, verse patiënt. Die man/vrouw vertelt zijn klachten 🡪 arts doet onderzoek en vindt niets.

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* (a) ik voel iets A ik breng het bij de ander S1 maar ik vind niets. De arts zal zeggen ‘ ga eens naar de psycholoog’.
* Ze ervaren die doorverwijzing als een afwijzing. De diagnosticus zal gaan peilen naar de verticale lijn 🡪 krijgt geen antwoorden.
* Vertel eens over uw relatie: ‘ah goe zeker’ ‘32 jaar’.
* Hoelang heb je die klachten: ‘al heel lang’.
* Er komt geen verhaal, geen inhoud!
* Klassiek geschoolde psycholoog 🡪 zelfde reactie Freud : ik heb niets, ik kan daar niets mee doen.
* In beste geval psycholoog 🡪 ga eens yoga proberen 🡪 opnieuw afwijzing ! 🡪 herhaling basis problematiek = **Heractualisatie van het basisfantasme**.
* De Ander zal mij niet helpen, de ander is eigenlijk niet in mij geïnteresseerd.
* Je kan onmiddellijk voelen wat er therapeutisch nodig is, niet het passief afwachtende 🡪 we moeten veel gerichter vragen stellen + meer geduld.
* Het proces van de persoon die zich in de PP positie bevindt dat veel te vlug en veel te snel gaat ga je hier veel minder en veel trager krijgen.
* Je moet hier veel meer inspanning doen om dat te helpen verwoorden omdat ze die spiegelingen nooit gekregen hebben.
* Defectpathologie: er moet iets opgebouwd worden en wij moeten bij die opbouw uitdrukkelijk meehelpen.
* ↔ Doel conflictpathologie: veel te veel psychisch materiaal, symptomen deconstrueren (CBT en PA)
* Je moet die cirkels niet alleen aanbieden maar ze moeten ook overgenomen worden. Het gaat over die symboolontwikkeling die te maken heeft met de driften, het affect. Je kan iemand hebben met een sterk ontwikkelde taal maar niet in staat is om die symbolisatie te vatten.

**Welke fouten kunnen we maken bij de diagnostiek?**

* Men gaat een somaterisingsproblematiek verwarren met een conversie ; dus dat de symptomen toch gaan over een symboliek.
* Vb. borstkanker heeft te maken met het niet uitspreken van je gevoelens 🡪 je gaat beschuldigend te werk
* Te veel focussen op de fenomenen of de symptomen en dit proberen op te lossen door een aantal dingen aan te leren. Men gaat het beschouwen als een cognitief defect en door een bepaald leerproces aan te bieden. Soms lukt dit, soms niet.
* Het gaat over die onderliggende verhouding. Het gaat over een falende verhouding en er moet eerst aan die verhouding gewerkt worden. Als die verhouding weer voor de 1e keer dragend plaatsvindt kan er gewerkt worden.
* Voornaamste fout is de doorverwijzing bij AP 🡪 typisch patiënten die worden doorverwezen. Nergens antwoorden vinden terwijl dat eigenlijk niet noodzakelijk is. Diagnostiek voldoende grondig voeren!
* Het zit hem in een uitdrukkelijk gefaalde verhouding en wij zien daar de effecten daarvan
* Wij zien nog de eenvoudige verhoudingen. (↔ BL en traumatische neurose : veel complexer, soms vijandige verhouding).
* Dit is ook zo met stressklachten

HS 12 : Tussen aktuaal- en psychopathologie: posttraumatische stresstoornissen en borderline

1. **Inleiding**

Vorig college categorieën en structuren bekeken die we willen begrijpen met onze diagnostische inval. En daarbij koppeling aan de behandeling. Diagnose heeft implicaties voor de behandeling!

1. **Posttraumatische stresstoornissen**

* Traumatische neurose
* Geschiedenis:
* 1915: manier van nadenken over trauma etc.
* Uitdrukkelijke nadruk dat psychiatrische stoornissen terug gingen op een traumatische gebeurtenis
* Belangrijkste trauma was seksueel misbruik. Franse arts schoof dit als eerste rond 1880 naar voren. Dit werd toen ook nauwelijks aanvaard.
* Freud & Galet benadrukten deze visie later
* Twijfel die sociaal-ethisch is: “Dit kan niet” 🡪 zeker binnen de familiale kring
* Twijfel die klinisch is : “Zijn we wel zeker dat de patiënt de waarheid zegt” 🡪 is er een groep die simuleert?
* Eerst grote veralgemening 🡪 dan twijfel
* 1e groep 🡪 je hebt de echte patiënten die vaak aan organisch-medische problemen lijden
* 2e groep 🡪 waar er veel twijfels over bestaan = naam groep krijgt hysterie 🡪 vals, immoreel,… men staat daar zeer negatief tegenover
* Wordt versterkt door WO I 🡪 enorme groep getraumatiseerden = Shell-shocked
* Ene deel gefuseerd andere deel behandeling met elektroshocks
* Werden gezien als dutsen
* Einde vorige eeuw – heden
* Identiek dezelfde beweging
* Feminisme jaren ’70 zal heel sterk het seksuele misbruik aankaarten binnen het huwelijk waar een vrouw tot op dat ogenblik geen rechten had
* Vanuit emancipatiebeweging naar buiten gebracht
* Via hulpverleners link psychiatrische problemen etc.
* Opnieuw herkenning psychiatrische stoornissen & seksueel misbruik
* Opnieuw twijfel 🡪 patiënten hun verhalen kloppen niet altijd
* Opnieuw categoriale,negatieve benaming 🡪 borderline
* Opnieuw groep die weggezet worden
* Schuld? Schuld misbruikers (altijd mannen) OF mensen die misbruikt worden of die zogezegd misbruikt werden.
* Het is mogelijk om iemand valse herinneringen in te fluisteren. Die vaststelling wordt gebruikt voor aan te geven dat de patiënte een soort suggestieve herinnering heeft. Wetenschappelijk onderzoek gebruiken voor een moreel oordeel te vormen en schuldvraag te vermijden.
  1. Wat is een trauma?
* Algemene opvatting leken:
* Zeer ingrijpende gebeurtenis , niet moeilijk om te onderscheiden.
* Een trauma is gelukkig zeer zeldzaam, ver-van-mijn-bedshow.
* Heeft een onmiddellijk effect
* Iemand die een trauma meemaakt zal vrij snel hulp zoeken op grond van dat trauma
* Werkelijkheid
* Een trauma is zeer frequent: ½ maakt een trauma mee
* Van de 100 mensen die een trauma meemaken die identiek hetzelfde trauma meemaken (vb. natuurramp) ontwikkelt er minder als 15% een PTSS 🡪 Conclusie: een trauma volstaat niet voor de ontwikkeling van een PTSS. Te verklaren uit een genetische kwetsbaarheid = klopt niet. Ligt aan een bepaalde persoonlijkheidsstructuur (inwendig).
* Als wij nadenken over het trauma op zich gaan we een bepaalde zwaarte toekennen: sommige trauma’s zijn erger als andere.
* Vb. verkrachting minder erg als 5 jaar misbruikt te worden door een familielid 🡪 we doen dat obv de frequentie, de dosis : klopt niet ! 🡪 er is geen verband tussen de objectieve zwaarte van een trauma en de symptomen die mensen daar aan overhouden. Wel weten we dat de herhaling een belangrijke factor is.
* Als we vertrekken bij een trauma zien we dat de ene groep PTSS ontwikkelt en de andere groep ontwikkelt daar andere dingen uit
* de diagnose is veel moeilijker als verwacht: volgens prof is deze de moeilijkste diagnose
* We moeten ruimer gaan kijken dan het trauma op zich
* Geen aparte subjectstuur(psychose,neurose en perversie) : dit ontstaat binnen die structuur 🡪 wij begrijpen dit binnen de aktuaalpathologie en deze zal dit verklaren.

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* 1. Waarom we de PTSS langs de actuaalpathologische kant kunnen situeren
* 1e argument: **angst**
* Centrale fenomeen is angst 🡪 in DSM ook binnen hoofdstuk angststoornissen
* Heeft te maken met stress, spanning, die arousal die binnen het lichaam gevoeld wordt 🡪 deze vindt een uitdrukking binnen die paniekaanvallen
* Somatisering centraal: deze kan ook zijn uiting vinden binnen de somatische angstequivalenten vinden (en vaak zonder de subjectieve beleving van angst)
* De patiënt verbindt dit binnen zijn beleving niet aan het trauma – het staat er los van !
* 2e argument: **het ontbreken van het verbale**
* Typische daarvan is de onmogelijkheid om het trauma zich op een normale, associatieve manier te herinneren en beschrijven 🡪 dat lukt eigenlijk nooit 🡪 die bewerking of verticale lijn is er niet!

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Het declaratieve geheugen werkt niet
* Als je zoiets ingrijpend meemaakt moet je toch kunnen vertellen wat je meegemaakt hebt 🡪 heel die beweging van de false memory movement vs recovered memory movement is dus ZINLOOS 🡪 iemand die perfect een trauma kan vertellen, daar moet je twijfels bij hebben 🡪 zou zeker geen PTSS hebben! Andere groep 🡪 is er daar iets gebeurd? Dit kan je alleen meten d.m.v. te kijken naar de symptomen.
* Er is een heel sterk ingegrift geheugen 🡪 maar dat zit op een andere plek in het geheugen 🡪 normale geheugen (prefrontaal) en het affectieve geheugen dat zich lichamelijk zal uiten zit in het amygdala.
* ‘The body remembers the score’ 🡪 het zit ingeschreven in het affectieve geheugen
* Affectieve geheugen heeft geen rechtstreekse verbinding met het prefrontale geheugen 🡪 vandaar moeilijkheden met zeggen en onthouden van die gebeurtenis
* Op het ogenblik dat je lichaam het nodig vindt teruggave op jouw lichaam 🡪 buik : iets is niet pluis, er klopt iets niet 🡪 iets in de omgeving dat je een herinnering geeft aan die traumatische herinnering = evolutionair systeem 🡪 zo snel mogelijk vluchten
* Dit geheugen is ook niet bewerkbaar, dit is ook de manier waarop wij onszelf bedriegen
* Beelden van het trauma dringen zich soms op
* Dissociatie 🡪 cl vertelt 6x exact hetzelfde verhaal 🡪 dit komt obv intrusieve beelden die zich opdringen
* Intrusief = ze komen vanbuiten naar binnen
* Het subject heeft er geen controle over en kan het niet stopzetten.
* Vgl. Rouwproces: binnen de eerste maanden de beelden van de overledene en je hebt daar geen controle over.
* 3e argument: **somatisering**
* Vaak heel sterk aanwezig
* Vaak druggebruik of overmedicalisering om die arousal onder controle te houden
* Kan elke vorm aannemen
* PosttraumatischeSTRESSstoornis 🡪 heel veel ziektebeelden correlatie tussen stress en andere aandoeningen zoals diabetes,kanker en nog veel meer
* 4e argument: **identiteitsverstoring**
* Identiteit verwerven in wisselwerking ander en daar is er een verdeeldheid aanwezig : we vertrekken bij een verdeeldheid primair en een verdeeldheid tussen het lichamelijke en psychologische.
* Bij ons lopen die 2 dynamisch door elkaar. Daarna verdeeldheid verticale lijn tegenover de ander, daar loopt dat ook dynamisch door elkaar. Het valt vooral op waar dat dynamische niet meer aanwezig is, de dissociatieve persoonlijkheidsstoornis: er is een splitsing!

**Implicaties :**

* Zowel neurose,psychose en perversie, binnen onze opvatting vooral langs de kant van de neurose. Terwijl het uitsluitend langs de perversie voorkomt. VUL AAN!
* Vb. in concentratiekampen hebben er een paar overleefd en zeiden ze dat er een heel aantal psychotische symptomen vertoonden dankzij het trauma
* Vb. Bijna elke dader is ooit slachtoffer geweest 🡪 binnen een heel aantal perversie PTSS (later nog uitgebreider)  
  1. PTSD als aktuaalpathologie: structureel versus accidenteel trauma

Hoe ontstaat een PTSS?  
Wat is een trauma eigenlijk? Hoe kunnen we het trauma begrijpen?

* Wat is het niet 🡪 binnen het taalgebruik gaan we ervan uit dat elke emotioneel schokkende gebeurtenis een trauma is . Binnen de context PTSS volstaat die definitie duidelijk niet.
* Onderscheid structureel en accidenteel trauma
* structureel : gegeven een bepaalde structuur iets zich altijd zal voordoen
* accidenteel: toevallig, het hoeft niet te gebeuren (↔structureel)
* Iedereen start met een **structureel** trauma

(a)🡪Appèl🡪A🡪S1

S2

* Vooral de hulpeloosheid, de onmacht is één van de cruciale factoren die aan de basis liggen van de PTSS. De onmogelijkheid om die arousal zelf aan te pakken.
* Dan hebben we de appel functie , we gaan de ander benaderen.
* Terzelfder tijd een symbolisering waardoor wij een bemeestering ervaren, als we het opnieuw ervaren gaan we er iets meedoen 🡪 Het structurele trauma wordt eigenlijk bewerkt
* ↔ Hier wordt het eigenlijk nooit bewerkt. Het kan nooit verwerkt worden, het is niet eenmalig, het zal zich uitbreiden en blijven herhalen (ook met de seksualiteit)! Het antwoord van de Ander is nooit volledig dekkend. We zullen dat eerste structurele trauma zeer goed hanteren. We leren ook hulp vragen.
* **Accidenteel**: toevallig, het hoeft niet te gebeuren (↔structureel)
* Vb. seksueel misbruik 🡪 iemand is op het verkeerde moment op de verkeerde plaats
* Op dat ogenblik worden we teruggeworpen in die structurele trauma
* Iemand die een mentalisatie heeft doorgemaakt zal in versneld tempo dat proces opnieuw doormaken met als heel typisch kenmerk het appel op de ander 🡪 met als bijkomend kenmerk de separatieangst (Vb. teruggaan naar de moeder, die nestwarmte terug nodig hebben en die de nachtelijke angsten terug meemaken als een klein kind)
* Dit is een regressie naar de infantiele fase, dit evolueert wel heel snel. 3-4 weken later zitten ze weer op het normale pad 🡪 acute stressstoornis, eigenlijk relatief kort en op een paar maanden tijd zal dat helemaal wegzijn.
* PTSS 🡪 is blijven steken in dat verticale pad 🡪 die persoon heeft niet die secundaire elaborisatie meegemaakt.
* Wordt niet echt teruggestuurd want zat er al: dat actueel trauma zal zich fixeren op appel 🡪 bijna onmogelijkheid om dat trauma te verwerken.
* In heel veel gevallen nauwelijks appel op de ander, lijkt nauwelijks effect te hebben op de ander.
* Vb. 4 mensen zelfde accident 🡪 ¾ helemaal in paniek 🡪 zullen hulp krijgen, zal ook littekens achterlaten maar zal betekenisverlening krijgen 🡪 ¼ zonder reactie : daar moet je je zorgen over maken: geen bewerkstelling!
* Een PTSS duikt heel vaak pas weken,maanden of een paar jaren na het trauma plaats, dit is heel vreemd.
* Het wordt nog vreemder 🡪 die persoon legt zelf het verband niet . Ook zal die niet op consultatie komen, geen appel
* Diagnose is veel moeilijker als je zou denken (Acute stressstoornis gemakkelijker te zien)
* Traumatische gebeurtenis zal niet vermeld worden door de patiënt bij PTSS.
* Oefening vorig jaar 🡪 Diagnostisch interview: casus over persoon met heel veel angst,geen meewerkende houding, veel klachten 🡪 3 regels die verwijzen naar een trauma 🡪 ‘is bij een gewelddadige overval een revolver tegen de slaper geduwd’
* Vanwaar die late reactie : POSTtraumatische stressstoornis

**Vier argumenten**

* **Epidemiologisch prospectief onderzoek**
* Epidemiologisch 🡪 welke klachten komen voor bij een bepaalde groep van de bevolking?
* Prospectief 🡪 met het oog op de verdere ontwikkeling
* Grote groep mensen gaan testen op aantal criteria en die mensen gaan volgen voor een langere tijd 🡪kijken of er een verband is met wat zich 20jaar later voor doet
* Wat gaat er met die kinderen gebeuren? Gaan die kinderen een stoornis krijgen of niet?
* Een groot aantal van de kinderen werd geadopteerd: die zijn ze 30j gaan volgen
* Resultaat: de kinderen met schizofrene moeder hebben inderdaad een hogere kans op ontwikkeling van een stoornis = argument voor erfelijkheid
* Maar ook adoptiekinderen 🡪 omgeving speelt ook een rol!!
* Genetische bepaling schizofrenie is minder als 20%
* Significant 3 zaken die in die voorgeschiedenis aanwezig zijn en die we kunnen koppelen aan die aktuaalpsychologische positie :
* 2/3 van die groep vertoonden somatisering
* 62% vertoonden een sociale fobie (de verhouding tov de ander is verstoord)
* ??

(a)🡪Appèl🡪A🡪S1

S2

* **Correlatie reactie van de ouders en ontwikkelen PTSS**
* Je hebt ouders die met de beste bedoeling hun kind willen toedekken
* vb. het is gepasseerd, denk er niet meer aan 🡪 wat is de boodschap: Niet aan denken, niet over spreken
* Ouders die open zijn waar er over het trauma kan gebabbeld worden
* Die jongeren van ouders die het niet bespreekbaar maken hebben meer kans op het ontwikkelen van PTSS
* **Studies**
* 1e groep: feminisme 🡪 seksuele fysiek misbruik bij vrouwen
* 2e groep: oorlogstrauma Vietnam
* Guerrillaoorlog: vijand was niet duidelijk
* 3e groep: mensen die Holocaust overleefden
* Binnen die groep heel veel mensen aan een PTSS leden: lijkt vrij logisch te zijn
* Sluit aan bij die populaire opvatting die we in het begin zagen
* De kinderen vertonen significant meer PTSS dan de ouders die de Holocaust meegemaakt hebben 🡪 hypothese: die ouders hun kinderen op dat vlak niet de juiste symbolisatie meegegeven 🡪 die ouders konden niet spreken over angsten,affecten,… waardoor die kinderen in grotere groepen meer PTSS ontwikkelden na het meemaken van een accidenteel trauma
* **Analogie depressie**
* De voorgeschiedenis blijkt life-events te bevatten die altijd over **dood en verlies** gaan, daar komt bij PTSS ook heel vaak terug.
* Ook belangrijk is het **dysfunctioneren** van de ander.
* Attachment theory 🡪 categorieën zijn heel grof
* Bij PTSS als hechtingsvorm unresolved = niet opgelost
* Er is iets niet opgelost, er is iets dat blijven liggen is, dat niet verwerkt is.
* We vertrekken dus van een structureel trauma
* Structureel trauma niet weten te verwerken o.b.v. een antwoord ander – meerderheid wel : verschil daartussen toont zich als we op latere leeftijd een actueel trauma ontwikkelen 🡪 regressie
* Vanuit deze redenering gaan we uit van een bepaalde premissie🡪 2 moeilijkheden: welke impliciete veronderstelling impliceren we + het gene dat ontbreekt
* Impliciete boodschap hier 🡪 structureel trauma 🡪 ontwikkeling 🡪 accidentele trauma 🡪 PTSS

