

### **Gepubliceerd in:**

Verhaeghe, Paul (2006). Aktuaalpathologie. Hoe luisteren als het spreken niet dragend is? In: Kinet, M. & Vanmechelen, W. (eds). *Tussen ruis en storingen... De golflengte vinden in psychoanalytische therapie*. Garant, Antwerpen-Apeldoorn, pp. 29-46.

Aktuaalpathologie: hoe luisteren als het spreken niet dragend is?  
Paul Verhaeghe

“The extraordinary diversity of the psychical constellations concerned, the plasticity of all mental processes and the wealth of determining factors oppose any mechanization of the technique; and they bring it about that a course of action that is a rule justified may at times prove ineffective, whilst one that is usually mistaken may once in a while lead to the desired end.” (Freud, 1913c, SE 12:123).

### **Vroeger en nu**

Iets minder dan dertig jaar geleden zag ik mijn eerste patiënte, die zonder twijfel een hysterische structuur vertoonde, met alles erop en eraan: conversiesymptomen gekaderd binnen een “belle indifférence”, uiterst ambivalent tegenover seksualiteit, een gematigd positieve overdracht vanaf de eerste sessie enz. Bovendien eindigde ze dat eerste uur met een kapitale verspreking. Nadat ze heel haar omgeving beschreven had als oorzaak van al haar problemen, besloot ze met de volgende woorden: “Kortom meneer, ik ben het lijdende onderwerp van heel de situatie”. Het verdere verloop van de behandeling overtuigde mij van de doeltreffendheid van wat ik geleerd had: via de vrije associatie liggend op de divan kwam er heel wat materiaal naar boven waaruit de interpretatie quasi vanzelf voortvloeide, zij het gepaard met de nodige weerstand, enz.

Kortom, deze eerste klinische ervaring beantwoordde perfect aan mijn impliciete verwachtingen op grond van mijn klassieke opleiding. Terugblikkend kan ik die verwachtingen als volgt expliciteren: we verwachten een patiënt met symptomen in onze betekenis van het woord, zijnde conversiesymptomen, fobische constructies, dwangneurotische gedachten en handelingen, e.d.m. Bovendien gaan we ervan uit dat de patiënt een besef heeft van het feit dat zijn of haar symptomen iets betekenen én dat er een verband is met zijn of haar geschiedenis. Op de koop toe verwachten we een min of meer positieve overdracht waarbij wij de positie toegeschreven worden van wat Lacan een verondersteld-wetend-subject genoemd heeft, een “Sujet-supposé-savoir”.

Dit is meteen min of meer de samenvatting van de indicatiestelling die Freud in 1905 vooropstelde voor een psychoanalytische behandeling (Freud, 1905a, SE 7:264). Kort en bondig samengevat: het veld van de psychoneurose, waarbij ik het accent leg op het voorvoegsel “psycho”. Een kleine honderd jaar later worden wij geconfronteerd met een totaal andere problematiek. In plaats van fobische constructies botsen we op paniekstoornissen, in plaats van conversiesymptomen vinden we somatisering en eetstoornissen; in plaats van acting-out botsen we op agressieve en seksuele ‘enactments’, vaak in combinatie met automutilatie en druggebruik dat al lang voorbij de grens van het louter recreatieve ligt. Op de koop toe is het zo dat deze patiënten weinig tot geen betekenis verlenen aan hun

symptomen en weinig tot geen besef van historisering hebben. Last but not least worden wij, als therapeut, door deze groep niet in onze klassieke comfortabele positie geplaatst. Er lijkt niet zo direct een bruikbare overdrachtsverhouding tot stand te komen, in het beste geval botsen we op een afwezige, eerder onverschillige houding, maar heel vaak worden we vanaf de eerste sessie geconfronteerd met wantrouwen tot zelfs een duidelijk negatieve overdracht.

Kortom, we worden geconfronteerd met een patiënt die door Freud zonder de minste twijfel geweigerd zou geworden zijn. Het is niet alleen een kwestie van “ruis en storingen”, de golflengte zelf is volledig zoek. Met enige overdrijving kan ik stellen dat de brave psychoneurotische patiënt van weleer, die op grond van een niet-verwerkte oedipale problematiek fantaseerde over verboden seksuele activiteiten en die uit schuldgevoel fobische of dwangmatige vermijdingssymptomen ontwikkelde binnen een grotendeels imaginaire denkwereld, dat die patiënt nagenoeg verdwenen is. Vandaag botsen we op de promiscue, agressieve en/of automutilerende borderline die, naast eetstoornissen, er meestal ook nog een verslaving op na houdt en bovendien een complexe traumatische voorgeschiedenis heeft. Concreet betekent dit wat wij in de consultatiekamer bijvoorbeeld geconfronteerd worden met een naar alcohol ruikende obese man die twintig minuten te laat is komen opdagen en die via zijn lichaamstaal duidelijk te kennen geeft dat we weinig medewerking moeten verwachten. Als we via het dossier dan nog kennis genomen hebben van het feit dat hij al verschillende agressieve uitvallen op zijn palmares staan heeft, dan is de kans vrij groot dat wij, als therapeut, eveneens met een negatieve tegenoverdracht reageren. Dat we daarmee precies een herhaling van de etiologie en dus een versterking van de problematiek zullen bewerken, dat zal ik straks aantonen.

### **Nieuw?**

Het “nieuwe” karakter van deze symptomen is natuurlijk uiterst relatief: ze zijn er zonder twijfel altijd al geweest. Het enige nieuwe is dat ze vandaag ofwel inderdaad meer optreden, ofwel meer aandacht krijgen dan voorheen, waardoor ze nu plots uitdrukkelijk zichtbaar worden binnen het klinische veld. De hypothese dat ze vandaag inderdaad meer voorkomen dan vroeger en dit omwille van bepaalde maatschappelijke veranderingen, kan beargumenteerd, maar de facto nooit bewezen worden op grond van het ontbreken van wetenschappelijk vergelijkingsmateriaal. Wat in mijn optiek vooral van belang is, betreft het verschil met de ‘oude’, bekende symptomen. Er zijn minstens drie opvallende verschillen. Ten eerste, de ‘nieuwe’ symptomen hebben voornamelijk te maken met het lichamelijke. Ten tweede zijn ze meestal performatief van aard. Ten slotte missen ze de betekenisgelaagdheid van de klassieke symptomen, samen met de historisering. Deze drie kenmerken kaderen bovendien binnen één groter geheel, meer bepaald dat de therapeutische alliantie meestal vanaf het begin alles behalve positief van aard is.

