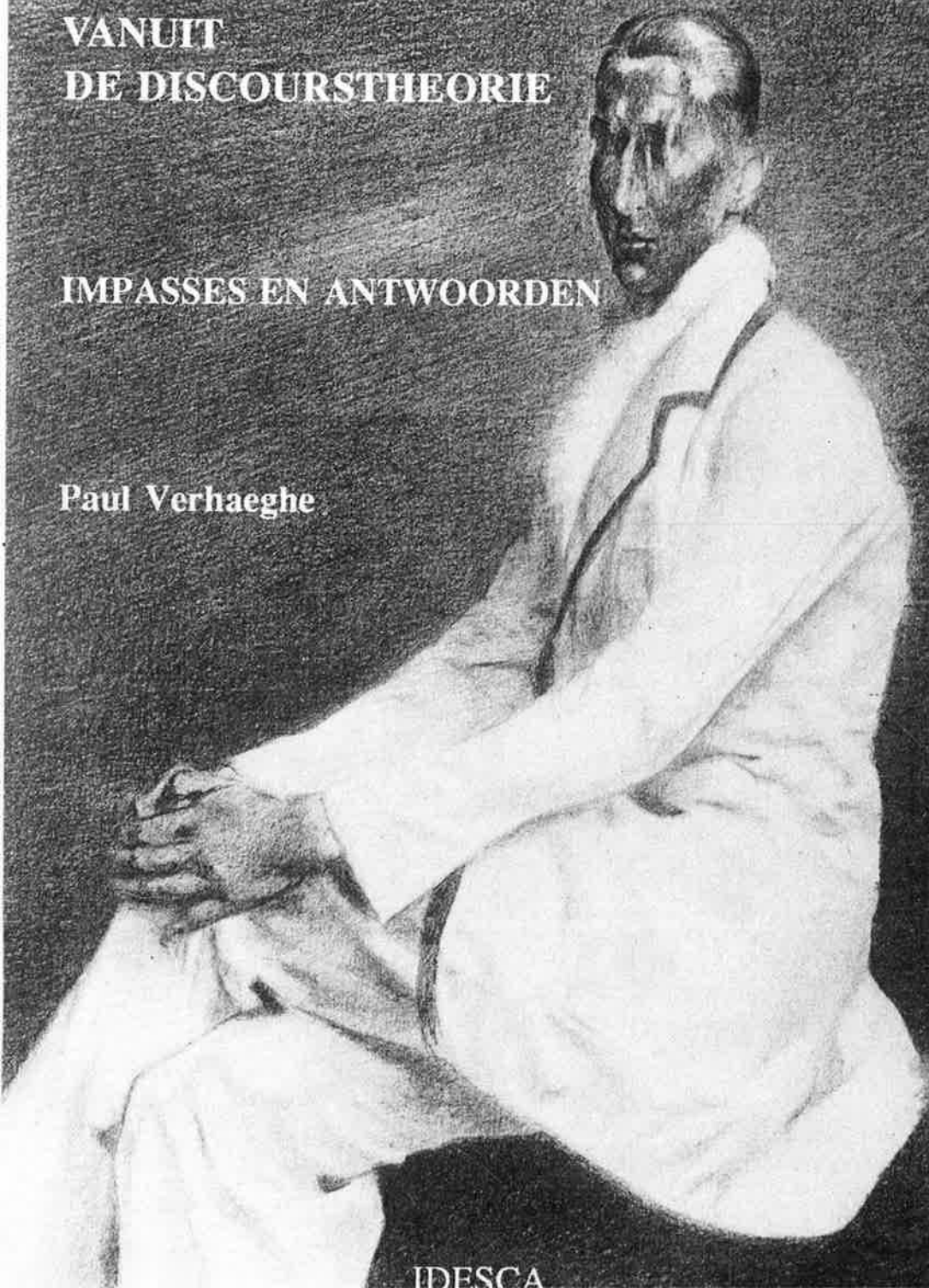


**KLINISCHE PSYCHODIAGNOSTIEK
VANUIT
DE DISCOURSTHEORIE**

IMPASSES EN ANTWOORDEN

Paul Verhaeghe



IDESCA

KLINISCHE PSYCHODIAGNOSTIEK
VANUIT DE DISCOURSTHEORIE

PEGASOS
Reeks bij de
PSYCHOANALYTISCHE PERSPEKTIEVEN

Nr. 5

© Idesça, Lamoraal van Egmontstraat 18, Gent, 1991.

Omslagtekening: Cor Doolaard

ISSN 0771-5862
D/1991/3403/7

Paul Verhaeghe

**KLINISCHE PSYCHODIAGNOSTIEK
VANUIT DE DISCOURSTHEORIE**

Impasses en antwoorden

INHOUD

<i>Inleiding</i>	7
DIAGNOSTIEK EN DISCOURS	11
1. <i>Diagnostiek en kliniek: de onmogelijkheid van $S_1 \rightarrow S_2$</i>	13
1.1. Een praktijk van intuïtie	13
1.2. De theorie als norm	18
1.3. Geestesziekte als mythe	27
1.4. Besluit: de onmogelijkheid van $S_1 \rightarrow S_2$	33
2. <i>Epistemologische achtergrond: het onvermogen tussen \mathcal{S} en a</i>	39
2.1. Geschiedenis als leerboek	39
2.2. Epistemologisch onvermogen en constructief misverstand aan de basis van de wetenschap	45
2.3. "Les non-dupes errent" : de onvermijdelijkheid van de ethiek	59
3. <i>Savoir-faire van de praktijk: doxa als gevolg van onmacht en onmogelijkheid</i>	67
3.1. Het anatomo-pathologisch paradigma of de positief-wetenschappelijke wensdroom	72
3.2. Het "traitement moral"-model: iemand mores leren	81
3.3. Het analytisch paradigma	95
DIAGNOSTIEK, DISCOURS EN PSYCHOANALYSE	111
4. <i>Een kadertheorie</i>	113
4.1. Project voor een psychoanalytische diagnostiek	113
4.2. Freud: de ontwikkeling van het psychisch apparaat bij de homo explicans	122
4.3. Lacan: aankomst en positie van het subject	142
4.4. Het tekort als causa	162
5. <i>Specieke posities van het subject</i>	167
5.1. Zoektocht naar de neurose, zoektocht naar het symptoom	167
5.2. De nulpositie : van aktueelneurosen en paniekstoornissen	173
5.3. Drie posities tegenover het tekort van de Ander	181
6. <i>Besluit</i>	193
<i>Lijst der geciteerde werken</i>	203

Inleiding

"Het onbewuste is de eigenlijke psychische realiteit, ons qua innerlijke aard even onbekend als de realiteit van de buitenwereld en door de gegevens van het bewustzijn even onvolledig aan ons getoond als de buitenwereld door de informatie van onze zintuigen." (Sigmund Freud (1900), De droomduiding, p. 703).

Inzake psychodiagnostiek wordt aan Lacan de volgende uitspraak toegeschreven: "De diagnose van een mannelijke patiënt ? Géén probleem, kijk naar zijn vrouw, en je weet genoeg!". De juistheid van een dergelijke vuistregel zal door een aantal klinici zonder moeite bevestigd kunnen worden, en kan zelfs conceptueel gekaderd. Maar het blijft slechts een vuistregel, meer niet. Het diagnostisch veld puilt uit van dergelijke vuistregels, wat op zich reeds symptomatisch is voor de onderliggende moeilijkheden.

Lacans boutade staat in schril contrast tot de ernst waarmee Freud rond de eeuwwisseling het psychodiagnostisch vraagstuk voortdurend hernam. Men zou kunnen vermoeden dat dit veroorzaakt wordt door het verschillend kader, het frivole Parijs tegenover het ernstige Wenen. Dat mag dan al juist zijn, er is een ander onderscheid dat veel belangrijker is. In de tussenliggende tijd is niet alleen de psychodiagnostiek, maar ook het wetenschapsbedrijf volledig veranderd. Bij Freud gold nog het positief-wetenschappelijk ideaal waarnaar hij met zijn toen nog jonge wetenschap streefde; nu is dit ideaal quasi verdwenen en zien we op epistemologisch vlak een brede waaier aan mogelijkheden. Bij Lacan zal deze problematiek gebald verschijnen in zijn *La science et la vérité*. Voor de psychodiagnostiek impliceert dit het definitieve bankroet van de descriptieve categorieën. De lijn van Freud naar Lacan, terzelfder tijd een tijdlijn naar de huidige invulling, illustreert dit zeer mooi: de freudiaanse bekommernis voor descriptieve categorisaties zal ongeveer volledig verdwijnen na 1910, en plaats maken voor wat men vandaag 'dynamische' opvattingen pleegt te noemen. Zo ook voor Lacan: waar hij zijn doctoraats-

thesis nog wijdt aan één nosologische categorie, zal dit zowel voor hem, als ruimer voor Frankrijk, de laatste aandacht zijn die aan de uitbreiding van de nosologie besteed wordt.

Wat daarna volgt, overschrijdt ons kader en is ruim bekend. De kliniek raakt in een impasse, waarop de farmacologisering een antwoord lijkt te bieden en vervolgens komt de contestatie. Het resultaat is dat men met de scherven achterblijft, en die brengen — in tegenstelling tot het gezegde — géén geluk.

Terugkerend naar ons kader worden wij in de kliniek met die scherven geconfronteerd. Bovendien is het in de psychoanalyse niet gebruikelijk dat de partner meekomt, zodat ook die vuistregel uitgesloten lijkt... Alle gekheid op een stokje, is het in eerste instantie zaak om in de scherven klaar te zien. Een dergelijke schervenkijkerij was voor ons slechts mogelijk via een conceptueel instrument, meer bepaald Lacans discours-theorie, met accent op de daarin aanwezige dubbele disjunctie. Het is deze theorie die wij in eerste instantie gebruikt hebben om het bankroet van de klinische diagnostiek te begrijpen. Tot onze verrassing leverde dit een wel onverwachte bonus op, met name dat we vanuit het diagnostisch veld plots de overstap maakten naar dat van de epistemologie. Achteraf bekeken was dit onvermijdelijk. Het citaat dat wij als epitaaf gebruiken, vormt daarvan de kernachtige samenvatting. De datum ervan kan slechts verwonderen, in het licht van de hedendaagse epistemologische problematieken.

De ontleding van de scherven toont de twee punten waar een alternatief dient geformuleerd te worden.

In eerste instantie betreft dit een kadertheorie. Zonder conceptuele reisgids verliest men het noorden. Het is opvallend hoe de klinische psychodiagnostiek in een bepaalde periode een praktijk zonder theorie was, met alle gevolgen vandien. Wij hebben vanuit ons perspectief een kadertheorie geschetst die een klinische diagnostiek zou moeten ruggesteunen.

Dat brengt ons bij het tweede punt. Bij gebrek aan een kadertheorie verviel men telkens terug in descriptieve categorisaties, waarvan de arbitrariteit voor de nodige discussies zorgde. Het descriptieve kan nooit een eindpunt van een diagnostisch systeem vormen, omdat het particuliere van elk individu borg staat voor een eindeloze reeks beschrijvingen. Zaak wordt een systeem te ontwikkelen dat dusdanig formeel-leeg is dat elk subject er een plaats in kan vinden. Een meer dan noodzakelijke vereiste hierbij is dat een dergelijk systeem repercussies heeft op een daarbij aansluitende psychotherapeutische praktijk. Deze schijnbare vanzelfsprekendheid wordt tegengesproken door hetgeen men vandaag in het zogenaamde 'veld' kan aantreffen.

De twee komen samen in een theorie die een antwoord moet bieden op de vraag hoe een subject tot stand komt, desnoods een psychopathologisch subject. Dit is de vraag naar de etiologie die, tot onze verrassing, in veel gevallen slechts een wetenschappelijke, en dus pudieke herbenaming is van de schuldvraag...

En daarmee komen we bij onze schuld. "On a commis un livre, donc on est coupable". Het onpersoonlijke "on" roept reminiscenties op aan het Japanse *on*, en wij haasten ons om schuld te bekennen. Tegenover alle collega's van het Seminarie voor Psychologische Raadpleging en Klinische Psychodiagnostiek, met wie de kans tot dialoog een aantal wegen opende. Op de koop toe zorgden Dirk Lorré, Dany Nobus en Ann Van Neygen voor de uiteindelijke vormgeving. En dat wijzelf Julien Quackelbeen steeds opnieuw in de plaats van de Ander duwden — met of tegen zijn zin — dàt vormde de eerste en de laatste basis voor dit werk. Waarvoor dank.

DEEL I

DIAGNOSTIEK EN DISCOURS

I. DIAGNOSTIEK EN KLINIEK: DE ONMOGELIJKHEID VAN $S_1 \rightarrow S_2$

1.1. Een praktijk van intuïtie

Elke vorm van psychotherapie bedoelt op een of andere manier een verandering te bewerkstelligen bij de behandelde patiënt. Vandaar dat het voor de hand liggend vertrekpunt in de klinische praktijk de vaststelling is van de mate en de vorm van abnormaal psychisch functioneren, anders gezegd, de te maken diagnose. De eerste vraag daarbij wordt dan: kan men het onderscheid formuleren tussen psychisch normaal en abnormaal ?

Deze ogenschijnlijk naïeve vraag zal door het merendeel van de medici met een intuïtief "ja" beantwoord worden. Ondanks alle, vaak oeverloze discussies over het al dan niet neurotisch of psychotisch zijn van een bepaalde patiënt, ondanks alle categorisatiemoeilijkheden, heeft de man van de praktijk de intieme overtuiging dat zijn — zij het vaak moeilijk te expliciteren — diagnostisch systeem werkzaam is. Voorbij alle theoretische discussies en conceptuele problemen, blijft hij er fundamenteel van overtuigd dat een diagnose mogelijk is en iets reëls aanduidt, waarvan alleen het vinden van de 'juiste' benaming moeilijkheden oplevert. Met deze idee willen we nu een aantal recente researchresultaten bekijken.

We vertrekken derhalve van die common sense opvatting die elke clinicus koestert: al die quasi-filosofische discussies zijn slechts voer voor universiteiten, laten zich herleiden tot discussies tussen scholen, theorieën en theorie'tjes, maar in de praktijk, in het reële van de kliniek kan men toch intuïtief — op basis van gecumuleerde kennis en ervaring gecombineerd met een meestal zelf samengestelde onderzoeksbatterij — een vrij duidelijke differentiaal-diagnostiek voeren. Dit is bijvoorbeeld zowel de toon als het optimistische besluit van Josephs studie over normaliteit en abnormaliteit.¹ Lorenz gaat nog een stap verder en kent iedereen dit intuïtief vermogen toe, waarbij men op basis van een soort 'Gestalt'-waarneming onmiddellijk 'ziet' waar de abnormaliteit ligt.² Als etholoog roept Lorenz bij ons de wijd verspreide populaire opvatting op over de hond die intuïtief de geesteszieke blaffend zal aanduiden. De diagnosticus moet over een fijne neus beschikken.

1. E. Joseph (1982), *Normal in Psychoanalysis*, pp. 3 - 13.

2. K. Lorenz (1983), *Onze laatste kans, Blauwdruk voor een menselijke toekomst*, p. 101 en p. 186.

Het experiment van Phillips (1963) levert in dit verband een verrassend resultaat. Deze socioloog maakte een kruiscombinatie van tweemaal vijf categorieën. De eerste reeks bevat beschrijvingen van:

1. een paranoïde schizofreen;
2. een eenvoudige schizofreen;
3. een angstig-gedeprimeerd persoon;
4. een fobisch individu met dwangmatige trekken;
5. een normaal persoon.

De tweede reeks luidt als volgt:

1. Er wordt niets toegevoegd aan de beschrijving van het gedrag;
2. "Deze persoon heeft zijn geestelijke regelmatig opgezocht om over zijn toestand te praten";
3. "Hij heeft zijn arts geregeld opgezocht om over zijn toestand te praten";
4. "Hij heeft zijn psychiater regelmatig opgezocht om over zijn toestand te praten";
5. "Hij verbleef in een psychiatrisch ziekenhuis omwille van zijn toestand".

De aldus ontstane, vijftientig categorieën worden voorgelegd aan driehonderd leken (gehuwde blanke vrouwen) en het resultaat is hallucinant: niet de gedragsbeschrijving is doorslaggevend, wél de mate waarin er welke hulp gezocht wordt. De normale die in een psychiatrische instelling verblijft, is gek en wordt sociaal afgewezen, de paranoïde schizofreen die geen hulp zoekt, is normaal en wordt aanvaard. Met andere woorden: de idee van een alomtegenwoordige differentiaal-diagnostische intuïtie wordt hier op de helling geplaatst. Overigens willen we een woord van lof toesturen aan deze leken: ze hebben inderdaad 'intuïtief' een belangrijk criterium gekozen, dat maar al te vaak door de professionele hulpverleners verwaarloosd wordt, met name het feit dat er een *vraag* is van de kant van het subject. We komen hier later op terug, binnen de context van de overdracht.

Nu kan men dit onderzoeksresultaat natuurlijk van tafel vegen door erop te wijzen dat het hier leken betrof, geen professionelen. Het onderzoek van Temerlin (1968) brengt daar dan een even vernietigend antwoord op. Hij vraagt een acteur een 'normaal' mens te spelen, neemt hem een anamnestic interview af en laat de bandopname horen aan mensen uit ons vakgebied: vijftientig psychiaters, vijftientig psychologen en vijfenveertig studenten psychologie. Vooraleer ze de band beluisterden, krijgt de proefgroep te horen van een hoog in aanzien staande collega "dat het subtiële van deze patiënt hierop neerkomt, dat hij neurotisch overkomt, maar in feite compleet psychotisch is". Resultaat: vijftien psychiaters diagnosticeren psychose en tien neurose; zeven psychologen vinden hem psychotisch, vijftien neurotisch en drie gezond; van de studenten diagnosticeren er vijf een psychose, vijftientig een neurose en vijf vinden de man gezond. Besluit: de klinische intuïtie van professionelen is blijkbaar even onbetrouwbaar als die van leken. In min of meer vergelijkbare onderzoeksopzetten vonden Langer en Abelson (1974), en Lange en Van der Valk (1983) analoge resultaten: de suggestie werkt determinerend voor

wat men meent te zien. Bijna twee eeuwen geleden overkwam hetzelfde Spurzheim, frenoloogadept en leerling van Gall. Toen men hem de schedel van de geniale astronoom Laplace presenteerde, toonde en mat hij vol enthousiasme de "hersenkobbels" die de specifieke intellectuele capaciteiten van het vermeende genie zouden verklaren. Het enthousiasme bestierf hem op de lippen toen men hem mededeelde dat het de schedel van een imbeciel betrof...³

Weer is het zo dat men dit vervelende resultaat van tafel kan vegen door te wijzen op de 'bias' van het suggestibiliteitseffect, wat in 'normale' diagnostische omstandigheden niet zou voorkomen, te meer als we weten dat in een verdere fase van Temerlins onderzoek de band afgedraaid werd zonder suggestie. Van de eenentwintig proefpersonen bevonden er toen slechts negen de man neurotisch en twaalf oordeelden hem normaal. Nochtans moet hier wel opgemerkt worden dat er ook een onpersoonlijke vorm van suggestie bestaat, die veel moeilijker te meten valt, en die op twee vlakken gesitueerd kan worden, zowel micro- als macrosociaal. Aldus vinden we op het macrosociale vlak de diagnostische modeverschijnselen die elkaar doorheen de tijd afwisselen. Zo volstaat het dat een autoriteit een nieuw syndroom ontdekt of een vroeger terug leven inblaast opdat de diagnose ervan plots massaal zou toenemen. Een voorbeeld in dit verband is de plotse alomtegenwoordigheid van het oude "Gilles de la Tourette-syndroom" sedert het succesboek *De man die zijn vrouw voor een hoed aanzag* van Sacks (zie Minderaa, et al., 1988). Hetzelfde vinden we op beperktere schaal terug, waar we zien dat bepaalde diagnoses in bepaalde instellingen veel vaker terugkeren dan andere, vaststelling die terug te voeren valt naar de stokpaardjes van de individuele clinicus die aan het hoofd van die instelling staat (waar de ene overall epilepsie ontwaart, zal de ander steeds hysteric vinden, enz.). Zo schrijft Abraham aan Eitingon dat hij, sedert zijn vertrek uit de Burghölzli-kliniek, véél minder dementia praecox 'vindt' en veel meer hysteric.⁴

De minst opvallende en toch voornaamste suggestie vinden we in de steeds aanwezige idee van *verwachting* van ziekte, wat een dokter mij ooit zeer treffend als volgt verwoordde: "Van zodra iemand in mijn consultatiekamer binnenstapt, is hij *verdacht*". In deze context staat het onderzoek van Rosenhan (1973, 1975) centraal. Hij stuurt een aantal proefpersonen naar bekende Amerikaanse "Mental Hospitals", met als aanmeldingsklacht iets dat aan hallucinaties doet denken. De gefingeerde patiënten kregen als opdracht vanaf het moment van hun opname zich volledig normaal te gedragen, en alle anamnestiche en diagnostische onderzoeken normaal te beantwoorden. Resultaat: ze werden steevast als psychotici gelabeld, zij het dan met het epitheton "in remissie". Het mooie van de zaak is dat de klinici in de instellingen er bovendien in slaagden de "ziekte" te verklaren vanuit de reële

3. B. Deelman (1986), *Ontwikkelingen in de klinische neuropsychologie: lessen uit de frenologie*, p. 141.

4. K. Abraham, Lettre à Eitingon du 8 mars 1908, in H. Abraham (ed.), *K. Abraham. Biographie inachevée*, PUF, p. 83, geciteerd in: J.-Cl. Maleval (1981), p. 281.

anamnestische gegevens die de pseudo-patiënten hen mededeelden... De kracht van de secundaire elaboratie beperkt zich blijkbaar niet alleen tot de droomvorming.⁵ Nu kan men daar natuurlijk zowel het suggestibiliteitseffect als het deontologisch argument tegen invoeren: geen enkele instelling zal een opname weigeren met een dergelijke aanmeldingsklacht, het verdwijnen van symptomen na een opname is niet zo zeldzaam, enz. Evenwel, in een tweede gedeelte van het experiment geeft Rosenhan een instelling als het ware een tweede kans: hij vertelt zijn onderzoeksresultaten, heft een vermanende vinger op en kondigt aan dat er in de eerstkomende maanden wéér een aantal "normale" proefpersonen zullen aangemeld worden en hij hoopt dat men nu wèl de juiste differentiaal-diagnose zal kunnen maken. En inderdaad, de normale patiënten worden ontmaskerd. Helaas voor hen was het zo dat Rosenhan niemand gestuurd had...

Wanneer men deze researchresultaten op een rijtje plaatst, duikt er onvermijdelijk een reactie van ongeloof, van verweer op, iets in de zin van: het klopt niet, die mensen hebben hun job niet au sérieux genomen. En men verdedigt zich dan door te wijzen hetzij op het reeds genoemde lekenkarakter (Phillips), hetzij op het suggestibiliteitseffect (Temerlin), hetzij op de deontologische fouten bij Rosenhan. En men denkt dat, als de preliminaire gesprekken voldoende lang en voldoende aandachtig gevoerd worden, er dan wèl iets bruikbaar uit de bus komt. Op dat punt ontmoeten we helaas het onderzoek van Sandifer, Hordern en Green (1969), ditmaal een open onderzoek, zonder doorgestoken kaart. Anamnestische interviews met reële psychiatrische patiënten worden gefilmd, en vervolgens getoond aan ervaren psychiaters. Het onderzoeksopzet wordt open en bloot op voorhand verteld: nagaan wanneer en hoe een diagnose tot stand komt, en in welke mate er een overeenkomst zal zijn. Het resultaat is benauwelijk: onafgezien van de lengte van de interviews wordt het merendeel van de diagnoses binnen de eerste drie minuten gemaakt, men gebruikt veel minder dan de helft van de klinische gegevens, en de interbeoordelingsovereenkomst is bedroevend laag. In de literaire sfeer vinden we een analoge ervaring: Doris Lessing stuurde haar manuscript *Briefing for a descent into hell*, waarin de waan van een protagonist de centrale inhoud vormt, naar verscheidene specialisten: géén enkele kwam tot dezelfde diagnose...

Wat eveneens uit dit onderzoek bleek, was de 'immunitet' van de diagnostici voor bijkomende informatie: eens een bepaalde diagnose geformuleerd was, werd nieuwe informatie die deze diagnose tegensprak, niet gehoord of gezien. Rooymans citeert in dit verband de onderzoeksresultaten van Gauron en Dickinson (1970), Elstein et al. (1978) en Blois (1980), waarvan de gecombineerde resultaten hem het volgende besluit opleveren: "Het voorlopige oordeel, noodzakelijk als richtsnoer in het diagnostisch proces, kan overgaan in een vooroordeel".⁶ Deze, overigens vrij

5. "Secundaire elaboratie" is een concept van Freud, waarmee hij de bewerking aanduidt die het ego op de droominhoud uitvoert ná de droomvorming om het verhaal logisch coherent te maken. We zullen deze functie later nog ontmoeten.