**Accidentele en structurele te samen**

* Wat als accidentele en structurele tesamen lopen? Hoe zit het dan op de jonge leeftijd?
* Dit is een groeiende groep in de kliniek 🡪 fysiek,emotioneel en seksueel misbruik : geen onderscheid meer tussen structureel en accidenteel trauma
* Dat wordt één geheel
* Geen fixatie of vastzitten.
* Daar zullen we heel andere effecten zien 🡪 Dit is ook PTSS en deze is duidelijk veel zwaarder en complexer.
* Een normale ontwikkeling die voor mentalisatie zorgt 🡪 langs de kant de subject in wording (a), die hulp krijgt van de ander, het effect daarvan is de ontwikkeling van een basisvertrouwen. Die zijn daar om ons te helpen = **Basic trust**
* Dit heeft zeer vergaande effecten: merendeel beschouwd dit als normaal, we gaan er niet van uit dat de ander (bvb dokter) ons gaat misbruiken.
* Onze eerste vraag is : tot wie kan ik mij richten 🡪 het feit dat we die vraag stellen is een gevolg van die basic trust
* Wat met kinderen die opgroeien in situaties waar de ander onvoorspelbaar is. Of waar je misbruikt wordt? Dan ontwikkel je minstens het volgende: de overtuiging dat je de ander niet kunt vertrouwen, in de gaten moet houden en moet controleren. Zo ver mogelijk van houden 🡪 **basic mistrust**! Accidenteel + structureel komt te samen! (Vb. hulpverlening 🡪 in overtuiging van dat iemand je zal helpen stap je naar iemand 🡪 maar als je ouders niet te vertrouwen zijn wie is er dan te vertrouwen?)
* Zijopmerking: laatste 10 jaar basiswantrouwen zeer groot 🡪metingen angst voor de ander 🡪 een manier om na te gaan in de mate waar de ander te vertrouwen is of niet 🡪 dit zegt iets over een aantal maatschappelijke veranderingen
* **Eerste gevolg accidenteel + structureel**: Angst met als neveneffect de noodzaak om de ander om het even welke ander te controleren
* Vertaald naar de hulpverlening.
* Je verwacht als therapeut dat er een hulpvraag is, dat je erkend wordt als hulpverlener. 🡪 niet bij deze groep: ‘ge zijt de vijand’🡪 binnen kortste keren zullen wij een negatieve houding of negatieve tegenoverdracht krijgen 🡪 ze beliegen, bestelen ons .
* Binnen de kortste keren vergeten geschiedenis van trauma. Waardoor je op grond van die negatieve tegenoverdracht die ze zullen herkennen = je krijgt een perfecte mismatch
* Een problematiek bestaat in verhouding tot de ander, zal zich herhalen in verhouding tot de ander en moet ook veranderd worden in verhouding met de ander. De etiologie, de diagnostiek en de therapie.
* **Tweede gevolg accidenteel + structureel:** effect op die identiteitsontwikkeling 🡪 dissociatie
* Dit samenvallen van die 2 dit kan niet anders dan een effect hebben van de subjectwording (identiteitsontwikkeling) 🡪 dat effect kennen we eigenlijk al lang = dissociatie (splitsing)
* Even terugkeren naar de normale identiteitsontwikkeling: we nemen dingen over, we identificeren ons daarmee, we sturen sommige dingen terug, wat we overnemen is het goede of het lustvolle en het slechte weigeren (onlustvolle)
* In een normale ontwikkeling zullen die 2 stukken zich integreren (van het goede en het slechte) 🡪 dynamische identiteit 🡪 we vinden dit zo vanzelfsprekend dat we dit als normaal beschouwen
* Niet normaal als die 2 stukken los van elkaar gaan functioneren: iets is alleen maar goed of iets is alleen maar slecht 🡪 van de eigen identiteit of de identiteit van de ander 🡪 psychisch functioneren kan losgemaakt zijn van een ander psychisch functioneren
* Vb. 3 jarige kan al goed spreken: dat kind zal zichzelf als alleen maar stout zal benoemen zonder nuancering, of omgekeerd als alleen maar lief 🡪 grappig maar niet zo grappig als ze dat bij de ander doet: vb. als papa alleen maar als stout wordt gezien en opeens doet papa iets lief dan wordt papa opeens de beste papa van de wereld = dissociatie, de stukken zijn niet geïntegreerd 🡪 zal zich herhalen in de puberteit ( ↔onze identiteit: we zien dat als een geheel 🡪 we weten dat we goede kenmerken hebben maar ook werkpunten)
* Vb. bij volwassenen = dissociatieve tussen goede en slechte gedeelte: slechte is dat deel van mij dat misbruikt wordt, het slechte bij de ander is dat deel dat mij misbruikt. Als het misbruik achter de rug is ga ik terug naar dat goede gedeelte. We zien een splitsing in de identiteit. Wij hebben dat ook maar dat loopt dynamisch door elkaar!
* Splitsing van de identiteit: Dit kan je ook hebben bij het psychisch functioneren 🡪 losschakeling van de actualiteit en de psychische beleving 🡪 dissociatie als defensiemechanisme: het subject verwijdert zich uit de situatie die bezig is omdat de situatie pijn doet/ beangstigend is
* Dissociatie kunnen we begrijpen vanuit de identiteit (dissociatieve identiteitsstoornis) of als defensiemechanisme (vb. gedachten verzetten 🡪 prof die in zijn gedachten ging lopen bij operatie)
* Bij misbruikte kinderen wordt dat een systeem door die herhaling (bij die kinderen vaak reactie: ‘ze zijn weer weg’ 🡪 ze zitten in die andere denkwereld omdat er iets in de omgeving dat defensiemechanisme tot werking bracht)
* 1e winst: op het ogenblik dat men in dat denken wegvlugt ervaart men nauwelijks wat er op dat ogenblik bezig is
* 2de winst die optreedt: opdeling goede en slechte stuk van de ander 🡪 slechte stuk van de ander gaat mij misbruiken 🡪 op grond van die opdeling is het mogelijk om een normale verhouding te onderhouden met die ander 🡪 als het misbruik uitkomt moeten er zeker mensen weggaan thuis : dat weten die kinderen ook
* **Derde gevolg (groep van gevolgen) accidenteel + structureel**: actuaal pathologische fenomenen, herhalingsdwang, passief actief- omkering
* Actuaal pathologische fenomen: zijn hoofdzakelijk fenomenen ter hoogte van het lichaam 🡪 term somatisering niet voldoende: het is veel ruimer.
* Die kinderen leven in situatie van constante bedreiging 🡪 constante toestand van waakzaamheid/ alertheid 🡪 uitputtingsslag voor het lichaam 🡪 heeft te maken met bloeddruk, hartslag, slaap, voeding 🡪 dit wordt gestoord 🡪 je krijgt dus eerst een langere periode van hyperalertheid waardoor het lichaam een slijtageslag meemaakt 🡪 uitgeblust iemand die het opgegeven heeft (verdwijnt psychisch) 🡪 “survivor” 🡪 pseudodebiliteit : vogels voor de kat
* Vb. soldaten die heel abrupt uitvielen 🡪 ‘thousand yard stare’: blik verdween 🡪 zo snel mogelijk afvoeren omdat hij niet meer kon opletten
* Herhalingsdwang: een normale herhaling houdt altijd de mogelijkheid tot verandering in, bij een herhalingsdwang wordt het opgedrongen (het lijkt van buitenaf te komen en er is geen verandering mogelijk)
* Vb. traumatische dromen: een aantal aspecten van het trauma worden herbeleeft 🡪 patiënt wordt wakker in paniek en angst 🡪 dergelijke dromen dringen zich vaak op 🡪 gevolg is dat je schrik hebt om te gaan slapen, je gaat het moment an slapen gaat uitstellen
* Herhalingsdwang is een van de meest onbegrijpelijke dingen, we kunnen het niet vatten 🡪 hoe komt het dat we iets herhalen als het ons angst bezorgt? 🡪 een psychoanalytische verklaring/hypothese is dat het een manier is om het te bemeesteren (kunnen we niet bewijzen)
* Passief-actief omkering: het trauma duwt de persoon in een passieve positie, een positie van machteloosheid 🡪 we zullen proberen te veranderen van positie 🡪 de actieve postie: we proberen het te bemeesteren
* Vb. kind moet voor de eerste keer naar de tandarts en heeft daar schrik voor 🡪 valt al bij al goed mee 🡪 ze komt thuis en gaat met haar poppen spelen 🡪 wat gaat ze spelen? 🡪 tandarts spelen en zij zal de tandarts zijn 🡪 actief-passief omkering 🡪 vb. van het kinderspel toont dat dat een normaal mechanisme is
* Vb. de positie die we innemen tegenover de ander 🡪 vb. iemand die misbruikt is 🡪 van passief naar actief: ik wil controle hebben over de ander 🡪 op consultatie heel ambetante patiënten die nooit akkoord gaan 🡪 vb. zullen we volgende week afspreken op hetzelfde uur? NEE 🡪 ik wil de controle hebben, ik wil bepalen wanneer ik kom 🡪 vb. we zullen dan afronden voor vandaag; Nee ik ben nog niet klaar 🡪 ik zal bepalen wat er gebeurt
* Vb. vrouw misbruikt 🡪 zal snel doorhebben dat ze met seksualiteit macht kan uitoefenen 🡪 seksualiteit als wapen 🡪 ‘ze hebben het zelf uitgelokt’ = beschuldiging er bovenop
  1. Besluit college: de diagnose van PTSS is allesbehalve eenvoudig
* We kunnen heel veel verschillende beelden zien
* Sympathie voor het slachtoffer verdwijnt heel snel bij die passief-actief omkering
* Die fenomenen zijn niet alleen zeer divers maar kunnen ook mijlenver verwijderd liggen van wat wij denken dat een trauma is
* Vb. een vrouw van laat middelbare leeftijd, obese, ruikend naar de drank, al 2 kinderen geplaatst 🡪 je krijgt hier niet in eerste instantie een beeld van een slachtoffer 🡪 de kans dat zij slachtoffer is van misbruik is 95% maar dat zie je niet 🡪 je ziet een sociale mislukking en bovendien willen ze de hulp niet
  1. Indeling verschillende soorten trauma
* Chronisch trauma waar iemand gedurende langere tijd wordt blootgesteld aan een aantal traumatische omstandigheden en als dat bovendien in de periode is wanneer de identiteit tot ontwikkeling komt zal dat verregaande effecten hebben op de identiteitsontwikkeling. Dan zeggen we meteen ook dat de affectregulering en bovendien de verhouding tegenover de ander zwaar gestoord is.
* Trauma op zich bekijken 🡪 vorig college: trauma als feitelijk gegeven minder belangrijk dan de manier waarop het ervaren wordt 🡪 toch maakt de vorm en tijd van het trauma verschil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Acuut | Chronisch (laatste gedeelte vorig college) |
| Individu | Vb. eenmalig incident van agressie | Vb. misbruik 🡪 identiteitsontwikkeling en trauma samenvallen van de vroege kindertijd (X) |
| Collectief | Vb. vliegtuigongeluk 🡪 experiment: wie zal een PTSD ontwikkelen en wie niet? | Vb. Oorlogsomstandigheden (XX) |

* Vanwaar die opdeling? Als het trauma als feitelijk gegeven minder belangrijk is ?
* Overtuigingswaarde
* Binnen de context van PTSD is het nu precies zo dat de persoon in kwestie geen normaal gegeven van heeft 🡪 die persoon daar geen normaal verhaal over kan doen
* Vb. patiënt waarvan je zeker bent dat misbruik feitelijk gebeurd is 🡪 die persoon kan daar heel moeilijk over praten 🡪 Vanuit de omgeving heel vaak het gevoel van dat dit niet gebeurd is (X)
* Vb. Holocaust is zelfs ontkend geweest door bepaalde mensen (XX) dan kun je voorstellen dat binnen kleinere kringen de overtuigingswaarde nog kleiner is
* Schuldervaring
* Naïeve positie: die personen hebben toch geen schuld???
* Survivors guilt 🡪 waarom heb ik het overleefd? Simpelweg toeval
* Het is handiger om zich schuldig te voelen dan weer overvallen te worden door die angst (zie paar colleges terug: schuld = angsthantering 🡪 ontlopen van die machteloosheid )
* Slachtoffer en dader 🡪 duale verhouding: ik tegenover die ander 🡪 in die duale verhouding krijgen we in normale omstandigheden een wisselwerking (zaken overnemen,geven,… = zie figuur hieronder) 🡪 basisverhouding tegenover de schuldvraag ontwikkelen🡪 wij erkennen onze schuld pas als de ander dit ook doet = pingpongspel 🡪 voorwaarde: de ander moet bereid zijn om mee te spelen m.a.w. schuld erkennen 🡪 indien niet (typisch perverte structuur) moet de ander alle schuld op zich nemen = ook verklaring survivors guilt

A

(a)

S

* Wij gaan er heel vaak van uit dat een trauma fysiek, seksueel is 🡪 heel veel mensen groeien op in een situatie van emotioneel trauma waarbij er bij wijze van spreken geen fysiek misbruik is
* Psychische terreur 🡪 nog moeilijker hard te maken en aan de buitenwereld duidelijk te maken
* Je krijgt daar dezelfde effecten als bij een fysiek trauma
* Deze zijn ook veel frequenter
* Misbruikt kind in behandeling 🡪 woede, kwaadheid zal vroeg of laat tot uiting komen
* Logisch zou zijn dat het kind kwaad is op de misbruiker 🡪 niet zo: bijna altijd op de persoon die er naast stond = op de moeder!
* Verwijten niet beschermend te zijn
* Soort medeplichtigheid uitgeoefend te hebben doordat ze niet tussenkwam
* Deze indeling heeft ook een bepaalde geschiedenis (vorig college 🡪 relatie trauma en psychiatrische problemen 🡪 tegenreactie die probeert te neutraliseren)
* Trauma is op de agenda geplaatst door de slachtoffers zelf 🡪 politieke agenda
* Angelsaksische beweging
* Feminisme
* Sinds ’70 misbruik binnen de familie 🡪 volwassen vrouw en in het kielzog daarvan de kinderen 🡪 enorm veel weerstand tegen
* In België 🡪 Dutroux
* Vietnamveteranen
* Politiek vlak: Amerikaanse soldaten waar overwegend zwarte jongemannen uit een zeer lage sociale klasse
* Na uw ‘year of duty’ wordt je teruggedropt op je thuisplaats 🡪 isolatie : niets is nog hetzelfde
* Publieke opinie: geen oorlogsheld maar oorlogsmisdadiger ↔ 1945: oorlogshelden die in groep terugkeerden
* De grote ander is in het ene geval zeer positief waar je in groep wordt ontvangen en in het andere geval zeer afwijzend waar je als geïsoleerd individu bekeken
* Op politiek vlak geen reactie!
* Die veteranen gaan elkaar gaan opzoeken die de basis leggen voor de zelfhulpgroepen die min of meer vergelijkbare dingen meegemaakt hebben en die in groep een poging doen om dat te verwerken
* Je krijgt die zwarte gemeenschappen die dat gaan verwerken via de rapmuziek (vgl. Blues paar decennia eerder)
* De groep = grote ander
* Ze worden ook een politieke drukkingsgroep
* Klinisch: we zien een zeer krachtig therapeutisch element 🡪 de groep : mensen met een traumatische ervaring worden het beste geholpen door een combinatie van zelfhulpgroepen en individuele therapie (zelfhulpgroep krachtigst)
* Herinstallatie grote Ander en die eigenlijk zorgt voor het ontwikkelen van de symbolisatie die oorspronkelijk ontbrak
* P.Barker ‘De weg der geesten’
* In veel gevallen duurt het een tijd na het trauma wanneer er problemen ontstaan
* Dit is niet het geval wanneer het chronisch trauma en subjectwording samenvallen = problemen vanaf het begin
  1. DSM diagnose (p273-274)
* Opvallende comorbiditeit: verslaving, slaapstoornissen, angst en depressie, somatoforme stoornissen,… 🡪 je krijgt alles! En heel vaak in een onderlinge combinatie
* Voor één keer is het zo dat de beschrijving niet zo slecht is
* Rubriek A
* Meteen aanduiding oor de complexiteit van deze problematiek m.b.t. de veronderstelde feitelijkheid 🡪 wordt in 3 trappen beschreven:
* Het zelf ondergaan
* Het getuige geweest zijn van 🡪 passieve, machteloze positie
* Het geconfronteerd zijn met 🡪 wordt helemaal vaag (vb. dit kan ons overkomen als hulpverlener 🡪 veel tolken die moesten helpen bij hulpverlening ontwikkelden een secundaire traumatisering)
* Juridisch moeilijk: is het wel feitelijk gebeurd?
* Wij onderschatten het effect van inbeelding 🡪 basis identiteit
* Centraal is de positie van machteloosheid in een positie die levensbedreigend is 🡪 dit kan ook psychische terreur zijn
* Rubriek B
* Symptomen wat wij de fenomenen noemen omdat het geen betekenisvolle symptomen zijn 🡪 symptomen houden we voor de mentalisatie
* Het gaat niet over herinneren 🡪 Engels: recollection (Latijn 🡪 recollare: opnieuw verzamelen) 🡪 we krijgen die intrusieve herbelevingen en die op een soort massieve manier een confrontatie veroorzaken met wat er gebeurd is 🡪 je zit in een droom overdag en bovendien weet je dat het overdag is en je kan er niet uit 🡪 die man denkt gek te worden : hallucinatorische helderheid 🡪 ≠ herinneren maar herbeleven
* Het gaat niet over recidiveren maar over evoceren 🡪 het trauma of een bepaald onderdeel ervan wordt geëvoceerd door bepaalde triggers en dan krijg je de automatische reactie van het brein 🡪 geur is heel belangrijk : olfactorische herinneringen = basaal affectief = goede/slechte geur (vb. kindje afzetten in de kleuterklas 🡪 positieve shock)
* Rubriek C
* 1+2 : secundair vermijdingsgedrag
* Vb. meisje in aardbeving 🡪 trigger was de tramsporen omdat de grond ook trilt
* Vb. auto-ongeval 🡪 vermijden van die baan opnieuw te nemen
* 3 zou helemaal vooraan moeten staan omdat het een belangrijk kenmerk is
* 4+5+6+7 🡪 de typische verhouding van de PTSD tegenover de Ander
* Vertrouwen ontbreekt 🡪 agressie,isoleren,…
* Rubriek D 🡪 somatisering
* 1+4+5 : secundaire reacties om de herbeleving te vermijden
* 2 : agressieve tegenreactie tegen de ander die als bedreigend ervaren wordt
* Iets toevoegen : we kunnen ook exact het tegenoverstelde zien 🡪 gebrek aan reactiviteit, die patiënten zien we niet! (vgl. pseudodebiliteit bij kinderen) 🡪 deze hebben het opgegeven
* 3: hun concentratie ligt niet op de normale stimuli 🡪 ze kunnen zich wel echt concentreren
* We hebben een gedeeld discours waardoor we dezelfde aandacht delen 🡪 we zien dezelfde dingen 🡪 beschouwt als normaal
* Als iemand niet op die zaken let 🡪 hyperalertheid voor die andere stimuli die wij net niet zien (dit is ook een effect van die trauma)
* Gericht om controle te oefenen op datgene wat bedreigend is en een trauma zou kunnen veroorzaken
* Bij een groot aantal van die kenmerken heel vaak een medicatiegebruik en drugsgebruik aan gekoppeld is: slaapmedicatie,alcohol, drugs,… 🡪 zorgt op zijn manier ook weer voor problemen
* Kritische opmerking: Men gaat ervan uit dat we al weten dat iemand een trauma meegemaakt heeft
* In merendeel van de gevallen worden we geconfronteerd met de bewerkingen van dat trauma
* Het is voorbij die bewerkingen dat we moeten kijken 🡪 des te moeilijker omdat de patiënt vaak het verband niet ziet
* Vb. Man met tumor moet binnen de 4 dagen geopereerd worden
* alles regelen voor die operatie omdat er een kans is dat hij de operatie niet overleefd 🡪 alles verloopt zeer goed, nagenoeg volledig herstel mogelijk
* 8m later psychiatrie: infantiel gedrag 🡪 angstaanvallen, kan niet alleen zijn, functioneert niet meer op zijn werk.
* Men gaat ervan uit dat het een effect is van de medicatie = chemobrein
* Foutief: die man heeft simpelweg een PTSD 🡪 zie separatieangst (vrouw kan het huis niet uitgaan)
  1. Besluit
* Descriptief
* Kijken en vooral luisteren naar het materiaal dat ons aangeboden wordt
* Ook kijken naar het materiaal dat je niet krijgt
* Eens je voldoende gegevens hebt moet je binnenbrengen binnen die structurele verhouding
* Bij PTSD enorme moeilijkheid : je kan alles krijgen (alles 🡪 die nieuwe problematieken die we onder actuaalpathologie groeperen 🡪 zie hb) 🡪 in een vroeg stadium
* Slaapstoornissen
* Paniekstoornissen
* Somatiseringsproblematieken
* Verder stadium = Multi-problempatiënten
* Onaangepast gedrag
* Automutilatie
* Druggebruik
* Antisociale PS
* Dissociatieve stoornissen
* Seksuele promiscuïteit
* Bepaalde klinische vuistregel:
* als de fenomenen die we aantreffen in de realiteit liggen (automutulatie,druggebruik, eetstoornissen…) dan ligt de etiologie ook heel vaak in de realiteit 🡪 reële keert terug in het reële
* Typische trauma 🡪 in die passieve, machteloze positie geduwd 🡪 bewerking daarvan is vaak zo dat die man/vrouw die passieve positie in een actieve rol wil omzetten
* Vb. gisteren 🡪 patiënt bepaalt de uren etc.
* dit is een genezingpoging !
* Creëren van een situatie waarlangs ze zeggenschap krijgen 🡪 we moeten heel actief zijn om hen die juiste actieve positie toe te kennen
* Laatste wat je moet doen is hen terug in die passieve positie duwen

1. **Borderline: aktuaalpathologische positie binnen de neurotische structuur van het subject**

* Meest gestelde diagnose binnen de psychiatrie
* Zal heel snel duidelijk worden dat dit begrepen kan worden als de complexe posttraumatische stressstoornis
* Van belang om hier de geschiedenis van dit concept te bekijken  
  1. Geschiedenis
* Midden vorige eeuw (psychoanalyse) : wordt naar voren geschoven om een groep mensen te beschrijven waar ze geen raad mee weten
* Het is een groep die zich op de grens bevindt tussen psychose – neurose (borderline)
* Te normaal voor psychotisch en te abnormaal voor neurotisch
* Wij gaan binnen de psychoanalyse een heel strikt onderscheid maken tussen die 3 structuren
* Verschil tussen psychose en neurose kan toch niet zo moeilijk zijn? Jawel maar het ontstaan van dat begrip heeft daar niet mee te maken
* Wat dan wel: we zien in versneld tempo (vooral laatste kwartaal vorige eeuw) een nieuw soort mensen zien 🡪 nieuw soort problemen dat frequenter voorkomt 🡪 klassieke therapeuten komen patiënten tegen zonder ziekte-inzicht, waar geen hulpvraag is,… = die groep ligt aan de basis van het concept borderline
* Vandaar dat die term uitdrukkelijk een moreel oordeel met zich meebrengt! Dit is de cliënt die niet meewerkt, moeilijk is,… Uitdrukkelijke negatieve connotatie
* Ontstaan uit die mismatch tussen klassieke therapeuten – nieuwe vorm van problemen   
  1. Waar situeren ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Acuut | Chronisch |
| Individu |  | Meestal op individueel niveau |
| Collectief |  | Als het over een gezin gaat, die multi-problemgezinnen zijn vaak de voedingsbodem voor die borderlinepathologie |