Wat dit performatieve betreft: met uitzondering van de dwanghandelingen blijven de klassieke symptomen nagenoeg steeds beperkt tot het denkbeeldige veld (fobische symptomen, hallucinaties, dwanggedachten, wanen), en gaan zelden of nooit over tot handeling. Waar dit wel gebeurt, duidt onze benaming daarvoor op zich al aan dat het iets uitzonderlijks betreft (“uitageren”). Ter verduidelijking: het psychoneurotische uitageren bevat, net zoals de andere symptomen, een betekenisaspect, wat nu net niet het geval is bij wat ik verkies ‘enactment’ te noemen. Bij de ‘nieuwe’ symptomen is dit performatieve veeleer de regel, en het is o.a. dit aspect dat een klassieke behandeling zo moeilijk maakt. Begrijp: er wordt een

meer dwingend appel op ons gedaan - de functie van dit appel zullen we straks terugvinden.

Wat het lichamelijke betreft: bij de 'nieuwe' symptomen staat dit sowieso centraal op een directe, reële en onbemiddelde manier. Voor zover het lichaam al aan bod komt bij de 'oude' symptomen, is dit steeds op een imaginaire, fantasmatische wijze; het lichaam als realiteit blijft buiten schot. Natuurlijk zijn er een aantal klassieke symptomen die eveneens het lichaam betreffen, met als belangrijkste voorbeeld de conversiesymptomen. Het is echter niet zo moeilijk om het verschil te zien: bij conversiesymptomen wordt het reële lichaam nauwelijks of niet geraakt (zie de definitie van conversie); bij de nieuwe symptomen wordt het uitdrukkelijk en meestal meermaals geraakt (zie automutilatie, verslaving,...).

De conversiesymptomen brengen ons bij het derde onderscheid, en laten meteen toe te begrijpen waarom dwanghandelingen, ondanks hun performatief karakter, toch bij de 'oude' groep horen. Traditioneel zijn zowel conversiesymptomen als dwanghandelingen betekenisvolle symptomen die potentieel voor interpretatie vatbaar zijn. De verder nog uit te werken stelling die ik hier als derde kenmerk naar voor schuif, is dat 'nieuwe' symptomen echter geen betekenisgelaagdheid bevatten. Het is zelfs nog maar de vraag of ze al dan niet een representatieve statuut hebben.<sup>1</sup>

### **Moeilijkheden inzake behandeling**

Dit drieledige onderscheid tussen 'nieuwe' en 'oude' symptomen brengt ons bij de moeilijkheden inzake behandeling. Grosso modo kan gesteld worden dat deze moeilijkheden te maken hebben met het feit dat deze patiënten zich niet laten invoegen in de klassieke behandelingsmodellen. Hierbij wordt er vaak gesteld dat er eerst een soort pre-therapie noodzakelijk is, ten einde hen in staat te stellen de vruchten te kunnen plukken van een "gewone" psychotherapie. Ik vind het veel belangrijker na te gaan waarom de klassieke behandelingen hier blijkbaar niet of nauwelijks werken. Eens we dat begrijpen, zal het duidelijk worden dat we hier niet moeten werken met een pre-therapie, waarna de 'echte' behandeling volgt. Nee, de behandeling zelf moet volledig herdacht worden. De concrete vraag wordt dan: wat zijn de werkzame factoren in de klassieke therapieën, en waarom zijn die hier, bij deze groep, niet werkzaam?

Hedendaags empirisch onderzoek is er inderdaad in geslaagd om een aantal gemeenschappelijke factoren inzake therapeutische werkzaamheid te isoleren. De belangrijkste daarbij is de therapeutische verhouding, en dit onafhankelijk van de toegepaste technieken of behandelingsmodellen. Deze laatste komen slechts op de tweede plaats wat de therapeutische effectiviteit betreft.

Toegepast op ons onderwerp betekent dit dat de mislukking van de klassieke behandeling bij de 'nieuwe' symptomen vermoedelijk te maken heeft met het falen van de verwachte therapeutische verhouding. Dit idee vindt nagenoeg onmiddellijk een bevestiging wanneer men er de literatuur op naleest. De behandeling bij verslaving, automutilatie, eetstoornissen, ... werkt niet omdat de patiënt niet meewerkt, geen vraag naar hulp heeft, de therapeut niet vertrouwt, enz. Ik kan hier dezelfde karikatuur van daarstraks hernemen. In plaats van de brave neuroticus, die smeekt gehoord te worden en bereid is zijn of haar best te doen om het de therapeut

---

<sup>1</sup> Met "representatieve" bedoel ik dat de onderliggende driftmatigheid (zie verder) uitdrukbaar en bijgevolg bewerkbaar is in voorstellingen (Freud) of betekenaars (Lacan), d.w.z. in de psychische sfeer; nog ruimer gesteld: dat de symptomen zich hoofdzakelijk situeren binnen de gedachtenwereld.

naar zijn of haar zin te maken, botsen we hier op de afwijzende, ja agressieve toxicomaan en borderline, op de anorectische patiënt, die ons vaak genoeg beliegen en bedriegen. Geen wonder dat een aantal teleurgestelde therapeuten het heeft over “therapie-resistente” patiënten zonder hulpvraag. Begrijp: deze patiënt stelt niet de hulpvraag *die wij verwachten* en die aan ons de positie van de welwillende hulpverlener toewijst.

De vaststelling dat de therapeutische verhouding niet “werkt”, is evenwel niet voldoende, zeker in het licht van het feit dat men binnen de effectiviteitsstudies meestal niet zo goed kan aangeven wat er nu precies zo werkzaam is aan de wèl werkzame therapeutische verhoudingen. De tweede, weliswaar minder belangrijke werkzame factor betreft dan de behandelingsspecifieke technieken. Grofweg kunnen we deze onderscheiden in verbale en gedragsmatige, met dien verstande dat de gedragsmatige technieken toch steeds plaatsgrijpen binnen een verbaal kader, maar zich niet daartoe beperken. Ondanks de verschillen zie ik toch minstens één gemeenschappelijk kenmerk: deconstructie. Een analytische interpretatie zal op grond van de vrije associatie bepaalde symptomen analyseren, d.w.z. deconstrueren tot een oorspronkelijke betekenislaag die bovendien meestal conflictueus van aard is. Een gedragsmatige aanpak zal een symptoom deconstrueren tot cognities en/of gedragingen die op grond van bepaalde conditionerings- en leerprocessen verkeerdelijk aan elkaar gekoppeld geworden zijn. Daarbij zal de deconstructie bovendien ook actief performatief ingeoeffend worden, en zelfs vervangen door een nieuwe. De mislukking van de traditionele behandelingen bij de nieuwe groep patiënten doet dus vermoeden dat deconstructie bij die ‘nieuwe’ symptomen niet werkt, en dit nog los van het feit dat het de therapeut de grootste moeite kost om deze patiënt ertoe te brengen de vereiste technieken toe te passen (zie dan de falende therapeutische verhouding).