6. H. Rooymans (1986), *Over oordelen en vooroordelen in de diagnostiek*, p. 22.

bekende kritieken op het psychiatrisch-diagnostisch systeem, hebben aanleiding gegeven tot het opstellen van gecodificeerde nomenclaturen, in de hoop dat daardoor de betrouwbaarheid van de diagnostische uitspraken zou toenemen, minstens in de zin van de interbeoordelaarsovereenkomst. Ook dit blijkt helaas een illusie te zijn. Van Lieshout, Brook en van Dijk onderzochten in welke mate verschillende beoordelaars in de praktijk tot overeenkomstige diagnoses komen, waarbij de International Classification of Diseases (ICD-9-codes) gebruikt werd. Ze maakten de vergelijking tussen: 1. opnamediagnose en ontslagdiagnose; 2. ontslagdiagnose en diagnose bij heropname in dezelfde instelling; 3. ontslagdiagnose van instelling x en diagnose bij heropname in instelling y. Het materiaal werd geput uit het "Patiëntenregister Intramuraal Geestelijke Gezondheidszorg", waarvan het letterwoord een uitstekende illustratie vormt van de kracht van de betekenaar: "PIGG". Hun besluit laat aan duidelijkheid niets te wensen over: "De overeenstemming tussen beoordelaars met betrekking tot de PIGG-diagnoses [sic] op verschillende tijdstippen is gering, zeker als het gaat om beoordelaars die onafhankelijk van elkaar tot een diagnose komen. Technische factoren alleen kunnen niet verklaren dat bij heropname binnen een jaar in een andere instelling, de kans groter is op een diagnose die verschilt van de ontslagdiagnose die eerder werd gegeven, dan op dezelfde diagnose".⁷ Daar waar er wel overeenkomst te vinden was, betrof het vaak de categorieën "dementie" en "verslaving". De idee dat de informatie te beperkt was om tot een juiste ICD-codering te komen, wordt eveneens de grond ingeboord: ze citeren een onderzoek van Dingemans waaruit blijkt dat een toevoeging van klinische informatie de codering nog méér onbetrouwbaar maakt. Dit laatste kan iedereen met klinische ervaring bevestigen: een beperkt aantal gegevens leidt al snel tot een diagnose. Al naargelang de therapie van start gaat en er steeds meer klinische data beschikbaar komen, wordt het klinisch oordeel steeds genuanceerder zodat een éénduidige diagnose naar de limiet toe zelfs onmogelijk wordt.

Het allerlaatste redmiddel — dat aan Orwell doet denken — is de onvermijdelijke computer, als objectieve vervanger van die vervelende, subjectief bepaalde onbetrouwbaarheid. Koster van Groos weet ons te vertellen dat de computer als instrument bruikbaar is zowel om de patiënt te onderzoeken als te behandelen. Naast de verwerking van psychologische tests blijkt de computer ook in staat te zijn psychiatrische interviews af te nemen: "In het laatste geval is het resultaat van een dergelijk interview zeer betrouwbaar, de patiënt is openhartiger als hij geboeid wordt door het apparaat en het toetsenbord, zonder de kritische blik van de onderzoeker of de diagnosticus is de patiënt bereid de meest intieme zaken prijs te geven". Voor de behandeling luidt het: "De patiënt kan met dit apparaat communiceren. Hij kan vragen stellen, hij krijgt antwoord, eventueel in een zeer vriendelijke vorm gegoten met een duidelijke menselijke ondertoon; geduldig en vriendelijker dan de patiënt gewend is wordt advies gegeven over zeer persoonlijke zaken".⁸ Wij

7. P. Van Lieshout et al. (1987), *Consistentie van psychiatrische diagnoses*, p. 243.

8. G. Koster van Groos (1988), *Computer en psychiatrie: onzin, hulpmiddel of noodzaak* ?, p. 287.

beperken onze commentaar met een verwijzing naar de reeds lang bekende psychosedeclenchering bij het inschakelen van om het even welke apparatuur die aan "big brother" doet denken.

1.2. De theorie als norm

Het onvermijdelijk besluit is dat het onderscheid tussen normaliteit en abnormaliteit in de praktijk niet zo direct voor de hand ligt als men meestal aanneemt, en dat de klinische intuïtie verre van betrouwbaar is. Wil men deze intuïtie tegengaan en de differentiaal-diagnostiek bruikbaar maken, dan lijkt een conceptuele ondersteuning meer dan wenselijk. De volgende vraag wordt dan ook hoe men dit probleem in de theorie definieert. Eén van de meest geciteerde basiswerken in dit verband is het in 1973 gepubliceerde *Normality* van Offer en Sabshin. De impliciete hypothese luidt als volgt: normaliteit bestaat, alleen de explicitering ontbreekt, en daar zullen wij aan verhelpen. Met dat doel beschrijven de auteurs vier perspectieven van waaruit het onderscheid zou gedefinieerd kunnen worden. We laten ze de revue passeren.

Het eerste perspectief betreft de idee van normaliteit als "gezondheid", dit wil zeggen, de afwezigheid van pathologische symptomen. De eenvoud van deze omschrijving slaagt er evenwel niet in de erin besloten cirkelredenering te verbergen: abnormaal is met symptomen, normaal is zonder symptomen, zodat een omschrijving van het ene die van het andere vooronderstelt, en alle accent komt te liggen op wat men al dan niet als 'symptoom' gaat beschouwen. De definitie van 'gezondheid' door de World Health Organization wijst deze negatieve definiëring eveneens van de hand: gezondheid is "a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".⁹

Dit perspectief is duidelijk geïnspireerd op de medisch-biologische omschrijving van "gezondheid". Voor zover we de implicatie daarvan — namelijk dat psychopathologie een medisch-organische subdiscipline wordt — nog buiten beschouwing laten, blijft de moeilijkheid bestaan: in de psychopathologische sfeer zijn de symptomen niet van die aard dat ze objectief repereerbaar zijn en objectief groepeerbaar tot door iedereen erkende syndromen. Zelfs afgezien van de verschillende "asymptomatische" psychopathologieën¹⁰ en van de "negatieve symptomen", d.w.z. het ontbreken van iets (J.A. den Boer, 1987; Kuipers et al., 1986), heeft dit Kraepeliniaans idee van "ziekte-eenheid" tot hertoe vooral een verlamrende onvruchtbaarheid vertoond, zodat de bruikbaarheid ervan met recht betwijfeld kan worden. Overigens is het bovendien zo dat zelfs binnen het puur organische veld deze

9. Encyclopaedia Britannica, 1974, *Micropaedia*, X, p. 751.

10. L. Israël (1984), *Hysterie, sekse en de geneesheer*, p. 60.

omschrijving eveneens mislukt: dat de aanwezigheid van een objectief vaststelbare ziekte zeer gezonde gevolgen kan hebben, werd reeds aangetoond door de vaststelling dat lijders aan sikkelcelziekte in Afrika op die manier beschermd werden tegen malaria, omdat de erfelijk misvormde rode bloedcellen daardoor immuun waren voor Plasmodium, de malaria-verwekker.¹¹ Een ruimer ziekte-concept dringt zich dus op.

Het tweede perspectief betreft de idee van normaliteit als "average", waarbij normaliteit in termen van standaardafwijking en modale persoonlijkheid opgevat wordt. Dit impliceert de toepassing van wiskundige criteria op menselijk gedrag, waarbij de bekende klok van Gauss het beeld van een normaalverdeling inhoudt: de grote groep normalen neemt de middenmoot in beslag, terwijl de abnormalen de kleinere uiteinden links en rechts van het midden voor hun rekening nemen. Bekendste toepassing hiervan is zonder twijfel de 'distributie' van de intelligentie over de 'populatie'.

We willen bij deze idee twee opmerkingen formuleren. Ten eerste, binnen het vakgebied van de klinische psychopathologie en nosologie is er omzeggens niets gekwantificeerd — de vraag is of dit überhaupt wel kan. Hoe zou een "gemiddelde depressiviteitsquotient" er moeten uitzien? De onmogelijkheid van een dergelijke kwantificering heeft alles te maken met het ontbreken van stabiele, *externe* referentiepunten.¹² Naar de limiet toe kwantificeert men de *woorden* die men gebruikt om fenomenen te beschrijven (angst, depressie), zonder een vorm van externe zekerheid dat die woorden de fenomenen adequaat dekken. Voor zover men daaraan probeert te ontsnappen, gaat men beroep doen op referenties *buiten de betekenaar*, en zoekt men indexen in de biochemie, genetica, gedrag. Maar daar duikt dan een andere moeilijkheid op: er is bij ons weten geen enkele mate van vast verband tussen een objectief vastgestelde index voor een bepaald psychisch probleem en de subjectieve beleving daarvan. Zogenaamde biologische of biochemische 'markers' worden geacht een betekenis te hebben voor diagnostiek, maar de literatuur toont dat dit vrijwel steeds tot teleurstellingen leidt.¹³

11. K. Lorenz (1983), *Onze laatste kans, Blauwdruk voor een menselijke toekomst*, p. 114.

12. Dit geldt reeds voor de allereerste testen, met name de intelligentie-onderzoeken. De meest adequate definitie van intelligentie is uiteindelijk de volgende geworden: "Intelligentie is datgene wat gemeten wordt door intelligentietests", in dit precies bij gebrek aan een externe referent.

13. M. Silvestre (1981), *Vocations de la psychiatrie des années 80*, p. 27.

G. Koster van Groos (1989), *De werkelijkheid achter de feitelijkheid*, p. 353.

Meest recente voorbeeld hiervan is de dexamethason-suppressietest ter diagnostisering van niet-neurotische depressies. Dat de resultaten ook daarvan niet eenduidig zijn, wordt reeds in psychiatrische handboeken vermeld (J. Cullberg, 1988, p. 324). Overigens is het opvallend dat dergelijke testen er meestal op gericht zijn een onderscheid te maken tussen een organische aandoening met psychische repercussies enerzijds en niet-organische, 'louter neurotische' storingen anderzijds. Daar waar men met dieren experimenteert, vaak binnen de context van farmacologisch onderzoek, kan het gedrag als externe 'marker' gebruikt worden, in de zin van: meer defecatie betekent méér angst, meer exploratiegedrag betekent minder angst e.d.m. Over de steeds dubieuze extrapolatie daarvan

Een tweede opmerking gaat een stuk verder en betreft de idee van "modale persoonlijkheid" op zich. De vraag die een poster uit de zestiger jaren sierde, kan hier als leidraad dienen: "Ooit al eens een normaal mens ontmoet ? Ja ? En, beviel het ?". Voor zover er — meestal sociologisch — cijfermateriaal voorhanden is, leidt dit tot onthutsende vaststellingen betreffende Jan Modaal. Het NRC-Handelsblad d.d. 28 maart 1984 citeert cijfers van F. Farthmann volgens dewelke alle Jannen Modaal uit de deelstaat Noordrijn-Westfalen op één jaar tijd 950.000 recepten hanteerden voor tranquillizers, toe te dienen aan alle kleine Jantjes Modaal onder de elf... Uit cijfers van de Britse "National Health Service" blijkt dat er in 1981 per levende Brit 30 tabletten van een of andere benzodiazepine werden geconsumeerd.¹⁴ We geven met opzet de benzodiazepinecijfers, omdat deze door "normaalen" geconsumeerd worden. In de USA, hét land van de cijfers, is het al niet veel beter: de twee meest verkochte medicamenten zijn cimetidine, een middel tegen maagzweren, en valium, het overbekende anxiolyticum.¹⁵ Nee, het bevalt niet. Een parafrase op een bekende titel, die we ooit ergens lazen, drukt het best het resultaat van dit perspectief uit: "Ik ben niet okee, jij ben niet okee, dus dat zit wel okee". Het is precies op dit punt dat de verleiding zeer groot wordt om 'maatschappelijk' te gaan redeneren, in de zin van: "(...) dat alleen iemand met een volkomen afwijkende aanleg onder de diverse vormen van dwang die de huidige beschaving op het leven uitoefent, vrij van ernstige psychische stoornissen kan blijven."¹⁶ De maatschappij-kritische psychiatrie wordt dan de noodzakelijke tegenhanger van de maatschappij-bestendige vorm. Dit gaat in origine terug op een freudiaans idee — men leze *Das Unbehagen in der Kultur*, waarbij men niet mag vergeten dat Freud een flink stuk verder gegaan is dan de ietwat naïeve Rousseau-opvatting over het causaal verband tussen maatschappij en gezondheid. Wij willen hierbij geen afbreuk doen aan maatschappijkritisch werk op zich, verre van, wèl aan een welbepaalde vermenging tussen klinisch en maatschappelijk werk, waardoor beide onmogelijk worden. De therapeut die de etiologie van zijn patiënten exclusief in de maatschappij legt, ontpopt zich tot een verbitterde wereldverbeteraar die slechts kan kankeren over de 'slechte maatschappij', en dit meestal samen met zijn 'cliënt', in een gemeenschappelijke poging om de schuldvraag te verschuiven naar veilige vertes. Op dat ogenblik is hij noch een therapeut, noch een maatschappelijk werker.

Deze bezwaren tegen, of zelfs de onmogelijkheid van kwantificeren, beletten niet dat deze idee in de praktijk ontzettend vaak gehanteerd wordt. Zo vinden we bij

naar de mens, willen we het hier nog niet eens hebben, wel over het feit dat men ook dit diergedrag dient te *interpreteren*, en dit op basis van half begrepen en vaak niet eens van toepassing zijnde leerpsychologische principes (K. Lorenz, 1973, *passim*). Het resultaat daarvan is dat men een eerste onbekende (storing bij de mens) meent te begrijpen vanuit een tweede onbekende (diergedrag).

14. R. Lacey en S. Woodward (1987), *Het gevaar van gewenning, onderzoek naar verslaving aan tranquillizers*, p. 30.

15. M. Konner (1984), *The tangled wing. Biological constraints on the human spirit*, p. 233.

16. K. Lorenz (1983), *Onze laatste kans. Blauwdruk voor een menselijke toekomst*, p. 152.

Anna Freud een beschrijving van de normale evolutie van kind tot volwassene, waarbij ze stelt dat de ontwikkeling van een kind "may not depart too far from the average".¹⁷ Uitdrukkingen zoals: "een meer dan normale separatie-angst", "een rouwproces dat langer duurt dan normaal", "een excessieve puberteitscrisis", "een zware hysterie", zijn legio binnen ons vakgebied, waarbij de appreciatie van de observator in het beste geval slechts kan terugvallen op zijn ervaring, in het andere geval op vaak normatief-conformistische opvattingen.¹⁸ Met andere woorden, men doet andermaal beroep op dit intuïtief-professionele, zodat we hier slechts kunnen verwijzen naar de hoger besproken researchresultaten.

Ongemerkt zijn we hiermee bij het volgend perspectief aanbeland, dat als het ware een antwoord poogt te formuleren op de mislukking van de "average"-gedachte. Dit derde perspectief betreft de normaliteit als ideaal, als utopie, wat evenzeer betekent dat het als dusdanig niet bestaat. S. Freud schrijft "dat een normaal ego, net zoals normaliteit in het algemeen, een ideële fictie is".¹⁹ Hier wordt plaats geruimd voor alle ideale en dus ideologische beschrijvingen over hoe de mens zou moeten zijn. Het is ons altijd al opgevallen dat het merendeel der "psychologieën" niet zozeer een beschrijving en eventueel verklaring biedt van de mens als dusdanig, maar veeleer van wat de concipieerder van het systeem als de "ideale" of "normale" mens beschouwt. De titel van het eerste Westers psychologisch traktaat uit 1590 kan hier als paradigma dienen: *Psychologia, hoc est de hominis perfectione* (*Psychologie, d.w.z. over de vervolmaking van de mens*), van de hand van Goclenius uit Marburg.

De diagnostiek neemt hier een merkwaardige vorm aan: er wordt een ideaal mensbeeld geponeerd, en vervolgens valt de onderzoeker terug op een intuïtieve schatting van "de nog af te leggen weg" voor die bepaalde patiënt om uiteindelijk het ideaal te bereiken. Met andere woorden, men laat in het merendeel der gevallen de etiologie blauw-blauw om zich via de diagnose onmiddellijk maar te concentreren op het te bereiken eindpunt. We geven twee voorbeelden. Het eerste betreft een groot aantal testdiagnostische resultaten, waar het verschil tussen de behaalde score en de ideaal-mogelijke totaal-score een beeld biedt van de zogenaamd nog af te

17. A. Freud (1976), *Psychopathology seen against the background of normal development*, p. 404.

18. Dit vinden we reeds in 1866 bij Falret, zij het dan als expliciet doel: "Comparons-le (le malade) par la pensée avec la conduite, les idées, les sentiments ou les actes habituels des hommes en général, dans les conditions où il a lui-même vécu. Jugeons-le avec le critérium du sens commun général, des idées régnantes de son temps, des habitudes ou des convenances sociales de son époque. Voyons si sa conduite est conforme au sens commun ou au bon sens général, et s'il n'a pas heurté de front et trop violemment toutes les idées communes, toutes les notions reçues, toutes les convenances générales, en un mot, le fond commun qui constitue la raison générale de l'humanité; car c'est dans cette appréciation de la raison commune, avec ses nombreuses variations et oscillations individuelles possibles que réside le point de comparaison fondamental qui permet de différencier en dernière analyse la folie de la raison", geciteerd in: P. Bercherie (1980), *Les fondements de la clinique, Histoire et structure du savoir psychiatrique*, p. 98.

19. S. Freud (1937c), *Die endliche und die unendliche Analyse*, p. 80 en p. 85.

leggen weg. Doorheen de kleren van de diagnosticus herkent J. Quackelbeen hier de stofjas van de onderwijzer die zich bij bepaalde goeie uitslagen nauwelijks kan inhouden om de kantlijn te versieren met een in rode inkt en calligrafisch geschreven "ZWel!". Het tweede voorbeeld vinden we daar waar men het einde van de therapie wil gaan definiëren. Bij ontstentenis van een verband met de etiologie wordt de diagnose afgestemd op het eindpunt van de kuur en op de "analysability": hoe moet de analysant er uitzien ná de kuur, en kan déze kandidaat-analysant dit wel aan? De diagnose wordt hier normatief-moreel, met het in het vooruitzicht stellen van bepaalde "patterns" als eindpunt van de therapie. Dit vinden we bij Rickman: "The ultimate criterion (singular) is a pattern combining many factors each of which may have quantitative variations and each of which has a point of irreversibility". S. Payne bespreekt de moeilijkheden van dit "pattern", gekoppeld aan initiële diagnose, leeftijd van uitbreken der ziekte, duur van de symptomen, omgevingsfactoren enz. M. Balint gaat nog een stap verder, noemt de criteria van Rickman uitstekend, zodanig uitstekend zelfs dat de vraag verschuift: niet meer aan welke voorwaarden er moet voldaan worden, maar wel in welke mate men van die voorwaarden mag afwijken... met andere woorden, in welke mate mag men afwijken van de 'normale norm', abnormaal zijn?²⁰ Uiteindelijk wordt heel deze discussie in stilte opgelost door de invoering van een nieuw criterium als eindpunt van de kuur: de identificatie van de patiënt met de therapeut als incarnatie van de gezonde autoriteit, waarbij men nu betreurt dat het vaderbeeld, waarop deze identificatie dient terug te gaan, cultureel dusdanig ondergraven wordt dat de efficiëntie ervan dreigt verloren te gaan. Het meten van de "analysability" komt dan neer op het meten van de mate waarin iemand nog in staat is deze ultieme identificatie aan te gaan.²¹

Dit perspectief is zo belangrijk dat we er uitvoerig wensen op in te gaan. Het is niet zozeer de *inhoud* van de geponeerde idealen op zich die interessant is, de kritiek daarop is al te gemakkelijk en in feite even oeverloos als die idealen zelf. We geven van dit inhoudelijke dan ook slechts één voorbeeld. E. Jones (1931) stelt drie idealen als eindpunt: de "happiness", te begrijpen als vrij zijn van angst, de "efficiency", te weten de "full utilization of a person's potential" en de "adaptation to reality", geconcretiseerd in de "relation to one's fellows". Met Bettelheim kunnen we stellen dat een persoon die volledig vrij is van angst, nooit iets zal realiseren, want angst is dé menselijke drijfkracht bij uitstek, idee die door J. Monod van een genetische en soort-specifieke basis werd voorzien.²² Het tweede criterium, d.i.

20. J. Rickman (1950), *On the criteria for termination of analysis*, pp. 200 - 201; S. Payne (1950), *Short communication on criteria for terminating analysis*, p. 205; M. Balint (1950), *On the termination of analysis*, pp. 196 - 199.

21. M. Silvestre (1980), *Les terreurs du psychanalyste*, p. 55 en (1984), *Se garder de l'idéal — l'appel du père*, p. 21.

22. B. Bettelheim (1979), *Surviving and other essays*, passim; J. Monod (1970), *Le hasard et la nécessité, essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne*, pp. 181 - 188.

Binnen een andere context, met name zijn studie over sprookjes (*The uses of enchantment*),

"het volledig gebruik van iemands potentie" staat dus al in complete contradictie met het eerste criterium, en lijkt ons overigens vrij vermoeiend. Wat het derde criterium betreft, dit werd het koninginnekstuk van Hartmann en Cie (1939), waarbij wij onmiddellijk een man van iets latere datum, met name Eichmann als voorbeeld willen aanvoeren van iemand die perfect aangepast was aan zijn realiteit.

Het hanteren van dit criterium leunt opnieuw aan bij wat we hoger de intuïtieve diagnostiek van de medici genoemd hebben: het lijkt bruikbaar, het lijkt een kwestie van gezond verstand, van persoonlijke ethiek, enz. Als Lacan in zijn seminarie over de ethiek de therapeutische idealen samenvat als zijnde: het ideaal van de menselijke liefde, van de authenticiteit, van de onafhankelijkheid, dan zal menig therapeut verheugd ja knikken, zodat de beargumenteerde afwijzing die erop volgt, des te harder aankomt.²³ Voorbij de aantrekkelijkheid van een overigens steeds variabele inhoud (de geponeerde idealen) vergeet men het achterliggende *formele* systeem. Dit is niets anders dan een dwingende ideologie, de zoveelste aliënering voor de homo psychologicus, waarbij de therapeut als incarnatie van de profeet, als goddelijke afgezant, het 'goede' bepaalt voor zijn cliënt. Men zal dit schouderophalend van de hand wijzen als oprispingen komende uit de ivoren toren van een academicus: waarom zou men een cliënt niet het ideaal van de onafhankelijkheid, de assertiviteit, de..., aanprijzen, als men vaststelt, diagnostiseert dat zijn probleem precies daar ligt? We willen duidelijk zijn: wij hebben niets tegen idealen, integendeel, wij zijn ervan overtuigd dat de mens niet zonder kan, en dat deze idealen een essentieel bestanddeel uitmaken van het opvoedingsproces. Alleen is het zo dat men opvoeding en psychotherapie niet mag verwarren. Mensen komen vaak genoeg in moeilijkheden wanneer hun idealen doorprikt worden. Men op dat ogenblik nieuwe idealen inlepen met therapeutische bedoelingen, lijkt op een ontwenningsskuur voor opium via morfine. De kuur zal er voor ons op dat ogenblik in bestaan de kans te bieden tot ondervraging van het hoe en het waarom van die idealen, de subjectieve geschiedenis ervan, zodat het subject uiteindelijk tot eigen keuzes kan komen. Men zal opwerpen dat er mensen, 'cliënten' zijn bij wie dit onmogelijk is, omwille van sociale, biologische of andere redenen. Dit neem ik aan, maar weet dan dat dit eveneens impliceert dat psychotherapie daar ook onmogelijk is: het verwarren van zogenaamde 'heropvoeding' en 'psychotherapie' kan slechts leiden tot een mislukking van beide, omwille van de eraan inherente antinomie.²⁴

Het hierin besloten gevaar blijkt minder uit recente voorbeelden, niet omdat het

bespreekt Bettelheim het welbekende verhaal van "de jongen die moest leren griezelen" als illustratie van de noodzaak aan angst. Ook de kliniek is hier in hoge mate instructief: zo onderkent M. Klein bij een zwaar gestoord patiëntje de *afwezigheid* van angst als zwaarste symptoom en levert het opduiken van eerste angsten bij dit kind een gunstige prognose op (M. Klein, 1930, *The importance of symbol-formation in the development of the ego*).