* Fout maken dat deze groep zich uitsluitend zal gaan voordoen in de lagere sociale klassen, in die multi-problemsituaties 🡪 hoe hoger de sociale klasse hoe makkelijker het verborgen kan gehouden worden
* Tot de actuaalpathologie
* Tegen het idee dat borderline het grensgebied zou bevatten tussen psychose en neurose 🡪 Borderline behoort tot de neurotische structuur!
* Behoud van het realiteitsbesef
* Door het feit dat wij dezelfde taal delen, delen wij die werkelijkheid
* Gevolg als iemand een andere verhouding heeft tegenover de taal deelt die de normale werkelijkheid niet = psychose 🡪 het gewone realiteitsbesef ontbreekt
* Op een normale manier aanwezig 🡪 het sociale realiteitsbesef is anders: zwart-witsplitsingen zoals bij een 3-4jarige
* Beschrijving DSM om verband met actuaalpathologie te tonen
* 9 kenmerken 🡪 iemand borderline als hij minimaal 5 (helft + 1) van die kenmerken vertoont
* Heel vreemd : 2 patiënten kunnen allebei borderline krijgen met maar 1 kenmerk gemeenschappelijk te hebben
* 256 verschillende mogelijkheden
* ‘Krampachtig voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden’🡪 separatieangst is hier massaal 🡪 actuaalpathologie
* ‘Wisselingen tussen overmatig kleineren en idealiseren’ 🡪 we bevinden ons in die periode van subjectwording rond de leeftijd van 3-4 jaar 🡪 ofwel alleen maar goed ofwel alleen maar slecht
* ‘Identiteitsstoornis’, ‘impulsiviteit op vlak van affectbeleving’, ‘affectlabeliteit’ 🡪 subjectwording heeft nauwelijks doorgang gevonden 🡪 terzelfder tijd zeggen we dat die affectregulering deficiënt is
* Nog een kenmerk dat bij die subjectwording of identiteitsontwikkeling hoort: ‘chronisch gevoel van leegte' 🡪 die subjectwording is niet op een normale manier gevormd wat betekent dat de identiteit vast hangt van de blik van de ander die er moet zijn 🡪 op het ogenblik de ander weg is verschrompeld die identiteit en ontstaat er een leegte vanbinnen
* Vgl. metafoor Freud: we vertrekken van een lege identiteit en dat leeg omhulsel wordt gevuld door de omgeving met behulp van de 2 processen incorporatie en expulsie
* De ander moet lijfelijk aanwezig zijn 🡪 praktisch: BL patiënt nooit op de sofa! 🡪 angstuitlokkend : ze hebben de blik van de ander nodig om zich vast aan te haken  
  1. Etiologie
* Heel gestoorde verhouding tussen het kind en de moeder of de ouders
* Die beschrijvingen vonden we ook al in het midden van de vorige eeuw:
* Klinische beschrijving: voornamelijk Angelsaksische auteurs
* Te zwakke holdingenvironment: je moet iemand voldoende lang vasthouden om ze dan los te laten
* Ontbreken van een primary love: basis liefdesverhouding 🡪 die mensen zijn nooit graag gezien
* Ontbreken primaire empathie
* Gebrek aan containment 🡪 ouders die niet als containment konden functioneren
* Gevolg: fragmentatieangst 🡪 angst om uit elkaar te vallen 🡪 dat het chaotische zich gaat uitdrukken in het gevoel van psychisch uiteen te vallen (ligt tussen die intrusie en seperatieangst)
  1. BPD en subjectwording: projectieve identificatie, splitting en enactment
* Attachment theory: koppeling te maken tussen die attachment theory enerzijds en de subjectwording anderzijds
* Belangrijkste verschil is dat een aantal psychologische processen meer in detail beschreven worden ↔ Bij subjectwording meer existentiële processen
* In die vroege ontwikkeling 2-5jaar zien we twee verschillende vormen van denken aantreffen: **equivalentiemodus** (datgene wat het kind denkt is ook werkelijkheid : geen onderscheid tussen denken en werkelijkheid, wat ik denk denkt die ander ook) & **pretendmodus** (spel en realiteit volledig gesplitst : het spel is alleen maar spel, dit is geen werkelijkheid 🡪 vb. spel waarbij het kind de vader doodschiet en de vader dat te echt doet en in paniek schiet)
* Op vlak van onderzoek: duidelijk een bepaalde hechting die we zien terugkeren bij de volwassenen (ambetant dat ze in de kindertijd en bij volwassenen andere hechtingsstijlen benoemen)
* Kindertijd: anxious – resistent 🡪 volwassenen preoccupied style
* Kindertijd: disorganised / disoriented 🡪 volwassenen unresolved style (frequenter)
* Die subjectwording verloopt deficiënt, chaotisch en onveilig 🡪 je krijgt een innerlijke leegte of chaos : geen inhoudelijke of duurzame identiteit gecombineerd met angst
* Effect is dat iemand die een dergelijke leegte heeft gaat kleven op de ander
* Terzelfder tijd is die ander op grond van de voorgeschiedenis ook bedreigend
* Je hebt iemand nodig van wie je ook afstand moet houden
* Combinatie separatieangst en intrusieangst
* Men denkt dat er een gebrek aan empathie en mentalisatie is
* Mentalisatie 🡪 ‘ik denk dat jij denkt en ik denk dat jij denkt,…’ 🡪 FOUT: hypermentaliseren = ze zijn in staat de ander te lezen
* Vb. 10 sec in therapie 🡪 ‘waarom zijt ge kwaad?’ 🡪 wat die BPD zegt klopt en verbindt dat aan zichzelf
* Defensiemechanisme
* Identiteitsontwikkeling als 1 langgerekte defensie omdat affect hanteerbaar te maken
* Binnen die ruimere defensieve ontwikkeling zitten er ook een heel aantal specifieke defensiemechanismen
* Vb. de ontkenning,de projectie,de verdringing,…
* Bij BPD zien we de combinatie van 2 defensiemechanismen en dit toont hoe defensie zich voordoet tussen subject en ander (het is niet strikt individueel) 🡪 **projectieve identificatie**
* Voor het eerst beschreven door Melanie Klein
* Projectie : wij gaan een aantal dingen die bij ons aanwezig zijn werpen op de ander 🡪 vb. de ene persoon beschrijft de prof als autoriteit, de ander vindt de prof een soort vaderfiguur, nog iemand anders vindt dat hij niet luistert,… 🡪 je kan daar zelf redelijk rustig mee omgaan als die 3 patiënten achter elkaar langskomen
* Identificatie: we gaan iets overnemen dat van de ander komt
* Projectieve identificatie: heel merkwaardig proces waarbij iemand het eigen affect op de ander gaat projecteren, op een dusdanige manier dat de ander het overneemt en er zich inderdaad mee identificeert
* Vb. agressie🡪 projecteert dat op iemand anders en identificeert zich daarmee 🡪 dubbele winst : agressie kwijt + kan mij verdedigen tegen die bedreigende ander
* Dit is de patiënt bij wie je gaat roepen en wat je normaal nooit doet 🡪 je hebt je onbewust met die agressie geïdentificeerd
* We moeten dat egrijpen in die subjectwording waarbij er iets heen en weer gestuurd wordt en daar iets gaat bewerkstelligen 🡪 dat zijn geen neutrale processen want het gaat over affect
* Identiteit
* Tot nu altijd beschreven in termen van de verdeelde identiteit 🡪 die hebben we ook ieder keer als een dynamisch proces beschreven waar ook een bepaalde integratie aan gekoppeld is
* Bij BPD spreken we over ‘**splitting**’
* Verschil gewone verdeeldheid
* Er blijven stukken apart staan 🡪 de integratie ontbreekt
* De wisseling tussen de verschillende stukken kan razendsnel gaan
* Vb. op ene moment voor je iemand die vrolijk is en 20 sec later één hoop verdriet is waarbij je niet weet wat te doen 🡪 nauwelijks idee waarom
* Die splitting gebeurt ook tegenover ons 🡪 ene moment wordt je de hemel in geprezen en ander moment de grond ingeboord
* Die verandering gebeurt vaak op grond van een verandering in onze lichaamstaal en deze wordt via die hypermentalisatie geregistreerd en de switch wordt in gang gezet
* Dit geeft het gevoel telkens opnieuw te moeten beginnen met de cliënt
* Gedragmatig
* Zo moeilijk en beangstigend omwille van de steeds aanwezige neiging om te ageren 🡪 om de problemen die ze hebben uit te drukken in gedrag
* Vergelijking somatisering en conversie
* Aantal psychische moeilijkheden op vlak van de arousal, verhouding tegenover de ander veroorzaakt problemen op niveau van het lichaam 🡪 ze hebben geen betekenis: ze verwijzen naar angst
* Conversiesymptomen hebben uitdrukkelijk betekenis 🡪 zijn wél symptomen 🡪 kunnen psychologisch bewerkt worden
* M.b.t. het handelen 🡪 fouthandeling: je wil iets doen en je doet exact het tegenovergestelde(vb. deur open willen doen 🡪 je doet ze toe 🡪 voldoende twijfels of je wel wilt dat die persoon binnenkomt)
* Bij het ageren bij de BPD is dat niet het geval, er is geen psychisch conflict dat zich gaat uiten 🡪 mengeling agressieve en seksuele handelingen 🡪 heel snel in gedrag gebracht 🡪 vechtpartijen zullen vaak voorkomen
* Deze patiënt zal een heel concreet gedrag verwachten en stellen 🡪 vb. ‘ik ben nog niet uitgepraat’ of ‘ik ben kwaad op u en voordat je dat niet doet ga ik niet weg’ 🡪 ook op vlak van agressie en seksualiteit : patiënten die heel kwaad of heel verliefd zijn komt vaak voor
* Hoe kunnen we die dan binnen die secundaire elaboratie brengen?
* Net zoals bij een kind dat agressief is ga je dat gedrag spiegelen en naar beneden trekken 🡪 kaderen door uw blik en spiegeling minder intens maken 🡪 daarom wordt dat voor het kind hanteerbaar: agressie wordt binnen het mentale gebracht
* Beeld in dat je die agressie als werkelijkheid neemt 🡪 je wordt angstig 🡪 dat kind ziet dat 🡪 als die ander schrik heeft is mijn agressie echt, reëel
* ~ BPD : spiegeling bieden waardoor je het gaat kaderen en naar beneden gaat trekken 🡪 indien spiegeling waarbij er schrik is, gaat de patiënt zijn agressie reëel worden en zal hij nog agressiever worden
* Op het ogenblik iemand door het lint gaat is er vaak niet veel bewerkbaarheid mogelijk 🡪 crisisinterventie : beveiliging voor de persoon en nadien bespreekbaar maken 🡪 invoeren in de lijn van de geschiedenis
* Typisch BPD: historisering ontbreekt
  1. Relatie met trauma
* Onderzoek met bruikbare resultaten
* 1e groep vertrekt van patiënten waarbij de diagnose BPD vastgesteld is
* Welke gemeenschappelijke kenmerken hebben zij
* 80% van die groep heeft een geschiedenis van fysiek, seksueel misbruik
* Lage reflectieve functie 🡪 kunnen nadenken over zichzelf 🡪 mentaliseren over zichzelf 🡪 hypermentaliseren over de ander maar niet over zichzelf
* 2e groep vertrekt bij de groep van wie men weet die een voorgeschiedenis hebben van seksueel misbruik
* 50% ontwikkelt BPD 🡪 niet omdat je uit een situatie van seksueel misbruik komt dat je een BPD gaat ontwikkelen
* Die groep die BPD ontwikkelt heeft ook een lage reflectieve functie 🡪 belang van mentalisatie 🡪 bevestigt stelling dat we te maken hebben met actuaalpathologie
* Blijkbaar is er een groep mensen die een BPD zonder er een voorgeschiedenis is van seksueel misbruik
* ‘Maar daar zal er wel psychologisch misbruik geweest’ 🡪 toch blijft de vraag!
* Meest neutrale manier om die etiologie te beschrijven
* Er is iets fundamenteel fout gelopen in die vroege subject-anderverhouding (kind-ouder) waardoor de spiegelingen onvoldoende gebeurd zijn en op een deficiënte manier
* Behandeling focus op actief-passiefomkering 🡪 lukt bijna nooit
* Ze slagen er altijd in om een verhouding aan te gaan die op een of andere manier een herhaling is van die oorspronkelijke situatie
* Vb. Vrouw 🡪 hoe komt het als ik een groep mensen zie dat ik er altijd in slaag om de meest agressieve eruit te kiezen? Hier zien we die hypermentalisatie en dan automatisch zich aangetrokken voelen door dergelijke figuren  
  1. Diagnostiek
* Descriptief
* Zelfde mix aan problemen zoals bij PTSD (agressie, toxomanie, grensoverschrijdend gedrag)
* Onmogelijkheid om die arousal op een normale manier te bewerken via symbolisatie
* Vb. vrijdagnamiddag zeer zwaar conflict kun je niet bewerken door het feit dat het vrijdagnamiddag is 🡪 dat zal blijven werken gedurende het hele weekend 🡪 tegen maandag heb je het verwerkt en gementaliseerd ↔ indien die bewerking niet mogelijk is: fles whisky, agressie,… je kan het niet vermalen 🡪 vaak aanmelding bij therapeut door derde
* Dubbelzinnige angst
* Separatieangst 🡪 op therapeut richten : ondragelijke bij de scheiding indien therapeut verlof heeft
* Intrusieangst 🡪 afstand houden
* Allerbelangrijkste is die therapeutische verhouding tussen subject en ander 🡪 hoe deze zich hier zal herhalen
* Verhouding tot stand komen waarbij er iets gedragen kan worden en er in latere fase iets kan doorgegeven worden 🡪 mate van vertrouwen nodig
* Daarna leren omgaan met die arousal

HS13: de psychopathologische positie van het subject: hysterie en dwangneurose

* Actuaalpathologie: positie op continuüm 🡪 uiterst links waar we een psychische identiteit vinden die zich maar rudimentair ontwikkeld heeft 🡪 niet een debiel persoon maar iemand die weinig toegang heeft tot die mentalisatie
* Psychopathologie 🡪 heel veel mentalisatie en secundaire elaboratie
* Die grens zul je altijd arbitrair bevinden
* Iemand die zich langs de psychopathologische kant bevindt die per definitie ook die actuaalpathologische kern in zich draagt
* Psychopathologie is een ontwikkeling bovenop die actuaalpathologie
* Regressie is altijd mogelijk
  1. **Algemeen over die psychopathologie: psychoneurose als norm-ale structuur van het subject**
  2. Inleiding
* We gaan ze eerst weer tegenover elkaar zetten om dat onderscheid duidelijk te maken
* Vb. BPD benoemt de prof als een complexe traumatische stressstoornis omdat die uitdrukking minder negatief is
* Binnen die groep ga je het onderscheid horen maken tussen een high-level en een low-level
* High-level: er is een stuk secundaire elaboratie aanwezig 🡪 klassieke psychotherapeutische behandeling mogelijk 🡪 deze zijn eenvoudiger omdat ze de complexiteit van het gelaagd zijn missen : ‘what u see is what u get’ 🡪 erotisering is erotisering, angst is angst,… 🡪 maar problematieken zijn veel zwaarder voor de patiënt en therapeut omdat die bemiddeling ontbreekt via het woord, het symbolische (heel die subjectwording is een defensie die ons toelaat om ons op een minder ingrijpende manier om te gaan met een aantal aandriften) 🡪 behandeling voor ons is veel zwaarder omdat er een zwaarder appèl op de therapeut gedaan wordt 🡪 veel meer authenciteit : je komt veel sneller bij een aantal belevingen die zijn wat ze zijn
* Low-level: ageren is veel belangrijker, fenomenen komen veel meer naar voren, veel moeilijker om mee te werken
  1. Achtergrondtheorie

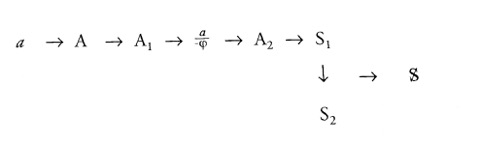
(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

S



* In die bewerking (mentalisatie) gebeurt er van alles waardoor het complexer wordt
* Die ander zal zich opsplitsen in eerste en tweede ander
* Die arousal zal binnengevoerd worden binnen de man-vrouwverhouding
* Dit ontbreekt bij de actuaalpathologie
* Primaire arousal wordt nauwelijks gefalliciseerd, geseksualiseerd
* Het blijft bij die heel primitieve affecten 🡪 seks kan wel maar het gaat vooral over woede, afstandname en versmelting 🡪 het zit op een primitiever niveau
* Vanaf het ogenblik we die ontwikkeling meemaken zien we dat er een aantal verbijzonderingen ontstaan
* De moeilijkheden, stoornissen zullen een stuk complexer zijn
* Ze zijn ‘lichter’ in vergelijking met de actuaalpathologie maar ze zijn complexer
  1. Drie verschuivingen