### **Drie stellingen**

Als besluit van deze inleiding wil ik drie stellingen naar voor schuiven. Ten eerste, de zogenaamd nieuwe symptomen zijn inderdaad anders dan de klassieke en dus verwachte symptomen, en kunnen bovendien gegroepeerd worden in één geheel op grond van een gemeenschappelijk kenmerk: ze bevatten géén betekenisvolle symbolische gelaagdheid. Dit is meteen het belangrijkste verschil met de klassieke symptoomgroep. Ten tweede, dit ontbreken heeft te maken met het dubbele proces van identiteitsverwerving en driftregulering in verhouding tot de Ander. Het is vooral de basisverhouding ten opzichte van de Ander die van een andere aard is dan deze die aan de grondslag ligt van de “klassieke” symptomen. Ten derde, de ontstaansgeschiedenis van deze nieuwe symptomen en vooral van de daarop gebaseerde habituele verhouding tegenover de Ander, heeft tot gevolg dat we zowel het behandelingsdoel als de daarbij behorende technieken volledig verschillend moeten gaan definiëren. Centraal daarbij is dat om het even welke vorm van behandeling bij deze groep moet focussen op de oorspronkelijke verhouding ten opzichte van de Ander.

De twee eerste stellingen zal ik uitwerken via een nieuwe invulling van een klassieke freudiaanse differentiaaldiagnostiek, meer bepaald deze tussen aktueelneurose en psychoneurose, in combinatie met Lacans theorie over de subjectwording (Lacan, 1966, 1973) en de hedendaagse psychoanalytische hechtingstheorie (Fonagy et al., 2002). Als besluit zal ik via de derde stelling het therapeutisch belang bespreken van dit nieuwe differentiaal-diagnostisch onderscheid.

Dit betekent dat we vooreerst de klinische psychodiagnostiek terug in ere moeten herstellen, voorbij de mislukking van de DSM. Een diagnostiek die relevant wil zijn voor de behandeling, moet een beeld bieden van de etiologie, d.w.z. van de psychodynamische voorgeschiedenis. Meer bepaald moeten we een antwoord vinden op de vraag hoe de identiteit van een bepaalde patiënt tot stand gekomen is binnen een bepaalde basisverhouding tegenover de Ander, en hoe deze identiteit en die verhouding zich later zullen herhalen tegenover andere anderen, en dus ook tegenover de therapeut – dit is natuurlijk de overdracht. Bovendien zal het precies die verhouding zijn die veranderd moet worden via de behandeling, waardoor we meteen een perfecte coherentie vinden tussen etiologie, diagnostiek en therapie.<sup>2</sup>

### **Identiteitsontwikkeling en driftregulering**

Het antwoord op die vraag is minder moeilijk dan het lijkt. Via Freud weten we dat identiteitsontwikkeling en driftregulering hand in hand gaan, denk maar aan het ego en het superego. Het is precies ook die combinatie die we aantreffen bij Lacans theorie over het spiegelstadium en bij de hedendaagse hechtingstheorie. Kort samengevat kunnen we dit ontwikkelingsmodel als volgt beschrijven.

Vanaf de eerste dag na de geboorte zal de infans een appel doen op de ander, en dit wegens de ervaring van een interne ‘arousal’ – honger, dorst, temperatuur,... De reactie van de ander, meestal de moeder, is steeds dubbel, meer bepaald een specifieke verzorgingshandeling in combinatie met het aanbieden van een spiegeling van wat de ander denkt dat de baby ervaart (Freud, 1950a). Die spiegeling gebeurt zowel letterlijk, via bepaalde gelaatsuitdrukkingen, als symbolisch, via het vertellen aan de infans wat er scheelt.<sup>3</sup> De baby neemt deze spiegeling selectief over, via wat Freud benoemt als incorporatie en expulsie. Van zodra de taalverwerving van start gaat, zullen deze processen op een hoger niveau plaatsgrijpen en spreken we over identificatie met en verdringing van bepaalde representaties die door de ander aangeboden worden. Hierbij worden de positieve inhouden overgenomen en de negatieve terug naar buiten gestuurd.

Deze voortdurende interacties tussen kind en de Ander<sup>4</sup> hebben een aantal kapitale gevolgen. Ik som ze simpelweg op, zonder ze hier uit te werken. Ten eerste, vanaf het begin van de ontwikkeling krijgt de Ander de ver – *antwoord* – elijkheid toegeschreven voor mijn ‘arousal’ – wat er bij mij langsbinnen verkeerd loopt, moet door de ander beantwoord én opgelost worden. Ten tweede, de aanvankelijk door de baby als vaag ervaren onlust krijgt heel snel een duidelijke psychische invulling: het wordt angst en meer bepaald separatieangst. Immers, als de ander verantwoordelijk is voor de regulering van mijn interne ‘arousal’, dan mag die ander vooral niet op het appel ontbreken. Klinisch gezien lijkt dit nog het best op een paniekaanval. Ten derde, binnen deze voortdurende interactie komt de identiteit van de infans tot stand

---

<sup>2</sup> Voor een veel uitvoeriger behandeling van dit thema, samen met de idee van aktuaalpathologie, verwijst ik naar Verhaeghe, 2002.

<sup>3</sup> De ‘arousal’ bij het kind en de bijbehorende spiegeling door de ander betreffen natuurlijk ook lustvolle en positieve ervaringen. In de hierboven beschreven redenering zullen we ons concentreren op de onlustvolle, omdat deze binnen het huidige onderwerp de belangrijkste zijn.