23. J. Lacan (1959 - 60), *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, pp. 18 - 19.

24. Voor de problematische verhouding tussen pedagogiek en psychoanalyse verwijzen we de lezer naar nummer 26 van de *Rondzendbrief uit het Freudiaanse Veld* waar onder inspiratie van J. Quackelbeen een aantal mensen deze verhouding besproken hebben.

daar geringer zou zijn, wel omdat we er te dicht bij staan. Voorbeelden die verder van ons liggen, maken één en ander wel duidelijk. We kunnen hier een stelling van Szasz hanteren: "Iedere regel, norm, van psychische gezondheid schept een nieuwe categorie van geesteszieke personen".²⁵ De segregatie-functie van het psychopathologisch bedrijf komt hier duidelijk tot uiting: een bepaalde groep wordt als de Goeden gevestigd door de anderen te benoemen als de Kwaden, d.w.z. Ziek ("Ik ben okee, jij bent niet okee, dus alles is okee"). Dat men daarna dit Goede ook voor de anderen wil, verleent het geheel een altruïstisch vernislaagje waarmee men bijvoorbeeld ook de kolonisaties rechtvaardigde. Bekijken we eventjes deze segregatie bij de grondlegger van de Amerikaanse psychiatrie, Benjamin Rush. Na de Amerikaanse burgeroorlog ontdekte deze wetenschapper twee nieuwe geestesziekten: *Anarchia* en *Revolutiona*, beide quasi ongeneeslijke aandoeningen die om radicale 'medische' ingrepen vroegen. Deze kiene observator schreef nog een andere ontdekking op zijn naam, betreffende "de storing in het principe van het geloof of van het vermogen om te geloven (...). Dit geestelijk vermogen is onderhevig aan stoornissen en ziektes, hetgeen leidt tot het onvermogen te geloven in dingen die geschraagd worden door heel de klaarblijkelijkheid welke doorgaans geloof poneert". De voornaamste subcategorie van deze eveneens ernstige aandoening betrof "personen die weigeren te geloven aan het nut van de geneeskunde".²⁶ Wie enigszins bekend is met de structurele kliniek van de hysterie en met de verhouding tussen hysterisch discours en meesterdiscours, zal hier wel een en ander herkennen (J. Quackelbeen, 1984). De oorspronkelijke betekenis van de perversiteitscategorie kan hier ook aangehaald: rond de eeuwwisseling betekende perversiteit: "het geheel van alle slechte neigingen dat zich tegen de wetten kant, al dan niet 'natuurlijke' of 'heilige' wetten, al naargelang van de auteurs".²⁷ Overigens was Rush ook onderlegd in de organische geneeskunde, alwaar hij ontdekte dat de zwarte huid van de ex-slaven een ziekte-symptoom was van de aandoening "negritude" genaamd, helaas overerfbaar als gevolg van lepra.

Het lachen besterft ons evenwel op de lippen wanneer we de overgang maken naar recente voorbeelden. We hoeven niet te verwijzen naar de Chinese of Russische psychiatrie, die ver-van-mijn-bed-show is al te makkelijk. Onze sociaalbewuste en psychiatrisch geïnspireerde pers heeft, naast de 'voetbalstadionpsychose', een nieuw syndroom ontdekt: de xenofobie, als verklaring (en dus als geruststelling) voor het alom opduikend racisme. Wanneer we de morele verontwaardiging even tussen haakjes plaatsen, lijkt het ons uitermate gevaarlijk wanneer een sociologische meerderheid een ideologisch andersdenkende minderheid met een psychopathologisch etiket bedenkt, al was het maar om wille van de mogelijke omkering: wanneer die minderheid een meerderheid wordt, zal zij ongetwijfeld eveneens een etiket uitvinden om de nieuwe minderheid te klasseren in een aange-

25. Th. Szasz (1972), *De waan van de waanzin, de psychiatrie als voortzetting van de inquisitie*, p. 26.

26. *Ibidem*, p. 172, p. 176, p. 186.

27. L. Israël (1984), *Hysterie, sekse en de geneesheer*, p. 67.

past hokje, al dan niet voorzien van een "Himmelstrasse". En bij een eminent Amerikaans psychiater-psychoanalyticus, Karl Menninger, kan men in 1963 lezen "dat homoseksualiteit een symptoom is dat wij niet kunnen goedkeuren, dat prostitutie en homoseksualiteit ernstige zonden en geestelijke stoornissen zijn".²⁸ Wat valt er in godsnaam (inderdaad!) "goed" te keuren aan een symptoom? Bovendien is een dergelijke redenering nooit unilateraal, binnen de kortste keren zal men een onderscheid maken tussen de 'goede Slechten' en de 'slechte Slechten' — zie dan Morel met "les dégénéérés" die al dan niet "supérieurs" kunnen zijn.

De gevolgen van de redenering waarbij normaliteit binnen het perspectief van het ideaal gesteld wordt, kunnen we als volgt samenvatten. Ten eerste, we krijgen een vermenging van psychopathologie en criminaliteit, waarbij het mes langs twee kanten snijdt: crimineel gedrag wordt aanvaardbaar, want verklaarbaar, psychopathologisch gedrag wordt bestrafbaar, want is afwijkend. Het mag dan ook geen toeval heten dat Beyaert (1987) vaststelt dat steeds meer psychiatrische patiënten de Nederlandse huizen van Bewaring en gevangenissen gaan bevolken, idee die door de Ridder (1987) bevestigd wordt.

Ten tweede, psychiatrie en klinische psychologie worden de beoordelaars van het maatschappelijk bestel, met als uitersten de aanklagers van de pathogene maatschappij enerzijds, en de bewakers van de goede orde, dé methode voor sociale beheersing anderzijds. Waar we daartegen verwittigd worden in een aantal pareltjes van de wereldliteratuur (*Brave New World* en 1984), schijnen een aantal zielezorgers daarentegen dit aan te prijzen: van de utopische heilstaat in *The fall of Atlantis* (S. Hall, 1920) over het *Should a child have more than one mother* (1929) en *Walden two* (1948), beide van Watson.²⁹ En vergeten we Forel niet, die zijn klinische carrière beëindigde met zijn hobby (entomologie), waarin hij de perfecte sociale orde van de mierenkolonie als model voor het mensdom propageert.³⁰ De diagnose wordt een bekentenis zonder ontsnappingsmogelijkheid, zie dan de psychologie "als stok met twee kanten" van Dostojewski. 'Bekent' men zijn onaangepastheid, dan is men geestesziek; ontkent men zijn onaangepastheid, dan vertoont men 'gebrek aan ziektebesef', en is men nog méér geestesziek: "Catch 22" in een nieuwe en ditmaal reële versie.

Ten derde, er ontstaat een paradoxale vorm van verontschuldiging: de patiënt kan er eigenlijk niets aan doen, er zijn altijd wel verzachtende omstandigheden, maar toch moet hij er zèlf uit geraken; blijft hij ziek, dan is het zijn fout.

Het vierde perspectief betreft normaliteit als proces, als transactioneel systeem. Normaliteit dient over een tijdsverloop bestudeerd te worden, mag geen momentopname zijn. Dit idee lijkt ons, in zijn vaagheid, het meest correcte te zijn. Diagnoses,

28. Th. Szasz (1972), *De waan van de waanzin, de psychiatrie als voortzetting van de inquisitie*, pp. 203 - 205.

29. J. Jansz (1986b), *Kinderen, rijping en opvoeding*, p. 106 en p. 110.

30. H. Ellenberger (1970), *The Discovery of the Unconscious, The history and evolution of dynamic psychiatry*, p. 840.

en ook therapie, zijn vaak slechts momentopnames, waarbij men het aspect 'moment' vergeet. Beste voorbeeld hiervan is Bertha Pappenheim, beter bekend onder haar patiëntenpseudoniem Anna O. Als één van de zwaarste gevallen uit de *Studien* wordt zij later herlabeld als schizofrene psychose (F. Bram, 1965). Desondanks slaagde ze erin een wonderwel creatief en gevuld leven te leiden gedurende de veertig jaar die erop volgden (L. Freeman, 1977).

Dit proces-idee vinden we bij heel veel auteurs terug, meestal gekoppeld aan de opvatting dat een mensenleven in een aantal fasen verloopt, waarbij elke periode een bepaalde problematiek en eventuele afwijkingen met zich meebrengt. We noemen er slechts twee: Erikson met zijn levenscyclus-opvatting, en Rümke met een, qua principe, analoge indeling. Hoe juist deze uitwerkingen ook mogen wezen, ze sturen ons onvermijdelijk terug naar de tweede opvatting, met name normaliteit als gemiddelde: wat is een gemiddelde puberteitscrisis? Hoe lang duurt de koppighedsfase? Wat is de doorsnee midlife-crisis? De noodzakelijke kwantificeerbaarheid, wil dit strikt toepasbaar worden, is hier weer ontoereikend en evenzeer onmogelijk. Het oordeel daarover wordt andermaal overgelaten aan de klinische intuïtie van de individuele veldwerker.

Het model voor deze idee valt zonder twijfel te zoeken in de organisch-lichamelijke ontwikkeling van de mens, waar inderdaad kwantitatieve criteria voorhanden zijn, en waar temporele afwijkingen indexen voor pathologische verstoringen vormen. Dezelfde idee transplanteren naar een ontwikkelingspsychologie wordt een flink stuk moeilijker, alleen al door het feit dat een groot aantal ontwikkelingspsychologische gegevens evenzeer of zelfs meer omgevingsbepaald dan aangeboren zijn, bovendien nog ingebed in steeds verschillende culturen. Dit neemt niet weg dat binnen een bepaalde cultuur een ervaren clinicus inderdaad terecht een aantal min of meer typische levensfasen kan onderscheiden. Het drama begint gewoonlijk pas bij de toepassingen daarvan in de tweede generatie, deze van de leerlingen. De fasen, die oorspronkelijk gedistilleerd werden uit een groot aantal genuanceerde en dus waardevolle klinische ervaringen, en die als dusdanig slechts een modaal beeld bieden, die fasen worden vaak genoeg door de tweede generatie als een dwingend keurslijf gehanteerd. Het klassieke voorbeeld betreft de door Abraham en Freud ontwikkelde idee van libidineuze organisaties die telkens in het licht van het castratiecomplex een bepaalde functie voor het subject innemen.³¹ Deze uiterst genuanceerde en vrij moeilijke theorie functioneert vijftig jaar post datum als hoofdstuk in quasi elke opleiding voor kinderverzorgsters die aldus vernemen dat het kind éerst doorheen de orale fase moet, vervolgens de anale binnentreedt om uiteindelijk het genitale paradijs binnen te treden. Wee de driemaander die met zijn piemeltje speelt, die is te vroeg ('praecox')! Een minder klassiek en meer pijnlijk voorbeeld dat wij in dit verband kennen, is de stervensbegeleiding. Sedert de studie van Kübler-Ross weet men dat het stervensproces een aantal fasen *kan* doorlopen, die

31. J. Lacan (1964), *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, p. 62.

vaak in een typische volgorde optreden.³² Welnu, wij hebben het meegemaakt dat binnen een universitair ziekenhuis een stervende patiënte tegen haar wil in door de welwillende psychologe verplicht werd de 'juiste' volgorde van deze fasen te doorlopen teneinde op de 'juiste' manier te sterven...

Het hoeft geen betoog dat we ons wéér in dezelfde impasse bevinden. Ofwel past men deze stadia-idee ongenueanceerd toe, en dan krijgen we de reeds beschreven wangedrochten. Ofwel maken we een genuanceerde toepassing, dit wil zeggen: we laten de nuancering over aan de klinische intuïtie en het gezond verstand van de individuele veldwerker. Bovendien is het sterke punt van deze benadering meteen ook haar Achillespees: de stelling dat alles binnen een tijdsperspectief dient gesitueerd, impliceert dat het actuele verklaard wordt in functie van het verleden, en dat deze beide de toekomst zullen determineren. Deze stelling lijkt ons klinisch correct te zijn, alleen deint ze massaal uit: *alles* van het heden is verklaarbaar in functie van het verleden, ook het normale.³³ De psychopathologie vervaagt, in die zin dat alles wat binnen de geschiedenis van een individu terug te speuren is, een verklaarbaar symptoom wordt: een al dan niet pathologische partnerkeuze, beroepskeuze, crimineel of aangepast gedrag, enz. De vraag verschuift andermaal naar het opbouwen van normen voor wat men als normaal of abnormaal symptoom, als eindprodukt van een bepaalde ontwikkeling beschouwt. Neveneffect hiervan is dat klinici meestal impliciet de volgende redenering hanteren: wat teruggevoerd kan worden tot de levensgeschiedenis, is verklaarbaar, begrijpbaar, en wordt meteen daardoor aanvaardbaar — de hyperbolische ontwikkeling van de "verzachtende omstandigheden" kan hier als exemplum gerandum dienen.

1.3. Geestesziekte als mythe

Tot hertoe hebben we slechts weinig hoopvolle resultaten geboekt. In de praktijk lijkt alles neer te komen op een niet-doorgeefbare noch veralgemeenbare intuïtie, die — hoe kan het ook anders — geruggesteund wordt door een ontbrekende theorie. Normaliteit en abnormaliteit worden plots wel zéér vage begrippen, de mens lijkt per definitie verdacht. Het hoeft dan ook geen verwondering te wekken dat een aantal auteurs de consequentie daarvan doorgetrokken hebben met de

32. Met name, in de 'juiste' volgorde: "shock and denial", "anger", "bargaining", "depression", "acceptance" (E. Kübler-Ross, 1969).

33. Zo kan de latere levensgeschiedenis van de 'normale' Bertha Pappenheim zonder moeite begrepen en verklaard worden vanuit de anamnese van de hysterische Anna O. Psychoanalytisch gezien is haar structuur als subject niet veranderd. Op basis daarvan haar sociaal engagement als 'pathologisch' gaan betitelen, lijkt ons evenwel een bediscussieerbare stellingname. Overigens is het nog maar de vraag of men sowieso een structuur kan veranderen, structuur hier begrepen als basispositie van het gedeelde subject tegenover de Ander, met de neurotische, psychotische en perverse mogelijkheid. J. Quackelbeen zei ons ooit dat psychoanalyse ook de beste methode is om vast te stellen hoe het subject, doorheen alle veranderingen, fundamenteel *niet* verandert.

stelling dat geestesziekte op zich niet bestaat. Historisch koppelt men dit al snel aan de anti-psichiatrie uit de zestiger jaren, alhoewel dit idee ruimer op te vatten valt. We bespreken twee auteurs, die we later in een andere context opnieuw zullen ontmoeten.

de Swaan: protoprofessionalisering

De stelling van deze socioloog luidt als volgt. Ten eerste, psychiatrische ziektes zijn niets anders dan herbenoemingen van normale menselijke problemen. Deze herbenoeming zou plaatsgrijpen onder invloed van een bepaalde tijdgeest. Ten tweede, deze menselijke, normale problemen zijn bovendien slechts epifenomenen van ruimere maatschappelijke en socio-economische veranderingen. Dit geeft dan aanleiding tot de protoprofessionalisering: mensen zouden vandaag de dag de neiging vertonen om 'normale', algemeen menselijke problemen te gaan benoemen in termen van psychiatrie of klinische psychologie, omdat de psi-cultuur een dominerende rol verworven heeft in onze maatschappij: "Mensen maken moeilijkheden met elkaar en met zichzelf. Daar hebben zij geen hulpverleners voor nodig. Maar psychotherapeuten leren hun daar psychische problemen van te maken, geschikt voor behandeling door die deskundigen".³⁴

Er schuilt ongetwijfeld een kern van waarheid in deze redenering, die wij makkelijk kunnen begrijpen in termen van discours: waar bepaalde moeilijkheden vroeger religieus geïnterpreteerd en al dan niet opgelost werden, krijgen we nu de medisch-psichiatisch-psychotherapeutische variante. Dat deze laatste aanleiding geeft tot protoprofessionalisering, is juist: bedroefd zijn wordt depressief, rouw wordt melancholie, opgewekt zijn wordt manisch, wantrouwen wordt paranoïde, opstandigheid wordt hysterie, en élk normaal mensenleven vertoont een manisch-depressieve curve. De stelling dat het hier een discours-effect betreft, kan geïllustreerd worden met wat we reeds vroeger als diagnostische modeverschijnselen benoemd hebben: gedurende bepaalde periodes vinden we binnen bepaalde geografische afbakeningen een voorkeur voor een specifieke diagnose. Zo kan men geen van de Russische klassiekers lezen zonder om de haverklap de "monomanie" te ontmoeten; ietsje later vinden we in de Amerikaanse literatuur de neurasthenie, vandaag afgelost door de schizofrenie, terwijl de alomtegenwoordigheid van de hysterie in Frankrijk sedert Charcot niet meer weg te denken is. Voor zover we de hypothese van psychiatrische epidemieën laten vallen, moeten we dit wel als een discoureffect beschouwen. In ons tijdskader ligt het effect enigszins anders: de drempel naar de psychiatrie is dusdanig verlaagd, dat S. Bellow in *Henderson, the Raining* terecht kan schrijven dat het actueel ongebreideld najagen van geestelijke gezondheid zonder twijfel de meest voorkomende vorm van waanzin is. Lacan verwittigde reeds tegen deze allerlaatste vorm van aliënantie, die de mens tot een

34. de Swaan (1984), *De mens is de mens een zorg*, p. 82.

homo psychologicus reduceert. Overigens heeft dit een niet-onbelangrijk neveneffect: dat de eigenlijke vormen van psychopathologie vaak genoeg in de kou komen te staan. Als therapeut kan men vandaag makkelijk zijn werkuren vullen met de "protoprofessionaliseringsprodukten"; van zodra de pathologie echt pathologie wordt, wordt men onrustig en komen er draconische maatregelen, waarvan de doorverwijzing de minst erge is, het (vaak onverantwoord en ondeskundig) farmacologiseren al een graad ernstiger wordt, en het psychiatrisch opbergen de deur helemaal dicht doet.³⁵ Bij het herlezen van de oude gevalsstudies stel ik mij altijd de vraag of de huidige therapeuten nog de moed hebben dagelijks een uur te besteden aan een patiënt zoals Anna O of Elisabeth von R, die er dan ook vaak genoeg door komt. De lacaniaanse ethische imperatief over het onbewuste — "il faut y aller" — is in dit licht zeker geen loze kreet.

Bovendien kunnen we de stelling van de Swaan zelfs nog uitbreiden: niet alleen heeft de 'tijdgeest' een naamgevende, c.q. protoprofessionaliserende impact, ook de *uitingsvormen* van een aantal aandoeningen kunnen door het heersende discours bepaald worden. Het voorbeeld van de hysterie zal sedert Shoenberg (1975) en Wajeman (1982) wel voldoende bekend zijn. Voor zover men hierop schouderophalend reageert met "och ja, hysterie (simulatie, nietwaar, geen echte ziekte)", wat dan te denken van de dementia paralytica? De modellerende kracht van de socio-culturele inbedding blijkt in staat te zijn de inhoud van de waan te bepalen: zie dan de historische evolutie die Rümke opmerkt in de verschijningsvorm van de waan bij dementia paralytica. Het expansieve type van voor de Eerste Wereldoorlog (type "ik ben Napoleon", basis van de moppen over de gek) was tijdens de na-oorlogse crisis nagenoeg verdwenen en ruimde plaats voor een veralgemeend psychotisch-depressief beeld, dat duidelijk aansloot bij het socio-economisch tijdskader.³⁶ Dit laatste voorbeeld is des te belangrijker omdat het hier ongeveer het enige psychiatrische ziektebeeld betreft waar iedereen het over eens is dat het een *ziekte* betreft, d.w.z. organisch gegrond is. Dat niet alleen de naam, maar ook inhoud en kleur van psychopathologische fenomenen omgevingsbepaald zijn, lijkt derhalve buiten twiifel te staan.

Het enthousiasme over een correcte ontdekking resulteert meestal in een foutieve veralgemening: dat de totale kliniek te herleiden valt tot deze protoprofessionalisering, is moeilijk denkbaar. Het klinisch voorbeeld dat de Swaan aanhaalt, betreft de agorafobie, waarop W. Vandereycken (1987) een meer dan afdoende kritiek geformuleerd heeft, zodat wij hier andere voorbeelden kunnen nemen. Het lijkt mij

35. Overigens is het ook zo dat, zoals A. Van Neygen opmerkte, de reactie van de therapeut bepalend is voor het feit of een banale psychische problematiek banaal blijft, of aanleiding kan geven tot een psychoanalytische verkenning van het eigen verlangen. Dora kan hier als voorbeeld dienen: dat Freud haar als een geval van lichte hysterie beschouwde, belette hem niet haar binnen de kortste keren te confronteren met haar basisfantasma. Een banaliserende en dempende ego-versterking zou dit ten enenmale onmogelijk gemaakt hebben.

36. H. Rümke (1971), *Psychiatrie, II De Psychosen*, pp. 76 - 77.

bijvoorbeeld bijzonder moeilijk de etiologie van Schrebers paranoia of van de dwangneurose bij de Rattenman te herleiden tot een sociogenese en tot een produkt van de protoprofessionalisering, alhoewel wij er niet aan twifelen dat zeker Schreber een paar honderd jaar vroeger een andere (religieuze) naam zou gekregen hebben. Of dit ook voor de psychopathologische structuur geldt, dat durven wij in hoge mate betwijfelen. Zijn eerste stelling — dat *normale* problemen tussen mensen psychiatrisch herlabeld worden, belet niet dat er buiten die normale problemen ook psychopathologische toestanden zijn. We worden m.a.w. teruggeworpen op ons uitgangsp probleem, het onderscheid tussen normaal en abnormaal. Dit wordt des te duidelijker als we zijn tweede stelling aanvatten, die de etiologie aan socio-economische veranderingen koppelt. De bespreking daarvan reserveren we voor een volgend hoofdstuk.

Thomas Szasz: de waanzin als mythe

Gedurende zijn lange carrière heeft Thomas Szasz ongeveer niets of niemand gespaard binnen ons vakgebied. Zijn basisstelling is ruim bekend: geestesziekte bestaat niet, het is een mythe, een metafoor, die niets anders betreft dan een zaak van macht en onderdrukking, van relaties tussen onderdrukker en onderdrukte. De institutionele psychiatrie neemt de plaats in van de Inquisitie, waarbij de vroegere heksen en ketters de huidige patiënten geworden zijn. Via telkens herhaalde vluchten over alle mogelijke koekoeksnesten heeft Szasz deze stelling hard gemaakt en — het mag gezegd worden — vaak terecht de bevrijding van de onderdrukte patiënt gepredikt.

Geestesziekte bestaat niet. Voor Szasz is dit een foutieve benaming binnen een nominalistisch bedrijf dat slechts rond macht draait. Hij toont ten overvloede aan dat er een volledige analogie gemaakt kan worden tussen de vroegere heksen en ketters versus de Inquisitie enerzijds en de huidige geesteszieken en de psychiatrie anderzijds. Het is de ideologie die een object, een deviant object in het leven roept en verwerpt via een benaming (T. Szasz, 1972). Hij citeert daarbij Freud die volgens hem op een naïeve wijze deze analogie bekent zonder er de consequenties van te zien: "Tatsächlich hatte das Mittelalter doch diese Lösung gewählt, indem es die Besessenheit durch einen Dämon für die Ursache der hysterischen Phänomene erklärte; es hätte sich nur darum gehandelt, für die religiöse Terminologie jener dunkeln und abergläubischen Zeit die wissenschaftliche der Gegenwart einzusetzen".³⁷ Voor Szasz komt de psychoanalytische beschrijving van de hysteric derhalve neer op een louter semantische herschrijving van wat vroeger het demonologische genoemd werd, en waarbij het taalgebruik determinerende effecten heeft voor de praktijk. Overigens willen we opmerken dat ook M. Foucault in zijn geschiedschrijving over de gekheid zich heftig verzet heeft tegen het herbenoemen

37. S. Freud (1893f), *Charcot*, p. 31.

van de heksen in termen van psychopathologie. Dit komt in zijn visie neer op een opportunistische recuperatiebeweging met veronachtzaming van de geschiedenis op zich.

Het meest bekende label waartegen Szasz zich verzet, is de zogenaamde schizofrenie, een entiteit die volgens hem niet bestaat. In zijn kritiek is hij evenwel verre van origineel. L. Billiet wees in deze context op een prachtig fragment in het psychiatrisch handboek van Rümke. Als *éminence grise* van de Nederlandse psychiatrie schrijft hij dat de klassieke primaire symptomen van de schizofrenie niet volstaan voor de diagnose.³⁸ De reden daarvoor is dat deze kenmerken even goed bij andere psychische afwijkingen kunnen optreden. De enige oplossing die Rümke ziet, is elk van deze symptomen te laten voorafgaan door de uitdrukking: "een zeer bepaalde...", dus: een zeer bepaalde oordeelszwakte, een zeer bepaalde afnemng van de geestelijke beweeglijkheid, enz. We laten hem nu zelf aan het woord: "Eigenlijk zou men dit 'zeer bepaalde' moeten vervangen door 'een schizofrene'. Dit te doen lijkt een wetenschappelijke dwaasheid. Toch is dit niet zo, want iedere onderzoeker met grote ervaring met de 'echte schizofrenie' weet heel precies waarop dit 'schizofrene' doelt. Hij kan het alleen niet onder woorden brengen, niet verbaliseren". We ontmoeten hier dezelfde moeilijkheid als bij de kwantitatieve verwerkingen: men beschikt niet over een referentie buiten het woord op zich, zodat elke definiëring uitmondt op een cirkelredenering. Kuiper zal een paar jaar later deze passage en ideeën van Rümke uitvoerig bespreken en daaruit de onvermijdelijke conclusie trekken: "Laten we de moed opbrengen de conclusie te trekken. Wanneer Rümke het niet kon zeggen, kan niemand het zeggen en we moeten dus aanvaarden: de diagnose "schizofrenie" *kan* niet worden gesteld. Met hetgeen men niet onder woorden kan brengen, kan men niet werken, niet in de diagnostiek, niet in het onderwijs."³⁹ Dezelfde conclusie vinden we terug als resultaat van de International Pilot Study of Schizophrenia van de WHO. Daar luidt het dat schizofrenie in eerste instantie een... woord is. Op de vraag naar het waarom van dit woord, antwoordt het rapport "dat het als woord nu eenmaal bestaat en dusdanig gebruikt wordt dat we er wel een pragmatische definitie van moeten geven, teneinde de discussies binnen redelijke limieten te kunnen houden."⁴⁰

We zien hier zeer duidelijk een belangrijke implicatie verschijnen van wat we straks het nominalisme zullen noemen: de *reïficatie*, het woord doet het ding bestaan, roept iets in het leven. Dit vinden we een hoogst merkwaardig proces, omdat er een welbepaalde omkering in schuilt. Er wordt een betekenaar gebruikt, waarvoor een duidelijke externe referent ontbreekt, zoals we hoger reeds zagen bij de kwantificeringspogingen. Het insisterend gebruik van die betekenaar op zich

38. Met name: oordeelszwakte, afnemng van de geestelijke beweeglijkheid, afnemng van het geestelijk prestatievermogen, afstomping van het gemoedsleven, verlies van kracht tot daden.