* Er wordt een appel gedaan op de ander maar die ander gaat zich opsplitsen in een eerste ander waardoor de arousal ook verbijzonderd wordt naar a over min phi waardoor er een tweede ander in het spel komt en de verschillende betekenaars zullen eigenlijk vanuit die tweede ander komen
* Eerste verschuiving : **de ander splitst zich op**
* Betekent dit nu dat iemand die een actuaalpathologische ontwikkeling doormaakt alleen maar te maken heeft met één grote Ander?
* Dit is niet het geval 🡪 het gaat over de invulling ervan 🡪 het gaat niet over één ouder gezinnen
* De prof spreekt over een omgeving waar de volwassenen onder één noemer kunnen samengevat worden = ze zijn niet te vertrouwen
* Afgezwakte versie: ze geven geen beeld = ik krijg er geen spiegelingen van
* Die grote Ander blijft massief
* In een normale ontwikkeling gaan deze zich heel snel gaan opsplitsen
* Neurologisch-cognitieve beweging 🡪 de hersenstructuren moeten voldoende ontwikkeld zijn om een verschil te maken tussen verschillende ouders 🡪 rond 8m 🡪 vooral bekend en onbekend gezicht
* Die opdeling zal niet stoppen en de baby’s gaan een aantal kenmerken koppelen aan die verschillende anderen
* Wij ,volwassenen redeneren abstract maar oorspronkelijk dachten wij heel concreet
* moeder-kind verhouding uitgebreid naar moeder-vader vader-kind verhouding
* Dit model behoort tot een maatschappij die heel snel aan het verdwijnen is
* Samengestelde gezinnen, zelfs zij die opgroeien in een ‘klassiek’ gezin beantwoordt niet meer aan de klassieke verhouding van vroeger
* Als wij schrijven over de 1e en 2e ander heeft dat als bedoeling te abstraheren
* 1e en 2e ander 🡪 duale overgang naar triangulaire
* Triangulaire verhouding waar er minstens 3 zijn: er moet iets zijn buiten kind en die 1e ander (datgene is meestal een persoon, het volstaat dat die 1e ander een verlangen heeft buiten dat kind 🡪 ergste wat een kind kan gebeuren is dat het kind het enige verlangen van de ouder is 🡪 verregaande psychose)
* De 1e ander is nagenoeg altijd de ander van het lichaam
* De persoon die instaat voor de verzorging, spiegelende reacties daarop en die voor de eerste mentalisaties zorgt (=moeder)
* Overgang lichaam naar lichaamsbeeld waar er ook een aantal beelden aan gekoppeld zijn.
* De 2e ander is de ander van het symbolische, dat wat door de buitenwereld aangegeven wordt.
* Tweede verschuiving: **overgang van a naar a/-phi**
* = Overgang van de arousal naar het verlangen
* Vb. Eerste 6-7 levensmaanden = paradijs 🡪 zodra we iets voelen dat negatief is staat iemand naast ons om ons te helpen 🡪 de moeder doet alles om het verlangen , het tekort van het kind op te heffen
* Daarbij moet een interpretatie gedaan worden door die moeder of 1e ander.
* Grotendeel van de moeders slaagt daar zeer goed in 🡪 dat is een leerproces en dat kan ook fout lopen en zwaar belast worden door de eigen voorgeschiedenis en de eigen angst in dat verlangen gaan leggen.
* Belang interpretatie : Psychotherapie met jonge kinderen 🡪 vaak moeder-kind therapie: het is daar dat we met een aantal interventies dingen kunnen vermijden 🡪 zeer moeilijk werkveld 🡪 hoe kan je met kinderen spreken die nog niet kunnen spreken (zie definitie infans) 🡪 1 onderdeel van die training: je wordt gevraagd aan jou voor een langere periode (6m-1j) een moeder en een baby wekelijks 1,5u-3u gaat observeren in de huiskamer (heel vreemde setting). Niet de bedoeling dat je gaat tussenkomen maar observeren en neerschrijven en daar verslag van uitbrengen bij een derde 🡪 één doel: hoe erg uw blik gekleurd is, of de interpretaties de jouwe zijn,… telkens zal er gevraagd worden waarom? Je hebt telkens geen observatie gemaakt maar een INTERPRETATIE. Wij luisteren niet maar interpreteren. Vb. ‘de moeder geeft de baby eten en de baby duwt de lepel weg’ VS ‘de baby is kwaad’ 🡪 Waarom denk je dat de baby kwaad is? Heel vaak therapeut die de taak van de ouder wil overnemen en dit zegt meer over ons dan over de baby.
* Die interpretatie ligt dus ook aan de basis van onze eerste ander 🡪 deze zal ons interpreteren en een bepaalde spiegeling aanbieden!
* Baby leert snel dat er iets ontbreekt tussen de ouders 🡪 er is daar iets dat ontbreekt waar een antwoord op geboden moet worden, er is daar een **arousal**!
* Duale verhouding 🡪 triangulaire verhouding
* Het onvoorwaardelijke 🡪 voorwaardelijk = Die belangrijke omkering houdt in dat wij het paradijs moeten verlaten : het is niet meer zo dat wat ons ontbreekt ons ambeteert automatisch ingevuld worden. Die ander is bereid om iets te doen voor mij op voorwaarde dat ik mij identificeer met zijn/haar verlangen 🡪 ik moet op één of andere manier voldoen aan wat er mij gevraagd wordt en dan pas is de ander ook bereid om mijn verlangen in te vullen.
* Zal heel snel zien dat dit ook tussen de volwassenen speelt en dat het zich daartussen bevindt en dit te maken heeft met seksualiteit,lichamelijkheid zonder daar ooit een specifieke invulling aan kan geven.
* Die subjectwording krijgt 2 specifieke invullingen 🡪 gender + autoriteit
* Gender: Afhankelijke infans 🡪 jongen/meisje: die genderontwikkeling begint daar en we kunnen duidelijk zien (zonder eindpunt : want altijd ontwikkeling)
* Autoriteit: wie kan er beslissen over wat 🡪 wie moet er zich onderwerpen aan wie : wie is actief of passief.
* Die seksualisering hebben we al genoemd als fallisering: fallus als aanduiding van het geslachtsdeel
* Die fallus beschouwen we uitdrukkelijk als een betekenaar = een betekenaar kan naar de limiet toe ALLES betekenen.
* Een betekenaar zonder een vaste invulling
* Die fallus 🡪 het veronderstelde eindpunt van mijn verlangen , dat is er natuurlijk nooit 🡪 vandaar lege betekenaar: Het is er nooit, nooit in staat om daar een antwoord op te geven.
* Dit is een 2e verschuiving die we nauwelijks zien bij de aktuaalpathologische groep 🡪 we zien vaak mensen die single zijn maar daar ook niet wanhopig om zijn. Of een relatie waar er niet zoveel gebeurt, ze hebben niet dat stadium bereikt. Bij borderline krijg je het wel ten volle en meer het accent op het driftmatige en minder het accent op het verlangen
* Derde verschuiving: **angsthantering** **: totale angst die partieel wordt**
* Heeft te maken met de angst en deze ontwikkeling van de identiteit die een duidelijke defensie is.
* Angst is het belangrijkste affect 🡪 angst zal eens we deze ontwikkeling doorgemaakt hebben partieel worden
* Partieel ten opzichte van het groter geheel de paniekaanval, de alles overrompelende , de totale angst.
* Totale angst 🡪 partiële angst : beperkt in tijd en gekoppeld aan een object waar we iets mee kunnen doen.
* Die partiële angst kunnen we koppelen aan dat verlangen. De angst binnen die verhouding tegenover de ander, de angst van niet te kunnen voldoen aan het verlangen van de ander, deze angst zal ook geseksualiseerd worden.
* A/-phi
* Vrouw: angst niet te kunnen voldoen aan het vrouw – zijn
* Man : angst om niet voldoende potent te zijn – de man te zijn die het kan waarmaken (seksueel/ carrière) 🡪 prestatiegericht HEBBEN
* Cultuur speelt daar rond een belangrijke rol en is enorm dwingend 🡪 illusie dat iedereen een perfect lichaam/carrière kan hebben mits inspanning 🡪 schuldinductie
* Elke maatschappij creëert zijn afwijkingen + de strengheid waarmee het geëist kan worden: vb. de eis bij vrouwen ligt streng op dat vrouwelijk lichaam 🡪 één belangrijk verschil: korset van vroeger is 24/7 🡪 die eis begint ondragelijke vormen aan te nemen)
* Belangrijke overgang : massale 🡪 partiële (en bovendien geseksualiseerd)
* Bovendien koppeling schuld 🡪 vanaf die triangulaire verhouding begint de schuldvraag zich op te dringen.   
  1. Subjectverdeeldheid, basisfantasma en symptomen
* Psychopatholgie: prof niet tevreden met deze term
* 1e reden: beschrijft ontwikkeling van de normaliteit, iedereen gaat daar doorheen 🡪 psychologische ontwikkeling zou ook een goede term zijn
* 2e reden: psychopathologie is een zeer generieke term waar in de psychiatrie alles aan gelinkt wordt.
* Hoe kunnen we dan die pathologie begrijpen 🡪 pathologie: subjectverdeling die normaal is en vormen aanneemt indien die in conflict zijn.
* Dan spreken we van een conflictpathologie die niet meer dragelijk is en daar bovenop worden er symptomen geconstrueerd! (even terug: Bij die AP 🡪 defectpathologie).
* Bij PP, er is een intern conflict dat niet meer te houden valt. Deze conflicten gaan over de autoriteit en de genderidentiteit. De declenchering gaat plaatsvinden wanneer één van die 2 geactiveerd wordt. In terugblik gaan we vaak zien dat er daar iets van start gegaan is.
* Vb. vrouw 18j (generatie ouders) intelligent, wil ook studeren en de ouders laten duidelijk blijken dat zij thuis moet blijven. Verwachting dat die vrouw ook thuis blijft, het wordt nooit uitgesproken. Er ontstaat dus een conflict 🡪 hysterisch-conversie symptoom: ze kan niet meer stappen! Medisch niets aan de hand. Ze zal toch studeren en dan op einde studies 🡪 terug verwachting ‘je zal nu toch terug naar thuis gaan’. Het is dus duidelijk onbewust. Functionele stoornis en zeker geen simulatie. Voorbeeld van een psychopathologisch conflict. Die declenchering heeft te maken met de autoriteit. Blijf ik die passieve positie behouden. Dat conflict laat mij toe nog een ruimer achterliggend iets aan te tonen 🡪 hier letterlijk gaat het over het wegstappen van thuis.
* Het driftleven zoals Freud dat beschreven heeft is in eerste instantie een driftleven van coïtus, etc. We vergeten dat hij een andere theorie over dat driftleven die veel minder gekend is. Hij zal het hebben over twee basisdriften,basismotieven: **Eros en thanatos** 🡪 In al de levende wezens zijn er twee fundamentele tendensen aan het werk:
* Erosdrift:
* een tendens die ons drijft naar het samenvallen met, een fusie, een versmelting
* Thanatos:
* Terzelfder tijd is er de tegenovergestelde beweging 🡪 op ons eentje te staan en niet samen te vallen
* Die 2 staan lijnrecht over elkaar 🡪 Het gaat over een dynamiek :
* indien te veel thanatos gaan we eros wensen.
* Die botsing tussen de tendens ‘ik wil eigenlijk samenleven’ maar ook ‘ik wil eigenlijk apart leven’.
* Er bestaat geen oplossing! Die wrijving zal er altijd zijn!
* Vb. Als we een relatie hebben, zullen we ook het verlangen hebben om ons eigen ding te doen. En als we dan ons eigen ding kunnen doen gaan we ook het verlangen hebben naar die ander.
* Dit is ook het tot stand komen tot het basisfantasme.
* Je moet die formule onvermijdelijk gaan opsplitsen :
* Basifantasmatische verhouding met moeder 🡪 we zullen deze vaak herhalen naar vrouwen.
* Zelfde met vader 🡪 zo zullen we bepaalde gewoontepatronen herhalen en activeren zonder dat we ons daarvan bewust zijn.
* Neem ze te samen dan krijg je de verdeeldheid en de identiteit 🡪 te veel verdeling dan zal dat conflict niet meer hanteerbaar zijn en er symptoomconstructie bovenop zal gebeuren.
* Laatste opmerking:
* Prof zei dat de psycho-neurosen altijd symptomen bevatten. Dat zijn die constructies die bovenop dat symptoom komen, die gelaagd zijn,… Je hebt een aantal psycho-neurosen waarbij er geen symptomen zijn, maar waar het geheel het probleem is 🡪 2 voorbeelden
* Vb1 Depressief 🡪 uit dat fantasme gevallen 🡪 hij/zij stelt niks meer voor en in die zin krijg je daar ook geen symptomen maar een conflict tussen de persoon en de wereld.
* Vb 2 aangereikt in de jaren 30 waarbij het geheel,het karakter als dusdanig de stoornis was 🡪 karakterneurose. Die karakterneurose zal 50j later opnieuw zijn opwachting maken in die persoonlijkheidsstoornis. Vroeger bestond deze op 3 vormen. Indien oraal karakter 🡪 theatrale. Anaal karakter 🡪 dwangneurose. En indien genitaal karakter 🡪 narcistische PH. Wij kennen onze geschiedenis niet en we gaan daarom alles opnieuw uitvinden.
  1. **Hysterie**
  2. Geschiedenis
* Plato 🡪 baarmoederaandoening (dus enkel bij vrouwen)
* Egyptische beschaving 🡪 komt vrij goed overeen met wat we dag van vandaag conversiesymptomen noemen, hier ook enkel een stoornis bij vrouwen
* Twee argumenten om de hysterie een soort authenticiteitlabel te geven (want ook weer bij Freud)
* Lange geschiedenis met gelijklopende symptomen 🡪 bewijs van de echtheid van de hysterie
* Het is niet omdat een bepaald woord behouden blijft het systematisch dezelfde betekenis heeft 🡪 We gebruiken een bepaald woord en we denken dat dat woord dezelfde betekenis heeft als 20jaar,30jaar geleden en die overtuiging sterkt ons in een soort authenciteitsgedachte. “Want het bestaat al zolang!” Hoe ouder het wordt, hoe belangrijker het is
* Vb. depressie heeft een andere betekenis als 20j geleden.
* Vb. autisme heeft niks meer te maken met wat de prof in zijn studententijd geleerd kreeg 🡪 geeft het idee dat het over dezelfde problematiek gaat.
* Net als de hysterie 🡪 er zit daar iets anders in 🡪 voornamelijk diagnose uitgesproken wordt over vrouwen van mannen.
* Verhouding:
* Verhouding hysterica en de psychiater komt overeen als de verhouding tussen inquisitie en de heksen.
* Diagnose
* Vaak een moreel oordeel, we moeten ons daarvan bewust zijn en afstand van nemen.
* Hysterie is inderdaad een bepaald basisfantasme en dat komt zelfs meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Hysterie is lang gekoppeld aan de vrouw, wat volledig onterecht was.
* Stelling van prof. Verhaeghe over de hysterie:
* Hysterie is een verhouding tussen subject en ander, maar komt evenzeer voor
* Bij mannen als bij vrouwen misschien dat het maatschappelijk gezien
* Vandaag de dag zelfs nog meer bij mannen voorkomt
* Hysterische verhouding ten opzichte van de ander in verband met verlangen en genot  
  1. Kenmerken hysterie
* Afhankelijkheid en hyperemotionaliteit
* We mogen de diagnostiek hier echter niet tot beperken!
* DSM: hysterie bestaat niet meer à de symptomen vind je terug onder de conversiestoornis en de nagebootste stoornissen
* Onderliggende dynamiek leren kennen is veel belangrijker dan zo’n sticker opplakken en zo botsen we ook op problemen die we niet begrijpen
* We zullen de psychoneurose structureel gaan begrijpen: Een bepaalde verhouding tegenover de ander met betrekking tot verlangen en genot.
  1. Charcot
* Eerste definitie hysterie komt van hem
* Grondlegger neurologie
* Salpêtrière in Parijs
* 6000 patiënten : merendeel bleef daar tot ze stierven.
* Situeren rond 1890 🡪 geneeskunde is machteloos 🡪 Resultaat daarvan : artsen zijn goede observatoren.
* Observatie betekent ook dat ze langs binnen kijken 🡪 anatomo-pathologie
* Opensnijden lijken, hoe kunnen we dingen zien.
* Geneeskunde is nog niet hypergespecialiseerd.
* Voorkeur Charcot neurologie 🡪 zal zich vooral focussen op de epilepsie.
* Charcot bestudeert de epilepsie en zal de verschillende fases van de aanvang grondig beschrijven
* Terzelfder tijd stelt hij vast in zijn ziekenhuis dat er patiënten vergelijkbare aanvallen vertonen maar die zijn toch niet echt epileptisch.
* Die patiënten, die pseudo-epileptische aanvallen vertoont, benoemt hij als hysterici.
* Hij vergelijkt dus die 2 en waar hij heel veel belang aan besteedt is suggestie. Het is mogelijk om patiënten onder hypnose te brengen en hun onder hypnose een aanval te suggereren, … heel veel theorieën rond.
* De hysterie en hysterische aanval is dus een zeer belangrijk studiestuk in die tijd
* Prof heeft maar 1 hysterische aanval gezien, deze is nu praktisch verdwenen ↔ vroeger :overal aanwezig
* Hysterie is verdwenen maar de structuur erachter verdwijnt niet!
* De hysterie identificeert,evolueert zich met het verlangen van de ander en specifieker met de meesterfiguur.
* Als je meesterfiguren (zoals Charcot etc.)die gefascineerd zijn door die epilepsie ga je een epileptische aanval krijgen 🡪 je wilt voldoen aan het verlangen van de meesterfiguur.
* In de meesterfiguren zijn de grote belangstellingen in de jaren ’70 is de schizofrenie met al die bizarre verschijningsvormen omdat deze ook aan kunst gerelateerd zijn, een vreemde vorm van creativiteit.
* Heel veel patiënten gaan zich identificeren met die diagnose. Hebben we te maken met een psychotische of hysterische structuur ? De symptomen lijken heel hard op elkaar.
* De verschijningsvorm hangt af van de identificatie van het verlangen van de meester 🡪 Verander de meester en verlangen ervan krijg je een ander beeld = dit vinden we systematisch terug
* Hysterie ≠ doen alsof, simuleren 🡪 bewijs : hersenscans
* Meer dan voldoende bewijs voor
* Historische noot: tijd lang uit radar verdwenen van de medische wetenschap 🡪 want we verstaan het niet. 🡪 Laatste jaren medische wetenschap enorm vooruit gegaan
* Angelsaksische wetenschap : Oxford 🡪 één van de zaken zijn dat de hersengedeeltes die bij simulaties actief zijn, anders zijn als bij hysterische aanvallen 🡪 het gaat hier over :

A

(a)

S

* Freud spreekt over de orale fase
* Zoveel mogelijk naar binnen brengen 🡪 dit komt overeen met de incorparatie.
* Ander proces, aliënatie wordt veel minder benadrukt 🡪 Iedereen betrapt zich wel eens op een stuk van ‘dat ben ik niet’ 🡪 Dat idee is dominant bij hysterie
* Orale in betekenis van incorporatie, kunnen we ook letterlijk begrijpen : seksualiteit,verslavingsproblematiek,… Slikt alles in!
  1. Oedipale voorgeschiedenis
* Basis hysterie = trauma 🡪 dit idee nuanceren
* Niet altijd geschiedenis seksueel misbruik, bij een bepaalde groep eerder fantasmatisch en wij zullen hoofdzakelijk met die groep werken.
* In beide gevallen (reëel of ingebeeld) is er een teveel aan onlust dat op een of andere manier ingevuld of bewerkt moet worden.
* Hoe kan dat bewerkt worden? Door zich te identificeren met het verlangen van de ander.
* Dan zal ik een antwoord krijgen op wat mij ambeteert.
* Hysterici probeert zich te gedragen naar het verlangen   
  1. Verhouding: ‘Het is nooit goed genoeg’
* Indien systematisch antwoord bvb: ouder 🡪 kind : het is niet goed genoeg 🡪 gaat naar andere ouder

In hysterische structuur wordt dit geïnvalideerd, want de 2e ander wordt op voorhand buitenspel gezet 🡪 De 2e ander telt niet mee.

* Want de 1e ander geeft als boodschap dat het antwoord 2e ander ook niet zal voldoen. ‘Hoezeer ik mij identificeer, toch is het nooit genoeg!’.
* Intensivering proces 🡪 het steeds meer proberen doen.
* We gaan kijken hoe die structuur, dat basisfantasme dat we beschrijven zich later zal actualiseren 🡪 We hebben het over de overdracht = oorspronkelijke situatie wordt overgebracht tot andere anderen (niet beperkt tot therapeut-patiënt).
* Opsplitsing 2 lagen identiteit: gender + autoriteit 🡪 het zal op die punten terugkomen
* Gender:
* Vrij dramatisch effect 🡪 iemand die ervan overtuigd is nooit goed genoeg te zijn, in geen enkele manier in staat te zijn om iets te beteken voor iemand anders
* **Selffulfilling prophecy**: Men zoekt systematisch mensen die bevestiging geven aan die angst. Mensen die voldoen aan de schoonheidsidealen vinden zich toch niet knap etc. Ondertussen probeert men wanhopig te voldoen aan dat verlangen van de ander.
* Nu: hypergeseksualiseerd beeld. Fitness, plastische chirurgie,… Om toch maar te beantwoorden aan dat beeld 🡪 Dit is eigenlijk een verhouding tegenover de 1e ander, de moeder.
* Autoriteit:
* Andere verhouding 🡪 verhouding tegenover de meesterfiguur, meestal de vader.
* De oorspronkelijke 2e ander is gedevalueerd, heeft een negatieve betekenis
* Effect daarvan: iemand met een hysterische structuur gaat opzoek naar een meesterfiguur die wel dat weten bezit 🡪 Iemand gaat zich daarom identificeren als leerling.
* Als je deze twee samenvoegt dan krijg je Charcot : hoog in aanzien, duidelijk verlangen van die epileptische aanval en ze gaan dat beeld nagenoeg perfect vertonen.
* Typisch bij de verhouding tegenover de meester: eens die meester gevonden is en die verhouding daar tegenover geïnstalleerd is wordt er verwacht dat hij die positie inneemt en waarneemt.
* Dit past toch niet helemaal in het beeld 🡪 we krijgen de eisen 🡪 dat passieve is toch niet zo passief 🡪 Het **revendicatieve** = Het eisende, dat die ander zijn positie waar MOET maken 🡪 Vb. jaren ’70 bloeiperiode psychotherapie
* Toen veel minder wetenschappelijk onderbouwd : rage rond een aantal goeroes 🡪 bloeiperiode verhouding hysterische structuur en meesterfiguur 🡪 sektevorming : ze gaan zich identificeren met die meesterfiguur en die moet zich vooral daaraan houden.
* Op een bepaald ogenblik mislukt dat 🡪 die meesterfiguur wordt ontmaskerd 🡪 6 weken later nieuwe meesterfiguur : andere identificatie, voeding, kleding,… dat is dat revendicatieve tot op het punt waar het mislukt.
* Daarom is het correct om te spreken over **massahysterie** 🡪 leidt tot groepsvorming (Nooit massapsychose 🡪 psychose: ultieme vorm van eenzaamheid. Massahysterie 🡪 plaatsen onder één specifieke leider, idee)
* Accent: bij de hysterische structuur is er een proberen te voldoen aan dat geconcretiseerd verlangen van de ander/meesterfiguur met overtuiging dat het nooit voldoende zal zijn, daarom link met depressie (‘ik kan het niet’).
* Centrale element is de aliënatie omdat men zich helemaal gaat geven
  1. Relatie met gender/verleiding/trauma

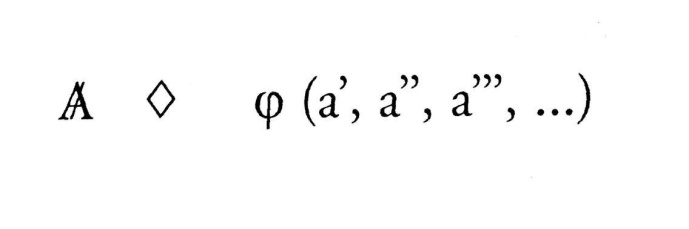
**Relatie met gender**

* Klassieke opvatting
* Hysterici is een vrouw : fout.
* Subjectwording 🡪 begrijpen als evolutie passieve positie (baby) 🡪 fout : actieve positie
* Aliënatie 🡪 we willen allemaal die separatie en autonomie bereiken 🡪 in eindfase is er een evenwicht tussen die aliënatie en i (Vgl. aandeel eros – thanatos )
* Wij leven al eeuwenlang in een patriarchaat
* Vrouw werd verplicht de passieve positie in te nemen 🡪 niet verwonderlijk dan meer bij vrouwen en mannen. Het zit ingebakken in de opvoeding.
* ↔ Scandinavië:
* Maatschappij veel progressiever (1e stemrecht,1e vr premier,… ) en daar is die man-vrouw verhouding veel gelijker.
* Historisch zijn Scandinavische maatschappijen overlevingsmaatschappijen 🡪 kwestie van voldoende vis te vangen. Vrouwen + mannen vechten mee 🡪 je hebt ze allemaal nodig. Die traditie zorgt voor een zelfsprekende gelijkheid. Nauwelijks kans op hysterie
* Hysterie is een cultuurproduct