<sup>4</sup> We schrijven de Ander, met hoofdletter. Binnen de lacaniaanse theorie duidt dit de combinatie aan tussen de ander in de realiteit en het geheel van de symbolische orde die via de anderen aan het kind aangeboden wordt.

via de spiegelingen die door de Ander aangeboden worden.<sup>5</sup> Het is de Ander die ons vertelt wat we voelen en wie we zijn, daarzonder zouden we dat niet weten. Dit betekent meteen dat er ook een basisverhouding tot stand komt tussen kind en ander. We noemen deze verhouding “basis” omdat ze zich later elders zal herhalen. Ten vierde, deze identiteitsontwikkeling is meteen ook synoniem voor ‘arousal’-regulering, waarbij we ‘arousal’ kunnen begrijpen als de somatische ondergrond van het driftleven in combinatie met het affect. Beiden, d.w.z. zowel de identiteitsverwerving als de affectregulering, zullen steeds meer op een representatieve niveau gebeuren en dit in functie van de taalverwerving.

Doorheen deze vier gevolgen blijft een centraal gegeven insisteren, dat bovendien al inbegrepen ligt in het woord identiteit op zich: elk van ons verwerft in eerste instantie zijn of haar identiteit via het proberen identiek te zijn aan wat de ander ons voorhoudt. Het belangrijkste en logisch gezien ook het eerste proces zowel voor de identiteitsverwerving als voor de driftregulering is bijgevolg de identificatie (zie Lacans aliënering, zie de “mirroring” uit de hechtingstheorie) met representaties die door de Ander aangeboden worden. Daar blijft het natuurlijk niet bij, anders waren we allemaal klonen geworden van onze ouders. Het logisch gezien tweede proces binnen de identiteitsverwerving gaat dan ook diametraal de andere richting uit en installeert een afstandsname van de ander en diens spiegeling.<sup>6</sup> We vinden hier een gerichtheid op verschil en autonomie, het naar voor schuiven van het ‘eigen’ ik, wat een eerste hoogtepunt bereikt in een ontwikkelingsperiode die niet toevallig de koppigheidsfase genoemd wordt (“Ik wil niet!”). In plaats van de oorspronkelijke separatieangst vinden we nu een verlangen naar separatie in combinatie met een intrusieangst. De ander mag niet te dichtbij komen, want dat wordt nu ervaren als bedreigend. Dit tweede proces heeft alles te maken met de mogelijkheid bij het kind om het verschil te zien tussen ik en ander. Meer nog, het kind kan ‘zichzelf’ zien door de blik van de moeder én door de blik van de vader en kan de verschillen daartussen opmerken. Dit is de overgang van een duale, preoedipale relatie naar triangulaire, oedipale relaties, waarlangs de reflectieve positie mogelijk wordt.<sup>7</sup> Daarmee bedoel ik dat het kind als het ware op een derde punt buiten zichzelf kan gaan staan, d.w.z. buiten zijn of haar representatieve identiteit zoals aangeboden door de ander, en dat het vanuit dit derde punt over zichzelf en over de ander of anderen kan nadenken.

De volledige identiteitsontwikkeling komt daardoor neer op een voortdurende vliegwieltbeweging tussen identificatie en separatie, waarbij er steeds meer inhoudelijke representaties verworven worden, zowel bewust als onbewust, en waarbij de oorspronkelijke verhouding tussen subject en Ander steeds meer geconsolideerd wordt. De twee basisangsten zullen daarbij bewerkt en geïntegreerd

---

<sup>5</sup> Tijdens hetzelfde proces komt voor het kind ook de invulling van de identiteit van de Ander tot stand, en – nog ruimer – de invulling van de “realiteit”, als nominalistische verwerkelijking van de door de Ander aangeboden representaties. Wij kennen de ‘dingen’ slechts via de woorden, en die komen van de Ander.

<sup>6</sup> Identificatie en separatie zijn vanaf het begin van de ontwikkeling alle twee aanwezig. De volgorde (eerst identificatie, daarna separatie) duidt een logische tijdsorde aan, met een relatief overwicht van identificatie in het begin, gevolgd door een relatief overwicht van de separatie in de latere periode. Zoals gezegd, binnen een normale ontwikkeling zullen de twee geïntegreerd worden via de oedipale structurering. De basisangst blijft evenwel de separatieangst.

<sup>7</sup> Dit is dus niet hetzelfde als de “reflective functioning” van Fonagy et al. (2002), waarmee vooral aangeduid wordt dat iemand in staat is te mentaliseren, dwz. een psychische verwerking te produceren over affecten en aandriften. Een paranoïde patiënt is zeer goed in staat om te mentaliseren, zijn waansysteem getuigt daarvan. Hij is evenwel niet in staat om een derde positie in te nemen en van daaruit te relativiseren. Het blijven steken in een duale positie maakt dat voor hem alles waar en echt is.

worden, maar blijven op de achtergrond steeds aanwezig. Vanaf de oedipale structurering zal de inhoud van de identiteit steeds meer en meer geconcentreerd worden op twee aspecten: de genderidentiteit (man/vrouw) en de generationele identiteit (kind/ouder). Dit laatste bevat meteen de houding tegenover de autoriteit (zie dan het superego), wat dan de koppeling tussen die twee aspecten maakt: hoe ga ik als man of als vrouw om met mijn eigen driftmatigheid (d.w.z. verlangen en genot) in verhouding ten opzichte van de Ander, welke regels en normen neem ik daarbij over en welke weiger ik?

Inderdaad is de identiteitsontwikkeling vanaf het prille begin synoniem van drift- en affectregulering. Bijgevolg kunnen we zonder overdrijving stellen dat de volledige identiteitsverwerving ook neerkomt op de ontwikkeling van een defensiesysteem. Hierbij begrijp ik “defensie” heel ruim, meer bepaald als een manier om te kunnen omgaan met datgene wat Freud de drift genoemd heeft. Vergeten we niet dat de drift de mens inderdaad drijft en eisen stelt, vandaar Freuds omschrijving: “as a measure of the demand made upon the mind for work in consequence of its connection with the body (Freud, 1915c, SE 14: 122). Binnen die ruimere identiteitsontwikkeling en driftregulering, als één langgerekt defensiesysteem, kunnen we ook de typisch freudiaanse en meer specifieke defensiemechanismen onderscheiden (verdringing, omkering, isolatie, projectie,...). Uit de aard van de ontwikkeling kunnen we bovendien ook twee typische kenmerken van elk defensiemechanisme beschrijven. Enerzijds is het zo dat verdediging plaatsgrijpt via representatieve bewerkingen. Dit is vrij eenvoudig herkenbaar in de klassieke freudiaanse defensiemechanismen. Vanuit een lacaniaanse invalshoek kunnen we stellen dat het subject zich verdedigt tegen het Reële van de drift via allerlei bewerkingen in het symbolico-imaginaire. Anderzijds zal het subject doorheen zijn particuliere defensiemechanismen steeds de Ander erbij betrekken, omdat dit precies ingebakken ligt vanaf het begin van de ontwikkeling – het is de Ander die de verantwoordelijkheid toegeschreven krijgt voor wat er bij mij langsbinnen gaande is. Dit wordt vooral duidelijk tijdens de behandeling wanneer symptomen en defensiemechanismen overdrachtssymptomen en overdrachtsdefensie worden. Maar – zoals bij elke overdracht – dit is slechts een verbijzondering van wat in het ‘echte’ leven ook reeds gebeurt.