39. L. Billiet (1989), *Narcisme versus homoseksualiteit*, pp. 18 - 20; H. Rümke (1971), *Psychiatrie, II De Psychosen*, pp. 354 - 355; P. Kuiper (1973), *Hoofdsom der psychiatrie*, p. 201.

40. World Health Organization (1973), *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia, Vol. I: Results of the Initial Evaluation Phase*, p. 10 en p. 17.

roept evenwel iets in het leven dat eraan moet beantwoorden. Op het vlak van de diagnostiek zorgt dit voor merkwaardige resultaten. Nemen we bijvoorbeeld de neuroleptica, klasse van psychofarmaca die via een anti-dopaminerge werking waan en hallucinaties tegengaan. Zarifian merkt terecht op dat de genuanceerde Westeuropese benaming in Amerika op basis van een naïef therapeutisch enthousiasme omgedoopt werd in "anti-psychotica". Gevolg wordt dan een ondertussen klassiek geworden omkering: is psychotisch die persoon die reageert op de toediening van anti-psychotica.⁴¹

Uit dit summiere overzicht blijkt vooral dat Szasz minder origineel is in zijn kritische stellingnames dan men wel zou vermoeden. Zelfs binnen de door hem zo aangevallen psychiatrie bestaan er heel wat twijfels, nuanceringen, kritische stellingnames. Wat Szasz wél bereikt heeft met zijn kritische geluiden, is een verscherping van de posities, en precies daar wordt hij voor ons interessant. In zijn visie moet er een zwart-wit onderscheid gemaakt worden tussen ziekte als organisch fenomeen, behorende tot de positieve, 'harde' wetenschappen enerzijds, en de psychische, d.w.z. voor hem ethisch-morele problemen, behorende tot de 'zachte' menswetenschappen anderzijds. De oorzaak daarvan ligt in machtsverhoudingen, die vaak maatschappelijk gegrond zijn. 'Behandeling' is het teruggeven van de autonomie aan de persoon, wat een ethisch proces is met sociale implicaties.

Dit betekent dat Szasz zijn scherpste pijlen gericht heeft op het punt waar de normaliteit als dwingend ideaal opgelegd werd, zoals we hoger reeds besproken hebben. De etiologie ligt in een verkeerd machtsgebruik, de behandeling in de correctie daarvan, op basis waarvan hij de klassieke diagnostiek en psychiatrie van de hand wijst. Op deze stelling keren we later terug, maar we willen nu reeds opmerken dat de waarde van Szasz voor ons niet zo direct in zijn luidkeels verkondigde stelling ligt — "Geestesziekte bestaat niet" — maar veeleer in het feit dat hij een epistemologische impasse duidelijk maakt, door een bepaalde, algemeen aanvaarde wetenschappelijke grondregel tot haar uiterste consequenties door te voeren: is wetenschappelijk, dat wat objectief is; is niet wetenschappelijk, dat wat moreel en dus subjectief geladen is. Een diagnose van dit wetenschappelijk axioma, en dus van haar ontstaansgeschiedenis, zal straks onvermijdelijk worden.

41. E. Zarifian (1988), *Les jardiniers de la folie*, pp. 68 - 69.

Een tweede voorbeeld van reïficatie vinden we in het intelligentiequotiënt-begrip: de aanvankelijk relatieve definiëring daarvan door Binet werd, ondanks diens verwittigingen tégen de reïficatie, binnen de kortste keren door Terman en cie verabsoluteerd zodat het IQ de vorm kreeg van een tastbare, meetbare, gematerialiseerde entiteit, "ergens in de cortex", met als weerslag voor ons vakgebied de zogenaamde debilitieitspsychose (M. Konner (1982), pp. 441 - 444). Het is bovendien leuk om te zien dat de impasses daarvan aanleiding gaven tot een steeds sterkere uitbreiding van het concept: van de tweefactoren theorie naar de multipale factoren, naar steeds méér deelgebieden, zodat we nu kunnen stellen dat het quasi synoniem geworden is van het subject op zich (J. Jansz, (1986a), pp. 60 - 61 en pp. 80 - 81). Daar zien we een bepaalde trend naar globalisatie verschijnen, die we straks nog eens zullen terugvinden.

1.4. Besluit: de onmogelijkheid van $S_1 \rightarrow S_2$

Elk zijn roos van Leary

We zijn vertrokken van de vraag of het onderscheid tussen normaal en abnormaal in de klinische praktijk en de daarbij aansluitende theorie kan gemaakt worden. Het antwoord is ontgoochelend: noch de praktijk, noch de theorie blijken in staat te zijn overtuigende antwoorden te ontwikkelen. In de theorie vertrekt men vaak genoeg vanuit een omgekeerde redenering, in die zin dat een ideaal gedacht eindpunt als norm gaat functioneren, waardoor men onvermijdelijk in steeds arbitraire ideologieën vervalt. Daarbij aansluitend is de noodzakelijk geachte kwantificering niet alleen quasi onbestaande, maar fundamenteel onmogelijk bij gebrek aan externe referentiepunten, wat dan Lacans uitdrukking oproept: "Er is geen metataal". In de praktijk lijkt alles herleidbaar tot de klinische intuïtie en ervaring van de individuele veldwerker. Het meest gehanteerde, zij het impliciete, referentiekader wordt aldus wat wij de "persoonlijke roos van Leary" willen dopen.⁴² Elke clinicus heeft in zijn eigen levensgeschiedenis een bepaalde portie angst meegemaakt, depressiviteit, echtpaarmoeilijkheden, opvoedingsproblemen, e.d.m. Zolang wat hij bij zijn cliënt aantreft, binnen de grenzen van die eigen ervaring valt, zal hij dit wel als 'normaal' beschouwen.⁴³ Valt het buiten zijn kwantitatief ervaringsveld, dan wordt het plots pathologisch. Valt het buiten zijn kwalitatief ervaringsveld, dan wordt het bovendien pathologisch - psychotisch: zie dan het "praecox"-gevoel van Rümke, waar hij in de onherkenbaarheid, oninvoelbaarheid bij de therapeut een differentiaal-diagnostisch criterium legt om de psychose-diagnose te maken.⁴⁴ Binnen het kader van

42. In 1967 ontwierp Leary zijn "interactieroos", een circulair tweedimensionaal model bestaande uit zestien categorieën van interpersoonlijk gedrag. Opmerkenswaardig hierbij is dat de uitwerking van deze roos wel gebaseerd was op een grote verzameling 'ruwe' klinische gegevens, maar dat de uiteindelijke categorisatie *intuïtief* gebeurde.

43. We gunnen de lezer het plezier zelf de historisch-etymologische betekenis van "cliënt" te associëren bij dit idee.

44. Overigens zijn wij overtuigd van de juistheid van Rümkes opmerkingen hieromtrent. De moeilijkheid die men met deze diagnostische 'methode' heeft, is dat ze weinig of niet beantwoordt aan het objectief-wetenschappelijk denkkader. Vanuit een andere conceptualisatie wordt het praecox-gevoel als diagnostische indicatie perfect denkbaar en toepasbaar. Als men vanuit de conceptualisatie van de subjectwording vertrekt, dan kan men een decisief onderscheid leggen tussen een gedeeld subject binnen de discours en één die dit delingsproces niet meegemaakt heeft. In het eerste geval treedt men het hysterisch discours binnen en daarmee de gedeelde, en dus conventioneel bepaalde talige wereld, "le monde du semblant", die per definitie herkenbaar, invoelbaar, empathisch is, zij het dan met inachtneming van de dubbele disjunctie uit de discours-theorie, restrictie die de empathisch werkende therapeuten liever vergeten maar dagelijks ondervinden. In het andere geval hebben we te maken met een subject — is de term hier nog toepasbaar? — *buiten* de discours, buiten de door de Naam-van-de-Vader gegarandeerde conventie-wereld, die radicaal *Anders* is en dus nooit 'invoelbaar' (J.-A. Miller (1990), *Over wat de psychosen leren*).

zijn doctoraatsstudie ontdekte L. Jonckheere (1988) analoge formuleringen bij de postfreudianen, die hun eigen tegenoverdracht, i.c. angst, gebruikten om tot borderline-diagnoses te komen.

Afhankelijk van de therapeut zal er bijgevolg een verschillende "zwaarte" toegekend worden aan het geobserveerde, zodat de eeuwenoude homo mensura-stelling van Protagoras hier bewaarheid wordt. Het gevaar van een dergelijke benadering mag blijken uit het volgende gevleugeld woord: "Voor een geheelonthouder is één glas al te veel". Men zal opmerken dat het persoonlijke van deze "roos" afgevlakt kan worden door de klinische ervaring: hoe meer ervaring, hoe meer kans op correctie van het privé-model. Dit is juist, maar het argument van de intuïtie blijft geldig, wat onmiddellijk duidelijk wordt als men naar het onderwijs overstapt: deze intuïtie is niet doorgeefbaar, enkel demonstreerbaar.

Het onderscheid tussen normaal en abnormaal is derhalve niet vanzelfsprekend, noch in de kliniek, noch in de conceptualisatie. De klassieke reactie hierop is de verwachting dat we "straks" wèl het juiste systeem, de perfecte indeling, de correcte aanpak zullen vinden: "Français, encore un effort!". Praktisch alle researchpublicaties bevatten in hun besluit een stereotype vraag naar nog méér onderzoek. Men voelt de onmogelijkheid aan, men botst op het tekort, maar terzelfder tijd is men overtuigd van de mogelijkheid dit op te vullen. Daartegenover kunnen wij, vanuit de lacaniaanse conceptualisatie, het diagnostisch bedrijf structureel vatten als een invulling van het meesterdiscours.⁴⁵ De diagnosticus is de schijnbare agens die als meesterbetekenaar S_1 het in betekenaars gevat weten S_2 moet produceren over de ander. Tussen deze twee posities, agens en ander, ligt de eerste disjunctie van elk discours, deze van de onmogelijkheid:

onmogelijkheid

$$S_1 \rightarrow S_2$$

De meester S_1 is niet in staat om de S_2 als definitieve naamgeving te produceren, het "gaat en benoemt de dingen" is minder eenvoudig dan het lijkt. Deze onmogelijkheid wordt door ongeveer iedereen aanvoeld, en geeft, naast de reeds vermelde roep om nog meer onderzoek, vaak aanleiding tot extreme reacties. Daar waar de onmogelijkheid ondraaglijk wordt, treedt de vlucht op, hetzij letterlijk (de

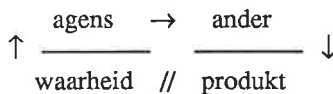
We komen hier later op terug. J. Quackelbeen illustreerde dit exemplarisch vanuit zijn opleidingservaring, en leverde daardoor meteen een operationeel differentiaal-diagnostisch criterium tussen hysterische waan en psychose: "Geef mensen in opleiding het boek van M. Sechehaye, van H. Green, van M. Barnes, en telkens zijn er wel een aantal die U komen zeggen dat ook zij 'schizofreen' zijn; geef de *Denkwürdigkeiten*, en er is er geen één die piept...".

45. Voor de theorie over de discours, zie J. Lacan (1969 - 70), *Le Séminaire, Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*, en J. Quackelbeen (1984), *Over alle discoursopvattingen heen : een formalisatie*, pp. 59 - 82.

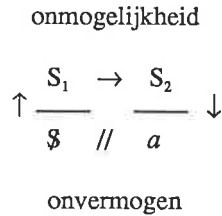
clanicus wordt beambte), hetzij conceptueel (men ontkent het bestaan van de kliniek op zich). De dapperen die stand houden, zoeken oplossingen in twee tegengestelde richtingen. Ofwel gaat men de kliniek versnipperen in steeds meer genuanceerde, steeds kleiner wordende subklassen die voor iedereen observeerbaar zouden moeten zijn, waarbij men uiteindelijk wel moet uitmonden op de kleinst denkbare subklasse, waarbij $n = 1$. Ofwel wordt de complete psychopathologie gereduceerd tot één monolithisch blok waarin slechts kwantitatieve onderscheiden een rol spelen, onderscheiden waarvan we reeds voldoende aangetoond hebben dat de normering ervan steeds arbitrair zal zijn: "...in plaats van de nadruk te leggen op de onderscheiden tussen soorten en klinische beelden, stellen wij voor alle vormen van geestesziekte te beschouwen als in wezen kwalitatief dezelfde, zij het kwantitatief verschillend. Dit bedoelen wij, wanneer wij zeggen dat alle mensen in verschillende graad op verschillende tijden een geestesziekte hebben, en soms maken sommigen het veel slechter of beter". De op George Orwell gebaseerde commentaar die Szasz op deze uitspraak van Karl Menninger geeft, is het vermelden waard: "Alle mensen zijn geestesziek, maar sommigen zijn meer geestesziek dan anderen".⁴⁶ Opvallend is dat men hier terugvalt op historisch dateerbare opvattingen, met name deze van Griesinger: er bestaat slechts één psychopathologische aandoening, die al naargelang de leeftijd van de patiënt, een verschillende verschijningsvorm zal kennen. Deze achterliggende idee kan men zonder veel moeite herkennen in het organodynamisme van H. Ey, gebaseerd op de theorie van Huglings-Jackson.

Epistemologisch onvermogen

De explicitering van deze onmogelijkheid aan de hand van Lacans discoursopvatting, laat ons een structurele benadering daarvan toe. Vooreerst wordt de steeds terugkerende vaststelling dat het ultieme criterium voor de diagnose de diagnosticus zelf is, in kaart gebracht. Immers, de S_1 is slechts de schijnbare agens, hij wordt gedreven door zijn onderliggende waarheid, die in het meesterdiscours niets anders is dan het gedeelde subject. Ten tweede, het tekort dat de meester S_1 probeert op te heffen in de beweging van S_1 naar S_2 , is precies het *produkt* van deze beweging, met name het verloren gegane object a . Ten derde, de onmogelijkheidsdisjunctie die de bovenste termen scheidend verbindt, is gebaseerd op een onderliggende disjunctie van onvermogen. De onmogelijkheid wordt daardoor niet alleen gefundeerd, maar op de koop toe gemaskeerd.



46. K. Menninger (1963), *The vital Balance*, p. 32, geciteerd en becommentarieerd in: Th. Szasz (1972), *De waan van de waanzin, de psychiatrie als voortzetting van de inquisitie*, p. 70.



Aldus toont Lacans discoursstheorie ons dat de onmogelijkheidsdisjunctie tussen agens en ander (i.c. de therapeut-agens als meesterbetekenaar en de patiënt als de te betekenen ander, mikpunt van theorie en diagnostiek) op een verborgen wijze geschraagd wordt door een onderliggend onvermogen tussen waarheid en produkt (i.c. de waarheid van de therapeut als gedeeld subject en de plaats van het tekort a als afvalprodukt van het meesterdiscours), waarbij het tekort bovendien het produkt is van de inspanning om het op te heffen, en waarbij de agens gedreven wordt door zijn eigen gedeeld subject-zijn.

Waar de onmogelijkheidsdisjunctie van praktische, en dus oplosbare aard leek te zijn, is dit niet meer het geval voor het onvermogen dat hier van structurele aard is.⁴⁷ Voor zover men tussen de diagnostische bomen blijft rondwandelen, blijft de

47. Hoe meer wij ons bezighouden met deze discoursstheorie, hoe meer wij tot de ontdekking komen dat het fundamenteel nieuwe ervan, in vergelijking met andere communicatie-theorieën, bijna uitsluitend in deze disjuncties ligt en in het structureel verband tussen de twee. Het verregaand karakter ervan is van dezelfde orde als Freuds uitspraak over de onmogelijkheid van het "Edukieren, Regieren und Analysieren", maar wordt hier, door de structurele aard, des te bruikbaar. Zoals bekend gaan de repercussies daarvan tot aan het "Il n'y a pas d'Autre de l'Autre; La Femme n'existe pas; Il n'y a pas de rapport sexuel", uitdrukkingen die slechts binnen hun structurele conceptualisatie en buiten het sloganske misbruik begrepen kunnen worden. De moeilijkheid die men hiermee heeft, schrijft men toe aan Lacans abstracte stijl enz. Dit is een drogreden, de oorzaak voor het onbegrip ligt veeleer in een steeds defensief niet willen begrijpen, omdat dit een aantal zekerheden doet wankelen, niet alleen betreffende ons vakgebied maar ook wat onze levensopvatting betreft. Dat dit voor een conceptuele eenzaamheid zorgt, is een feit, vandaar dat wij ten zeerste verheugd waren een analoge opvatting te vinden vanuit een compleet andere hoek, met name bij een sociobioloog, die de menswetenschappen vergelijkt met de ketellapper. De combinaties met de door Freud geciteerde Witz over de "logica van de ketel" laten we aan de verbeelding van de lezer over: "According to the tinker theory, human behavior and experience are basically good and decent and healthy and warm and cooperative and intelligent, but something has gone a bit wrong somewhere. A fuse has blown in the child-rearing process or a tube has overheated in the psyche or an evil madman has taken over the controls (...). All we need to do is some tinkering: Change the teaching apparatus or administer the right kind of psychotherapy or kick out the king and queen or institute socialism or at least print less money, and then everything will be just fine. If you can do more than one of these things and, preferably, get rid of your present wife at the same time, you will not only be just fine, you will stumble upon paradise on earth. (...) Everything will not be just fine. After we make the change, even if it improves us, we will still be full of the flaws of the human condition. (...) the behavioral or social tinkerer are merely reluctant to face these things, just as the average person is. That is why they are not good

structuur van het bos een gesloten boek. Slechts een afstandname van alle mogelijke en onmogelijke bomen toont dit onvermogen: voorbij alle discussies botst men op wat we nu reeds de rots van de epistemologie willen noemen. Psychopathologie en nosologie, als erfgenamen van een medisch positief-wetenschappelijke discipline vooronderstellen het objectief repereerbaar zijn van de symptomen, de groepeerbaarheid ervan in syndromen, met een etiologische grondslag en een duidelijke prognose. Dat dit voortdurend mislukt, is vandaag toch wel voor iedereen een uitgemaakte zaak, alleen zijn de remedies nogal verschillend (Ponjaert en Vertommen (1985), *passim*). Voor zover men binnen het systeem blijft, gaat men de instrumenten aanpassen, d.w.z. men gaat de subjectieve factor zoveel mogelijk liquideren via 'computer-assessment' en DSM-III varianten. Voor zover men buiten het systeem stapt en psychopathologie niet meer als een uitsluitend organische aangelegenheid beschouwt, komt men terecht in het veld van het ethisch-subjectieve en dus arbitraire, zonder het veilige houvast van de "objectiviteit". De moderne roos van Leary is daar dan niets anders dan een overschildering van de oude "zielevlekken" van Van Ginneken — de idee van 'zwarte' vlekken op het oorspronkelijk wit eerste communie-zieltje behoeft hier geen verdere commentaar.⁴⁸ Een afwijzing van deze benadering ("het is niet wetenschappelijk") gaat voorbij aan de realiteit van de kliniek: het is toch opvallend dat — ook bij organische aandoeningen — het subject zich meestal aanmeldt met de uitspraak: "ik voel mij niet *goed*", of, nog sterker, "ik voel mij *slecht*". Een aanvaarding ervan vooronderstelt een volledig andere aanpak, die de idee van wetenschappelijkheid ofwel achter zich laat, ofwel anders gaat definiëren. Dit betekent dat in ons volgende hoofdstuk een studie van de onderliggende epistemologie onvermijdelijk wordt: de *onmogelijkheid* van de theorie en de praktijk baseert zich op een *onvermogen* van de epistemologie.

Savoir-faire van de praktijk

Het zou naïef zijn te menen dat de hoger beschreven onmogelijkheid de praktijk als dusdanig stillet. Ondanks al de conceptuele moeilijkheden blijft men diagnoses uitspreken en uitwisselen, blijft men classificatiesystemen toepassen. De wijze waarop dit gebeurt, is, ondanks de veelvuldige verschijningsvormen, relatief eenvoudig te herleiden. Het recept dateert reeds van Socrates, alhoewel deze laatste het eerder aankloeg dan aanraadde: als de "epistèmè" niet in staat is de "arètè" te gronden, dan vervalt men tot het niveau van de doxa. Anders gezegd, men gaat paradigmatisch redeneren. Gevolg hiervan wordt de frequente keuze voor een scherpe opsplitsing: enerzijds de organische ziektes, anderzijds de psychische problemen die niets met ziekte te maken hebben, maar alles met waardefenomenen. Of, het lichaam voor de geneesheren & neurologen, de psyche voor de zieleherders &

poets. Good poets not only face them, they dwell upon them in order to show us how to live in spite of them." (M. Konner (1982), pp. 414 - 415).

48. J. Jansz (1986a), *Intelligentie, individuele verschillen gemeten*, pp. 71 - 72.

therapeuten. We zullen dit in een derde deel als paradigma's zien verschijnen.

Gekaderd binnen de discours­theorie betekent dit dat men in de praktijk noodzakelijkerwijze terugvalt op het universitair discours, gezien de radicale onmogelijkheid om een meesterdiscours te handhaven. De schijnbare agens vanwaar men vertrekt, is de verzamelde kennis, het weten S_2 dat gericht wordt op de ander als object. De structuur van het discours laat toe de effecten daarvan te voorspellen.

$$\begin{array}{ccc} S_2 & \rightarrow & a \\ \uparrow \text{---} & & \text{---} \downarrow \\ S_1 & // & \$ \end{array}$$

De agens verschijnt hier als een verzameling van weten S_2 , als een verondersteld-wetend-subject dat de ander geobjectiveerd wil vatten als a . Dit is een aan de aliënatie analoog proces, waarvan het produkt niets anders kan zijn dan een scherper naar voren treden van de subjectieve gedeeldheid $\$$. We vinden hier een structurele verantwoording voor een freudiaanse regel: wil een analyse ook maar enige kans op slagen hebben, dan moet de analyticus zijn weten aan de kant schuiven. Dit weten is slechts een schijnbare agens die geruggesteund wordt door een meesterbetekenaar S_1 op de plaats van de waarheid. Op basis daarvan zal élke paradigmatische aanpak, hoe verschillend qua inhoud ze ook mogen wezen, éé­nzelfde symptoom vertonen, met name de hunkering, de aspiratie naar de verloren meesterbetekenaar.

II. EPISTEMOLOGISCHE ACHTERGROND: HET ONVERMOGEN TUSSEN § EN a

Opvallend bij Szasz en de Swaan is dat beide auteurs eigenlijk weinig met de kliniek te maken hebben: de Swaan is een socioloog, en in de werken van Szasz kunnen we de klinische fragmenten op de vingers van één hand tellen. Beiden leggen de vinger op een bepaald, niet onbelangrijk deelaspect van het psi-bedrijf — respectievelijk het infantiliserende en deculpabiliserende als uitwassen van bepaalde psychiatrische institutionalisering en de impact van een heersend discours op zowel benaming als verschijningsvorm van psychopathologie — maar raken niet aan de essentie van de kliniek, met name haar existentie. Ultiem laten beide theorieën zich herleiden tot een benoemingsproblematiek: welke naam geeft men aan bepaalde fenomenen, onder invloed waarvan kiest men die naam, en wat zijn de effecten daarvan? Het fenomeen als dusdanig wordt daardoor zonder twijfel beïnvloed, tot zelfs de reïficatie toe, maar wordt het daardoor, en alléén daardoor in het leven geroepen? Dit brengt ons bij een nieuw probleem: nadat we vastgesteld hebben dat het onderscheid tussen normaal en abnormaal blijkbaar slechts intuïtief-normatief te maken valt, rijst de vraag wat de nosologische benamingen aanduiden. Anders gezegd: wat is de verhouding tussen nosologische benaming en klinische werkelijkheid? Het vakspecifieke van deze vraag mag ons niet uit het oog doen verliezen dat zij van cruciaal epistemologische aard is.