**Relatie met verleiding**

**Relatie met trauma**

* Trauma in de feitelijke betekenis van het woord
* Machtsverhouding in de maatschappij is problematisch: nieuwe emancipatiebeweging nodig door reclame etc. 🡪 Koppeling trauma nodig.
* Één groep macht (♂) en de andere groep ligt onder (♀) 🡪 macht is uitgesteld geweld 🡪 vroeg of laat wordt de zwakkere groep misbruikt en installeert er zich een trauma. Volgende redenering:
* Iemand die er op uit is om zich te identificeren naar het verlangen van de ander 🡪 dat is vandaag de dag met het zich identificeren naar een hypervrouwelijk beeld – geërotiseerd beeld.
* De ander wordt voorgehouden waarnaar hij verlangt.
* Op het moment dat hij hierop ingaat is de angst bij het hysterisch subject is te groot 🡪 zo krijg je een trauma van een andere orde 🡪 trauma van de aantrekking en afstoting, om achtergelaten te worden.
* Grote factor van onlust aanwezig.
* Feitelijke aan zo’n trauma is niet zo belangrijk:
* Het feitelijke misbruik kan overkomen als een feitelijk trauma
* Misbruik heeft niet plaatsgenomen, dan geen trauma en kan echter zeer traumatisch zijn
* Wel misbruik, en de ander is getraumatiseerd en de seksualiteit is hier een wapen geweest (vaak binnen borderline)
* Altijd de context zien om in te schatten waar het eigenlijk omdraait, wie welke positie inneemt (actief/passief)
* Hysterisch basisfantasma:
* A / - phi en dan twee pijlen en hoofdletter A (geen streep door) 🡪 zie ook HB
* Er vallen twee zaken op:
* Geen streep door A
* Het subject valt samen met wat hij of zij veronderstelt het fallisch subject van de ander te zijn met als doel het tekort in de ander op te heffen
* Typisch kenmerk voor deze structuur: het opofferingskarakter
* Het hysterische subject gaat zeer ver om zichzelf aan te bieden, omzich op te offeren voor de ander 🡪 dient zich aan als diegene die het probleem oplost
* De eerste patiënte (Anna O) waarover een beschrijving kwam in psychotherapie (door Breuer) 🡪 naar haar is onderzoek gedaan door een journaliste: wie was zij? Wat is er van haar terecht gekomen?
* Men heeft haar levensloop kunnen bestuderen en na haar behandeling is ze nog opgenomen geweest in een soort van psychiatrische instellingen (behandeling stond dus niet gelijk aan genezing, enkel symptomen verlicht) en nadien had zij een zeer succesvolle carrière in de hulpverlening: voor wezen, voor ongehuwde moeders en voor vrouwen binnen de arbeidersbeweging
* Echter, dit was op het punt dat de hulpverlening op dit moment nog niet echt bestond
* Het opofferingskarakter: het zich gaan opofferen voor anderen is hier erg duidelijk
* Hysterie naar boven wanneer het conflict ondraaglijk wordt, want de separatie is ook Aanwezig
* Deze botsing kan dergelijke vormen aannemen dat het voor het subject niet meer uit te houden is (in de vorm van angst) 🡪 dit is één van de twee vormen van angst
* Angsthysterie: is eigenlijk een fobie
* Conversiehysterie: het symptoom is teruggestuurd naar het lichaam en het symptoom draagt uitdrukkelijk een betekenis waar de plus en de min altijd samen zit (het iets willen voelen en het niet kunnen voelen, het willen eten en het overgeven)
* Meer hedendaags onderzoek naar conversiesymptomen 🡪 er zou een link zijn met placebo waarbij de meester de inbeelding suggereert 🡪 maar hier vindt men de grond niet
* Het is een beschrijving en geen verklaring (!)
* Conversiesymptomen zijn via verbale psychotherapie verwerkbaar 🡪 dit is echter niet gemakkelijk en vaak treden er nog nieuwe problemen op
  1. Differentiaal diagnostische moeilijkheden:
* Basisidee: problematiek ontstaat in verhouding tot de ander en deze zal zich herhalen in de diagnostiek en we moeten die veranderen binnen een (therapeutische) verhouding
* Hysterie: verhouding op grond waarvan iemand zich gaat identificeren op verlangen van de ander
* Die vrouw/man gaat zich identificeren in psychotherapie met eender welk model 🡪 elk model zal een bevestiging krijgen
* Reactie therapeut ‘zie wel dat mijn model werkt’ 🡪 die man/vrouw is zich aan het identificeren 🡪 de therapie begint pas 10-12 sessies later 🡪 het grote probleem is dat de therapie op een soort kameleoneffect botst
* De behandeling loopt initieel veel te goed en na verloop van tijd zal er daar afbrokkeling op gebeuren
* Daarom dat we in dat initiële model (van de psychoanalyse) de nadruk leggen op abstinentie want voorgangers hadden vlug door dat als ze kleur vertoonden ze dat ook overnemen 🡪 dus daarom zo min mogelijk kleur opnemen 🡪 binnen therapie proberen dat conflict naar boven mee te nemen
* Verandering basisfantasme
  1. **Dwangneurose**
  2. Dwangneurose en subjectwording: expulsie – separatie
* Dwangneurose of obsessionele neurose
* DSM 🡪 OCD : onder verdeeld in de angst- en persoonlijkheidsstoornissen
* Ook heel veel narcistische PH
* Dwangneurotische mannen 🡪 label autisme (accordeoneffect label autisme 🡪 zodanig breed geworden en met het ontbreken van een persoonlijkheidsdynamiek : op zijn eentje, veel structuur wensen)
* Eerst door Freud beschreven (zoals angstneurose) en de klinische beschrijving klopt nog altijd
* Dwangneurose uitdrukkelijk begrijpen in een verhouding tegenover de ander (niet alleen therapeut)
* Verhouding m.b.t. tot verlangen en genot (met accent op verlangen 🡪 net zoals de hysterie)
* 2e helft college perversie 🡪 ook verhouding tegenover de ander maar daar ligt het verlangen op het genot
* Proces van aliënatie (naar binnen nemen, primair proces) en vervolgens separatie (nastreven van die autonomie)
* Dwangneurose sterk langs kant van separatie 🡪 zal heel sterk uitvergroot worden: het voorafgaande proces van de aliënatie zal een bepaalde vorm en sterkte gekregen hebben 🡪 van die aard dat er een heel sterke afstandname nodig was
* Separerende wordt begrepen als een abstrahering van de anale pulsie = het naar buiten brengen van het slechte (~ hysterie : partiële pulsie, drift aankoppelen
* Freud : anale karakter 🡪 triade: koppig + gierig + hyperproper
* Vb. dwangneurotische cl 🡪 man woont in klassiek herenhuis 🡪 verschrikkelijk vuil en ook niet gierig ↔ dit is de tegenpool: hoe kan je dan met zo’n systeem werken? Je moet altijd de functie begrijpen en hoe bepaalde kenmerken een functie hebben in verhouding tegenover de ander en bepaalde kenmerken zich kunnen omkeren en identiek het tegenovergestelde kunnen veroorzaken
* Bij dwangneurose 🡪 agressie ≠ hysterie 🡪 aantrekking
* Anale erotiek zal er altijd een prominentere plaats vinden dan de orale (zoals bij de hysterie)
* Verhouding die uitdrukkelijk gericht is op autonomie,controle,afstand houden,… en terzelfder tijd zijn dit mensen die heel sterk twijfelen en die alles gaan uitstellen = bepaalde paradox
  1. Oedipale geschiedenis
* Verhouding 1e ander (moeder)
* Wat hij/zij te bieden heeft is eigenlijk zeer goed 🡪 het kind vult het verlangen van de moeder in
* Iemand die zich gaat ontwikkelen van hét (m.a.w. die arousal) te hebben
* 1e versie: top of the bill 🡪 l’enfant royaux = kind als koning 🡪 jubilend
* 2e versie: (niet in HB!) deze is affectloos 🡪 het bejubelende ontbreekt en vervangen wordt door een koude, kille kant 🡪 moeder = levende incarnatie van regels en als het beantwoordt krijgt het een voldoende zonder meer (een soort boodschappenlijstje). Deze is meer frequenter in de pathologie
* Verhouding 2e ander (vader)
* Wordt door de eerste ander buitenspel gezet 🡪 telt niet mee ( ~hysterie)
* Want deze voldoet niet aan de verwachting en ontbreekt ook heel vaak
* Bepaalde interactie die meteen zal bepalen hoe iemand zich ontwikkelt
* Enerzijds positieve boodschap, anderzijds is dit ook bedreigend want het maakt die separatie veel moeilijker 🡪 als je beantwoordt aan die identificatie kan je er ook niet van weggaan 🡪 daarom accent niet volledig invullen verlangen ander 🡪 ogenblik verlangen volledig ingevuld verdwijnt het subject, het subject verdwijnt te bestaan 🡪 grote angst is opgenomen te worden door die ander = intrusieangst (↔hysterie: separatieangst)
* Zeer dubbele positie 🡪 meer comfortabel als de hysterie maar zorgt ook voor de nodige angst en meer als de conversiehysterie 🡪 soort dubbelzinnigheid
* Vb. effecten overdracht :
* Het te kunnen hebben en het kunnen zijn
* Op vlak van genderpositie en kennis
* Paradox: terzelfder tijd beseft die persoon dat hij/zij niet bereid is dat te geven aan de ander = afstand 🡪 wordt heel vlug als arrogant beschouwt: ‘wie denkt zij dat ze wel is?’ 🡪 komt uit grote angst 🡪 volgende diagnose : narcistische persoonlijkheidsstoornis = heeft voortdurend aandacht nodig, moet continu in de kijker staan ↔ dwangneurose vermijdt dit uitdrukkelijk
* Verhouding ander van de autoriteit
* Je krijgt iemand die het weet te kunnen ,te hebben
* Vaak heeft deze persoon het ook gemaakt in zijn professionele carrière
* Op ogenblik hij/zij positie inneemt 🡪 angst om samen te vallen 🡪 gaat die autoriteitspositie niet innemen
* Vb. iemand zal ervoor zorgen dat hij/zij geen promotie krijgen of zijn/haar werk expres niet perfect doet 🡪 men wil niet die positie innemen en deze intrusieangst is massaal
* Buitenwereld denkt goed zal komen : jarenlang onder zijn/haar niveau waarbij de collega’s zeggen dat die 10x beter is als de baas 🡪 paar maanden later diagnose burn-out = het is die positie die te zwaar is
* Verhouding van de genderidentiteit
* Vaak single
* Die afstand moet ook gehandhaafd worden
* Eerst beeld narcistisch,fallisch te zijn maar ook terzelfder tijd die ander op afstand houden
* Vb. 70u/week werken en op die manier afstand kan houden
* Vb. ménage à trois 🡪 hoe is dat in godsnaam mogelijk dat die man dat verdraagt 🡪 vrouw heeft minnaar en man vindt dat niet erg 🡪 op moment die minnaar wegvalt gaat die scheiding plaatsvinden en dit wordt geïnstalleerd als beveiliging
* Relatie met gender,verleiding en trauma:
* Gender
* Zelfde redenering als bij de hysterie
* Tot kort uitdrukkelijk geassocieerd met de man 🡪 net zoals gisteren door een bepaald maatschappijbeeld beschrijven
* Uitdrukkelijk actieve positie voorbehouden aan mannen en daardoor een bepaalde moeder-zoonverhouding installeren 🡪 meer mannelijke dwangneurose
* Verleiding
* Hysterie: identificeren met uw verlangen 🡪 zal voor grensoverschrijdend gedrag zorgen bij de ander en vlug seksueel trauma
* Dwangneurose: aantrekking 🡪 houding van dat hij/zij het heeft maar als je te dicht komt gaat hij/zij weggaan 🡪 ‘playing hard to get’
* Hysterie x dwangneurose 🡪 hysterie opzoek naar een meesterfiguur en de dwangneurose is maar niet bereid om zichzelf te geven en de ander wegduwt 🡪 pathologische relatie: hoe meer de ander verlangt hoe meer de ander wordt weggeduwd
* Trauma
* Emotionele verwaarlozing langs beiden kanten
* Affectkilte 🡪 die koude 🡪 het niet naar buiten brengen van iets (~liefde)
* Boek: ‘Karakter’ van Bodewijk 🡪 ook film
  1. Dwangneurotisch basisfantasma en symptoomvorming
* Hoe gaat die ontwikkeling in zijn werk?
* Invulling dwangneurotisch karakter (triade)
* Gierig, koppig 🡪 gaat geen verhouding aan 🡪 zal niets geven
* In veel gevallen exact het tegenovergestelde: subject dat zich ontzettend hard inspant = **oblativiteit** (oblaten= paters 🡪 vrijgevig)
* Hoe kan je dat rijmen? Die extreme vrijgevigheid 🡪 ander op afstand houden: amortiseren 🡪 term uit voetbal: bal stilleggen 🡪 verlangen ander stoppen door heel veel te geven
* Vb. Vlaams voorbeeld 🡪 man die zijn huis zelf gaat bouwen, 12jaar aan bezig, ouders in caravan en niemand anders mag meehelpen omdat het perfect is 🡪 huis af = binnen het jaar een scheiding (maar meestal geraakt dat huis niet af)
* Die oblativiteit houdt in dat men één ding niet geeft 🡪 zichzelf
* FORMULE 🡪 binnen die ander wordt die breukstreep behouden 🡪 dwangneurotisch subject beschouwt zich als de fallus (minteken ontbreekt) 🡪 maar via objecten ‘ik geef u dat, ik geef u dit,…’ maar zelf komt het niet in het spel!



* Dus je hebt NIETS geven of je hebt ALLES geven 🡪 beide zelfde functie : subject blijf buiten schot 🡪 het is enkel de partner die dit voelt! Buitenwereld: die vrouw heeft toch geluk met zo’n man die alles doet voor haar!
* Vergelijking dagdroom
* Hysterie
* Fantasie over de eigen dood 🡪 het verdwijnen en soms zelfs op grond van zelfmoord en deze heeft meestal een typische vorm 🡪 het gaat niet zozeer over de dood op zich maar de nadruk gaat op de reacties liggen van de ander
* Typische zelfmoordfantasie tijdens puberteit 🡪 elke tiener en vaak gekoppeld aan wegloopgedrag
* Dwangneurose
* Fantasie over de dood van de ander 🡪 als de ander dood is zal mijn leven eindelijk kunnen beginnen
* Vb. heel vaak koude verzorgers van de ouders
* In heel veel gevallen zal dit heel normaal overkomen 🡪 vaak ook heel succesvol omdat ze het gewoonlijk in de professionele sfeer goed doen 🡪 minder nood aan hulpverlening
* Pathologie heeft te maken met het conflict tussen enerzijds het verlangen van de ander en het afstand nemen op het ogenblik dat niet meer lukt
* Dwangneurotische structuur 🡪 dwangneurotische pathologie
* Deze verloopt als een spiraal 🡪 het gaat van kwaad naar erger 🡪 het wordt steeds ingewikkelder en zwaarder! ↔ belangrijk verschil hysterie
* Bij de dwangneurose komen de plus en min achter elkaar (plus volgt plus op en neemt telkens een soort zwaarte mee)
* Begint met eenvoudige dwanggedachten, piekeren en daar moet iets tegenover geplaatst worden 🡪 dat volstaat niet 🡪 daar tegenover een handeling
* 1e reden moeilijkheid: Je krijgt een dwangneurotische constructie : de behandeling is ontzettend moeilijk
* 2e reden moeilijkheid: op vlak van de hulpverlening 🡪 dwangneurotische persoon komt veel later want deze is een bedreiging . De structuur zal zich veel meer ontwikkeld hebben en pathologischer zijn. Zal meer geneigd zijn om veel sneller te stoppen. Men komt veel te laat en men blijft veel te kort ↔ het hysterisch subject vraagt sowieso hulp aan de ander en is gericht op de goedkeuring van de ander. Komt sneller,vroeger en blijft langer
* Op jongere leeftijd is dat zeer goed behandelbaar! Daar zal je veel actiever moeten zijn om die binnen te houden
* Binnen consultatie 🡪 hysterie gaat stoel dichter bij de therapeut zetten ↔ dwangneurose gaat stoel achteruit zetten
* Bij de hysterie hebben we gezien dat men in die ontwikkeling uitdrukkelijk een poging doet om zich uitdrukkelijk te identificeren voor het verlangen van de ander 🡪 heeft als doel zelf een antwoord te vinden voor het verlangen ( je bent niet goed genoeg probeer opnieuw 🡪 zoektocht naar iemand die altijd bereid zal een goedkeuring te geven)
* Symptoomopbouw
* Dwangneurotische spiraal die begint met piekeren
* Lak aan de kritiek van anderen 🡪 omdat ik veel beter kritiek op mijzelf kan geven en deze is veel strenger
* Begint met zelfverwijten : ik heb iets verkeerd gedaan 🡪 wat ze in onze ogen misgedaan hebben is minimaal 🡪 bewijs voor de dwangneuroticus dat de ander niets waard is
* Dat gaat zich uitbreiden via twijfel 🡪 als ik daar die fout gemaakt heb ga ik misschien daar ook die fout gemaakt 🡪 er wordt iets tegengeplakt om het weg te houden 🡪 datgene wordt weer gecounterd en weer gecounterd en weer
* Vb. Freud 🡪 obsessionele is altijd gekleurd door angst 🡪 nergens schaar of mes dat bloot mag liggen omdat niemand zich mag verwonden 🡪 als mes blootligt en vriendin staat daar zou ik haar misschien per ongeluk neersteken 🡪 die lades moeten gesloten worden
* Elk dwangneurotisch fenomeen heeft als doel de afstand te behouden
  1. Differentiaaldiagnostische en therapeutische implicaties
* Behandeling
* Verwarring met psychose 🡪 iemand met heel ingewikkelde gedachteconstructies die zich verplichten/verbieden om dingen te doen ( ~ magisch denken kind x 1000 = beeld van hoe een pathologische dwangneurose eruit ziet) 🡪 kans groot paranoia of schizofrenie 🡪 omdat hij ons probeert te overtuigen op iets dat sterk lijkt op een waansysteem. Verschil: de patiënt zal je zeggen dat hij ook weet dat het onzin is ↔ bij psychose is de waan echt is en de werkelijkheid is
* Iemand die op jonge leeftijd komt 🡪 we krijgen iets dat vergelijkbaar is met de hysterie maar terzelfder tijd helemaal anders is 🡪 dwangneurose: iemand die het weet,kent en deze zal heel snel onze taak overnemen en ons heel snel gaat corrigeren. Iemand neemt over 🡪 met dezelfde bedoeling: ik geef wat je vraagt, ik toon dat je niet voldoet en ik word dan niet geraakt 🡪 ideale patiënt 🡪 maar hij engageert zich niet! Verhouding zelf gaan bewerken! (↔ hysterie: de hysterici gaat zich identificeren met wat wij verwachten 🡪 indruk dat het goed verloopt )

HS 14: De perverse structuur

1. **Inleiding**

* Zullen we nooit meemaken, de relatie met de hulpverlener loopt zeer moeilijk en is bijna onbestaande. Dus enkel in de forensische kliniek.
* Wel onderscheid perverte structuur VS perverte trekken
* Structuur 🡪 andere verhouding
* Andere verhouding tegenover de ander
* Anders in de taal staan
* In de neurose gaat dat altijd over het verlangen 🡪 verlangen is altijd onmogelijk (=dwangneurose) of onbevredigd (hysterie) 🡪 Vb. hollywoodfilms: in de blockbusters zien we altijd twee dingen die terugkeren
* Iets dat heel moeilijk bevredigend is
* Op het moment het zou lukken slaat het noodlot toe
* Bij perversie is de focus op genot (etage lager 🡪 veel bedreigender) 🡪 mengeling genot, trauma en angst

1. **Diagnose perversie: preliminaire differentiaaldiagnostische moeilijkheden**
   1. Eerste drempel:Morele oordeel