Totdaar een uiterst korte samenvatting van wat ik begrijp onder identiteitsverwerking en driftregulering in combinatie met de installatie van een basisverhouding. Wat is nu het verband met de zogenaamde nieuwe symptomen? Zoals ik daarstraks al aangehaald heb, als we een operationele behandeling willen uitdenken, moeten we zicht hebben op de etiologie en de psychodynamische voorgeschiedenis. Het ontwikkelingsmodel dat ik voorgesteld heb, staat ons toe een klassieke freudiaanse differentiaaldiagnostiek terug leven in te blazen, zij het dan met de nodige aanpassingen. Ik bedoel hiermee het onderscheid tussen aktueelpathologie en psychopathologie, waarbij de zogenaamd nieuwe symptomen tot de aktueelpathologie behoren.

### **Psychopathologie en aktueelpathologie**

Psychopathologie is in al haar complexiteit relatief eenvoudig, vooral omdat we dit kennen en dus verwachten. Dit betreft de patiënt die doorheen de verhouding ten opzichte van de Ander ten volle de stap heeft kunnen zetten naar een representatieve bewerking van de eigen aandrift. Meteen betekent dit dat de

basisverhouding ten opzichte van de Ander voldoende veilig geweest is om te zorgen voor een dergelijke representatieve uitbouw, zowel van de identiteit als van de driftregulering. Dit heeft twee belangrijke gevolgen voor de behandeling. Ten eerste, die voldoende veilige basisverhouding wordt later overgedragen op de therapeut – hoe ambivalent ook, een dergelijke patiënt zal ons steeds grotendeels zijn of haar vertrouwen schenken. Ten tweede, de symptomen zullen een betekenisgelaagdheid bevatten. De pathologie heeft hier te maken met een voor het subject niet-oplosbaar conflict inzake verlangen en genot, waarbij de pathologische oplossing neerkomt op de constructie van een symptoom als toedekking van dit conflict. Een dergelijke constructie gebeurt steeds op een representatieve niveau, de stap naar handelingen is eerder zeldzaam, precies omdat de representatieve defensie via de oorspronkelijke ontwikkeling voldoende verworven is. De daarop toegepaste techniek van de interpretatie komt dan ook steeds neer op een deconstructie van een vaak ingewikkeld betekenisnetwerk. Bovendien zal de patiënt zijn of haar typische verhouding ten opzichte van de Ander herhalen tegenover de therapeut, waarbij de neurose een overdrachtsneurose wordt en zelfs de symptomen een overdrachtswaarde krijgen. Freuds gevallenstudies over Dora en de Rattenman geven daar een perfecte illustratie van. Ik noem dit *psychopathologie*, omwille van de duidelijke psychische bewerking van de driftmatige ondergrond.

Daartegenover staat de aktuaalpathologie, die in al haar eenvoud relatief complex is, vooral omdat we het niet kennen en dus niet verwachten. Freud beschreef de zogenaamde aktuaalneurose reeds zeer vroeg in zijn carrière, met accent op de angstneurose en de neurasthenie (Freud, 1895b). Hét centrale kenmerk hierbij is de onmogelijkheid voor deze patiënt om de aandrift op een psychisch niveau bewerkbaar te maken, hij of zij blijft a.h.w. steken op een vroeger niveau, met als typische fenomenen een betekenisloze vorm van angst en symptomen die veeleer somatisch zijn.<sup>8</sup> Freud besloot dan ook dat zijn psychoanalytische aanpak hier niet werkzaam kon zijn, gezien het ontbreken van de psychische bewerking. De rest van zijn carrière wijdt hij er nog nauwelijks aandacht aan. Ik ben deze freudiaanse teksten opnieuw gaan lezen toen ik in mijn eigen praktijk meer en meer geconfronteerd werd met patiënten die niet beantwoordden – letterlijk – aan het psychoneurotische profiel, en waarbij ik op zoek ging naar een andere therapeutische mogelijkheden binnen ons denkkader. Sedertdien hebben wij in de vakgroep psychoanalyse (Universiteit Gent) deze aktuaalpathologie herdefinieerd, door ze te koppelen aan Lacans spiegelstadium en de recente hechtingstheorie enerzijds en aan de zogenaamde alexithymia anderzijds, en zijn we uitdrukkelijk bezig met empirisch onderzoek in dit verband.<sup>9</sup>

Kort samengevat gaan we ervan uit dat het aktuaalpathologisch subject tijdens zijn ontwikkeling blijven steken is op het niveau voorafgaand aan de representatieve bewerking van de identiteit en de ‘arousal’, en dit op grond van een deficiënt verlopende verhouding ten opzichte van de Ander. De specifieke oorzaken kunnen nogal verscheiden zijn – het kan te maken hebben met een depressieve ouder die niet in staat was tot adequate spiegeling, het kan te maken hebben met

---

<sup>8</sup> Freuds beschrijving van de angstneurose (1895b) komt overigens perfect overeen met de hedendaagse paniekstoornis – oude wijn in nieuwe vaten, waarbij vooral de kwaliteit van het nieuwe vat bedenkelijk is.