2.1. Geschiedenis als leerboek

De laatst gestelde vraag is slechts een verbijzondering van een veel ruimer probleem: hoe verhoudt een wetenschap zich tot de door haar bestudeerde werkelijkheid? Men hoort wel eens dat een wetenschap gedefinieerd kan worden aan de hand van haar object en haar methode. De geschiedenis daarvan begint bij de Westerse interpretaties van Plato die voor een subject-object splitsing zorgden, bovendien nog ont dubbeld in een psyche-soma oppositie. De Platoonse psyche is een actieve, organiserende structuur die op zoek dient te gaan naar de eeuwige en onveranderlijke Ideeën, modern uitgedrukt: de invarianten. Wanneer het Westen Aristoteles herontdekte, werd bovendien het object en de observatie terug in ere hersteld. De presocratische stelling van Heraclitus ("Alles verandert, niets blijft") behoort tot het verleden. Gevolg daarvan is dat de Westerse wetenschap geruime

tijd neerkwam op een zoektocht naar de invarianten doorheen de verschillende verschijningsvormen, wat ons allerlei observatorische classificaties opleverde van "ontologische essenties", en dit als basis voor elke vorm van wetenschap. Komt daarbij dat *grosso modo* vanaf Descartes de methode gekleurd werd door de Objectiviteit als noodzakelijke stelregel. Meteen ligt de handleiding voor die wetenschap-er open en bloot op tafel: een objectieve "Cartesiaanse" verkenning van het "Aristoteliaanse" object, met de bedoeling de achterliggende "Platoonse" invariant te vinden. De aanhalingstekens zijn meer dan noodzakelijk, en duiden het epitheton ornans karakter aan van de predikaten, die met hun oorsprong nog weinig te maken hebben; het patent is Duits, maar de assemblage gebeurde in Taiwan.

Zo vergeet men minstens al twee nuanceringen. Ten eerste, dat bij Plato de psyche het actief organiserende principe is, zodat de objecten ultiem slechts een middel vormen voor een subjectieve psyche die zich de Ideeën moet "herinneren". Ten tweede, dat Descartes zijn *Discours de la méthode* formuleerde met de expliciete en uitermate subjectieve bedoeling klaarheid te verkrijgen in zijn eigen doen en laten. Uiteindelijk keren we terug bij de enige stelling van de grondlegger van de filosofie, Socrates: "Ken Uzelf", de rest vloeit daaruit voort. Dat wetenschap ultiem gezien slechts de vermenselijking van de wereld is, staat ook bij Hegel te lezen. Opvallend is de neiging om deze stelling steeds om te keren. De opvatting over "De mens als metafoor" wil ons ervan overtuigen dat een bepaalde vooruitgang in het wetenschappelijk doen en denken als resultaat eveneens een nieuwe metafoor oplevert over het menselijk functioneren.⁴⁹ Daar waar de stoommachine gebouwd werd, wordt de metafoor het hydrodynamisch model; wanneer de feedbackmechanismen operationeel worden, wordt de mens een thermostaat en nu we door de cybernetica geteisterd worden, lijkt de mens een computer te zijn. Wij wensen deze stelling radicaal om te keren: daar waar men ontdekt hoe een bepaald aspect van het menselijk functioneren begrepen kan worden, ontstaat de mogelijkheid om een analogon te bouwen. Zo zijn de eerste meetinstrumenten — basis van elke positieve wetenschap — steeds abstracties van lichaamsdelen: duim, voet, el. Zelfs het eerste Westerse tijdmeetinstrument hoort hierbij, want dat was het tellen van het "getik" van de polsslag, waarvan de klok van Huyghens slechts een exteriorisatie vormt. Ken Uzelf, de wetenschap als vermenselijking van de wereld. Het Symbolische bepaalt de werkelijkheid.

Zoals gezegd, die twee nuanceringen werden vergeten. De gevolgen daarvan dragen we nog steeds. Wetenschap werd het objectief repereren van het object, bovendien: het onveranderlijke object. De fenomenologische verscheidenheid diende gereduceerd tot een generaliseerbare essentie. Aldus laat de geschiedenis van de psychopathologie zich hoofdzakelijk begrijpen als de geschiedenis van een veranderende en zich steeds uitbreidende nomenclatuur die de klinische werkelijkheid in haar essenties zou vatten.⁵⁰ De concretisatie daarvan vinden we in alle handboe-

49. P. Vroon en D. Draaisma (1985), *De mens als metafoor*, pp. 1 - 271.

50. J. Quackelbeen (1987), *De psychoanalyse tegenover het verleden van de klinische psychiatrie. Verbondenheid of eigenheid ?*, p. 18.

ken, en eigenlijk reeds in het idee van handboek op zich: het is geen toeval dat het werk van Griesinger, *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (voornamelijk de tweede editie van 1867), het eerste "moderne" psychiatrische handboek genoemd wordt. Immers, het is eveneens het eerste dat een systematische nosologische indeling bevat. Die nosologische nomenclatuur begrijpt men als het vertrekpunt van de klinische praxis, die uit drie luiken lijkt te bestaan: eerst de diagnose, gebaseerd op de theorie als tweede punt, waarin we etiologie en prognose vinden, en van daaruit naar punt drie, de behandeling.

Dit treedt het duidelijkst naar voren op het ogenblik van het ontstaan. Als we dit voor het psychodiagnostisch vakgebied onderzoeken, dan komen we bij Pinel die alle accent op observatie en classificatie legt: het object is de geestesziekte, de methode is in eerste instantie het kijken, observeren, waarna op inductieve basis een classificatie-systeem tot stand dient te komen. De objectieve kennis van de onderscheiden beelden moet dan een uitwisseling mogelijk maken tussen de verschillende onderzoekers. De man had een afkeer van theorie, omdat deze toch te ver van de praktijk zou staan, en bovendien zou beletten de dingen te zien "zoals ze zijn". Observeren en classificeren was de boodschap, onder het motto van Condillac: "Une science parfaite serait une langue bien faite". Wat de kuur betreft, daarvoor had hij een pragmatische aanpak, waarvan de effecten nog steeds, zij het dan verborgen, doorzinderen in de huidige praktijk: de zogenaamde morele behandeling, schijnbaar zonder conceptuele onderbouw, gezien de afkeer voor elke vorm van theorie.⁵¹

Vanuit de huidige confrontatie met de onmogelijkheid zijn een aantal onderzoekers geneigd daarin een gelukkig uitgangspunt te zien: los van elke theoretische vooringenomenheid konden de "pioniers" vrij en onbevooroordeeld de kliniek als een tabula rasa tegemoet treden. Dit is de mythe van het absolute nulpunt, van de échte ontdekker die geleidelijk een nieuw, voordien onontgonnen veld blootlegt en benoemt. Daarna zou de inventaris van dit veld voortdurend aangepast en uitgebreid worden, in die mate zelfs dat deze uiteindelijk ervaren werd als een niet meer te dragen, noch te hanteren ballast. In het begin van onze eeuw krijgen we derhalve een stopzetting van de inventarisatie.⁵² De relatief plotse farmacologisering van de kliniek zal vanaf 1950 deze amortisering nog versterken, waardoor de vroegere rijke verscheidenheid gereduceerd werd tot een aantal sjablonen, met als historisch verklaarbare reactie daarop een weigering van wat men "labeling" begon te noemen. Inderdaad had de rubricatie de plaats ingenomen van de diagnostiek, het onderscheid tussen classificatiesysteem en diagnostisch stelsel ging verloren.⁵³ Het gevolg daarvan was dat men met lege handen overbleef: de kennis over de kliniek

51. P. Bercherie (1980), *Les fondements de la clinique, Histoire et structure du savoir psychiatrique*, pp. 33 - 36.

52. J. Quackelbeen (1981), *Prolegomena voor een psychoanalytische kliniek*, pp. 5 - 7.

53. H. Van Hoorde (1986), *Psychiatrische diagnostiek en DSM-III*, p. 6; G. Berden (1986), 'Diagnostische' criteria, essentieel maar controversieel: overwegingen vanuit een kinderpsychiatrische praktijk, p. 455.

verdween, en daarmee verdween de kliniek op zich. De rijke, al te rijke verscheidenheid gaat verloren, en we zien een tendens naar een globalistische psychiatrie optreden, met vloeiende overgangen tussen neurose en psychose, terwijl de perversie voorbehouden lijkt voor de forensische psychiatrie en eventuele literaire toepassingen. De idee van Griesingers "eenheidspsychose" is niet veraf.⁵⁴ Bovendien ontstaan er een aantal vreemde neurobiologische, diagnostische redeneringen: is depressief, die aandoening die "gunstig" reageert op anti-depressiva, is angstig die aandoening etc., ook als er in de anamnese geen depressie of angst aanwezig is...⁵⁵

In het troebel kielzog daarvan ontstond er vanaf de zeventiger jaren een heimwee naar de tabula rasa-opvatting, een trend om terug te keren naar het nulpunt. Immers, de zo uiteenlopende stelsels die even zovele hybride gewrochten waren, gebaseerd op even hybride theorieën, hadden vooral hun onbruikbaarheid bewezen. Vandaar de verzuchting om terug te keren naar de pure, onbevooroordeelde observatie, met als doel het objectief repereren van het object, zodat een wetenschappelijke classificatie van de geestesziekte als basis zou kunnen dienen voor de theorie en de behandeling. Het concrete resultaat daarvan vinden we bijvoorbeeld in de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, de DSM-III. Dit decimaal diagnostisch classificatie-systeem is bewust theorie-loos opgesteld, en zou louter en alleen op observatie berusten, van waaruit men tot de nomenclatuur moet komen. De daarstraks "globalistisch" genoemde tendens kantelt hier in haar tegendeel, niet ten onrechte door W. Vandereycken ooit als Diagnostic and statistical *Mania* benoemd: tientallen categorieën worden onderscheiden, terwijl een aantal van de klassieke syndromen eruit verdwenen zijn. Deze categorieën zouden rechtstreeks observeerbaar moeten zijn in het 'veld', wat als het ware een transparantie van het object vooronderstelt en waarbij de enig mogelijke discussie hetzij de naamgeving (in het geval van een monothetische ordening), hetzij de groepering van de kenmerken met het bijhorende codecijfer (in het geval van een polythetische ordening) betreft. Dat het met die transparantie toch niet zo vlot loopt, mag blijken uit de overgang van een zogenaamde "archetypische" naar een "prototypische" classificatie⁵⁶, waarbij

54. "Eenheidspsychose": bedoeld wordt de opvatting waarbij men aanneemt dat er slechts één psychopathologische aandoening bestaat, waarvan de verschillen in verschijningsvorm gedetermineerd worden door de leeftijd waarop de ziekte naar buiten treedt.

55. Uitgebreide voorbeelden hiervan vindt men in E. Zarifian (1986), *Un diagnostic en psychiatrie: pour quoi faire ?*, pp. 77 - 87.

56. Voor alle duidelijkheid expliciteren we eventjes deze begrippen. De 'klassieke' psychiatrische classificatie wordt *monothetisch* en *archetypisch* genoemd, d.w.z. dat een patiënt in één en slechts één diagnostische klasse geplaatst kan en mag worden en dit op basis van ideaal gedachte archetypen of hoofdklassen. Deze beide kenmerken, in feite vereisten, vormen meteen de hoofdreden waarom de klassieke diagnostische stelsels nooit voldoen, want in de praktijk blijkt het onmogelijk aan deze vereisten te beantwoorden. Daartegenover staat het 'moderne' alternatief dat *polythetisch* en *prototypisch* is. Polythetisch impliceert dat "de in- en uitsluitingscriteria duidelijk zijn omschreven, waarbij iemand ten minste aan een gespecificeerd aantal moet voldoen om in een bepaalde klasse te kunnen worden ingedeeld" (de Jong (1986), p. 430). Niet alle kenmerken hoeven dus

men als het ware bereid is het oorspronkelijke doel — het vinden van de Invarianten — af te zwakken en te vervangen door multi-axiaal versnipperde en kwantitatief bepaalde doorsneden van de klinische werkelijkheid, en dit bij gebrek aan een door een theorie bepaalde decisieve redenering. Zo mag men heel wat diagnoses slechts stellen wanneer minstens x symptomen, verdeeld over minstens y van de z aantal opgesomde categorieën opgetreden zijn gedurende voldoende lange tijd en binnen bepaalde leeftijdsgrenzen.⁵⁷

Dit kwantitatieve beschouwen wij als een artefact van een puur observatorische methode, d.w.z. een methode die beroep doet op het beeld, het imaginaire. Daar kan men inderdaad slechts redeneren in comparatieve termen, zonder ooit een op het Symbolische gestoeld verschil te kunnen bereiken. De analyticus zal deze, ietwat naïeve kwantiteitsredeneringen schouderophalend van de hand wijzen als zijnde onbruikbaar, met in het achterhoofd Lacans kritiek op de paranoiadiagnose.⁵⁸ De arbitrariteit van dergelijke kwantiteitsredeneringen schuilt in de gekozen criteria. Zo toont Berden aan dat twee verschillende systemen (DSM-III en de Weinberg criteria) toegepast op dezelfde populatie kinderen, met de bedoeling de "Major Depression Disorder" te vinden, als resultaat twee verschillende groepen oplevert, die op de koop toe door de behandelende psychiater nogmaals anders gegroepeerd worden.⁵⁹

aanwezig te zijn. Prototypisch impliceert dat bepaalde kenmerken belangrijker zijn dan andere, zodat elke categorie gedacht wordt rond het 'beste', prototypische voorbeeld van die categorie, dat meteen als cognitief referentiepunt kan functioneren; zo behoort een nachtegaal méér tot de prototypische categorie vogels dan de kip: de nachtegaal heeft niet alleen vleugels en veren, maar fluit en vliegt nog ook (de Jong, *ibid.*). De literair onderlegde lezer zal hierbij spontaan Borges' indeling associëren uit *Het boek der fabelachtige wezens*. De moraal van Borges' verhaal is natuurlijk de arbitrariteit van elke indeling, waarbij het ultieme ordeningscriterium het ordenende subject is, en niet het te ordenen object.

A. de Jong en W. van de Brink (1986), *Ontwikkelingen in de psychiatrische classificatie: voorstel voor een prototypische kernclassificatie*, pp. 426 - 442.

57. Als idee is dit allesbehalve nieuw: het onderscheid tussen de 'echte' ziekte en de bijhorende varianten vinden we bijvoorbeeld reeds terug bij Charcot met de 'echte' hysterie, en de afgezwakte varianten, "les formes frustes". Dezelfde idee ligt aan de basis van het ongeveer in elk diagnostisch stelsel terugkerend onderscheid tussen zogenaamde 'primaire' en secundaire symptomen. In feite komt dit steeds neer op een poging om een observatorische Invariante te behouden.

58. "(...) un paranoïaque, c'était un méchant, un intolérant, un type de mauvaise humeur, orgueil, méfiance, susceptibilité, surestimation de soi-même. Cette caractéristique faisait le fondement de la paranoïa — quand le paranoïaque était par trop paranoïaque, il en arrivait à délirer". J. Lacan (1955 - 56), *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses*, p. 13.

Overigens is het analytisch veld ook niet altijd ontdaan van deze redenering... Wij hebben binnen de context van onze doctoraatsstudie de vraag gesteld wat het onderscheid is tussen de "normale" hysterie van het altijd gedeelde spreekwezen en de pathologische hysterie. Ook daar wordt meestal impliciet een kwantitatieve redenering gehanteerd: hoe "erger" de verdeeldheid, des te "pathologischer" de hysterie.

59. De derde ordening, deze van de behandelende psychiaters, was de meest bruikbare, omdat de depressie daar beschouwd werd als onderdeel, symptoom binnen een ruimere diagnose (o.a. depressie binnen een hysterische pathologie), en als dusdanig meer aanleiding gaf tot therapeutische

Onbruikbaar betekent evenwel niet dat deze redenering niet gebruikt wordt, wel integendeel. Wij krijgen de indruk dat, precies door het gebrek aan een theorie, men meer en meer deze kwantitatieve redenering hanteert. Een voorbeeld toont het schrijvende daarvan: een vijfjarig kind wordt door de moeder her en der aangeboden met de vraag of het al dan niet psychotisch is, omdat het acute zware angstaanvallen vertoont. Uit het reeds lijvig dossier — symptoom op zich — blijkt dat een aantal hulpverleners de suggestie van de moeder gevolgd hebben, en effectief het label "psychose" op het kind plakken, "omwille van de zwaarte van de angstaanvallen". De achterliggende redenering bij deze vorm van diagnostiek is in haar simpelheid evenwel niet onschuldig. Ze luidt als volgt: als de symptomen op de kwantitatieve ladder stijgen, dan dient de diagnose overeenkomstig "zwaarder" te worden — lichte angstaanvallen zullen in deze optiek onveranderd als fobisch benoemd worden, zware krijgen een psychotisch etiket... In dezelfde lijn worden vroegere gevalstudies herlabeld: Anna O was niet hysterisch, wel schizofreen omwille van het "zware" symptoombeeld.⁶⁰ Het kwantitatief bepaalde niemandsland — gewogen en te licht bevonden voor psychose, gewogen en te zwaar bevonden voor neurose — wordt dan een "weight watchers" categorie: de borderline. Merk op dat dit niet zozeer een naam is voor een nieuw ontdekt iets, nosologische entiteit, dan wel een naam voor de grens tussen twee "ietsen", en als dusdanig puur artefact. Het mooie van de benaming is dat het typische van de borderline precies ligt in het *ontbreken* van grenzen, zoals aangetoond door Silvestre.⁶¹

Wat kunnen we daaruit besluiten? Hoofdzakelijk dat de historische ontwikkeling van de wetenschap steeds meer afstand genomen heeft van het subject en alle zekerheid meende te vinden in een vaststaand object. De DSM-III is een poging om dit ook voor ons vakgebied te creëren. Ondertussen is duidelijk geworden dat deze opzet van de DSM-III mislukt is, mislukking die we ondermeer op de twee volgende vlakken kunnen situeren. Enerzijds lukt die perfecte communicatie niet, want de verhoopde gelijkvormige resultaten ontbreken.⁶² Anderzijds moet het classificatiesysteem beroep doen op arbitraire kwantitatieve criteria om de grenzen af te bakenen tussen verschillende categorieën.⁶³

Naast die twee punten is er evenwel een meer fundamenteel tekort. Dit opzet is voornamelijk mislukt omdat er geen enkele rekening gehouden werd met wat het

overwegingen. G. Berden (1986), *'Diagnostische' criteria, essentieel maar controversieel: overwegingen vanuit een kinderpsychiatrische praktijk*, pp. 443 - 458.

60. F. Bram (1965), *The gift of Anna O*, p. 53.

61. M. Silvestre (1987), *Les objets du ressentiment*, p. 222.

62. P. Van Lieshout, G. Brook en P. van Dijk (1987), *Consistentie van psychiatrische diagnosen, Mededelingen uit het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg(20)*, pp. 232 - 244.

63. Overigens willen we niet ontkennen dat dit rubriceringsstelsel een beperkt aantal voordelen biedt, al was het maar omdat bijvoorbeeld door het criterium van de tijdsduur de diagnose schizofrenie gevoelig gedaald is in het land van herkomst (U.S.A.). Dit weegt volgens ons niet op tegen het levensgrote nadeel, met name dat dergelijke stelsels in plaats van een theorie komen, ja, zelfs als theorie beschouwd worden.

meest centrale epistemologische achtergrondprobleem is, met name: wat is de verhouding tussen nosologische benaming en klinische werkelijkheid? Deze vakspecifieke problematiek kunnen we ook ruimer stellen: wat is de verhouding tussen wetenschappelijke benaming en object van studie? Of nog ruimer: wat is de verhouding tussen woord en ding? Het is met deze laatste formuleerwijze dat we terug binnen ons psychoanalytisch vakgebied komen, omdat Freud precies daar van start gegaan is, en omdat Lacans terugkeer naar Freud daarop alle accent legt.

Het is duidelijk dat een dergelijke problematiek kadert binnen een eeuwenoude vraagstelling. Het dichtst bij ons vinden we de oppositie tussen het zogenaamd Middeleeuws realisme versus het nominalisme, waarvan de wortels al kunnen teruggevoerd worden tot de discussies bij de Griekse sofisten en de cynici. Deze discussie werd voortdurend verfijnd en genuanceerd, maar voorbij die nuanceringen willen we de twee denkwijzen in hun ruwe vorm tegenover elkaar plaatsen en aan linguïstische opvattingen koppelen.

2.2. Epistemologisch onvermogen en constructief misverstand aan de basis van de wetenschap

Naïef vertrekpunt: $S_2 = a$

De eerste opvatting is de meest naïeve, de meest eenvoudige en vermoedelijk ook de meest gehanteerde, zij het dan impliciet. In deze opvatting bestaat er in de natuur een vaststaande, wetmatige orde, d.w.z. *onafhankelijk van de onderzoeker*. De wetenschapper dient in eerste instantie te observeren, te ontdekken, proces waarvan het eindpunt het geven van namen is. Zie dan de uitspraak van Condillac: "Une science parfaite serait une langue bien faite", in navolging van het bijbelse "Gaaf en benoemt de dingen".

In wezen is er geen verschil tussen de botanicus en de psychodiagnosticus ("ik zag een neuroosje staan"): in de externe wereld bestaat er een gegevenheid aan verschillende flora, gegevenheid die een *interne* systematisatie volgens strenge wetten bevat. De taak van de onderzoeker bestaat erin deze wetmatige systematisatie te ontdekken en in kaart te brengen, waarlangs de individuele species hun gerechtigde plaats kunnen toegewezen krijgen. "Het Opperwezen heeft zich bij de schepping van de ziekten of bij de rijping van de ziekmakende lichaamssappen door niet geringere wetten laten leiden dan bij de kruising van planten en dieren (...). Wie aandachtig de volgorde, de tijd en het uur gadeslaat waarop de aanval van vierdaagse koorts begint, de rillings- en warmteverschijnselen, kortom, alle kenmerkende symptomen, zal evenveel redenen hebben te geloven dat deze ziekte een soort vormt, als hij redenen heeft te geloven dat een plant een soort vormt, omdat

ze steeds op dezelfde wijze groeit, bloeit en vergaat."⁶⁴ Dit resulteert in een objectief herkenbaar en veralgemeenbaar nosologisch systeem als wetenschappelijk spiegelbeeld van de werkelijkheid. Fouten zijn mogelijk, maar een progressieve cumulatieve ontwikkeling ligt in de lijn van de verwachting.

Een aantal gevolgen van een dergelijke opvatting springen onmiddellijk in het oog. In deze optiek is er slechts één juist systeem van wetenschappelijke ordening die in se onafhankelijk van en voorafgaand aan elk onderzoek bestaat en waarnaar de wetenschap progressief-cumulatief op weg is. Zo lijkt deze ordening al bereikt te zijn voor de botanica, met het systeem van Linnaeus, voor de psychodiagnostiek daarentegen moet er nog een weg afgelegd worden. Bovendien ligt binnen deze denkwijze alle zekerheid langs de kant van het object, en dit in de overtuiging dat er een precieze orde, een vaste wetmatigheid bestaat *los van de onderzoeker* die er slechts een naam aan geeft: "What's in a name? That which we call a rose, by any other name, would smell as sweet".⁶⁵ Dit gaat terug op het "Middeleeuws Realisme", als katholiek geïnspireerde herschrijving van Plato en Aristoteles: in de realiteit ligt er een vooraf bestaande wetmatigheid en ordening die door God bepaald is. En dit brengt ons bij het laatste gevolg: de grond, fundering van dit systeem valt steeds te zoeken in een bepaald geloof. Dit is bijvoorbeeld het meest duidelijk bij de garanderende god van Descartes, maar dit mag niet verhelden dat deze laatste grond evenzeer het 'geloof' in de onveranderlijke natuurwetten kan zijn. Het mooiste valt dit op te merken bij Spinoza die een gelijkschakeling maakte tussen god en natuur: "Deus sive Natura" en van daaruit tot een eveneens garanderend pantheïsme kwam. Het is geen toeval dat iemand als Einsteins, vanuit een nochtans a-religieuze positie, herhaaldelijk verwees naar die "Deus sive Natura" van Spinoza, combinatie die exemplarisch verschijnt in zijn uitspraak "God doesn't play with dice" als antwoord op de onbepaaldheid in de quantummechanica.

Dat een dergelijke idee verregaande implicaties heeft op ethisch vlak, wordt al snel duidelijk. In de Middeleeuwen werd zij gekoppeld aan de predestinatie-leer, waardoor 'alles' vastligt, en waartegen elk verzet en bijhorende vernieuwingspogingen verboden worden, want ingaande tegen de 'natuurlijke', c.q. 'goddelijke' orde der dingen. Actueel vindt men deze argumentatie nog vaak terug, telkens waar men iets gaat bestrijden met het argument dat het 'tegen de natuur' zou zijn. In feite is dit — hoe 'wetenschappelijk' het ook moge lijken, een erfenis van de religieus-middeleeuwse overtuigingen.