* Het morele oordeel dat wij hebben over de pervert (vaak gesproken over parafilie)
* Toont zich ook in het taalgebruik : we hebben het over daders en slachtoffers 🡪 de slachtoffers begrijpen we VS de dader moet gestraft worden
* Iedereen weet dat daders ooit slachtoffers waren 🡪 hoe gaan we die persoon bekijken? Bekijken vanuit de dader of slachtofferkant
* Het is niet omdat iemand ooit een slachtoffer geweest is dat wij zijn later gedrag kunnen goedkeuren of aanvaarden.
* Fout die clinici soms maken:We kunnen het gedrag van iemand verklaren op grond van zijn voorgeschiedenis. Verklaren betekent vaak ook dat we hem moeten vrijpleiten. Iedereen die een ongelukkige jeugd meegemaakt heeft een vrijgeleide krijgt voor later iets te doen. FOUT!
* Die morele orde is ontzettend tijd- en plaatsgebonden:
* Masturbatie werd vroeger als een zeer afwijkend iets + homoseksualiteit was ook een teken van perversie
* Dit is nu verdwenen: ‘wij zijn veel ruim denkerder geworden’ 🡪 die morele aanvaarding heeft een aantal neveneffecten : de enige vorm van afwijking die wij vandaag nog kennen is deze waarbij het seksueel gedrag gesteld wordt zonder ‘informed consent’ 🡪 waarbij één van beide deelnemers niet instemt 🡪 dan schieten er 2 groepen over:
* seksueel geweld + pedofilie = beperkte groep
* DSM vervangen door wetboek 🡪 fout! Vandaar klinische studies heel beperkt over perversie
* Morele orde is veel enger geworden 🡪 alles gereduceerd tot seksueel geweld 🡪 verkrampte maatschappij: regels van hoe de leerkracht zich moet gedragen tegenover student in Amerika
  1. Tweede drempel: ‘iedereen vertoont perverse trekken’
* Seksualiteit is altijd op bepaalde hoogte problematisch 🡪 heeft alles te maken met (a) 🡪 confronteert ons niet alleen met die andere man/vrouw maar confronteert ons ook met ons eigen lichaam en dat moet je voorleggen aan de ander.
* Iedereen vertoont zonder uitzondering parafilie of perverse trekken 🡪 ook verstoring genderidentiteit en seksualiteit**.**
* Freud in 1905
* Kinderen zijn seksueel actief : infantiele seksualiteit (≠ seksualiteit bij volwassen)
* Die infantiele seksualiteit zal zich ontwikkelen rond die partiële driften (orale,anale,uritrale,visuele,olfactorische,auditieve,…)
* Iedereen van ons vertrekt van een **polymorf perverse positie** = omdat het allemaal niet-genitale aandriften zijn. Polymorf 🡪 alle driften zitten erin en deze zullen later uitdrukkelijk in de seksualiteit voorkomen en iedereen heeft bepaalde voorkeuren. Naar de hel gestuurd omwille van zijn uitspraken over seksualiteit.
* 50 jaar later onderzoek van Kinsey bij 8000 Amerikanen rond seksualiteit
* Interview 1urenhalf-2uur 🡪 eerste 20 min kijken of iemand waarheidsgetrouw antwoordt 🡪 elke interview waar twijfel bij is telt niet mee.
* Puriteinse Amerika 🡪 waar enkel de normale seksualiteit mag
* Wat blijkt? Heel veel mannen hebben al een homoseksuele ervaring gehad, vrouwen zijn orgastisch en vooral dan via orale praktijken
* Hij beschrijft wat het merendeel van de Amerikanen doet in bed 🡪 vaststellen dat grootste deel niet in het morele boekje hoort 🡪 veel meer overspel dan gedacht en ook bij vrouwen.
* Ontslagen bij de universiteit  
  1. Derde drempel: ‘iedereen die eigenlijke pathologie vertoont ook gestoord zal zijn op vlak van die genderidentiteit en identiteitsbeleving’
* Affectontwikkeling = identiteitsontwikkeling
* Pathologie ontwikkelt zich daarbinnen.
* Meestal kijken we naar die figuur $ en als we dichterbij kijken zien we dat in de verhouding is tot de ander (verdeelde ander). En dit in functie van (a), belangrijkste de seksualiteit. Maar niet alleen de genitale seksualiteit 🡪 een affectregulering beperkt zich niet tot de genitale seksualiteit.
* Freud sprak over de seksualiteit die polymorf is
* Vreemde vaststelling: dit is een heel belangrijk veld maar de seksualiteit wordt vaak niet bevraagd binnen de consultatie 🡪 mensen gaan er zelf niet over beginnen!
* De affectregulering beperkt zich niet tot de genitale drift!
* Belangrijkste genderstoornis is de eetstoornis
* Magerheidsideaal langs vrouw maar ook langs man 🡪 dingen worden gekregen en gegeven in de verhouding met de ander   
  1. Freud over onderscheid perverte structuur en perverte trekken
* Freud heeft het niet zoveel over de perversie
* Fetisjisme bij man : ofwel ontzettend veel perverten ofwel criterium fout 🡪 hoe kunnen we het onderscheid maken tussen een normale en pathologische seksualiteit 🡪 mislukking van het descriptieve, want weer onmogelijkheid tot onderscheid
* Het is vooral interessant om te zien wat hij zal afwijzen: je kan de (ab)normaliteit niet gaan afwegen van de objectkeuze.
* Het object met wie men seksueel verkeer heeft.
* Object = het hoeft geen mens te zijn.
* Voor Freud is het object in het driftleven perfect verwisselbaar.
* Waarom onbelangrijk? Eerste object is ons eigen lichaam 🡪 concrete implicatie: homoseksualiteit is geen perversie.
* Waar moeten we dan wel gaan zoeken 🡪 het moet hem liggen in het doel van de seksualiteit, het doel van die driftbeleving 🡪 verhouding tot de ander

1. **Bevindingen uit de forensische kliniek**

* Wat kunnen we ons voorstellen bij perversie? (↔neurose en psychose ontzettend veel materiaal)
* Perversie wordt niet in psychiatrische handboeken opgenomen 🡪 onze klinische beschrijvingen moeten we halen uit de forensische sectoren.
* We hebben onze leerstof uit een beweging die erop gericht is de maatschappij te beschermen i.p.v. te helpen (zoals in de hulpverleningssector).
* Enorme bias 🡪 observaties forensische kliniek beperkt zich tot die groep die tegen de lamp is gelopen 🡪 we moeten ervan uitgaan dat een grotere groep is die niet tegen de lamp loopt en de selectie niet ons beeld misvormt.
* Lange tijd 🡪 perversie = mentale retardatie. Vb. Boer die maandenlang met schapen rondtrekt en zijn schapen neukt. Maar komt ook voor bij hoogopgeleide mensen.
* We vinden 3 kenmerken terug bij de perverte structuur
* Het gaat over het opvoeren van een rigide pregenitaal scenario
* Rigide pregenitaal vergelijken met normale perverte trekken 🡪 mensen evolueren daarin, proberen verschillende zaken en dan ook soms andere componenten/driften installeren 🡪 altijd linken aan het genitale
* Bij perversie: 1 scenario dat rigide moet opgevoed worden, verregaande monotone,vervelend (want altijd hetzelfde) seksualiteit 🡪 vaak in bordeel met contract
* Pregenitaal: het genitale ontbreekt heel vaak
* Dat scenario dringt zich dwangmatig op
* Pervert ziet aantal prikkels of voelt deze aankomen 🡪 deze person is baas want hij of zij heeft het scenario uitgeschreven en beslist over alles wat er gebeurd!
* Dat scenario moet een volledig verloop verkennen 🡪 er zit dwang achter 🡪 als hij het niet doet: massale angst.
* Met dat scenario zal hij een bepaalde machtsverhouding gaan installeren
* Macht ligt bij het perverte subject (≠ masochist : die zich wil laten vernederen enzo 🡪 vergeet niet : de masochist is baas en bepaalt op elk ogenblik wat er kan en niet kan)
* De sadist staat ten dienste van de masochist.
* Machtsverhouding 🡪 denken aan angst 🡪 Angst en genot staan op dezelfde lijn.
* Deze klinische beschrijving blijft ook een beschrijving
* Er zijn limieten: opvoeren pregenitale scenario zit ook in de normaliteit.
* Voorkeuren behoren ook tot de neurose
* Dwangneuroticus heeft in de seksualiteit ook een voorkeur voor rituelen, herhaling, vaste patronen en kun je heel snel regie aantreffen.
* De bedoeling van een bepaalde machtsverhouding 🡪 in elke liefdesverhouding zit er een machtsverhouding 🡪 de vraag is hoe deze zich manifesteert

1. **Oedipale voorgeschiedenis**

* Daarbij komen we bij de oedipale voorgeschiedenis: waar we heel veel moeten veronderstellen
* Bij perverte structuur 🡪 veel sjabloonverhalen
* Vrouwen 🡪 wel info omdat we kunnen peilen naar de verhouding die ze hadden met hun kinderen
* De verwachting die wij hebben is dat perversie een mannelijke aangelegenheid is en slachtoffer per definitie een vrouw. De mensen die dat verlegd hebben zijn vrouwen.
* De belangrijkste figuur is E. Welldon
* Britse psychiater, psychoanalytica 🡪 diensthoofd forensische afdeling in een van de belangrijkste psychiaterinstellingen in Londen
* Perversie vertrekt altijd bij de moeder-kind verhouding 🡪 het is daar waar de perverte structuur tot ontwikkeling komt
* Bijna elke dader is oorspronkelijk slachtoffer geweest 🡪 hier kunnen we dat slachtofferschap zien, bij de moeder-kind verhouding = sterke correlatie
* ≠ Niet iedereen die slachtoffer is zal dader worden = zwakkere correlatie
* Voorgeschiedenis 🡪 vertrekken bij een heel bijzondere moeder-kind verhouding 🡪 het bijzondere eraan is dat die verhouding zich niet situeert op het verlangen. (Normale verhouding: als ouder verlangt men naar een kind, dat kind komt er dan en dat kind zal zich beginnen ontwikkelen en zal nooit dat verlangen van die ouder perfect kunnen beantwoorden. Het zal iemand worden. Omgekeerd ook verlangen kind zal nooit volledig ingevuld worden etc.) 🡪 Bij perversie op niveau van genot 🡪 het kind is de invulling van het genot. Lichaam krijgt geen apart bestaansrecht, kind mag niet weg van de moeder (psychisch of fysiek). Vader (derde) helemaal buitengesloten maar wordt ook uitgedaagd 🡪 wij 2 tegen de ander ‘ wij weten het beter, we kunnen het beter,..’
* Op niveau van het kind: plus en min
* Voordeel: ervaart zichzelf als de perfecte invulling van het genot van de moeder
* Nadeel: krijgt geen apart bestaansrecht (Vgl. dwangneurose 🡪 dat is op het niveau van het verlangen)
* Het kind kan geen eigen positie innemen, kan niet loskomen van die ander
* Effect op latere leeftijd: passief/actiefomkering 🡪 volwassen = de moeder zal de ander (m.a.w. de baby) in die objectpositie duwen 🡪 particuliere van de perversie heeft te maken met moeder-kind verhouding.
* Structuur en de verhouding tegenover de ander
* Andere verhouding tegenover taal & ander 🡪 structuur heeft te maken met het defensiemechanisme 🡪 welk defensiemechanisme staat centraal? **De loochening, de ontkenning staat centraal**
* Er wordt ontkend dat er een tekort zou zijn. Die (a) wordt ontkend 🡪 er is geen tekort want ik ben de invulling van dat tekort in deze verhouding.
* Dit defensiemechanisme zorgt ook voor een verdeeldheid : opdeling in 2 werkelijkheden : enerzijds werkelijkheid binnen de perversie waar het tekort niet bestaat en anderzijds de wereld daarbuiten waar het tekort wel bestaat en de wet en regelgeving geldt
* In die eigen wereld geldt dus ook de normale wet niet. Iemand die zich aan kinderen, minder-validen,vrouwen misrekend heeft 🡪 buren interviewen : ‘ de meest gezellige mens, nooit verwacht ‘ 🡪 perfecte splitsing binnenwereld/buitenwereld
* ↔ neurotische structuur: onze werelden lopen door elkaar 🡪 je moet dat zeggen als je zo’n ervaring meemaakt en dat zie je niet bij de pervert.
* Perverte structuur is in essentie een moeder- kind verhouding en niet een man-vrouw verhouding 🡪 geen seksualiteit zoals wij dat kennen.( Zelfde kan je zeggen over de psychose. Psychose 🡪 psychodynamische consultatie)

1. **Specifiek defensiemechanisme en overdracht**

* Net zoals bij de andere 2 structuren teruggaat op een heel specifiek defensiemechanisme 🡪 hier **de loochening of de ontkenning**.
* Wat er geloochend of ontkent wordt is niets anders dan het tekort 🡪 datgene wat ontbreekt.
* Subjectwording vertrekt bij een bepaalde wanverhouding : (a) 🡪 S1 maar dit lukt nooit helemaal 🡪 we vinden nooit volledige antwoorden op wat we voelen 🡪 daarom kunst,religie,…
* Het tekort wordt ontkent en dit op een bijzondere manier: door het subject zelf in dienstverhouding tot de ander
* Het subject gaat het tekort zelf invullen = ik ben het tekort
* Vreemde opdeling tussen twee werelden : echte wereld (wel degelijk tekort) VS privé wereld (geen tekort en eigen wet primeert)
* Dit neemt niet weg dat het defensiemechanisme zich richt tegen een bepaalde angst 🡪 die angst heeft te maken met het gereduceerd worden tot het object voor de invulling van het genot van de ander
* In casu de moeder : dit is letterlijk levensbedreigend
* Pragmatische kant: actief-passief omkering 🡪 subject gaat staan waar oorspronkelijk de 1e ander stond en zal die rol innemen
* Koppeling aan PTSS 🡪 dissociatie,basic distrust,… zelfde effecten maar wel met een specifiek kleur
* Basisfantasme duidelijker in woorden dan in schema : “het pervert object dringt zich gewoon op aan de ander” 🡪 toont zich in de wijze waarop de overdracht zich heeft geïnstalleerd in hoe de 1e en 2e ander komt
* Bij perversie gaat het niet over verlangen maar over genot: trauma, angst en genot
* Genot is hier niet echt genot
* De pervert gaat ervan uit dat hij het perfecte antwoord is op het genot van de ander 🡪 iets waar bij hem geen twijfel over staat
* Beschouwt zich als instrument van het genot van de ander
* Hij is instrumenteel gegeven dat ervoor zorgt dat de ander zal genieten
* “ ze hebben er zelf om gevraagd” 🡪 dit zal de pedofiel ook zeggen 🡪 overtuiging die strookt met de verhouding waar zij inzitten
* Morele verontwaardiging die automatisch oprijst
* Vooral angst bewerkstelligen bij de ander: koppeling angst en genot 🡪 bij perversie zeer dicht bij elkaar
* Tegenover de 1e ander is dit de herhaling
* Wat tegenover de 2e ander: positie van de wet
* Binnen die ontkenning ontstaan 2 werelden
* Banale wereld 🡪 daar zijn allerlei regeltjes
* Privé wereld 🡪 waar de regels van de pervert superieur zijn aan die conventionele regels, de wet van de ander wordt uitgedaagd: ‘uw regels, wetten dat stelt niets voor de wetten die ik naar voor schuif die is superieur’ 🡪 de uitdaging van de 2e ander van de wet
* Klinisch: ogenblik dat er trio’s plaatsvinden
* ↔ neurose: stuk schuld en schaamte, bepaalde drempel die overwonnen moet worden.
* Perversie: een derde die uitdrukkelijk uitgedaagd wordt, een derde die passieve toeschouwer wordt, zijn/haar regelgeving stelt niet veel voor
* De grote Ander: Geschriften Markise De Saede
* Sadisme 🡪 Erotische als dusdanig vindt je niet 🡪 gaat voorstellingsvermogen tekort
* Op den duur wordt dit filosofisch 🡪 ‘De Natuur’ en ‘De Wet’

**Relatie met gender, verleiding en trauma**

* Gender
* Per definitie mannen 🡪 op grond van moeder die pervert is of zeker moeder-kind verhouding die pervert is.
* Perverte verhouding is geen seksuele betekenis 🡪 niet man-vrouw maar dit is eigenlijk een moeder-kind verhouding die op een heel pathologische manier herhaald wordt.
* Die moeder-kind zal gesloten blijven 🡪 niets buiten.
* Het kind blijft opgesloten in die symbiotische verhouding:
* Als dat een zoon is zal die zoon de actief-passiefomkering doormaken en zelf de actieve positie innemen en iemand anders reduceren tot het object dat hij vroeger was.
* Indien dochter zal er ook een passief-actiefomkering plaatsvinden en zal zij de positie van de moeder innemen.
* Klinisch weinig info maar voldoende bewijs: in psychiatrie vaak beschreven als “baron van Münchhausen syndroom”
* Moeder die kind ziek maakt door inkt in te spuiten of systematisch pijn doen 🡪 dan moeder die naar de dokter trekt.
* Niet elk pervert kind moeder met baron van Münchhausen syndroom.
* Niet altijd een perverte moeder die we aan het werk zien.
* Elk van die subjectstructuren zorgt voor een bepaalde subjectverdeeldheid
* De meest normale is die wij ervaren (neurotisch) : dynamisch door elkaar loopt en daar ergeren we ons zelf aan 🡪 we zijn geen man/vrouw uit 1 stuk zijn
* Dissociatie bij de PTSS is de wankeling veel zwart-witter 🡪 dissociatief herleven waar een persoon zich gedurende kortere periode terugtrekt 🡪 nog ruimer BL disorder kunnen we te maken hebben met verschillende identiteiten die beurtelings aan bod komen <-> pervert
* Bij pervert twee verschillende werelden
* Enerzijds banale normaliteit
* Anderzijds andere wereld waar hij zijn eigen activiteiten ontplooit die compleet verborgen voor de buitenwereld , dit verklaart dan ook de reactie van de omgeving : sprake van een ontmaskering, voortdeed alsof,… doen alsof???
* Duidelijk splitsing!
* Doen alsof = typisch neurotisch 🡪 vroeg of laat verraden we onszelf! Doordat dynamisch door elkaar lopen
* Pervert = voornamelijk zijn
* Herhalingsdwang : wat maakt die switch mogelijk?
* Geen zicht op, er is niet één of andere factor die ervoor zorgt dat de overgang gemaakt wordt 🡪 werkt niet 9-17u normaal 17u-9u pervert 🡪 komt door een bepaalde gebeurtenis die één van de 2 werelden activeert
* Basic distrust : meestal de mensen die een banaal vertrouwen uitstralen, die perfect te vertrouwen waren 🡪 heeft niets temaken met intimiteit maar met bemeestering
* Verleiding
* Op het ogenblik de zoveelste pervert ontmaskerd is 🡪 wij zijn allemaal gefascineerd : verhouding die we daar krijgen:
* Het neurotisch subject dat functioneert op het niveau van verlangen en dan blijft de bevrediging altijd wijken zelfs daar waar iemand voldoende verlangen ervaart 🡪 schept illusie dat er ergens een persoon met een totaalbevrediging is 🡪 horror en aantrekking : pervert schijnt dat antwoord uit te stralen
* Trauma
* Bijna altijd zelf opgegroeid in traumatische omstandigheden 🡪 bewerkstelling door klassieke actief-passief omkering
* Betekent niet dat het kind altijd seksueel misbruikt is 🡪 kan ook gaan over een vorm van psychisch incest waar het kind dus geen bestaansrecht krijgt en waar het onderdeel blijft van die 1e ander