<sup>9</sup> Aktuaalpathologie en psychopathologie zijn geen categoriaal afgescheiden groepen, maar dienen begrepen te worden als de twee extreme polen op eenzelfde continuüm. Reeds voor Freud was het zo dat elke psychoneurose een aktuaalneurotische kern vertoonde en – omgekeerd – dat elke aktuaalneurose kan evolueren naar een psychoneurose. Dit opent precies de mogelijkheden voor een effectieve behandeling.



een gepreoccupeerde ouder die een te dichte en dus bedreigende spiegeling presenteerde, het kan te maken hebben met een misbruikende ouder. In ieder geval is het zo dat de basisverhouding ten opzichte van de Ander alles behalve veilig en garanderend was.

In het licht van de ontwikkeling die we hierboven beschreven hebben, en waarbij we het accent gelegd hebben op de combinatie tussen identiteitsverwerving en driftregulering, zijn de gevolgen van een dergelijke voorgeschiedenis vrij goed voorspelbaar.

### **Klinische implicaties**

Op het vlak van affect- en driftregulering wordt de stap naar een representatieve bewerking niet of nauwelijks gezet, en blijft de bewerking heel dicht bij het vertrekpunt, met name het lichaam. Vandaar dat het accent op het performatieve ligt, zie dan de agressieve en seksuele 'enactments', automutilatie, eetstoornissen. De reflectieve positie en het kunnen spreken over de eigen problemen zijn meestal uiterst beperkt. Overigens kunnen we hier ook patiënten ontmoeten die voortdurend spreken, maar in feite niets zeggen – dit spreken kan dan veeleer begrepen worden als een handeling met een duidelijke afreageerfunctie, een soort actie-spreken (Mitrani, 1995). Dit accent op een performatieve bewerking kadert perfect binnen een gestoorde vroege ontwikkeling. Die betekenis is er niet, precies omdat de oorspronkelijke spiegeling waarlangs representaties en betekenissen opgebouwd worden, ontoereikend zijn geweest, gezien de mislukking van de garanderende basisverhouding. Vandaar dat ik stel dat er binnen de aktueelpathologie geen *symptomen* zijn in onze betekenis van het woord, maar wel betekenisloze *fenomenen*. Dit zijn niet-bemiddelde hanteringspogingen van de arousal, pogingen die steeds gefocust zijn op het reële van het eigen lichaam of dat van de ander.

Een eenvoudig voorbeeld uit de psychopathologie van het alledaagse leven kan dit verduidelijken. Stel dat iemand een ernstig conflict meemaakt op de werkvloer. Een psychopathologisch subject zal dit conflict als het ware meenemen naar huis en er dagenlang mee bezig zijn, zal zich allerlei scenario's inbeelden, desnoods gekoppeld aan de meest wreedaardige wraakreacties, enz. Op die manier wordt de 'arousal' psychisch vernalen, en zal er in de realiteit weinig gebeuren. Een aktueelpathologisch subject zal binnen dezelfde situatie totaal anders reageren – het kan tot een vechtpartij komen, het kan zijn dat hij een fles whisky achterover slaat, maar een psychische bewerking zal nauwelijks plaatsgrijpen.

Een tweede voorspelbaar gevolg ligt op het vlak van de identiteitsontwikkeling. Als er tijdens die cruciale ontwikkelingsperiode te weinig of verkeerde spiegelingen aangeboden werden, dan resulteert dit niet alleen in een tekort op het vlak van de psychische bewerking van de 'arousal', hetzelfde tekort vinden we ook terug op het vlak van de identiteit. De identiteitsbeleving is veeleer leeg of minstens chaotisch, en vooral afhankelijk van de blik van de Ander. Er is nauwelijks objectpermanentie en vandaar ook nauwelijks ik-permanentie. De letterlijke aanwezigheid van de ander en diens blik is noodzakelijk, anders weten deze patiënten niet wie of wat ze zijn.

Dit brengt ons bij het derde en eigenlijk belangrijkste voorspelbare gevolg, meer bepaald het typische karakter van de interpersoonlijke verhouding. In de zachte versie zal het zo zijn dat deze patiënt niet veel verwacht van de Ander. Immers de oorspronkelijke, belangrijke anderen hadden ook al niet veel te bieden. In het minder zachte geval verwacht hij of zij enkel negatieve reacties en stelt hij of zij zich op voorhand al negatief en vijandig op tegen elke ander. In plaats van het door ons verwachte basisvertrouwen botsen we hier veeleer op een "basic distrust".

Daarbij ligt het in de lijn van de verwachting dat de aktueelpathologische patiënt steevast een dubbelzinnige houding zal innemen. Enerzijds blijft hij een appel uitzenden naar de ander, in de hoop toch maar een antwoord en vooral een erkenning te krijgen, anderzijds wijst hij die ander op voorhand af. We vinden hier een dubbelzinnige combinatie tussen én separatieangst én intrusieangst. De nood aan de uitdrukkelijke aanwezigheid van de ander wordt voortdurend gedwarsboemd door de angst voor een intrusieve ander. Metaforisch gezien is dit plankgas geven terwijl men tezelfdertijd de remmen keihard indrukt – wat niet erg gezond is voor de auto, in dit geval het lichaam. Vandaar dan ook dat het meest eenvoudige voorbeeld van aktueelpathologie de zogenaamde somatiseringsproblematieken betreft. Ik ga even in op dit voorbeeld omdat het mij zal toelaten de overstap te maken naar mijn volgende onderwerp, met name de implicaties voor de behandeling.

### **Somatisering**

Somatisering is de postmoderne benaming voor de vroegere psychosomatiek, waarbij een geheel van functionele en vooral vage medische klachten gegroepeerd worden, met de impliciete veronderstelling dat ze psychisch veroorzaakt zijn en dus niet écht medisch. Daarbij krijgen we in de kliniek de volgende interactie. Een dergelijke patiënt gaat nagenoeg altijd eerst op consultatie binnen de medische wereld. De arts doet allerlei diagnostische onderzoeken, en op grond daarvan geeft hij de patiënt de volgende boodschap: “Je hebt niets, enfin, niets dat in mijn branche thuishoort. Ga eens te rade bij een psychiater of psycholoog, uw klachten zullen wel te maken hebben met stress.” Vertaald in onze termen gebeurt hier het volgende: iemand doet appel op de ander om een antwoord te krijgen op een interne ‘arousal’ waar hij geen raad mee weet; de ander geeft evenwel géén antwoord en verwijst door. Een dergelijke doorverwijzing zal steevast ervaren worden als een afwijzing. Als deze patiënt dan al de stap zet naar een psi-specialist, dan zal deze hem vragen te vertellen over zijn problemen, over de achtergrond, de geschiedenis, enz. Waarna heel snel blijkt dat deze patiënt geen verhaal te vertellen heeft, wel integendeel, het blijft bij stiltes en banale algemeenheden. Met als gevolg dat de therapeut gefrustreerd raakt en uiteindelijk te kennen geeft dat hij niks kan doen als hij maar een dergelijke zwakke medewerking krijgt...