De vraag naar de "juistheid" van deze opvatting is natuurlijk zeer moeilijk te beantwoorden. Wat wel kan gesteld, is dat zij stoelt op een zeer naïeve linguïstische opvatting: het ding ligt te wachten in de buitenwereld tot er een betekenaar voor gevonden wordt — en een aantal onderzoekers beschikt over voldoende narcisme om meteen van de gelegenheid gebruik te maken om hun patroniem te vereeuwigen. In termen van discours uitgedrukt vooronderstelt dit dat door de wetenschappe-

64. Sydenham (1772), geciteerd in: M. Foucault (1986), *Geboorte van de kliniek, een archeologie van de medische blik*, p. 26.

65. W. Shakespeare, *Romeo and Juliet*, Act II, scene 2.

lijke activiteit het weten S_2 gelijk is aan het te kennen object a , dat daardoor transparant wordt. Nu is het zo dat zelfs de kindertaal daar niet eens meer aan voldoet, met uitzondering van de zogenaamde onomatopoeën, én dat er een ultieme externe garant — meestal van goddelijke aard — noodzakelijk is om het systeem sluitend te maken. Het Middeleeuws realisme lijkt dan ook onhoudbaar te zijn, zelfs bijvoorbeeld wat het vaak geciteerde voorbeeld van de botanica betreft. Lévi-Strauss kon in *La pensée sauvage* aantonen dat een indelingssysteem van Zuid-Amerikaanse stammen efficiënter was dan dat van Linnaeus, voor zover het systeem een andere functionaliteit had (het zoeken van voedsel). Een roos blijkt derhalve niet altijd zomaar een roos te zijn, en Freuds "Traum von der botanischen Monographie" toont op een subtiele manier aan hoe een verdroogde cyclamen tot de orde van de passievruchten kan behoren — botanisch weliswaar onverklaarbaar, maar psychoanalytisch des te sprekender.⁶⁶ De empirie spreekt omdat iemand haar doet spreken. Wie spreekt er eigenlijk ?

S_2
↓
Negativistisch antwoord: —
a

Dit brengt ons bij de tweede opvatting, die radicaal ingaat tegen het fundament van de eerste. Vertrekpunt wordt hier de idee dat de mens slechts toegang krijgt tot de werkelijkheid via individueel bepaalde, concrete voorstellingen van objecten van de waarneming. Voor zover hij daartussen relaties legt, categorisaties uitvoert en abstraheringen maakt die in de empirie "herkenbaar" lijken te zijn, dan nog blijft het zo dat deze slechts bestaan in zijn geest en pas in een tweede beweging dwingend aan deze werkelijkheid opgelegd worden. "Erst die Theorie bringt die Beobachtung zum Reden".⁶⁷ Vanuit deze optiek bestaat er géén vooraf bestaande orde, het is de mens die deze uitdenkt én oplegt. Dit opleggen gebeurt in laatste instantie steeds op dezelfde manier: door het benoemen, het geven van namen. Vandaar ook de benaming van deze richting: het nominalisme, historisch te dateren bij William of Ockham.

Met deze tweede benadering wordt de wetenschappelijke activiteit een stuk minder rooskleurig. Het veilige houvast van de eerste visie, waarin slechts één juiste ordening denkbaar was, wordt hier verbrijzeld onder een blijkbaar niet te vermijden subjectiviteit. De zekerheid ligt niet langer meer langs de kant van het object, in de plaats daarvan treedt het subject op het voorplan. Het breekpunt waar men steeds struikelt, is de taal, de naamgeving, waarvoor Ockham reeds een remedie zocht met zijn scheermes.

Het doortrekken van deze stelling leidt tot het solipsisme, zelfs het nihilisme

66. S. Freud (1900a), *Die Traumdeutung*, p. 175 e.v.

67. Thomä en Kächele (1973), geciteerd in J.A. den Boer (1987), *Psychoanalyse tussen interpretatie en empirie*, p. 407.

waarin niets zeker is, en waar elk woord "alles" kan betekenen. Ultiem mondt dit uit op het ontkennen van het bestaan van de wereld op zich — zo er geen wezen was om de wereld te benoemen, dan was die er niet.⁶⁸

Vooraleer men deze opvatting van tafel veegt als zijnde irreëel, is het meer dan de moeite waard om de verbanden op te merken met het vertrekpunt van de moderne linguïstiek, met name F. de Saussure. In tegenstelling tot de vorige, naïeve gelijkschakeling tussen woord en ding, vinden we nu de opsplitsing tussen het akoestisch beeld, betekenaar genaamd enerzijds, en het betekende ('signifié') anderzijds, terwijl het 'ding' op zich daar nog buiten staat. De Saussure stelt dat de relatie tussen de betekenaar en het betekende *arbitrair* is: er is niets in het betekende 'hond' dat ons verplicht daarvoor de betekenaar 'hond' aan te nemen (wat overigens al bewezen wordt door het blote feit dat er verschillende talen bestaan). De spreker kan dus als het ware 'kiezen' welke betekenaars hij wil hanteren, maar die keuze is reeds voor hem gemaakt — dit noemt de Saussure 'la carte forcée' van de taal: er is een keuzemogelijkheid, maar de keuzes gebeuren voor ons. De combinatie van de arbitraire relatie en de "carte forcée" brengen hem bij de conventie: een taal berust op een conventie tussen de sprekers (en dus niet op een interne relatie tussen betekenaar en betekende, laat staan tussen woord en ding). Overigens is een betekenaar op zich betekenisloos, de betekenisgeneratie ontstaat op basis van het verschil tussen de onderlinge betekenaars, zodat het steeds de context is die betekenisgenererend werkt: één betekenaar betekent niets, de combinatie van meerdere betekenaars levert een betekenis op in functie van de omringende betekenaars.⁶⁹

Wanneer we de nominalistische opvatting combineren met de linguïstiek van de Saussure, dan levert dit enorme implicaties op. Terwijl in de realistische opvatting de dingen als het ware vanuit het Reële op ons afkwamen en slechts een woord, een naam behoefden, is het nu zo dat vanuit de woorden, vanuit het Symbolische er een effect vertrekt naar dit Reële toe. De zogenaamde realiteit wordt in deze optiek minstens voor een gedeelte het *produkt* van het Symbolische, de realiteit wordt *verwerkelijkt*, wordt *gerealiseerd*. "Werkelijkheid" is inderdaad dat wat werkzaam gemaakt wordt voor ons, en in de uitdrukking "zich realiseren" vinden we die verhouding tussen Reële en Symbolische terug: men "realiseert zich iets", en

68. Merkwaardig genoeg zal de clinicus hier twee mogelijke posities van het subject kunnen onderkennen. De eerste betreft de obsessionele, waarin het subject doorheen alle twijfel op zoek gaat naar een ultieme referent; de tweede betreft de psychotische negatie-lust. Deze overeenkomst is géén toeval en heeft alles te maken met de verhouding tussen subject en het Symbolische, waarvan de wetenschap slechts één uitingvorm is.

69. Een eenvoudig voorbeeld kan dit duidelijk maken: "De hysterie van het publiek nam een dergelijke omvang dat ingrijpen noodzakelijk werd"; "De hysterie stelt de medische wetenschap nog steeds voor vraagtekens"; "De hysterie à la Charcot is vandaag een zeldzaam fenomeen". De betekenaar "hysterie" krijgt driemaal een ander betekende, bepaald door de context.

F. de Saussure (1976), *Cours de linguistique générale*, édition critique, préparée par Tullio de Mauro.

dàardoor bestaat dat iets, wordt het in het leven geroepen.⁷⁰

Wanneer we deze twee achtergrondsopvattingen toepassen op de psychodiagnostiek, wordt het vrij snel duidelijk dat de hoger besproken nostalgie naar het absolute nulpunt van de observatie, met de DSM-III als illustratie daarvan, neerkomt op een moderne heruitgave van het Middeleeuws realisme. Aldus beschouwd is het niet alleen naïef, maar bovendien onhoudbaar. Anderzijds, als we een diagnostisch stelsel willen concipiëren op nominalistische grondslag, lijkt dit slechts te kunnen uitmonden in subjectief bepaalde systemen, met alle gevolgen van onzekerheid en verwarring.

Bovendien maakt deze explicitering duidelijk dat een aantal kenmerken van de actuele diagnostiek niets anders zijn dan pogingen om te ontsnappen aan die nominalistische impasse, met name het subjectief bepaalde karakter van elk stelsel. De meest in het oog springende ontsnappingspoging is het vervangen van de populaire taal door een meer abstract, een meer 'wetenschappelijk' symboolsysteem, waardoor men als het ware het subject als naamgever probeert uit te wissen. Het is hier dat we allerlei wiskundig aandoende symbolen zien verschijnen, meestal gekoppeld aan cijfermateriaal, en dit in de overtuiging dat de mate van abstractie omgekeerd evenredig zou zijn met de mate van subjectiviteit.⁷¹

Deze ontsnappingspoging is evenwel tot mislukken gedoemd, en slaagt er slechts in het oorspronkelijk probleem — het subject-bepaalde — te camoufleren. De plaats van de mislukking ligt zowel op het einde als bij het begin. Wat het einde betreft: men eindigt met een abstract symbool, c.q. cijfermateriaal, maar om dit bruikbaar te maken, dient men dit resultaat terug 'sprekend' te maken, te interpreteren dus — en daar verschijnt weer het subjectieve. Wat het begin betreft: elk van deze objectief aandoende stelsels hebben in hun origine steeds een *intuïtieve*, d.w.z. andermaal subjectbepaalde basis, die verdoezeld wordt door de objectief ogende bovenbouw. Deze basis vindt men natuurlijk slechts in de zogenaamde "kleine lettertjes" van het

70. Een illustratie van de werkzaamheid van het Symbolische op het Reële: "Bossen vormen de voornaamste inkomstenbron van bepaalde Zuid-Amerikaanse staten" versus "Bossen vormen de noodzakelijke groene long van de wereld". Naargelang de symbolische context is er een duidelijk verschillende impact op het Reële. Overigens zeggen beide uitdrukkingen niets over het 'ding' bos, enkel over de menselijke implicatie erop. In lacaniaanse termen: de signifiant bepaalt de signifié. Trouwens, de term "werkelijkheid" is voor Lacan op zich reeds een aanwijzing daarvoor: het reële wordt 'werkzaam' gemaakt, wordt 'ver-werkelijk-t' door de betekenaar (*La relation d'objet*, 1956-57, niet-gepubliceerd seminarie, passim).

71. In een ironisch editoriaal heeft Vandereycken de kwantofilie en de 'Kurven-Psychiatrie' aan de kaak gesteld, waarbij hij terecht verwijst naar het vaak geciteerde artikel van White over de stortvloed van fouten in de wiskunde die ten tonele wordt gevoerd binnen de wetenschappelijke publikaties. Zowel het gebruik van statistiek als dat van computers roept bij ons soms het beeld op van de moderne weersvoorspellingen: ten einde hun computerschermen beter te kunnen lezen, verduistert de nieuwe generatie meteorologen zijn ramen, zodat ze vergeten naar buiten te kijken en niet zien dat de zon schijnt terwijl zij vol enthousiasme regen voorspellen (W. Vandereycken (1988), *Weg met de statistiek ?!*, pp. 79 - 81).

contract, die omzeggens nooit gelezen worden.⁷² De reden van de mislukking kan samengevat worden in een uitspraak die we bij Lacan vinden: er is géén metataal, een betekenaar over een betekenaar ("meta-betekenaar") blijft steeds een betekenaar, ook al heeft deze een zogenaamd hoger abstractie-niveau.⁷³ En als betekenaars blijven ze een arbitraire relatie behouden ten opzichte van het betekende, blijven ze conventioneel gegrond, en blijven ze hun betekenis halen uit de context.

Voor ons onderwerp hic et nunc is dat conventioneel aspect het belangrijkste, aangezien de veralgemeenbaarheid van een wetenschappelijk systeem rechtstreeks bepaald wordt door de veralgemeenbaarheid van het symbolisch systeem. Uitgedrukt in Saussuriaanse termen: de conventie is bepalend, en die conventie ligt langs de kant van het subject, niet langs de kant van het object. Het is hier dat we twee klassieke termen uit de psychodiagnostiek terugvinden, met name de betrouwbaarheid en de validiteit. De betrouwbaarheid wordt meestal het eerst gesteld, en met reden, want het is de enige die min of meer 'meetbaar' is, want deze betrouwbaarheid of interbeoordelaarsovereenkomst is niets anders dan de reeds genoemde conventie. De validiteit daarentegen betreft de "adequati rei intellectusque", de mate waarin de naam met het object overeenkomt, de mate waarin men 'meet' of 'diagnostiseert' wat men bedoelt te meten of te diagnostiseren. Het dient gezegd dat het voorhanden zijnde cijfermateriaal daarover tot zeer treurige overwegingen stemt wat de bruikbaarheid betreft, waarbij overigens onmiddellijk de vraag oprijst hoe men een 'validiteit' kan meten, in het licht van de voorgaande epistemologische achtergrondproblematiek.⁷⁴

Alle accent lijkt dus te liggen op die gedeelde conventie. Het is amusant op te merken dat Freud dit reeds vaststelde, zij het binnen een anekdotische context. Meer bepaald als hij zijn Schreber-studie neerpent, waarbinnen hij een eerste psychoanalytische poging onderneemt om de psychose te conceptualiseren aan de hand van een door de patiënt — Schreber — zelf neergeschreven verslag van zijn

72. Als voorbeeld nemen we de DSM-III waarin we het volgende lezen: "(...) a mental disorder is conceptualized as a *clinically significant* behavioral or psychologic syndrom or pattern (...)", in Spitzer, R. et al. (1980), *DSM-III: the major achievements and an overview*, pp. 151 - 152; hetzelfde citaat vindt men in de DSM-III zelf, APA (1983), *DSM-III*, p. 9 en p. 11. Het is duidelijk dat het "clinically significant" de fameuze klinische blik, en dus het subject van de clinicus invoert. Overigens berust ook bij de DSM-III de opdeling in categorieën *niet* op empirisch materiaal, maar wél op... klinisch-intuïtieve oordelen! Zie hiervoor APA (1983), *DSM-III*, p. 11.

73. Wij hebben altijd de indruk dat de idee van zogenaamde "hogere abstractie-niveaus" een illusie is. Vanaf het ogenblik dat een kind spreekt, bevindt het zich in het Symbolische ('het abstracte'), en dit is een kwalitatief onderscheid, waarbinnen er geen kwantitatieve onderscheiden meer liggen. Er zijn natuurlijk 'moeilijke' woorden voor het kind, bijvoorbeeld op fonetisch vlak, er zijn 'zeldzame' woorden, maar qua abstractie-niveau lijken ze mij allemaal identiek in hun breuk ten opzichte van het Reële. Zoals Lacan het laconiek ergens stelt: zolang een kind woefwoef tegen de hond en miauw-miauw tegen de poes zegt, spreekt het niet; vanaf het ogenblik dat het woefwoef tegen de kat en miauw-miauw tegen de hond zegt, spreekt het wel.

74. Zie hiervoor de daaraan gewijde doctoraatsstudie van H. Rooymans (1986), *Over oordelen en vooroordelen in de diagnostiek*, pp. 18 - 21. Voor een meer conceptuele benadering, zie: A. Mooij (1988), *De psychische realiteit, Over psychiatrie als wetenschap*, pp. 72 - 78.

waansysteem, maakt hij de bedenking dat die waan, hoe waanzinnig ook, alle kenmerken van een theorie vertoont. Waarop hij zich vervolgens de vraag stelt wat dan wel het verschil mag zijn tussen zijn eigen theorie, door zijn tegenstanders eveneens als 'waanzinnig' bestempeld, en de waanzinnige theorie van de paranoïcus Schreber? De enige garantie lijkt voor Freud te liggen in de vaststelling dat er in de theorie van Schreber slechts één iemand 'gelooft' (Schreber zelf), terwijl er in Freuds theorie toch meerderen 'geloven', met name de gemeenschap der analytici. Deze anekdotische evocatie van de conventie als laatste grond der wetenschap krijgt epistemologische allures wanneer iemand als I. Stengers een halve eeuw later (en los van Freud, want ze lijkt die passage uit de Schreber-studie niet te kennen) ditzelfde argument verheft tot het ultieme criterium om te bepalen wat wetenschap is: is wetenschap dat wat voor het *inter-esse* van de wetenschappers zorgt, dat waarrond de subjecten van de wetenschap zich gedeeld scharen.⁷⁵

Kortom, epistemologisch gezien ligt de zekerheid niet langs de kant van het object, wel langs de kant van het subject, en dan voornamelijk de wetenschappelijke gemeenschap der subjecten, d.i. de conventie.⁷⁶ Op dit moment van onze redenering is het noodzakelijk om het vakspecifieke van de psychodiagnostiek te verlaten en deze epistemologische problematiek zeer ruim te bestuderen. De winst daarvan zal straks — ook op psychodiagnostisch vlak — duidelijk worden.

Twéé wetenschappen?

In het licht van het voorgaande zou men kunnen veronderstellen dat er een opdeling mogelijk is in de zin van: het 'realisme' geldt voor de positieve wetenschappen, aangezien zij een concreet object ter studie hebben, terwijl het nominalisme, met alle daaraan gekoppelde impasses, slechts zou gelden voor de menswetenschappen met haar steeds ongrijpbaar spiegelobject. Welnu, deze opdeling is een illusie: de basisproblematiek wat de verhouding woord-ding betreft, geldt voor elke wetenschap. We kunnen hier bijvoorbeeld verwijzen naar de terechte kritiek van Atlan op de moderne genetica. De toepassing van de communicatie-idee in dit veld, in termen van "codes" en "messages" heeft voor een ontzaglijke vooruitgang gezorgd; desalniettemin, zo stelt Atlan, zijn dit slechts metaforen, die — ondanks hun bewezen bruikbaarheid — vanaf een bepaald ogenblik het onderzoeksobject bevriezen, doen stollen, waardoor de aanvankelijke bruikbaarheid omklapt in een steriele bedoening.⁷⁷ Dat dit op zich een illustratie is van onze basisproblematiek, is vrij duidelijk. Het roept Freuds verwittiging op uit *Die Traumdeutung*, daar waar

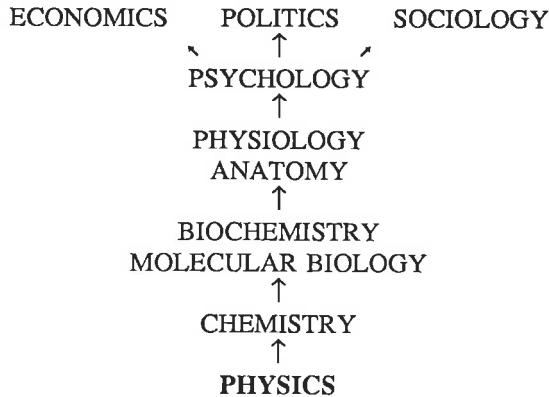
75. I. Stengers (1989), *Boîtes noires scientifiques, boîtes noires professionnelles*, pp. 165 - 167.

76. Voor wie mocht denken dat een wetenschappelijke zekerheid langs de kant van haar operationa-
 liteit mocht liggen, verwijzen we naar alle concrete en gelukte operationalisaties op basis van
 wetenschappelijke theorieën die achteraf fout bleken te zijn, en, omgekeerd, op alle operationalisa-
 ties die gebeuren zonder theorie.

77. H. Atlan (1979), *Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant*, p. 5, pp. 17 -
 18, pp. 28 - 33.

hij in zijn slothoofdstuk grafische voorstellingen maakt van het psychisch apparaat: het zijn slechts "Hilfvorstellungen", zegt hij, hulpvoorstellingen die niet concreet gedacht mogen worden, en die verlaten moeten worden op het ogenblik dat we nieuwere, betere vinden.

De kritiek van Atlan kan op een nog veel ruimere schaal toegepast worden, daar waar men een hiërarchie in de wetenschappen probeert te plaatsen, vertrekkende bij het positief-wetenschappelijk ideaal waarin alles perfect controleerbaar, verklaarbaar en voorspelbaar zou zijn via experimenten die herhaalbaar zijn los van plaats, tijd en onderzoeker. Dit werd in onze eeuw ontmaskerd als zijnde de zoveelste illusie van de almacht der gedachten.⁷⁸ In feite is dit positief-wetenschappelijk ideaal niets anders dan de moderne herdefiniëring van het Middeleeuws realisme. Teruggaand op een bepaalde lezing van Democritus werd alle accent steeds gelegd op de ontleding tot in de kleinste bestanddelen, en op ontdekking van de mechanische wetten die de compositie en de functioneringswijze bepaalden: "In its crudest form, material reductionalism maintains that there is a series of levels. At the bottom level are the subatomic particles, and from these the chemical properties of atoms and molecules are obtained. Molecules form living and nonliving things, and from the behavior of molecules and cells it is possible to determine the behavior of individual humans. They in turn establish a social order and institutions. Finally at the top level of the ladder are historical events. The claim is that in principle, history is materially reducible to subatomic events."⁷⁹ Dit op de Newtoniaanse fysica gebaseerd ideaal gaf aanleiding tot een op Descartes geïnspireerde boomstructuur binnen de wetenschappen, met aan de basis de "harde" fysica⁸⁰:



78. Het koninginnestuk van deze wetenschapsbeoefening betreft het zogenaamde replicatie-onderzoek. De soms bizarre effecten daarvan doen ons steeds denken aan het maken van mayonaise: de ene keer lukt het, de andere keer niet, en geen kat die weet waarom.

79. H. Pagels (1983), *The Cosmic Code: Quantum Physics as the Language of Nature*, p. 109.

80. R. Augros en G. Stanciu (1988), *The New Biology*, p. 10. De idee van Descartes komt uit een door deze auteurs geciteerde brief aan Claude Picot.

Toegepast op de menswetenschappen levert dit de idee op van *L'homme-machine* van De la Mettrie, waarvan de moderne variante Changeux' *L'homme neuronal* is. Wanneer we dit van op afstand bekijken, dan is er tussen die twee werken formeel geen verschil: beide bieden een verklaring voor het menselijk functioneren vanuit een mechanisch standpunt, enkel de invulling van dit mechanisme is verschillend.⁸¹

Welnu, dit schema komt volledig op de helling te staan op het ogenblik dat men de vraag stelt naar het fundament van het fundament, in Lacaniaanse termen: de S_1 . Daar zijn slechts twee antwoorden op mogelijk: ofwel poneert men daar een garantie waaraan men 'geloof' hecht, en dan bevinden we ons bij het "deus sive natura"-principe ("God doesn't play with dice"), ofwel plaatst men daar het subject. In feite berusten beide antwoorden op de conventie: hetzij de conventie van een arbitrair maar gedeeld geloofspunt, hetzij de conventie van de gemeenschap der wetenschappers. Het verschil tussen beide lijkt ons minimaal. Als we dan naar het andere uiteinde kijken, het bovenste niveau van de 'toepassing' als het ware, dan kan ook daar gesteld worden dat de verhouding tussen betekenaar en object steeds van dezelfde problematische orde is en niet alleen interpretatie behoeft, maar op zich reeds een interpretatie is.⁸²

Ondertussen is het zo dat dit schema, precies onder invloed van "harde" wetenschappers — Einstein, Bohr, Heisenberg, Eccles — op zijn kop werd gezet. Waar voordien materie centraal stond en de geest als een passief, ja zelfs wetenschappelijk vervelend bijproduct werd beschouwd, kwam er onder impuls van de quantummechanica een nieuw denkmodel tot stand waarin materie herleid wordt tot een passief, steeds onvolledig potentiaal en de geest de centrale actiebron vormt, basis van materie-determinerende keuzes. In termen van deze wetenschappers luidt het als volgt: de 'keuze' van de onderzoeker is bepalend voor de uitkomst van het experiment. Afgezien van een eventuele analytische interpretatie van de idee van

81. De meest sinistere toepassing daarvan maakten wij recent (1990) mee tijdens een paneldiscussie over transseksualiteit. In bepaalde kringen wordt transseksualiteit inderdaad mechanisch begrepen als een fout gelopen raderwerk, waar nu technisch een 'mouw' kan aangepast worden: mits enig gesofisticeerd knip- en plakwerk wordt alles terug rechtgezet, hoe slap een en ander ook moge uitvallen. De suggestie dat onder die patiënten heel wat niet onderkende psychotische structuren schuilgaan (suggestie gebaseerd op een lacaniaanse conceptualisatie over de psychose, op dit punt samen te vatten als "pousse-à-la-femme") werd weggewuifd; de vraag wat een man, c.q. vrouw is, werd schouderophalend beantwoord in endocrinologische en anatomische termen. De kennis van de mechaniek bracht deze therapeuten er trouwens toe liefst zo vroeg mogelijk in te grijpen, bij voorkeur bij patiënten in de puberteit, omdat er daar hormonaal en anatomisch een betere respons te verwachten valt; immers, de machine is dan nog in rodage... Overigens zijn dezelfde therapeuten zeer 'ethisch' bewust: ze zullen niemand 'behandelen' die kinderen heeft of gehuwd is. *Quae tempora, quae mores...*

82. "(...) les concepts physiques ne définissent ni une réalité physique intrinsèque, en soi, ni une réalité purement idéelle liée à la subjectivité du sujet pensant, mais une réalité intermédiaire, celle des catégories de la perception et de la mesure, c'est-à-dire des interactions entre notre pensée et le monde qui nous entoure.", H. Atlan (1979), *Entre le cristal et la fumée, Essai sur l'organisation du vivant*, p. 5, pp. 17 - 18.

keuze, staan we hier al dicht bij Lacans concept "désir", als het centrale punt van elke wetenschappelijke activiteit. In de geschiedenis van de filosofie vinden we de ontmaskering van dit wetenschappelijk objectiviteitsideaal bij Heidegger: "Modern physics is not experimental physics because it uses experimental devices in its questioning of nature. Rather the reverse is true. Because physics, already as pure theory, requests nature to manifest itself in terms of predictable forces, it sets up experiments precisely for the sole purpose of asking whether and how nature follows the scheme preconceived by science".⁸³ Volgt dan, in de tekst van Heidegger, het voorbeeld van de hydraulische fabriek, gebouwd op de Rijn. Lezers van Lacans vierde seminarie zullen dit voorbeeld wel herkennen: hij heeft dit inderdaad overgenomen en verder bewerkt. Bij hem luidt het dat de zogenaamde objectieve positieve wetenschappen steeds vertrekken bij het verlangen, de passie van de onderzoeker die zijn verlangen oplegt aan de natuur en kijkt of die daaraan beantwoordt. Hij zal dit later toepassen op Pavlov en er meteen de theorie van de overdracht aan koppelen.⁸⁴ Net zoals analyse slechts werkzaam is bij gratie van "le désir de l'analyste", bereikt de objectieve wetenschap slechts resultaten via het verlangen van de wetenschapper. Ultiem is wetenschap niets anders dan de onderzaging van het eigen verlangen, wat dan door Hegel verwoord werd: "wetenschap is de vermenschelijking van de wereld".