1. **Differentiaaldiagnostiek**
   1. Diagnostiek

* Perversie zien we in termen van grensoverschrijdend gedrag
* Idee:
* Geen betekenis in symptomen (constructie in het symbolische bovenop een onderliggend conflict) 🡪 bij pervert hebben we niet te maken met symptomen maar **fenomenen**
* Daarom spreken we over daders
* Lijkt erop dat de perversie zich als structuur voornamelijk langs de kant van de actuaalpathologie voordoet
* Geen constructies maar fenomenen die zich voortdoen ter hoogte van het lichaam, het zijn fenomenen die bewerkingen zijn van de angst.
* Bij pervert is ook het lichaam van de ander nodig.
* ‘Perversie als structuur enkel langs de kant van de AP’ 🡪 dit klopt niet!
* Dit komt door die belangrijke bias waarlangs we vertrokken zijn : de kennis die we hebben over de pervert komt uit de forensische groep waar we het meeste info halen bevindt zich langs de AP.
* Langs de PP zal de pervert veel minder het gedrag zal gaan stellen maar het veel meer symbolisch gaat bewerkstelligen en minder in contact komt met het gerecht 🡪 perverte structuur langs de PP moeten we eerder zoeken in kunst en literatuur.
* Caveat: niet elke kunstenaar is een pervert, het is daar ook vrij zeldzaam
* Markise de Saede zelf pervert : in gevangenis gestorven omdat hij belastingen niet betaalde, had ook dingen gedaan met de schoonmoeder. Iemand die dat symbolico imaginaire bewerkt is de kans veel kleiner dat hij dat in de werkelijkheid doet.
* Lolita van Nobakov (die ook pervert was) 🡪 top 5 engelse wereldliteratuur. Lolitasyndroom 🡪 literaire verpakking pedofilie: Sympathie met de dader. Bernard Dewulf 🡪 heeft Lolita bewerkt. Dewulf geschreven vanuit een normaal neurotisch perspectief.
* Structureel: de 3 verschillende structuren zijn verschillend doordat ze andere verhouding hebben tegenover de taal. Vooral duidelijk bij de psychose.
* Normale verhouding taal: wij gaan ervan uit dat de taal een tekort is en deze nooit een volledige invulling geeft maar terzelfder tijd vergeten we dat gaan we uit van de conventie (= Dat onze taal eigenlijk vrij goed werkt en dit een tekensysteem is) 🡪 Tekorten er uitzetten. Berust op verdringing, de verdringing van het tekort.
* Pervertie 🡪 er is geen tekort. Taal functioneert perfect en waar de wet totaal is en daarbuiten de banale wereld. Op vlak van verhouding in de taal betekent dit dat het ja en neen verwisselbaar is.
* ↔ De neurose 🡪 ‘misschien’ of ‘ja,maar…’ .
* In perversie opsplitsing 🡪 die twee aparte werelden.
* Vb. verzorgingsinstelling kinderen met beperking: behoorlijk aantal van die kinderen misbruikt, de omgeving weet dit niet. Die man wordt ondervraagd gedurende een paar uur: die man slaagt erin gedurende 3uur een perfect logisch verhaal vol te houden, verspreekt zich geen enkele keer,… mocht je het dossier niet kennen zou je de man vrijspreken.
* Verhouding subject ander 🡪 moeder alle macht vader machteloze ander: gevaar bij onze differentiaal diagnostiek
* Voornamelijk forensische info: heeft andere criteria dan klinische criteria.
* Bij iemand met perverse structuur gevaar sociale wenselijkheid.
* Vb. na veroordeling speelt de sociale wenselijkheid een rol omdat de gedetineerden allemaal vervroegd willen vrijkomen en dit hangt af van het rapport. Dit wordt opgesteld door psychologen. Risico op sociaal wenselijkheid
* Enkel de mensen die levenslang in de gevangenis zitten interessant: longitudinaal voordeel 🡪 altijd zelfde plek en vaak gewilligheid tot spreken. Situatie waarin mensen opgenomen worden in de psychiatrische instelling.  
  1. Klinische verhouding
* Neurotisch:
* Presenteren als mogelijk object van verlangen voor de ander  
   ander plaatsen in positie die weet, we gaan er altijd van uit dat we het zelf niet weten.
* Pervert:
* Mogelijk object van genot
* Ander in positie genietende ander van zijn macht OF ander in positie van machteloze toeschouwer
* Herhaling tijdens klinische verhouding 🡪 therapeut zit in positie van de genietende ander
* Hij zal de ander opgeilen met zijn verhalen omdat hij weet is dat ze willen en/of de ander uit te dagen en de les te spellen 🡪 ‘jullie conventies, genot trekt op niets’.
* ↔ Dwangneurose: daar is er ook het idee van het te kunnen, te hebben,… maar daar gaat het over het verlangen en niet het genot wat betekent dat het dwangneurotisch subject nooit uitvoert wat hij lijkt te beloven, dat blijft op het niveau van het veronderstelde. De wet bestaat wel degelijk.
* ↔ Hysterie: seksuele activiteit die vreemd zijn en die op een uitdagende manier gebracht worden 🡪 lijkt heel sterk op het perverte. Slachtoffer binnen de invloedssfeer van een pervert en zich helemaal identificeert met het perverte subject. Consultatie omdat ‘er iets niet klopt’
* ↔ Psychose: seksuele in de ruimere betekenis van het woord lijkt te ontbreken
* Risico op een passage a lact
* Welldon en Mooy 🡪 binnen perversie altijd risico op geweldpleging, namelijk moord 🡪 de agressie richt zich tegen de derde instantie (vb. therapeut)
  1. Behandeling:
* Stella wildon 🡪 ‘depression and perversion’: slechts wanneer een pervert in depressie geraakt is behandeling mogelijk.
* De pervert is ervan overtuigd het object van genot te zijn en als dat doorbroken worden treedt er een depressie op, op vlak van vernietiging.
* Benadrukt dat ze die behandeling nooit 1-op-1 doet 🡪 er moeten 2 therapeuten aanwezig zijn om dat duale karakter te vermijden.

1. **Besluit:**

* Neurose uitvoerig en perversie vrij kort 🡪 centrale lijn in deze diagnostiek is gebaseerd op de verhouding 🡪 Dus ook de verhouding tussen clinicus en patiënt.
* Illusie dat wij objectieve observators zijn 🡪 eerste reacties wanneer we nieuwe gesprekken starten aangeven over welke structuur het gaat.
* Neurose: empatische reactie 🡪 bepaalde affiniteit en bijna onmiddellijk het gevoel dat we met die man/vrouw kunnen werken (= neurose 🡪 grootste deel cl)
* Psychose: unheimlich gevoel 🡪 dat klopt hier niet,ik vat dit niet, dit is anders 🡪 sprak over het precox gevoel (= psychotische structuur maar we het herkennen het niet)
* Pervert: na 1 of 2 gesprekken gefascineerd door wat de ander aan het vertellen is en deze heeft de verleiding al ingezet.
* Levensgroot vraagteken: categorie die laatste 10 jaar opmars maakt 🡪 psychopathie ≠ perversie.
* Te veel verschillen. Vb. Dutroux
* Dutroux systematisch weggezet als pedofiel, hoe meer info we kregen over hem hoe meer het duidelijk was dat hij geen pedofiel was 🡪 Hij hield zich ook bezig . gespecialiseerd pregenitale scenario.
* Dutroux deed van alles, het gespecialiseerde ontbrak, het pregenitale ook. Steeds in functie van geld 🡪 mercantiele : Dutroux verkocht ze ook.
* Gebruik van instrumenteel geweld = psychopathie 🡪 Het geweld is doelgericht ↔ Het geweld binnen de context van perversie is genot.
* Robert Hare : ‘Psychopathie is geen 4e aparte structuur’
* Zijn idee is dat psychopathie een dimensioneel kenmerk is en dat in ieder van ons zit.
* Reden waarom dit zoveel voorkomt : maatschappij lokt dit uit. Psychotisch en neurotisch.
* Psychopathic checklist revised of Hare checklist: Typische van die vorm van diagnostiek is dat het een semi-gestructureerd interview is die afgenomen wordt door iemand die getraind is en terzelfder tijd moet je ook een dossier hebben van die man of vrouw en dat je de gegevens gaat matchen. Dus geen dossier = geen diagnose. Daarom ontstaan binnen de forensische structuur. Voorspellende waarde rond 90%. Psychopathie is geen perversie. Eerder sfeer van misdadigheid. Psychopaten ook heel hoge posities.

HS15: De psychotische structuur van het subject

* 1. **Inleiding : pathologie als taalstoornis**
* Klassieke psychiatrie: Duitse en Franse psychiatrie
* 2 verschillende accenten die nadien samengekomen zijn.
* Duits 🡪 accent ligt heel duidelijk op de schizofrenie.
* Frans 🡪 paranoia.
* Doorheen de tijd geëvolueerd, de oorspronkelijke benaming was verschillend
* Dementia praecox : vroegtijdige dementie.
* Schizofrenie wordt vanaf het begin besproken als een groep. Breuer 🡪 ‘groepe des schizofrenie’
* Geen uniforme categorie. Uitgaan van een dynamisch verloop, iemand die een bepaalde diagnose had kon over 6 maand geëvolueerd zijn en een ander toestandsbeeld vertonen. Men ging ervan uit dat die pathologie daar wel nog altijd was.
* DSM 🡪 ‘you see what u get’. Psychiaters met de beste wil van de wereld hadden ze weinig hulpmiddelen, daardoor jarenlange observaties en deze ook neerschreven.
* Vandaag: 3 zaken ingrijpend veranderd
* Huidige diagnostiek weigert de etiologie in kaart te brengen maar men zal wel overal fluisteren dat het iets neurologisch is of alleszins iets te maken met het lichaam
* Wij beschikken over vrij goede medicijnen om bepaalde symptomen van de psychose in te perken 🡪 Neemt niet weg dat deze onomkeerbare effecten hebben (schuifelend vooruitstappen) en deze veel te vroeg voorgeschreven worden.
* Voordelen: zware vormen van angst behandelen. Vroeger dwangbuis 🡪 Nu chemische dwangbuis.
* Nadeel: de clinici houden geen rekening met de normale evolutie van psychose.
* De nieuwste vormen van psychose hebben te maken met drugs: aantal van die synthetische drugs lokt psychose uit.
* Vraag is of deze vergelijkbaar zijn met de normale vorm van psychose 🡪 De psychose uitgelokt door cannabis lijkt op de klassieke vorm van psychose.
* Over synthetische drugs weten we weinig
* Van ons perspectief gaan wij ervan uit een psychotische structuur een blijvende structuur is. Maar een aantal psychotische symptomen kunnen ook optreden binnen een neurotische context
* Neurotisch: 3 dagen, psychiater gaat licht kalmeermiddel geven en daarna weer normaal neurotisch persoon.
* Vb. Hallucinatore verwardheid waar iemand het begin van waanvormen vertoont 🡪 het grote verschil is dat het overgaat.
* Bij psychose is beginpunt hetzelfde maar het stopt niet bij die psychose 🡪 Breuer had het over **psychotische** golven
* Iemand is 12-18 maand psychotisch en dan gedurende 3 jaar gezond, dan weer 6 maand psychotisch en dan weer niet,…
* De reden waarom iemand declencheert is onduidelijk bij psychose, out of the blue. ↔ Bij neurose is dat heel begrijpbaar, bepaalde logica.
* Dat probleem heeft nog een andere verschijningsvorm en deze wordt vastgelegd in de vroege taalverwerking, hoe komt het dat men pas op zijn 18e psychotisch wordt?
* In terugblik zal men zeggen ‘het is altijd al een rare geweest’.
* Terugblikkende studies zijn te gemakkelijk.
* Heel wat problemen met het structuurbegrip van de psychose. Iemand met een psychotische structuur komt heel normaal over in die tussenliggende jaren. Ook iets umheimlich maar je kan niet zeggen waarom.
* ↔ In DSM wordt psychose los gedacht van structuren.
* Iemand die 3 dagen een psychose doormaakt of iemand die 5 jaar een zware psychose doormaakt maken allebei een psychose door volgens de DSM.
* Structuren hebben te maken met de taal. Niet alleen tegenover de grote Ander, maar ook tegenover de ander die spreekt.
* Onze identiteit is een talige identiteit.
* Bij neurose en perversie wordt er uitgegaan van een tekort ↔ psychose: teveel
* Bij de neurose is er een teveel in het lichaam à dat moet beantwoord worden door de ander en dat is nooit volledig dus er is een tekort in het symbolische
* Bij perversie is er ook een tekort maar het wordt ontkend in de privé-verhouding, buitenwereld wel een tekort.
* Bij psychose is er een foreclusie van de naam-van-de-vader = er is geen tekort 🡪 Er is een massieve aanwezigheid 🡪 er is een teveel
* Foreclusie van de naam van de vader: verwerping van het splitsende principe.
* Verwerking daarvan moeten we vinden in de taal en op grond in de verhouding met de ander
* Dit betekent dat we ons hier niet gaan blindstaren op descriptieve kenmerken
* Het gaat hier vaak over negatieve symptomen : dingen die je moet aantreffen maar die er niet zijn. (vb Klein en Dick die geen angst had)
* Infantiele psychiatrie : psychose kan daar ook voorkomen maar we zijn dat gebied kwijt 🡪 het kind heeft ofwel zware autisme of een mentale beperking
* Taalstoornissen : vrij zichtbaar, zeker als het waanfenomenen zijn
* Die talige waanvormen genezingspogingen zijn 🡪 Dit is de manier waarop een psychotisch subject zich probeert overeind te houden.
* Betekenisverlening proberen geven aan hetgene wat hem of haar overvalt
  1. **Etiologie en oedipale (?) voorgeschiedenis: een niet-dialectiseerbare dualiteit**
* Etiologie: uitlokkende factoren zijn bijna altijd duidelijk bij neurose. Bij psychose is dit bijna altijd out of the blue.
* Erfelijkheidsfactor ligt rond 20%.
* Jim van Os zegt dat het een psychosociale aandoening is omdat hij 80% nurture is.
* Oorzaak weten we niet!
* Vb. afwezigheid van de vader: foreclusie-in-de-naam-van-de-vader, stress, stad, achtergestelde buurten, etniciteit,...
* Bij de verdringing en verwerping lijkt het een soort wilsakt te zijn ↔ Bij de foreclusie is het er simpelweg nooit geweest.
* Radicale afwezigheid van die betekenaar en voornamelijk van die splitsing 🡪 Met als gevolg:  
  (a) 🡪 A 🡪 S : geen verdeeldheid, geen tekort.
* De arousal zowel binnen de neurotische als perverte wordt gefalliciseerd (binnen de seksualiteit: tussen man-vrouw, of man-man).
* Bij de psychose ontbreekt dit, het gaat over heel het lichaam : binnen en buiten.
* Geen partiële onderscheiding.
* De ander wordt niet verdeeld : het is de massieve ander, dit heeft een heel ander subject.
* Het subject blijft passief.
* Er is geen tekort en er is geen verdeeldheid.
* Dit betekent ook dat de bewerking van dat reële van die massieve arousal op een andere manier moet gebeuren
* Eén van de typische kenmerken is paranoia: de ander zit achter hem aan. De ander is een massieve ander, er is geen enkele twijfel over.
* Megalomanie: psychotisch subject zonder tekort die zich helemaal geïdentificeerd heeft met de grote Ander, deze wordt geplukt uit het heersende discours. Vb.Pakweg 20 jaar geleden nog religeuze discours: melanomane identificeerde zich met Maria of Christus. Geen tekort, geen twijfel 🡪 ‘ik ben het!’ Vroeger: heel veel psychotische patiënten zijn Napoleon. Dat massieve karakter ervan! Subject is niet verdeeld en de ander ook niet. Wat dan met die arousal.
* Het ontstaan van de psychose, declenchering, dan vindt je bijna altijd in die klassieke boeken:
* De ervaring van de patiënt dat hij het lichaam plots **vreemd** begint te ervaren, hij/zij voelt een aantal zaken die de persoon niet kan thuisbrengen.
* Gaat daarmee naar de arts
* **Psychotische hypochondrie** = heel vroeg stadium
* Het is onverklaarbaar : er kunnen geen woorden opgeplakt worden, elke benaming of diagnose zal afgewezen worden.
* We hebben gevalstudies waar iemand 30 jaar mee zit.
* Anders ruimere vorm die heel beangstigend is.
* Zie Donald Klein 🡪 sprak over twee groepen waarbij de ene medicijnen werkte en bij de andere groep niet 🡪 hier werken medicijnen niet!
* **De catatonie**
* De schizofreen die verlamt is van angst, in die fase ook al heel vaak auditieve hallucinaties.
* Dit zie je niet meer in de psychiatrie door neuroleptica!
* Dat megalomane: **verdere evolutie** 🡪 de waanvorm die in terugblik zal ervaren wat men voordien verklaarde op niveau van het lichaam.
* Vb. Duitse paranoïcus die zijn psychose zelf beschreven heeft op het moment hij ‘normaal’ was. Zegt dat waan een zinverlenende functie heeft.
* Identificatie met goddelijke instanties, historische figuren,… samenvallen 🡪 alles zijn.

A

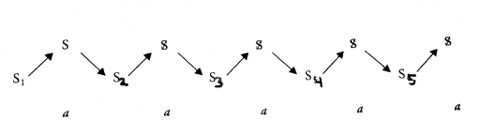
S

* Andere mogelijkheid is identificeren met datgene wat daarbuiten ligt: het subject ligt daar maar alles van het subject is naar A gegaan. Patiënt voelt zich leeg! Letterlijk. Het wordt leeggehaald door die Ander binnen dat waansysteem. Men omschrijft het als een leeg omhulsel. Volledige leegte.

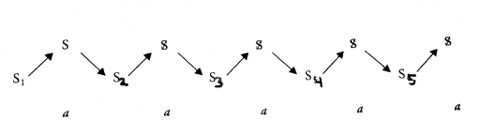
A

S

* Het is telkens de totaliteit
* Niveau grote ander
* Beste manier om het verschil te maken met de neurose en perversie neerkomt op het **alles of niets karakter** die we bij de psychose systematisch aantreffen.
* Ofwel vol ofwel leeg = duaal.
* Met 2 termen kun je niet werken, we hebben er 3 nodig (Vgl. Vorig college op vlak van die identiteit)
* Ofwel is die psychoticus alles = melanomanie.
* Ofwel is er die identificatie met de leegte = melancholie, lichaam is leeg.
* Vergelijking neurose en perversie : heel andere vorm van verdeeldheid.
* Neurose: Meest courant : het dynamisch door elkaar lopen.
* Bij BLD en PTSS hebben we die dissociatie.
* Bij perversie gaat het nog verder : daar zijn die werelden gesplitst.
* De splitsing bij psychose is hét
* Geen mogelijkheid tot afstandname.
* Die duale wisseling tussen subject en ander 🡪 Dit vertoont geen breukstreep meer, het is massief.
* Als we kijken naar de inhoud komen we bij die waanformaties wat die psychose zo waan-zinnig maakt.
* Het gaat over identiek dezelfde thema’s als wij onze fantasieën opbouwen, inhoudelijk geen verschil.
* Veld seksualiteit, afstamming/geboorte en seksuele identiteit 🡪 de vragen die kinderen al stellen ‘waar kom ik vandaan? Ben ik een jongen/meisje? Waar bevind ik mij tussen mijn ouders?’ 🡪 verschil is dat de antwoorden in waanvorm komen, wij zoeken bestaand materiaal: maar geen enkel antwoord is bevredigend
* Psychoticus zal die antwoorden als het ware zelf gaan construeren. Hij/zij zal deze wel putten uit bestaande zaken maar gaat daar een eigen constructie mee maken die waanzinnig is, niet omwille van de inhoud maar wel om het feit dat de psychoticus dit als waar aanneemt. Er is geen twijfel meer aan gekoppeld. Het is zo.
* Vb. autobiografische geschrift van Schreber: boek neergeschreven om zich neer te pleiten en zijn functie terug te krijgen 🡪 beschrijven dat hij in een vrouw veranderd, zijn geslachtsorganen verschrompelen en hij bevrucht zal worden door een oergod. Hij geeft antwoorden op de vraag naar afstamming, seksuele verhouding en genderidentiteit. 🡪 je krijgt er geen speld tussen: dit is geen fantasie maar een waan! Het zit hem niet in de inhoud maar in het geloof.
* ↔ Vb. patiënt met dwangneurotische fobie: komt zeer waanzinnig over en we gaan meteen uitsluiten dat deze man niet psychotisch zijn. ‘ik weet zelf ook wel dat dit onzin is maar ik moet het wel doen’. Niet de inhoud maar het geloof erin! Het ontbreken van de twijfel. Het is vol of leeg! Deze inhouden kunnen relatief normaal zijn.  
  1. **Psychose als een bepaalde manier van in-de-taal-te-staan**
* Storing van de taal:
* We zien hier al dat iets niet klopt binnen die verhouding, de manier waarop hij spreekt en luistert maakt ons voelen dat deze persoon niet normaal is.
* De gewone verschuivingen die in de taal voortdurend plaatsvinden hier niet mogelijk zijn.
* De woorden plakken op de dingen: de taal verglijdt naar een tekensysteem
* Alles wordt letterlijk genomen: ofwel is de taal vol van betekenis ofwel leeg. Overvolheid zien we bij het declenchereneren 🡪 plots heeft iemand het allemaal door, plots is de betekenis duidelijk, alles is vol van betekenis: overal ziet men bevestigingen van datgene wat men al weet. Die zekerheid heeft tot gevolg dat binnen de context van de behandeling geen dialoog mogelijk is : met een normaal, neurotisch persoon praat kan dat in dialectiek gebracht worden
* Ofwel volledig in meegaan ofwel volledig ontkennen. Beiden zijn niet goed : wel duidelijk maken dat die waan voor hem klopt maar jij dit anders ziet. Psychoticus zal je altijd proberen overtuigen.
* Geen realiteitsbesef : staat buiten de realiteit, de zin die hij/zij verleent is waanzinnig. Je kan dit ook anders gaan benoemen: hij heeft een ander realiteitsbesef, hij staat buiten die discoursverhouding.
* Binnen normale spreken is er mogelijkheid tot verschuiving, dialectisering =



* Bij psychose spreken we van de **holofrase** (volgens Lacan) : holo = volledig . Bij een holofrase wordt dit 1 geheel =