Als we deze mislukte interactie bekijken vanuit onze achtergrondtheorie, dan moeten we hier een zeer pijnlijke vaststelling maken. Meer bepaald dat een dergelijke diagnose en behandeling neerkomen op een herhaling en bijgevolg een versterking van de oorspronkelijke problematiek. De somatiseringspatiënt is bij uitstek iemand die van de oorspronkelijke ander, de ouders, géén of onvoldoende antwoorden gekregen heeft op zijn appel. Vandaar dat hij blijven steken is op het originele niveau, voornamelijk het lichaam in combinatie met een appel op de ander. Vandaar ook dat hij die oorspronkelijke verhouding ten opzichte van de Ander gaat herhalen, in de hoop deze keer wel een antwoord te krijgen. Dat gebeurt niet, integendeel, de etiologie herhaalt zich, de problematiek wordt versterkt. Ter illustratie hiervan: ondertussen bestaan er al patiëntenverenigingen die van de Ander – medische Ander, psi-Ander – een officiële erkenning en statuut vragen – ze eisen letterlijk een bestaansrecht en een identiteit!

Somatisering valt vrij eenvoudig te begrijpen onder de globale noemer aktueelpathologie, het is als het ware de oerversie daarvan. Typisch daarbij is dat er nagenoeg steeds een combinatie gevonden worden met angst en depressie, en dan vooral met de betekenisloze varianten daarvan. Dit geldt ook voor de meer complexe

vormen van aktuaalpathologie die we dan vooral in het borderlinespectrum aantreffen. Vandaag zal men deze groep vaak benoemen als hechtingsstoornissen, maar ik vind deze term te vaag, vooral omdat ook de psychopathologie beschouwd kan worden als hechtingsstoornissen. Aktuaalpathologie duidt die specifieke combinatie aan tussen een negatieve interpersoonlijke basisverhouding en een onvermogen om de aandrift op psychisch niveau te bewerken. Deze omschrijving is zowel diagnostisch duidelijker als therapeutisch operationeler.

### **Therapeutische implicaties**

Dit brengt mij bij de belangrijkste vraag: wat met de behandeling? Freud maakte al de vaststelling dat de klassieke analyse hier niet werkt, simpelweg omdat er geen symptomen zijn die geanalyseerd/gedeconstrueerd kunnen worden. Bovendien blijkt er geen werkzame therapeutische verhouding aanwezig te zijn. Een eerste, naïeve therapeutische reactie is meestal de volgende. Deze patiënten zijn cognitief niet in staat om hun affecten en emoties te verwoorden (benoemd als alexithymia). Dus: we moeten hen dat aanleren via een vaardigheidstraining. Een dergelijke aanpak lijkt logisch, maar is tot mislukken gedoemd omdat men daarbij voorbijgaat aan de onderliggende reden waarom deze groep niet in staat is tot affectverwoording. Men houdt geen rekening met de intersubjectieve verhouding die typerend is voor de aktuaalpathologische patiënt *en die het precies onmogelijk maakt dat hij of zij representaties overneemt van de Ander*. Deze onmogelijkheid zal bovendien door de therapeut vaak genoeg begrepen worden als weerstand, waarbij men andermaal blind blijft voor de interpersoonlijke structuur.

Het eerste therapeutische doel is dan ook de uitbouw van een werkzame therapeutische verhouding, en dit doel zal gedurende de volledige behandeling centraal blijven. Bij deze patiënten hebben we inderdaad te maken met wat Freud reeds heel vroeg benoemde als “ingeklemde, onbewuste affecten”, die precies omdat ze ingeklemd en onbewust zijn, niet op een normale manier afgevoerd kunnen worden. In onze optiek zijn dit niet-gerepresenteerde affecten, en de bewustwording en doorwerking ervan kan slechts via representatie. Andermaal moeten we daarbij benadrukken dat dergelijke representaties altijd van de Ander komen, met als noodzakelijke voorwaarde dat de verhouding tussen subject en Ander voldoende positief en stabiel moet zijn vooraleer overname door de patiënt van die representaties komende van de therapeut, mogelijk wordt.

De belangrijkste hinderpaal daarbij is – net zoals bij psychopathologie – de overdracht. Het is foutief te denken dat er bij aktuaalpathologie geen overdracht zou zijn, we krijgen ook hier dezelfde positie toegeschreven als de oorspronkelijke Ander, zij het dat die positie veeleer een negatieve is. Het eerste gevolg daarvan is dat wat de therapeut doet of zegt, niet beoordeeld wordt in functie van de inhoud – vandaar dat interpretaties of spiegelingen in het begin nooit werkzaam zijn – maar wel in functie van de basisangsten die bij deze groep prominent aanwezig blijven. Concreet betekent dit dat de patiënt veel meer luistert naar vorm, stijl en toonhoogte van onze interventies dan naar wat wij inhoudelijk te vertellen hebben, en dit bovendien met een voortdurende aandacht voor alle non-verbaal gedrag. Daarbij wordt telkens hetzelfde getoetst: gaat die ander mij weer afwijzen of niet? De separatieangst blijft hier heel sterk werkzaam: alles wat begrepen kan worden als afwijzing wordt onmiddellijk in die lijn ervaren, en zal er vaak voor zorgen dat de patiënt zèlf een afwijzende houding inneemt. Het is hierbij van belang dat de therapeut het kader heel stabiel installeert, waarlangs steeds dezelfde boodschap gegeven wordt: ik (de

therapeut) ben er, ik ben bereid om te luisteren en te spreken, telkens opnieuw, wat jij (de patiënt) ook doet.