Als gevolg van deze revolutionaire ontdekkingen werd de hoger gebrachte piramide van tafel geveegd: de 'harde' wetenschap van de materie wordt gefundeerd door het subject, de geest ("mind") vormt "an indispensable precondition for certain of its fundamental principles".⁸⁵ De eertijds zo nagestreefde subject-object splitsing inzake research komt hier te vervallen, om op een ander niveau integraal deel te gaan uitmaken van de research. Deze revolutie in het totale veld der wetenschappen blijft tot vandaag woeden, waarbij men aansluiting zoekt bij de presocratische denkers (d.w.z. pre-platoons) en bij Kant. Dit pleidooi voor "la nouvelle alliance" in de zin van Prigogine en Stengers kan in deze lijn begrepen worden.

Deze omkering is natuurlijk zeer aantrekkelijk voor de menswetenschappen, en vooral voor de gefrustreerde menswetenschapper. Binnen onze redeneerlijn is dit evenwel geen oplossing: een omkering komt o.i. neer op het inruilen van de ene impasse voor de andere. We denken hierbij aan de kritische bespiegelingen van Guillaumin.⁸⁶ Immers, we blijven hierbij botsen op wat we het *epistemologisch onvermogen* willen noemen: de wetenschapper dient zichzelf mee te verrekenen in

83. M. Heidegger (1977), *The question concerning technology*, New York, Harper and Row, p. 20, geciteerd in: I. Prigogine en I. Stengers (1986), *Order out of Chaos, Man's new dialogue with nature*, p. 33.

84. J. Lacan (1964), *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, pp. 207 - 214.

85. R. Augros en G. Stanciu (1988), *The New Biology*, p. 17.

86. J. Guillaumin (1989), *La psychanalyse comme science dans une théorie générale de la "reconnaissance"*, pp. 199 - 236.

zijn blik, idee die reeds door Augustinus en Thomas van Aquino verwoord werd.⁸⁷ Als hij de realiteit wetenschappelijk ondervraagt, ondervraagt hij uitiem steeds zichzelf, d.w.z. zijn eigen verlangen en dus zijn eigen tekort dat de basis van dit verlangen vormt. Op het ogenblik dat hij zich daarvan bewust wordt, valt de 'objectieve' grond van onder zijn voeten weg, en komt hij tot de ontdekking dat hij slechts zichzelf vermijdend ontdekt.

In de plaats daarvan stellen wij voor een beter zicht te bieden op het probleem op zich, op de impasse van de wankeling tussen nominalisme en realisme. Die impasse kan beschreven worden in linguïstische termen, zij het dan dat de loutere linguïstiek onvoldoende is. Immers, in de linguïstiek ontbreekt het subject, en dat is precies essentieel binnen de voorliggende problematiek. Het is op dit punt dat de brug met de psychoanalyse verschijnt: zowel Freud als Lacan bestuderen de mens als zijnde een wezen dat symbolen hanteert en de effecten daarvan ondergaat. Dit vormt het fundamentele vertrekpunt.

Wetenschap als symbolisch systeem

De redenering voor de epistemologie luidt dan als volgt: wetenschap, om het even welke wetenschap, is in eerste instantie een *symbolisch* systeem ter bestudering van de zogenaamde werkelijkheid, d.w.z. een systeem dat met betekenaars werkt. Het verschil met het dier kan hier als illustratie dienen: dieren hebben geen wetenschap nodig, omdat zij een "directe" kennis van hun omgeving bezitten, d.w.z. een niet-bemiddelde kennis, functionerend op grond van teken-systemen, tot stand gekomen op basis van de fylogenetische en de ontogenetische ontwikkeling.

Wetenschap is een symbolisch systeem. Deze stelling heeft onmiddellijk een aantal implicaties. Vooreerst dat de functioneringsmodaliteit daarvan de *verschuiving* is. Dit was één van Freuds eerste ontdekkingen betreffende de functioneringswijze van het psychisch apparaat, en het is precies daarop dat hij de kuur zou gronden, met name via de vrije associatie. Dit is terzelfder tijd één van de stellingen van de Saussure: zowel de betekenaars als het betekende moeten in een reeks, een stroom begrepen worden; tussen die twee is de relatie *arbitrair*, het is de context die betekenisgenererend werkt, en dit op basis van het verschil. Minimaal zijn er dus twee betekenaars vereist, door Lacan voorgesteld met S_1 en S_2 .

Ten tweede, de basisvoorwaarde opdat die verschuiving mogelijk zou zijn, is de aanwezigheid van een *tekort*. Zonder dit tekort kan een symbolisch systeem niet

87. Het anhistorisme waaruit systemen à la DSM-III groeien is tragi-komisch, als we zien dat de eraan ten grondslag liggende problemen reeds eeuwenlang bestudeerd werden. Zo vinden we evenzeer bij Augustinus als bij Thomas van Aquino de idee dat waarneming en observatie in eerste instantie psychisch gestuurd worden (zowel naar buiten als naar binnen); het verschil is dat Augustinus het bereiken van de waarheidsdimensie intern legt (in de lijn van de Platoonse Ideeënleer), terwijl Aquino worstelt met de verhouding tussen het zin - verlenende van het zin - tuiglijke en de "quidditas", wat dan nog later bij Kant "Das Ding an sich" zal noemen.

functioneren. Hier vinden we Freuds theorie over het oorspronkelijk verloren object, wat bij Lacan de symbolische castratie wordt. Logisch gezien kan dit beargumenteerd worden vanuit de stelling van Gödel, terwijl een eenvoudig kinderspelletje er de pragmatische illustratie van levert. We bedoelen de zogenaamde schuifpuzzels, die slechts kunnen functioneren als er een gat, een opening is. De krachtigste argumentatie voor de noodzaak van dit tekort valt evenwel te vinden in de kliniek, meer bepaald in het psychotisch taalgebruik. Een naïeve verzuchting over de menselijke communicatie-moeilijkheden droomt over een één-éénduidige taal, d.w.z. zonder verschuiving en zonder tekort. Welnu, de psychoticus die de castratie en de oedipale positie niet doorgemaakt heeft en dus niet over het tekort beschikt, kan een dergelijke taal vertonen, die niets menselijks meer heeft. Deze klinische limiet-situatie menen wij bijvoorbeeld te vinden bij het patiëntje van Sterba dat voor elke situatie een 'nieuwe' talige uitdrukking moet smeden, wiens herinnering telkens letterlijk is en naar één en slechts één situatie verwijst.⁸⁸ Dit doet denken aan het 'computer-geheugen' dat soms toegeschreven wordt aan volwassen psychotici. Daar is geen misverstand meer, maar het verstaan is in dezelfde beweging mee verdwenen. Het tekort is strikt noodzakelijk voor de menselijke symbolisatie, en dit tekort vat Lacan samen in het object a, als aanduiding voor Freuds oorspronkelijk verloren object; dit object gaat precies door de taal verloren, het is dat wat wij achter ons gelaten hebben, het 'antwoord' op het verlangen *buiten* het woord.⁸⁹

Het effect van deze basisvoorwaarde en deze functioneringsmodaliteit is dat de mens een gedeeld subject wordt, verdeeld over minstens twee betekenaars, gedragen door het woord. "Le signifiant, c'est ce qui représente le sujet auprès d'un autre signifiant", zegt Lacan, in navolging van het Freudiaanse "Dass das Ich kein Herr sei in seinem eigenen Hause". In dit gedeeld zijn herkent men vooreerst de psychologische ontdebelling: ik ben zoon van, maar ook man van, vader van, broer van... De gedeeldheid gaat evenwel analytisch gezien een flink stuk verder: het subject spreekt niet, het wordt gesproken, het subject drijft als resultaat bovenop het gesproken woord. Immers, als "ik" spreek, dan weet ik niet wat "ik" straks ga zeggen, tenzij ik het voorlees of uit het hoofd geleerd heb; in alle andere gevallen wordt het "ik" gesproken door een verlangen buiten mijn ego dat mij drijft, soms met mijn zin, soms tegen mijn zin.

Ondertussen hebben we vier termen gedefinieerd: de twee betekenaars S_1 en S_2 , noodzakelijk voor de verschuiving, het gedeelde subject $\$$ als effect, het tekort met het verloren object a als mogelijkheidsvoorwaarde. Dit betekent dat we volop in de psychoanalytische discours theorie zitten. Lacan concipieerde vanaf 1969 een vierdelig systeem van formele relaties die in het spreken vervat liggen. Elk van

88. E. Sterba (1933), *Een abnormaal kind. Uit zijn ziektegeschiedenis en behandeling*, pp. 5 - 42.

89. Hiermee heeft Lacan een eigen antwoord geformuleerd op de epistemologische causaliteitsvraag: wie of wat is de Onbeweegbare Beweger, de laatste grond van de wetenschap? Antwoord: het onbepaalde, het verloren gegane, dat ons drijft om toch maar de 'juiste' bepaling te vinden (J. Lacan (1964), *Le Séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, pp. 25 seq.).

deze vier discours bevat steeds vier vaste posities met twee disjuncties daartussen, en vier termen die over die posities kunnen roteren, zodat er uiteindelijk vier mogelijke discours ontstaan.

posities:	schijnbare agens	ander
	waarheid	produkt

Het "normale" discours ziet er als volgt uit, waarbij het gedeelde subject gedreven wordt door de waarheid van het verlangde object, waarbij hij de ander tot meester maakt die het weten zou moeten produceren.

$$\uparrow \frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{// S_2} \downarrow$$

Het discours van de wetenschap vindt bij Lacan een plaats in het zogenaamde meesterdiscours⁹⁰:

$$\uparrow \frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{// a} \downarrow$$

Liever dan hier die formules in hun complexiteit uit te werken⁹¹, willen we de kern van de zaak voor ons onderwerp eruit lichten. En die kern is de volgende: *het gemis-aan-object, d.w.z. object a, is de noodzakelijke voorwaarde, de mogelijkheids-*

90. In een volgend hoofdstuk over de aliënatie en de separatie binnen de subjectwording zullen we tot de vaststelling komen dat het meesterdiscours, met de daarin besloten aliënatie en separatie, begrepen kan worden als de freudiaanse oerverdringing, waarmee de mens in het oedipale knooppunt het Reële definitief verlaat voor het Symbolische, proces dat door de psychoticus precies niet doorgemaakt wordt. Deze gelijkschakeling tussen meesterdiscours en oerverdringing levert uitermate vruchtbare resultaten op. Zo worden op basis daarvan heel wat voorspellingen mogelijk. Op individueel-klinisch niveau zijn de effecten van de verdringing welbekend: aliënatie, separatie en terugkeer van het verdrongene. Op het macro-vlak, i.c. dat van de wetenschap, vinden we dezelfde effecten terug: aliënatie, d.w.z. het verlies van het Reële, het object; separatie, d.w.z. dit verlies kan slechts beantwoord worden door het eigen tekort, dat van de wetenschapper; en terugkeer van het verdrongene, te herkennen in de hunkering naar het Ene, Universele, het derde punt, kortom naar de meesterbetekenaar die toch het gat zou kunnen vullen. De aliënatie-separatie problematiek valt makkelijk te herkennen in de controverse rond nominalisme-realisme, die steeds stoelt op het gemis-aan-object. De terugkeer van het verdrongene zullen we meer aan bod zien komen wanneer we straks het "savoir-faire" van de praktijk zullen bespreken, met name de paradigma's.

91. We hebben dit elders reeds gedaan, in samenwerking met J. Quackelbeen (1984), *Over alle discoursopvattingen heen: een formalisatie. De preliminaire vraagstelling door Lacan, en zijn antwoord met de vier discours*, pp. 59 - 81.

voorwaarde voor *é*lk symbolisch systeem, dus ook voor de wetenschap. Met andere woorden, gelijk welke epistemologie zal er nooit in slagen om het "ding" te bereiken, want anders lost ze zichzelf op. Méér nog: wetenschap, als symbolisch systeem, *produceert* dit gemis-aan-object steeds meer. Dit willen wij benoemen als het constructieve misverstand aan de basis van elke wetenschap: hoe meer "verwetenschappelijking", d.w.z. symbolisatie, des te verder raakt men van het object verwijderd. Dat dit niet alleen maar een stelling is, wordt aangetoond door de steeds meer 'onmogelijke' objecten van de theoretische fysica.⁹²

De consequenties daarvan zijn meer dan vèrreikend. De relatie tussen het gedeeld subject en het 'ding' is er een van onvermogen, zodat er gesteld kan worden "dat het water veel te diep is". Overigens kunnen ook de andere discours hier geen oplossing bieden, gezien de uitgangsvoorwaarde voor de symbolisatie precies dit verlies van het object is. Vanaf dit ogenblik in de redenering kunnen we de epistemologische problematiek, zoals uitgedrukt in de impasse nominalisme-realisme, op een andere manier definiëren, met name: welke verhouding kiest men tegenover de waarheid als oorzaak ? Met waarheid wordt hier de positie links onderaan bedoeld, dat wat het subject drijft; met oorzaak het verlies-aan-object ten gevolge van de taal en het daaruit voortvloeiende verlangen en de deling van het subject. Lacan heeft dit uitgewerkt in zijn fameus artikel *La science et la vérité*, waarin hij vier mogelijke verhoudingen daartegenover onderscheidt: magie, religie, wetenschap en psychoanalyse. Magie en religie lijken ons samen te komen in het punt waar het subject de oorzaak buiten zichzelf legt (in god voor de religie, in de natuur met de sjamaan voor de magie), en aldus de eigen toegang tot de waarheid afsnijdt. Voor de wetenschap daarentegen is Lacan categorisch: de vruchtbaarheid van de wetenschap heeft alles te maken met het feit "que de la vérité comme cause, elle n'en voudrait-rien-savoir".⁹³ Psychoanalyse, als vierde mogelijkheid, berust integraal op het samennemen van de waarheid als oorzaak, en is in die zin radicaal anders.

Lacaniaans geredeneerd is de "nouvelle alliance" tussen mens- en natuurwetenschappen derhalve een illusie. Guillaumin heeft dit naar ons gevoel het duidelijkst verwoord. Als besluit van zijn argumentatie stelt hij: "On ne peut être physicien lancé à la recherche prudente et précise de la récupération de certaines inconnues du savoir qu'en assumant actuellement les positions de la croyance objective et en oubliant, le temps de la recherche, l'échec structurellement nécessaire de l'entreprise quant à son désir de rationaliser intégralement l'univers. Le doute épistemologi-

92. Hoe onmogelijker ze worden, des te bloemrijker worden hun namen, van "Quarks" tot "Charms".

93. J. Lacan (1966), *La Science et la vérité*, p. 874. De ultieme consequentie daarvan is dat het sluitpunt van de wetenschap een perfecte paranoia zou zijn... (*ibidem*), idee dat ook een uitwerking vindt in het zevende seminarie, alwaar hij stelt dat wetenschap het "Ding" verwerpt, omdat dit niet thuishoort binnen het perspectief van het absolute Weten, als ideaal (*Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, p. 157).

que ou philosophique reste un luxe pour le savant (...)."⁹⁴ Psychoanalyse richt zich op het tekort en op de wijze waarop het subject daarmee probeert klaar te komen. Wetenschap is precies één van die wijzen, ongetwijfeld de meest succesvolle vandaag de dag. Wanneer ze evenwel haar mogelijkheidsvoorwaarde ondervraagt, dan trekt ze de stoel onder het eigen zitvlak vandaan.

Dit geldt voor elke wetenschap. Vanaf hier keren wij evenwel terug tot dat wat ons nu het meest bezighoudt, de diagnostiek, met de vraag naar de effecten binnen dit gebied. Hoe wordt de ontkenning daar gehanteerd ?

2.3. "Les non-dupes errent": de onvermijdelijkheid van de ethiek

Diagnostisch onvermogen en meesterdiscours

Waar deze problematiek nog min of meer uit de weg gegaan kan worden bij een 'objectmatige' wetenschap die de illusie kan hooghouden een extern betastbaar apostel Thomas-object te hebben, is dit niet meer het geval daar waar de te bestuderen realiteit een andere mens betreft. Immers, waar de wetenschapper kennis probeert te verwerven over "de realiteit", komt hij tot de ontdekking dat hij die realiteit nooit met zekerheid kan vatten. De psychotherapeut, die met dezelfde onzekerheid worstelt, probeert op de koop toe kennis te verwerven over de wijze waarop de patiënten hun kennis van de realiteit al dan niet foutief ('pathologisch') ordenen, én de therapeut maakt deel uit van die realiteit. "De psychotherapeut bestudeert het bestuderen van de realiteit. Men zou kunnen zeggen dat hij de epistemoloog of wetenschapper is van min of meer private epistemologieën. (...) De parallel is echter beperkt: in de psychotherapie lijkt ten eerste de recursiviteit nog te 'quadrateren'. De psychotherapeut denkt immers ook na over hoe de cliënt denkt over zijn denken, over hoe de cliënt denkt over de filosofie van de therapeut".⁹⁵

De structureel bepaalde onmogelijkheid/onvermogen wordt vroeg of laat ervaren door eenieder die binnen dit vakgebied werkt. Meestal verwerft men wel een "savoir-faire" in de praktijk en laat men de rest blauw-blauw. Voor zover er toch een oplossing gezocht wordt, hoort men hier vaak het pleidooi oprijzen voor het eclectisme: de therapeut moet 'alles' kunnen. Meer stoutmoedige geesten pleiten voor een 'wilde' wetenschap in de lijn van Feyerabend.⁹⁶

Hoe onbevredigend deze oplossingen ook mogen zijn, ze zijn in ieder geval beter dan de ontkenning van het probleem. Immers, de structureel bepaalde mislukking van de meesterdiscours-epistemologie heeft steeds te maken met het verborgen

94. J. Guillaumin (1989), *La psychanalyse comme science dans une théorie générale de la "reconnaissance"* ?, p. 213.

95. J. Cambien (1987), *De (on)-wetenschappelijkheid van de psychotherapie*, pp. 530 - 531.

96. J. Beahrs (1986), *Limits of scientific psychiatry. The role of uncertainty in mental health*, pp. 1 - 230; J. Cambien (1981), *De (on)-wetenschappelijkheid van de psychoanalyse*, p. 212.

meespelen van het eigen verlangen in de 'objectieve' blik van de wetenschapper op 'de' realiteit. Wanneer die te observeren realiteit niet-menselijk is, lijkt de schade nog beperkt te zijn, alhoewel de huidige ecologie nog wel een paar eeuwen werk voor de boeg heeft. Wanneer die realiteit een ander mens betreft, dan impliceert een 'objectief'-wetenschappelijke aanpak niets minder dan het bewerken van het eigen verlangen in en via die ander. Reden te meer om hier de impliciete en noodzakelijke *ethische* keuzes te gaan expliciteren.

Helaas zal men precies deze explicitering van de stellingnames vermijden, omdat ze de confrontatie met het eigen verlangen en waarheid inhouden: "Tel est l'effroi qui s'empare de l'homme à découvrir la figure de son pouvoir qu'il s'en détourne dans l'action même qui est la sienne quand cette action la montre nue".⁹⁷ Gevolg daarvan wordt dat men de ogen blijft sluiten voor het onvermogen binnen het meesterdiscours, waarbij diagnostiek en behandeling een nauwelijks verborgen nominalisme worden. De praktijk daarvan kunnen we als volgt omschrijven.

Het geven van nosologische namen correspondeert niet met iets dat in de realiteit voorhanden is, nee, het overdekt iets in die realiteit. Dat wat men klassiek als functie van de diagnostiek beschouwt, is dan ook één van de grootste illusies uit ons vakgebied: dat een betere diagnostiek een betere behandeling zou toelaten.⁹⁸ Een betere diagnostiek impliceert géén betere behandeling, om de heel eenvoudige reden dat de diagnose, de diagnostische uitspraak de behandeling *is* binnen het meesterdiscours.⁹⁹ Het geven van een naam brengt steeds de illusie van controle, van bemeestering met zich mee: niets ergers dan iets niet kunnen benoemen; eens een naam gevonden, is het hanteerbaar, de angst voor het Reële als onbekende verdwijnt. Het geven van een verklarend etiket aan de waanzin heeft dezelfde

97. J. Lacan (1966), *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse*, p. 242. Een klinische illustratie hiervan vinden we in G. Devereux (1980), *De l'angoisse à la méthode*.

98. Stelling die slechts van toepassing is voor zover binnen dit vakgebied unilateraal een meesterdiscours gehanteerd wordt.

Dat is trouwens de reden waarom Koster Van Groos de DSM-III epidemie al bij al niet zo gevaarlijk vindt: "Veel jonge psychiaters zijn nauwelijks nog in staat andere dan DSM-III-begrippen te gebruiken. Het is echter de vraag of dit praktisch gezien wel zo ernstig is. Het zou slechts dan ernstig zijn als het stellen van een diagnose ook werkelijk enige betekenis zou hebben voor het handelen. En juist daaraan kan nu met enig recht getwijfeld worden." (G. Koster Van Groos, (1989), *De werkelijkheid achter de feitelijkheid*, p. 352).

Dat een betere diagnostiek een betere behandeling zou toelaten, is niets meer dan een illusie. Onafgezien van de diagnose zal de kuur stééds hysteriseren. Dit is een structurele noodwendigheid: het is slechts de hysterische positie van het subject die toelaat de aliënerende identificaties in de betekenaar te subverteren (C. Soler (1986), *Le choix de la névrose*, p. 52 en p. 57).

99. In de klassieke psychiatrie werd alle accent gelegd op het uitgebreid opstellen van "status praesens" en anamnese van de patiënt, waarna men als het ware stilviel en de hoop uitdrukte later ooit 'het' middel te vinden. Dat de toestand van de patiënten vaak verbeterde tijdens de talrijke anamnestiche gesprekken was niet onbekend. Sedert de farmacologie lijken de zaken omgekeerd: men denkt 'het' middel te hebben, alleen weet men niet goed meer waarvoor.

functie als de benaming van de bliksem als vonken uit de hamer van Thor.¹⁰⁰ De functie ervan dient elders gezocht: het stellen van een diagnose installeert een bepaalde verhouding, en dit is niet zozeer een gevolg dan wel het doel op zich, zij het dan dat men zich daar slechts zelden van bewust is. We vinden het nergens beter verwoord dan bij Lewis Carroll: "Humpty Dumpty said: 'When I use a word, it means just what I choose it to mean — neither more nor less' and when Alice questioned whether you can make words mean so many different things, he replied: 'The question is, which is to be Master, that's all'".