* Vb. reclameboodschap ging over Hendrik, zelfde naam van de psychoticus 🡪 ‘ de BBL denkt aan u’ 🡪 dat was voor hem zeer bedreigend 🡪 die bank is aan hem aan het denken 🡪 hij moet tegendenken en dat moet even massaal zijn als die BBL aan hem. Dit is de ene kant 🡪 de overvolheid
* De andere kant is exact het tegenoverstelde: de schizofasie
* Word salad : klanken produceren zonder betekenis.
* Dus ofwel overvolle ofwel lege.
* Gaat gepaard met scanderen en lichaamsbewegingen. (film Shine 🡪 pianist die pure ritmische klanken uitspreekt).
* Niet duidelijk wat de overgang maakt
* Idee van de evolutie: een psychoticus kent meestal een heel duidelijke evolutie en op grond daarvan kunnen we een soort paradigmatisch parcours kent: dit wordt meestal niet volledig doorlopen 🡪 de één blijft daar steken, de ander daar,… (zelfde parcours als bij de neurose : van aktuaalpathologie naar psychopathologie 🡪 Heel goed zien dat die ontwikkeling naar die secundaire elaboratie veel geruststellender is en als een vorm van genezing kan gezien worden)
* **De onmogelijkheid om een antwoord te bieden op die arousal:**
* Psychose breekt bij de mannen meestal door tussen 18 – 22 bij de vrouwen meestal tussen 25-30.
* Meestal in de confrontatie met seksualiteit. Iets in dat lichaam dat een appel doet waar het psychisme geen antwoord op heeft.
* Als we praten met zo iemand zal deze vreemde lichaamservaringen beschrijven die hij niet begrijpt en wij ook niet.
* Vb. bepaalde lichaamsdelen worden niet ervaren als van zichzelf, of het zit niet in elkaar, of het zichzelf niet meer herkennen in de spiegel. Het verlies van lichaamsafgrenzing, waar eindigt de hand of voet. Het samen voelen van: als ik iets eet voel ik ook iets in mijn geslachtsdelen. Beginpunt waar we die arousal zien.Het is daar waar we de hypochondrie opmerken 🡪 deze angst zal ook medisch geïnterpreteerd worde. Psychoticus gaat naar de huisarts. Die beginfase kan ook als zeer lustvol ervaren worden. Klassiek zeer angstig. Het lustvolle neemt dan ook een overdreven vorm aan: dit zal hier de vorm van extase aannemen
* **Klassieke schizofrene periode:**
* Verbrokkeld zijn van het lichaam 🡪 letterlijke vertaling: het verdeeld zijn
* Deze verschijnt ook in het normale taalgebruik: ‘ik voel me zo schizofreen’ 🡪 ik voel me zo verdeeld = dit is de verdeeldheid die we allemaal voelen.
* Bij schizofrenie = verbrokkeling. Unificerende ander ontbreekt.
* Heronimus Bosch : schizofrene universum dat je ten volle ziet verschijnen.
* **Hallucinaties** die altijd verwijtend zijn met betrekking tot het genot. Vb. uitgescholden worden als pedofiel. **Xenopathisch** 🡪 Xenos = buiten ons. Iedereen vroeg of laat zal zichzelf wel dingen verwijten die we ook horen in ons hoofd. Niemand van ons zal die stem als komende vanbuiten. Ervaring als deeluitmakend van onszelf.
* Wat als je ze ervaart als komende van buitenaf 🡪 hallucinatie. Ook visuele hallicunatie. Bij neurose spreken we over iets inbeelden. Bij PTSS visuele beelden al meer intrusief : weet wel dat het te maken heeft met wat hij/zij meegemaakt heeft.
* Psychoticus: komt van de Ander die mij wil benadelen.
* **Heel veel angst die daaraan gekoppeld is**:
* Dit is de gevaarlijkste periode 🡪 automutulatie tot zelfmoord 🡪 antipsychotica.
* Enige wat je kunt doen is de persoon omringen en ondersteunen.
* **Paranoia**: bewerking van datgene dat voordien maanden/jaren ervaren is tijdens die schizofrene periode.
* Betekenisverlening van wat er toen ervaren wordt.
* Bij de paranoia krijg je een zeer gesloten waansysteem (<-> schizofrene periode).
* Ontwikkeling naar dat paranoïde waansysteem is dat de ander beschuldigd wordt.
* Schuld van een kwaadwillige ander die het op de patiënt gemunt heeft, klassieke achtervolgingswaan. Dit is altijd de periode waarop de patiënt naar de politie stapt en klachten indient tegen de buren, werkgever,… in heel veel gevallen neemt het veel vagere vorm aan en duurt het een tijdje tegen we zien dat het om een psychoticus gaat. Hier komt vaak de agressie voor : heel onvoorspelbaar (≠neurose)
* Grote verschil klassieke schizofrene periode: er zit een systeem in 🡪 het verklaart alles!
* Medicijnen helpen hier niet meer: neuroleptica hebben hier nauwelijks effect.
* **Paranoia vera:** echte paranoia
* Daar is de waan helemaal ingekapseld 🡪 de waan is niet weg, de waan heeft een vorm aangenomen waardoor de patiënt zijn leven weer leefbaar is.
* Film: ‘a beautiful mind’ 🡪 op het einde van de film zien we dat alles nog aanwezig is in zijn bureau van de waan maar hij kan die bureau toetrekken = inkapseling.
* Dergelijke evolutie zien we niet meer : meestal enkel acute schizofrenie of paranoia. Vaak in ambetante positie: klacht tegen instituut of u en niet zal stoppen. Die evolutie toont dat het ook een dynamisch proces is volgens zijn vorm van het symbolische.
  1. **Implicaties differentiaal diagnostiek:**
* Bij declenchering redelijk duidelijk
* Drie punten veel moeilijker
* Hysterische waan en aansluitend de persoonlijkheidsstoornis
* Kortdurende psychotische opstaat 🡪 iemand die door het lint gaat op psychisch vlak (visuele hallucinaties, nagenoeg altijd een koppeling aan een life-event). Typisch de auditieve hallucinaties ontbreken heeft heel vaak te maken met verlies. Iemand die waanzinnig wordt van verdriet : niet alleen de overledene ziet maar die ook hallucineert: dit gaat nagenoeg altijd over.
* Postnatale psychose: puerperale psychose 🡪 boek : ‘hart van steen’ 🡪 het kunnen stellen van de diagnose is zeer moeilijk : bepaalde overbezorgdheid die zich stapsgewijs gaat ontwikkelen. Oorzaak niet bekend : vroeger dacht men aan een bepaalde koorts. Het is meestal bij het vierde kind.
* Psychotische melancholie
* Iemand voor je die niets zegt: zeer moeilijk om het onderscheid te kunnen maken tussen een neurotische en psychotische depressie. Typische zelfbeschuldiging, heel dat negatieve dat daar rond hangt. Het verschil zit hem meer in het alles of niets karakter. Psychoticus voelt zich schuldig aan alles wat hem overkomt, neurotische depressie zal vaak zeggen ‘ook al zat ik zo diep in de put had ik de mogelijkheid om even naar mij te kijken’. Psychotische depressie = massale zelfverwijten. Delirante vormen bij verwerking : ‘Ver heen’ 🡪 beschreven door patiënt die zelf psychiater was.   
  1. **Behandeling? Relatie met diagnostiek**
* Psychose is niet vatbaar voor de klassieke psychotherapie 🡪 bij die klassieke vormen gaan we uit van een klassieke dialectisering, we gaan uit van een ziekte-inzicht.
* Elyn Sacks: geschiedenis van mijn gekte (the center can not hold) 🡪 de neuroleptica heeft mij van de psychose geholpen en de psychotherapie heeft mij een leven gegeven.
* Belangrijk: het geven van erkenning, getuige zijn van wat die man/vrouw ervaart en dat erkennen, bijna secretaris zijn. Die waanvorming kan op een meer gezondere manier invulling krijgen 🡪 wij spelen mee in die rol van subletie. Heel veel psycho-educatie dag van vandaag, ik denk dat het vooral werkt binnen die alsof-identificatie.
* De niet gedeclencheerde psychoticus
* **Suppletie**: vervanging voor die naam-van-de-vader: het kunnen maken van iets 🡪 in de kunstwereld heel veel psychotici die het dankzij die kunstwerken min of meer normaal leven leiden. Sociaal aanvaard dat een kunstenaar wat gek is. Suppletie door iemand die ernaast staat, externe figuur die de psychose mee helpt dragen
* Extreme vorm van identificatie 🡪 alsof identificatie: iemand imiteren, volledig identificeren van iemand in de omgeving en die kunnen dat op een perfecte manier. Vb. vrouw op het moment ze buiten gaat begint ze te ‘mensen’ : ze gaat een soort persoonswisseling maken als ze buiten gaat.
* Schizoïde: de grote en kleine anderen worden simpelweg buiten gesloten, geen contact met de ander 🡪 leven op hun eentje. Paranoïde: stap verder, daar wordt die ander aangevallen want het buitensluiten van de ander volstaat niet meer, de persoon in kwestie is ervan overtuigd dat de ander het kwaadwillig met hem voorheeft. Klassiek: sensitieve betrekkingswaan 🡪 dergelijke kenmerken zijn niet zo exclusief voor de psychose : overtuiging dat de anderen over jou aan het praten zijn. Sensitieve betrekkingswaan: alles heeft een betekenis op het eigen ‘ik’ en bovendien een negatieve betekenis en ik moet daar tegen iets doen (vb. tramchauffeur die te abrupt stopt). Schizotype: mengeling van die 2. Bij deze 3 geen gedeclencheerde psychose (hallucinaties en waanopbouw) (hb. 373)
* Aanvulling psychose: Repulsion = uitbreken psychose 🡪 enige film die visueel overbrengt wat hallucinaties zijn.

**Besluit: diagnose en behandeling**

1. **Diagnostiek**

* Welke vorm van diagnostiek die je later ook toepast: de diagnostiek moet een implicatie hebben op de behandeling die erop volgt. Deze moet gebaseerd zijn op een verhouding tegenover de anderen maar ook tegenover ons.
* Wij zijn nooit een objectieve, neutrale waarnemer. Het is vanuit die interactie dat we tot een uitspraak komen 🡪 heeft te maken met de ontstaansgeschiedenis van de pathologie en behandeling.
* Die pathologieën ontstaan in die subjectvorming 🡪 etiologie, ontstaan van die problematiek.
* Telkens 2belangrijke elementen: identiteit + affect- of driftregulering.
* Laatste tijd weer aandacht voor het affect.
* Voornamelijk denkprocessen, cognitieve. Binnen die verhouding is die identiteit tot stand gekomen en dit zal zich herhalen tegenover ons. We zijn nog niet bezig over inhoud, we zijn bezig over de structuur. Dit is moeilijk om ons daarbij bewust te houden.
* In welke positie word ik geplaatst, wat wordt er van mij verwacht.
* Aandacht voor die structuur mag zich niet beperken tot het intersubjectieve.
* Het is ook de verhouding tegenover de taal, op welke manier wordt er gesproken en worden die woorden gehanteerd 🡪 Dan komen we tot die 3 structuren, dit is 1 van de manieren om daarover na te denken en die implicaties heeft voor de praktijk.
* Uitgaan van het feit dat het zich installeert binnen een structuur die zich herhaalt. Telkens binnen die structuur accent op angst (basisaffect), depressie en schuld. Dit is op het eerste zicht vrij negatief: bewust van zijn dat die insteek het accent legt op problemen en moeilijkheden niet alleen angst is een basisaffect maar ook plezier!

(a)🡪S🡪A🡪S1

S2

* Actuaalpathologie: niet in staat is van het affect te verwoorden, symboliseren (somatisering etc.)
* Gaat over de arousal, het affect, nuancering :pathologisch beperken tot een bepaald affect.
* X y z maar niet over a, dat zit weg. Het is niet zwart-wit 🡪 net zoals een partiële depressie.
* Die actuaalpathologische positie nuanceren : kan massaal zijn maar ook partieel. Die tweede insteek is zeer beslissend voor de behandeling. Grotendeel zullen werken met neurotische mensen.
* Extreem: therapie die we toepassen bij de psychopathologie exact het omgekeerde van we moeten doen bij de mensen van de actuaalpathologische kant 🡪 Daar zien we het belang van die diagnose.
* Bij mensen die in moeilijkheden geraakt zijn op een teveel aan secundaire mentalisatie, elaboratie 🡪 behandeling er altijd in bestaan iets te deconstrueren : iets wegnemen 🡪 moet gebeuren binnen een bepaalde therapeutische verhouding : flooding, cognitief herconstrueren,… = vorm van iets wegnemen omdat er een teveel van is dat onderling botst.
* Aan de andere kant van het spectrum : AP 🡪 het is daar niets weg te nemen : er moet daar iets opgebouwd worden omdat ondragelijke van het reële weg te nemen.
* Vb. Crisisinterventie : aantal technieken ontwikkelt voor jongeren die door het lint gaan en er ontstaat een vechtpartij 🡪 in eerste instantie beveiliging : time-out 🡪 nadien praten met die jongere: incident in de geschiedenis plaatsen 🡪 ‘Wat is er gebeurd? Wat zei die ander? Wat herken je daarin? En heeft dat iets te maken met vorige week?’ 🡪 iets herkenbaar maken, constructieve aanpak! 🡪 in eerste plaats incident in het reële en nu een soort symbolisatie geven 🡪 voorwaarde altijd hetzelfde: therapeutische relatie 🡪 hoe komen we tot die diagnose? Traditioneel gezien 3 technieken : interview, observatie en testtechniek. Interview en observatie de best bruikbare maar het minst betrouwbaar. Testtechniek meest betrouwbare maar minst bruikbare.

**Interview**:

* Belangrijkste volgens prof maar terzelfder tijd het minst betrouwbare.
* Onbetrouwbaar omwille van het feit dat we niet kunnen luisteren :
* We luisteren niet 🡪 wachten tot we zelf iets kunnen zeggen of we luisteren binnen een sjabloonmodel 🡪 Die man/vrouw moet passen binnen wat je geleerd hebt.
* De eerste 5-10 jaar gebruik je best semi-gestructureerde interviews!!
* Sdi,scid,pse,… allemaal varianten op hetzelfde:
* Voordeel dat je daardoor niets vergeet 🡪 enkel seksualiteit staat er niet in .
* Eén nadeel: de relevante volgorde voor de patiënt klopt niet.
* ‘Waarom komt men?’
* Men komt omwille van een aantal klachten,problemen. Verassend genoeg is dat in een aantal gevallen niet zo.
* Prof houdt eerste vraag bewust zo vaag mogelijk 🡪 ‘wat brengt u naar hier?’ 🡪 Laat toe een spontaan, eerlijk antwoord te geven: ‘ik moet naar hier van…, voor mij maakt dat niet uit’ i.p.v. te vragen naar de problemen.
* ‘Waarom komt men nu?’
* In meeste gevallen zijn de symptomen al een aantal jaren aanwezig 🡪 meestal vage antwoorden : ‘ik heb wel eens hulp gezocht, met de huisarts,..’ 🡪 wat is er veranderd waarom iemand plots uit zijn comfortzone gehaald.
* Vb. lang angst en depressie 🡪 te veel drinken om die angst onder controle te houden 🡪 ‘tot nu toe was het leefbaar’ 🡪 partner die geruime tijd ziek is omwille van het feit dat haar nieren niet meer werken en heeft zich ontpopt tot een perfecte verzorger 🡪 de vrouw heeft eindelijk een nierdonor gekregen en functioneert ze weer vrij goed autonoom 🡪 plots angst en depressie 🡪 dwangneurotische man : gezondheid vrouw doet hem op dat ogenblik de das om!
* ‘Waarom komt men naar hier?’
* Vraag die peilt naar de betekenisverlening die toegeschreven wordt aan de hulpverlening
* In groot aantal gevallen is die vraag puur toevallig.
* Soms antwoorden als: mijn vader is hier geweest, of mijn beste vriendin 🡪 bepaalde verwachting, betekenisverlening 🡪 ook op dat ogenblik dat je moet vragen naar vroegere hulpverleningstrajecten : ‘Wat heeft er hen geholpen en wat heeft er hen niet geholpen? Hoe is die vorige behandeling gestopt?’ Vaak o.b.v. een breuk gestopt en dat de kans dat dit zich zal herhalen is bijna 100%.
* Persoon die de diagnose stelt doet ook de behandeling 🡪diagnostische therapeuten, behandelaar daarna reële reactie: ‘ik heb dat al 4 keer verteld!’
* De aard van de vragen
* Beginnen met zo open mogelijk vragen 🡪 gaandeweg naar gesloten vragen
* Waarom open?
* Danield Winnicot 🡪 het vervelende als je vragen krijgt dat je antwoorden krijgt. Vragen die onmiddellijk peilen naar iets. ‘wat is het probleem hier?’ 🡪 jij moet hier nu spreken over jouw probleem. Vervelende van gesloten vragen is dat je gesloten antwoorden krijgt. Ondertussen soort hypothesevorming.
* Goede raad: speel advocaat van de duivel 🡪 op het ogenblik je je een bepaald beeld vormt over de diagnostische structuur moet je op zoek gaan naar argumenten die dat weerleggen omdat je anders onvermijdelijk op zoek gaat naar bevestiging: ‘impact of the first 3 minutes’
* Onderzoekers met al redelijk wat ervaring bekijken gefilmde interviews van 45 minuten – 1urenhalf van een klinisch interview.
* Opdracht: wat is de diagnose? Je noteert vanaf het ogenblik je iets belangrijks ziet en je noteert de tijd.
* Als je diagnose hebt gesteld zet je een lijn onder het blad.
* Interbeoordelaarsovereenkomst is beduidend zwak!!! Men zoekt vanaf dat ogenblik alleen maar bevestiging van wat men gezien heeft.

**Observatie**

* Enkel mogelijk bij residentiële opnames 🡪 bepaalde bias: een bepaalde overtuiging proberen te bevestigen.
* Moeilijker als interview 🡪 observatie is heel subjectief!
* Veel onderhuidse zaken aanwezig: hoe kleedt iemand zich, hoe begroet iemand jou,…

**Testinterview**

* Geven beeld van iemand die met een bepaalde problematiek worstelt.
* Grootste nadeel is dat ze impliciet gebaseerd is op een medisch model waarbij diagnostiek gelijk staat aan infoverzameling.
* Dit gebeurt allemaal heel mechanisch.
* De verhouding mankeert hier 🡪 diagnostiek berust niet op info die objectief is : die is gebaseerd op de verhouding die zich installeert tussen subject en ander.

1. **Behandeling**

* Ligt in het verlengde van de diagnostiek 🡪 twee belangrijke factoren
* De therapeutische verhouding
* Overtuiging/gevoel patiënt dat hij/zij kan deelnemen in zijn behandeling.
* Die twee hangen samen: daar moet onze diagnostiek op gericht zijn.
* Als we kijken naar de grote behandelmodellen kunnen we die opdelen in twee grote groepen:
* Groep gericht op gedrag en gedragsverandering 🡪 hoe kunnen we het pathologische gedrag verminderen en vervangen door normaal gedrag
* Groep gericht op inzicht 🡪 cl moet spreken en zelf tot inzicht komen
* Geen één van de 2 klopt 🡪 het is niet omdat iemand tot bepaalde inzichten gekomen is dat er ook automatisch verandering optreedt, er is geen rechtlijnig verband tussen mogelijke inzichten en gedragsverandering.
* Het is niet omdat men op bepaalde gedragingen gaat werken dat de patiënt dit automatisch gaat opvolgen.
* Vb. beweging 3x 35min per week voor mensen met een depressie 🡪 beter als psychofarmaca 🡪 maar je krijgt ze niet in beweging
* Beide behandelmodellen zijn wat naïef : ze vergeten het affect! Ze zijn weinig succesvol 🡪 waar komt het affect wel aan bod?
* In esotherische behandelingsmodellen (absoluut niet wetenschappelijk) 🡪 maar veel negatieve effecten.
* Wat is het doel van de verandering : zeer moeilijke vraag!
* Wat is de oplossing volgens de patiënt? Therapeutisch en ethisch probleem!
* Wat dat betreft is er ook een heel belangrijke maatschappelijke en therapeutische verandering.
* Psychotherapie gaat terug op jaren ’70 en dit betekent dat ook heel veel behandelmodellen daaraan gekoppeld is.
* De groep mensen die toen op consultatie kwamen waren in de knoei geraakt met hun man/vrouw verhouding op grond van een bepaalde maatschappelijke structuur die zeer dwingend was en daarvoor heel veel problemen veroorzaakte.
* Die behandeling kwam op het wegnemen van die overmatige maatschappelijke normering 🡪 therapie kon in die periode begrepen worden als een vorm van psychologische bevrijding : afstand nemen van die verdeeldheid.
* Dit is het punt waar de therapie stopt want op dat ogenblik moeten ze zelf keuzes maken en is het niet meer aan ons om hen een nieuwe keuze aan te reiken.
* We hebben niet meer die luxe als therapeut : veel mensen die in de groei geraakt zijn door een gebrek van een omringend kader 🡪 jongeren die zich radicaliseren 🡪 vertrekken van een leegte en zoeken iets dat een invulling geeft 🡪 ontbreken van zinverlening!
* Veel meer aktuaalpathologie 🡪 enorme uitdaging ! We moeten hen op een bepaalde manier een kader aanreiken en ze die affectregulering kunnen regelen i.p.v. normatief gaan werken en ze duwen binnen een bepaald model
* Er komt van de overheid heel veel dwang en het succes van een therapie hangt af van het al dan niet werken van de patiënt 🡪 behandeling afhankelijk van of dat kind naar school gaat of niet 🡪 We gaan hier spreken over een soort **disciplinering** i.p.v. psychotherapie

1. Peuter of baby die nog niet kan spreken [↑](#footnote-ref-1)
2. Niet per definitie 1 persoon; staat voor de niet-gedifferentieerde ander [↑](#footnote-ref-2)