In het licht van de ontstaansgeschiedenis is het ook duidelijk dat de therapeut hier onmogelijk de klassieke, passieve afwachtende houding kan aannemen zoals bij de psychopathologie. Het gebruik maken van de divansituatie, waarbij het spreken aan de patiënt overgelaten wordt, en de therapeut zoveel mogelijk zwijgend luistert buiten het blikveld van de patiënt, werkt hier niet. Hoe goed bedoeld dit ook moge wezen, het zal andermaal ervaren worden als een afwijzing, of minstens als het niet geven van antwoorden, wat dan weer een herhaling inhoudt van de oorspronkelijke etiologie. Op de koop toe zal een dergelijke patiënt, als hij de blik van de ander niet ziet en niet kan controleren, vaak “zichzelf” verliezen – immers hij kan de eigen identiteit slechts construeren via de blik van de ander. Als therapeut moeten we hier veel actiever optreden, in de zin van: meer zelf benoemen en verbanden leggen. Daarmee rijst meteen het risico op dat we de tweede basisangst activeren, met name de angst voor intrusie. We moeten dus constant manoeuvreren tussen de Scylla van de separatie-angst en de Charybdis van de intrusie-angst, en dit gedurende de volledige duur van de behandeling.

Het primaire doel van de therapie is derhalve niet het doorgeven van bepaalde inhouden, maar wel het scheppen van een verhouding waarlangs dit doorgeven mogelijk zal worden. In de woorden van één van mijn patiënten: “Ik kan mezelf niet au sérieux nemen, als niemand anders mij au sérieux neemt”. Waarbij ik er onmiddellijk moet aan toevoegen dat zij heel erg hard hun best doen om ook door ons niet au sérieux genomen te worden. Pas wanneer deze verhouding een zekere stabiliteit en werkzaamheid bereikt heeft, kan de therapeut meehelpen aan de uitbouw van een proces dat oorspronkelijk niet plaatsgegrepen heeft. In plaats van de klassieke interpretatie en deconstructie van symptomen, moeten wij hier precies het tegenovergestelde doen: meehelpen aan de constructie van een psychische representatie van de aandrift. In feite betekent dit: meehelpen aan de uitbouw van een symptomatische bovenstructuur. Hierbij zullen wij actief moeten tussenkomen om de driftmatige en affectieve ervaringen van de patiënt niet alleen te benoemen maar ook te historiseren, waarna ze bewerkbaar worden op een andere manier dan voorheen.

Naast Lacans theorie over het spiegelstadium en de subjectwording, sluit deze therapeutische aanpak ook vrij goed aan bij Winnicott en Bion, met de ideeën van ‘container’ en ‘contained’, en van de omzetting van ‘beta’-elementen in ‘alpha’-elementen. Maar ook hier mogen we niet te snel van stapel lopen, want ook dit wordt slechts mogelijk nadat een werkzame therapeutische verhouding geïnstalleerd is. Dat de therapeut daarbij zichzelf in het spel moet brengen, is duidelijk. In termen van Lacan: “L’analyste paie de sa personne”. De mooiste klinische illustratie daarvan heb ik gevonden bij Judith Mitrani (1995). Zij geeft heel mooi aan dat bij deze patiënten de behandeling ook voor de therapeut niet zomaar een cognitief proces is, wel integendeel. Zij schrijft letterlijk dat wij de niet-gerepresenteerde ervaringen van de patient in onszelf moeten opnemen en ervaren: “[we have to keep] these experiences in [our] mind for a sufficient period of time to be able to suffer and to think them and to give them logical, verbal meaning, to be conveyed to the patient, all in good time” (Mitrani, 1995).

## **Besluit**

Besluitend kan ik stellen dat de behandeling bij aktuaalpathologie quasi het omgekeerde is als de behandeling bij psychopathologie. Ik heb dit reeds geïllustreerd

op het vlak van de klacht: in plaats van symptoomdeconstructie moeten we hier veeleer helpen bij symptoomconstructie. Het omgekeerde karakter kan het best geïllustreerd worden met de overdracht, wat ons meteen ook toelaat de belangrijkste bedoeling van de behandeling te definiëren.

Als jonge therapeut had ik de ervaring dat heel wat van mijn klassieke patiënten er hoe langer hoe slechter aan toe waren, waardoor ik mij serieus vragen begon te stellen over mijn kundigheden. Blijkbaar werd mijn onrust gedurende een bepaalde periode ook duidelijk zichtbaar, want ik kreeg van meerdere patiënten tijdens die periode een geruststellende boodschap: “Maar meneer, u moet zich dat niet zo aantrekken hoor, u moet niet denken dat het zo slecht gaat met mij, ’t is enkel hier nog, bij u, dat ik mij zo slecht voel, hierbuiten gaat het véél beter”. Anders gesteld, de neurose was ten volle een overdrachtsneurose geworden, en beperkte zich meer en meer tot de consultatiekamer; er had een overdracht plaats gegrepen van buiten naar binnen. Bij de aktueelpathologie krijgen we vaak de omgekeerde boodschap. Als de behandeling begint te lukken, krijgen we te horen: “dit is het enige uur van de week en de enige plaats waar ik mij goed voel, waar ik op mijn gemak ben, maar hierbuiten is het één en al ellende”. Op zich betekent een dergelijke boodschap wel een vooruitgang, maar het is duidelijk dat dit geen eindpunt is. Wat hier nog moet gebeuren, is een omgekeerde overdracht, meer bepaald dat de uitbouw van een basisvertrouwen binnen de therapie overgedragen kan en moet worden naar de buitenwereld. Dat is uiteindelijk de uitdaging waar wij bij deze groep voor staan. En dat heeft inderdaad alles te maken met het vinden van de juiste golflengte, om de ruis en de storingen te kunnen vertalen in begrijpbare klanken.

## Bibliografie

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Freud, S. (1978 [1950a [1895]]). A project for a Scientific Psychology. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 1 (pp. 281-397). London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1978 [1895b]). On the Grounds for Detaching a Particular Syndrome from Neurasthenia under the Description ‘Anxiety Neurosis’. *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (III, pp. 87-115). London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1978 [1905a]). On Psychotherapy. *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (VII, pp. 257-268). London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1978 [1913c]). On Beginning the Treatment (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis, I). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 12 (pp. 121-144). London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1978 [1915c]). Instincts and their Vicissitudes. *The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (XIV, pp. 109-140). London:

The Hogarth Press.

Lacan, J. (1966). *Ecrits* (texte établi par J.-A. Miller). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1973 [1964]). *Le Séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (texte établi par J.-A. Miller). Paris: Seuil.

Mitrani, J. (1995). Toward an understanding of unmentalized experience. *Psychoanalytic Quarterly*, LXIV, 1995, 1, pp. 68-112.

Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen. Handboek klinische Psychodiagnostiek*. Leuven, Acco, pp. 1 - 419.