Hier maken we de overgang naar de idee van discours als structuur, als wat een sociale band bepaalt. Dit nominalisme laat zich derhalve begrijpen als de installatie van het discours van de meester, installatie die gevraagd wordt door het subject vanuit zijn onbehagen. Vandaar de terechte bedenking van Vandermeersch, die in een kritiek op zowel de ego-analyse als de leerpsychologie opmerkt dat mensen hun identiteit via "gezagsinstanties" gekregen hebben, en dat de alomtegenwoordige afhankelijkheidsgevoelens en dito problemen te maken hebben met "de fundamentele angst dat men zonder gezag niet eens zou weten wie men zelf is".¹⁰¹ Het onbehagen van de mens is het onbehagen van het gedeelde subject, dat verdeeld ligt, in eerste instantie tussen het zijn en de betekenaars, in tweede instantie tussen de betekenaars zelf.¹⁰² De relatie onderdrukker-onderdrukte, waar Szasz zoveel ophef over maakt en die hij binnen ons vakgebied overal aanwijst, ligt in eerste instantie intern. Dit is Freuds "Ichspaltung" of Lacans subjectdeling, met als tussenschot daarbij de zogenaamde defensiemechanismen. Deze verhouding wordt pas in tweede instantie naar buiten gebracht onder de vorm van een vraag: op bepaalde ogenblikken vraagt het subject de installatie van het meesterdiscours opdat hij of zij zou kunnen ontsnappen aan het onbehagen van het gedeeld zijn. Iedereen met klinische ervaring weet dat de patiënt op een bepaald ogenblik vraagt, ja, eist dat men hem een meesterbetekenaar aanbiedt ("Zeg mij nu toch wat ik heb!") waarmee hij eindelijk kan samenvallen: "Le signifiant-maître surgit de m'être/maître à moi-même".¹⁰³ De diagnose wordt hier dan ook synoniem van toedekkende therapie, zij het dan een steeds mislukkende.

De mislukking ligt in het vervolg: een oorspronkelijk intern gevecht wordt extern verder gezet, met als tegenspeler iemand die de onmogelijke positie van garande-

100. Dit is een van de voornaamste en vaak miskende werkzame factoren in elke vorm van psychotherapie: de zogenaamde verbalisatie, al dan niet hermeneutisch gegrond. Een recent begrip als "learned helplessness" (zie M. Konner (1984), *The tangled wing. Biological constraints on the human spirit*, pp. 344 - 445, p. 386) baseert zich eveneens op dezelfde functie: het verwoorden van het Reële is een bemeesteringspoging van dit Reële. Dat dit hetzij vanuit een imaginair, hetzij vanuit een symbolisch perspectief mogelijk is, wordt pas denkbaar vanuit een lacaniaanse benadering.

101. P. Vandermeersch (1978), *Het gekke verlangen*, p. 73.

102. We komen daar straks op terug, in het hoofdstuk over aliënatie-separatie binnen de subjectwording.

103. J. Lacan (1969 - 70), *Le Séminaire, Livre XVII, L'envers de la psychanalyse*, p. 178.

rende meester moet innemen. Pinel had dit intuïtief door en als grondlegger doet hij slechts twee dingen: namen geven en morele behandeling uitoefenen; van theorie wil hij niet weten, dat belet alleen de dingen juist te zien, zegt hij. Men zou op basis daarvan gewag kunnen maken van een kloof tussen zijn nomenclatuur en zijn behandelingssysteem, want het noodzakelijke verband daartussen, de theorie, lijkt te ontbreken. Wel, niets is minder waar: de theorie is volmaakt overbodig, binnen het meesterdiscours volstaat naamgeving en zijn morele behandeling sluit daar perfect bij aan omdat ze de reeds geïnstalleerde sociale band versterkt. Vergeten we niet dat Pinel niet alleen de basislegger van de kliniek is, maar eveneens van de idee van de "chef de clinique". Dat dit noodzakelijkerwijze vervalt tot het universitair discours, levert ons dan het drama, niet van de theorie, maar wel van de individuele clinicus.

Op dit punt gekomen kan ik een ietwat absolute uitspraak formuleren over het klassieke drieluik diagnostiek — theorie — behandeling: de psychodiagnostiek is de klassieke psychiatrie, de theorie is de psychoanalyse en alles wat in of tegen haar voetspoor tot stand kwam, de praktijk is de doorverwijzing. Deze stelling is op het eerste zicht vreemd, ja, schokkend. Wie erop door denkt, zal evenwel al snel de toepassing ervan zien. De klassieke psychiatrie valt samen met de psychodiagnostiek omdat men decennia lang zorgvuldig observaties verzameld heeft op een manier die vandaag quasi onmogelijk lijkt. De theorie is de psychoanalyse geworden, in een achteraf beweging, omdat dit de eerste coherente conceptualisatie was over het psychisch functioneren van de mens. De psychoanalytische interpretaties van de psychiatrische entiteiten zijn dan ook legio. Voor wie hier wil wijzen op andere theorieën, willen wij benadrukken dat het ons telkens opnieuw opvalt, bij de lectuur van anders geïnspireerde klinische beschrijvingen, hoe veel en hoe vaak er analytische concepten gehanteerd worden. De psychoanalyse heeft dus zonder twijfel een weten geïnstalleerd, *alleen is dit weten op zich niet bruikbaar binnen het register van de kliniek voor zover men daar een meesterdiscours hanteert*.¹⁰⁴ De praktijk wordt de doorverwijzing, precies omwille van de mislukking van het meesterdiscours: men hoopt een andere meester te kunnen aanwijzen die 'het' wel zal kunnen.¹⁰⁵

Het is in de steeds mislukkende toepassing van het meesterdiscours dat het drama schuilt, niet zozeer voor de kliniek als meesterdiscours, maar wel voor de individuele clinicus als steeds onmogelijke incarnatie van de meesterfiguur. Daar ontmoeten

104. "Car user de la technique qu'il [Freud] a instituée, hors de l'expérience à laquelle elle s'applique, est aussi stupide que d'ahaner à la rame, quand le navire est sur le sable", J. Lacan, *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*, p. 583.

105. Een verder argument voor onze visie op het drieluik ligt in een bekende praktijkervaring: clinicus x voert een zorgvuldig psychodiagnostisch onderzoek uit van een patiënt, verwijst deze, samen met zijn uitvoerig verslag, door naar collega y voor behandeling, waarbij y het verslag naast zich neerlegt en als het ware 'herbegint'. Clinicus x was daarover in grote mate verontwaardigd tot wij hem ervan bewust maakten dat hetzelfde proces zich even goed in omgekeerde richting voordeed...

we de paradox: de installatie van de meesterbetekenaar, van de meester wordt gevraagd en is noodzakelijk; eens geïnstalleerd, maakt hij de functionering van de drie andere discours mogelijk, dit wil zeggen, maakt hij de afbreuk van het meesterdiscours mogelijk. Historisch gezien kunnen we hier Szasz en de anti-psichiatrie situeren. Een interne verdeeldheid wordt geëxterioriseerd, wat een herspelen ervan mogelijk maakt binnen een beveiligde context. De dupe daarvan wordt diegene die de meesterrol opgedrongen kreeg, zeker als hij of zij de fout beging er zelf in te geloven. Een explicitering van deze rol, of beter, van de implicaties van deze onmogelijke meesterfunctie, lijkt mij meer dan noodzakelijk, omdat daar waar dit niet gebeurt, het dupe-karakter onvermijdelijk wordt.

Op het vlak van het individu is dit vrij goed merkbaar: onze instellingen, zowel deze die intramuraal als deze die ambulante werken, worden gekenmerkt door wat ik de vlucht zou willen noemen. Men vlucht weg van de 'cliënt', dit wil zeggen, men vlucht weg van de positie die men gevraagd wordt in te nemen. Waar het vluchten niet kan, krijgen we het ondertussen genoegzaam bekende "burn-out syndroom". De vluchtrichting is dubbel: ofwel omhoog in de hiërarchie, waardoor men onbereikbaar en dus onaantastbaar wordt; ofwel in de illusoire veiligheid van de groep: zie dan de eindeloze teamvergaderingen en aanverwanten, waar men de onmogelijke positie probeert te handhaven door ze te verdelen over velen. Voor zover ook dit mislukt, krijgen we iets wat ik een symptoom wil noemen: de doorverwijzing. Alle dossiers met een geschiedenis puilen uit van doorverwijzingen. Dit kunnen we begrijpen als de noodzakelijke terugval van het meesterdiscours naar het universitair discours: daar waar de meesterpositie onhoudbaar blijkt, probeert men een andere meester te installeren, situatie die ik paradigmatisch wil noemen voor de behandeling, en die door het subject vaak genoeg gretig meegespeeld wordt.

Dit brengt ons bij het vlak van de conceptualisatie: het is eigenaardig dat men voor het funderen van de meesterpositie steeds verwijst naar dode meesters en dat men daarbij zorgvuldig vergeet dat deze bij leven, en meestal op het einde van hun carrière, vaak genoeg een conceptualisatie van de impasse brachten. Ik geef drie voorbeelden: Charcot wijst op het einde van zijn succesvolle in kaart brengen van de hysterie zijn eigen theorie af, gooit ze als het ware overboord en stelt alle hoop op de door Janet geïnaugureerde nieuwe benadering. Bleuler schrijft, eveneens op het einde van zijn carrière, een boekje met de titel *Autistic undisciplined thinking in medicine and how to overcome it*, waarin hij niet alleen zijn eigen conceptualisatie betreffende schizofrenie overboord zet, maar meteen ook de klinische praktijk als onmogelijk bestempelt. Als laatste in de rij nemen we Freud, die — eveneens naar het einde van zijn carrière toe — het "Regieren" en het "Edukieren" als twee onmogelijke beroepen bestempelt en daar ook het "Analysieren" aan toevoegt.¹⁰⁶

Betekent dit dat deze vorm van kliniek en psychodiagnostiek te verlaten is? Nee,

106. Voor Charcot, zie Pichot (1968), pp. 9 - 28; voor Bleuler, zie Szasz (1983), pp. 33 - 37; voor Freud, zie zijn artikel "Über die endliche und die unendliche Analyse" (1937c).

dit stellen komt neer op de fout van Szasz. Zowel qua instelling als inzake discours vervult dit een onvermijdelijke functie, waarbij men alle aandacht moet schenken aan de noodzakelijkheid van de door haar opnieuw geïnstalleerde sociale band.¹⁰⁷ Wanneer men daar géén aandacht voor heeft, en als het ware gelooft dat men die onmogelijke meesterpositie blijvend kan en moet innemen, op dat ogenblik verdwaalt men: "les non-dupes errent", zij die denken geen dupe te zullen zijn van die positie, die worden er het slachtoffer van.¹⁰⁸ Hier opent zich een ander register, dat van de ethiek.

Overgang naar een ethiek

Als besluit van ons eerste hoofdstuk zijn we tot de vaststelling gekomen dat de vraag naar het onderscheid tussen normaal en abnormaal zowel in de theorie als in de praktijk niet te beantwoorden valt, tenzij intuïtief en arbitrair. Ons tweede hoofdstuk toont de ondergrond daarvan: de epistemologie bevat een onvermogen dat structureel bepaald is en waardoor een oplossing binnen dit veld onmogelijk blijft. Vandaar een noodzakelijke overgang naar het veld van de ethiek, waar de dimensies van verlangen en waarheid centraal staan, te koppelen aan keuzes. Het criterium voor wetenschap, als symbolisch systeem, ligt binnen het inter-subjectieve, we kunnen slechts spreken over een hypothetisch realisme.¹⁰⁹ Bovendien is het object van de psi-wetenschap het subject van het symbolische, *zodat het slechts bestudeerd kan worden binnen dit symbolische*.

Een eerste conclusie die zich opdringt, is dat het onderscheid normaal-abnormaal slechts normatief-arbitrair kan gemaakt worden. Binnen een maatschappelijke context kennen deze normen een historische groei en worden zelfs vastgelegd, zij het dan binnen een juridisch kader. Abnormaliteit wordt hier synoniem van sociale deviatie, het eventueel sanctioneren ervan is in essentie een juridisch proces, waarvan de voornaamste functie de bescherming van derden is. Dat er binnen deze context beroep kan en moet gedaan worden op psi-specialisten, lijdt volgens ons geen twijfel. Hierbij getuigt de naïeve vraag naar de toerekeningsvatbaarheid

107. Het verwerpen van het meesterdiscours op zich getuigt eerder van een pubertaire reactie, te begrijpen vanuit het hysterisch discours, dan van een wetenschappelijke instelling. Vergeten we niet dat het meesterdiscours de noodzakelijke voorwaarde is voor de functionering van alle discours op zich.

108. Woordspeling van Lacan op dat wat het fundament van het meesterdiscours vormt: "le nom-du-père".

109. De idee komt van Campbell en Lorenz en kan als volgt verwoord: elk wezen leeft in een "Umwelt", waarbij het "Um" functie is van dat wezen, niet van de "Welt" op zich; elk wezen construeert dienovereenkomstig zijn wereldbeeld, constructie die berust op de specifieke kennisorganen, die evolutionair gegrond zijn, net zoals de wereld zelf. Binnen deze wederzijdse ontwikkeling zijn toetsingen en correcties legio, zodat dit op zich de constructieve basis vormt voor wat wetenschap is (K. Lorenz (1975), *De keerzijde van de spiegel. Over de evolutie van de menselijke kennis*, pp. 16 - 26).

andermaal van de onmogelijke vermenging van waarheid en weten. Freudiaans gezien is iedereen verantwoordelijk voor zijn daden, wat A. Mooij uitstekend verwoord heeft in zijn bespreking van de verhouding tussen psychiatrie en recht.¹¹⁰ Er zijn inderdaad ook ethische grenzen aan de waanzin. Dit neemt niet weg dat de door het gerecht geraadpleegde psi-deskundige een verklaring kan bieden voor het zogenaamde deviant gedrag vanuit de levensgeschiedenis. Deze verklaring mag evenwel niet verward worden met een goedpraten van, en dient vooral aangegrepen te worden voor eventuele remediatiepogingen. Dat repressie de minst aangewezen weg is, werd reeds aangetoond door M. Foucault in zijn *Surveiller et punir*. Op dat ogenblik begint het pleidooi voor een psychotherapie, die hier al te vaak met heropvoeding verward wordt.

Dit brengt ons bij de tweede conclusie. In tegenstelling tot het maatschappelijk-juridisch kader staat binnen het psychotherapeutisch bedrijf de vraag van het subject centraal, en ligt het enige criterium voor normaliteit-abnormaliteit bij het subject zelf. Waar er geen vraag is naar verandering, is er geen plaats voor psychotherapie. Dit is trouwens het meest typerende onderscheid met het maatschappelijk-normatieve: daar komt de vraag steeds van een derde partij. Dat de vraag naar verandering van het subject zelf komt, is overigens geen enkele garantie voor het ondubbelzinnig karakter van deze vraag, maar daar komen we later op terug.

Derde en laatste conclusie: bij de clinicus dienen de ethische keuzes *bewust* gemaakt te worden. Voor zover hij zich in het maatschappelijk veld inschrijft, is hij een heropvoeder die het doel van zijn interventie bepaalt in functie van de door hem onderschreven maatschappelijke normen. Diagnostiek wordt hier het meten van de afstand naar die beoogde normen, waarbij het achterhalen van de reden van die afstand een niet strikt noodzakelijk onderdeel daarvan kan zijn. Dat de daarbij aangewende technieken psychologisch zijn, is nog geen reden om dit psychotherapie te noemen. Dat men hierbij op de onmogelijkheid van het meesterdiscours zal botsen, is een feit: de door Freud vaak geciteerde almachtige "Keizer Jozef-therapie" is slechts voor weinigen weggelegd. Voor zover de clinicus zich binnen het psychotherapeutisch veld inschrijft, verlaat hij het meesterdiscours en staat er een ander subject centraal, dat zijn vraag naar hem gericht heeft. Het enige verlangen dat bij de analyticus een rol mag spelen tijdens zijn werk, is wat Lacan "le désir de l'analyste" genoemd heeft: "Je mènerai votre analyse jusqu'au bout".¹¹¹

Bewuste keuze schreven we. Dat in de praktijk deze keuzes wel degelijk gemaakt worden, maar steeds impliciet, en dat dit voor de meest verbazingwekkende paradoxen zorgt, mag blijken uit ons volgende deel.

110. A. Mooij (1988), *De psychische realiteit, Over psychiatrie als wetenschap*, pp. 150 - 163.

111. Titel van een voordracht van J. Lemoine-Luccioni, verwijzend naar een uitspraak van Lacan, gepubliceerd in "Actes de l'ECF" (congresverslagen).

III. SAVOIR-FAIRE VAN DE PRAKTIJK: DOXA ALS GEVOLG VAN ONMACHT EN ONMOGELIJKHEID.

Een allesomvattende theorie, geschraagd door een werkzame epistemologie, blijkt een illusie te zijn. Nochtans moet Candide verder zijn tuintje bewerken... De veldwerker heeft evenwel niet genoeg aan de arbeidsbevrediging op zich: hij wil zijn werk conceptueel onderstut zien, en schuimt de markt af op zoek naar opvattingen die zijn werk rechtvaardigen. De eeuwenoude 'oplossing' voor deze zoektocht werd reeds door Socrates aan de kaak gesteld: als de epistèmè mislukt, vervalt men naar het niveau van de doxa, moderner: paradigma. De functie van een omkaderend paradigma lijkt het sturen van het werk te zijn: afhankelijk van de gekozen theorie zal men op manier x of y interveniëren. Nochtans is het ons doorheen de jaren steeds meer gaan opvallen dat de meest uiteenlopende paradigma's niet noodzakelijkerwijze aanleiding geven tot even uiteenlopende praktijken. Méér nog, dat in een aantal gevallen de praktijk soms van een verregaande monotonie is, in tegenstelling tot de elkaar luidkeels afwijzende doxa's. We zullen straks zien hoe zelfs diametraal tegenover elkaar staande doxa's ultiem op hetzelfde neerkomen, wat hun verhouding ten opzichte van het subject betreft. Hun functie is in eerste instantie *niet* het sturen van de praktijk, maar veeleer het bieden van een in betekenaars gebracht en dus beveiligend kader voor de leden ervan, als antwoord op het steeds bedreigende Reële van de kliniek. Dat dit kader pas in tweede instantie effecten heeft op het klinisch handelen, en dat deze effecten niet zo gedifferentieerd zijn als men zou verwachten, dat tonen we straks aan.

Deze doxa-kaders kunnen zowel zeer ruim als beperkt zijn. De meer globale kaders bespreken we afzonderlijk, we beginnen met de eerder beperkte modellen, die in hun beperktheid ook het duidelijkst zichtbaar gemaakt kunnen worden, met name: de Beste Voorbeelden, de Modieuze Eenakters en de Schuldzoekende Drama's. Voor alle duidelijkheid kunnen we nu reeds vermelden dat in de praktijk de drie heel vaak door elkaar lopen. Zo zal elke Modieuze Eenakter ook een Schuldzoekend aspect vertonen, en een Beste Voorbeeld is altijd leuk meegenomen.

De Beste Voorbeelden-paradigma's zijn die beroemde, zoniet beruchte gevalsstudies die binnen bepaalde kringen om de haverklap geciteerd worden. Wanneer men zich even de geschiedenis voor de geest roept, dan zal men al vlug tot de vaststelling komen dat alle klinische "grotten" één of enkele patiënt(en)-vedette(s) hebben: voor Charcot was dat Blanche Wittman, voor Janet waren het Madeleine en Nadia, voor Flournoy was het Héléne Smith, voor Jung Helene Preiswerk, bij

Binswanger was het Ellen West, voor het Kingsley Hall therapeutencollectief was het Mary Barnes, enz., de rij is eindeloos, waarbij we als laatste Freuds vijf gevalstudies vernoemen.¹¹² Overigens is het een publiek geheim dat de voornaamste patiënt van elk van deze grote figuren hun eigen persoon was. Het Beste, of in ieder geval Eerste Voorbeeld daarvan vinden we bij Robert Burton, met zijn eigen *Anatomy of Melancholy* (1621). Zelfs Pavlov komt pas tot de studie van de psychiatrie na een zogenaamde 'hartneurose'.¹¹³ Freuds vertrekpunt is dat van elke student in de menswetenschappen die in eerste instantie *zichzelf* terugzoekt in de voorgeschotelde theorieën, en zich daar natuurlijk niet of nauwelijks in terugvindt. Wat zijn leermeesters ook vertelden, wat de boeken ook mochten bevatten, hij, Freud, met zijn fobische treinperikelen en hypochondrisch ogende klachten, kon zich daar niet in herkennen. Het enige wat hem restte, was zelf op zoek te gaan naar het subject Sigmund, en dat zijn patiënten hem daarbij behulpzaam waren, dat weet eenieder die een klinische praktijk voert. Aldus krijgen we vanaf de *Studien*, over *Die Traumdeutung* tot de *Zur Psychopathologie des Alltagslebens* het relaas van een ontdekkingsreis in het continent dat Sigmund Freud heet. Dat Freud en een aantal andere grote figuren dit vertrekpunt konden overstijgen en tot een theorie uitbouwen, maakt hen precies groot. Ellenberger spreekt over "creative illness" en maakt de onvermijdelijke vergelijking met de sjamaan.¹¹⁴

In de heroïsche geschiedschrijvingen ziet men dit aspect liever over het hoofd en worden we het beeld voorgeschoteld van de eenzame zwoegers die vrouw en kind verwaarlozen om tegen een hongerloon grootse theorieën tot ontwikkeling te brengen, en hierbij een aantal onvergetelijke standaardvoorbeelden produceren.¹¹⁵ Het paradigmatisch effect daarvan is de wijze waarop de tweede generatie, die van de leerlingen, er niet in slaagt zelf gevalstudies te produceren en steeds terugkeert op deze van de meester, die nu de naam van "klassiekers" dragen. Zo is het bijvoorbeeld vrij moeilijk een psychoanalytische studie over of klinische demonstratie met een psychotische patiënt te vinden waarin *niet* om de haverklap de vergelijking

112. Zie H. Ellenberger (1970), *The Discovery of the Unconscious*, pp. 891 - 893, en J.-Cl. Maleval (1984), *Les psychothérapies des hystéries crépusculaires*, p. 112.

113. H. Ellenberger (1970), *The Discovery of the Unconscious*, p. 850.

114. *Ibidem*, pp. 888 - 891 en *passim*.

115. "Standaard" volgens van Dale: "5. wettig exemplaar van een eenheid van maat of gewicht, dat als blijvend model voor de wettelijke voorgeschreven grootte der eenheid wordt bewaard; 6. vaststaand erkend voorbeeld of model; (...) 9. bepaald peil van voortreffelijkheid, bepaalde graad van hoedanigheid beschouwd als doel of als maat. (...)"

Het mag dan ook geen toeval heten, in het licht van de heroïsche geschiedschrijving, dat de Engelse *Standard* Editie van Freuds oeuvre uitblinkt in de desubjectivering daarvan, waarmee we bedoelen dat Freuds colloquiaal taalgebruik tot een technisch-onpersoonlijk jargon gebracht werd ("Besetzung" wordt cathexis, "Anlehnung" wordt anaclitisch, enz.; "The biggest shortcoming of the translations is that, through their use of abstractions, they make it easy for the reader to distance himself from what Freud sought to teach about the inner life of man and of the reader himself. Psychoanalysis becomes in English translation something that refers and applies to others as a system of intellectual constructs", B. Bettelheim (1983), *Freud and man's soul*, p. 6 en *passim*).

met Schreber gemaakt wordt. Het lijkt wel alsof elke hedendaagse psychoticus zich moet modelleren naar de welhaast perfecte Schreber-moulure, die hier als een klinisch bed van Procrustes functioneert. Waar deze gevalstudies in origine vernieuwende conceptuele en pragmatische inzichten brachten, worden ze nu de ijkgewichten die elke verandering beletten.

Bij de Modieuze Eenacters gaat men uit van de stelling dat eenvoud het kenmerk van de waarheid is, in die zin dat vanuit één bepaalde etiologische agens ongeveer alles verklaard wordt. Bij Ph. Treffers roept dit het Reizend Circus op. We laten hem aan het woord: "Tientallen kringavonden, symposia en werkwinkels werden in die jaren georganiseerd, (...) Er zijn tal van andere reizende circussen, waarbij men de namen van de belangrijkste acrobaten en andere attracties gemakkelijk kan invullen: het inmiddels failliete Reizend MBD Circus, een Reizend Circus Voor Het Hele Gezin, een Reizend Circus Voor Lichaamstaal (wegens succes geprolongerd), en een Reizend Autisme Circus. Onlangs werd ik geconfronteerd met het Reizend Incest Circus".¹¹⁶

Deze beperkte verklaringskaders volgen elkaar vrij snel op, en lijken, naast hun mislukking, slechts één gemeenschappelijk punt te bevatten: het aanvankelijk enthousiasme bij de adepten ervan, dat vaak genoeg de vorm van bekeringsijver aanneemt. Zo kregen wij ooit de vraag van een verontruste arts "of het nu werkelijk zo was dat *alles* verklaard en opgelost kon worden met hyperventilatie?". Er is evenwel een ander, belangrijker gemeenschappelijk punt: de oorzaak, etiologie wordt steeds op een beschuldigende manier buiten het subject gelegd, bij zogenaamde "derden". Ofwel zijn het de ouders die hun taak niet naar behoren volbracht hebben, ofwel is het machientje defect, en gaat men de somatische toer op. Dit is nog meer het geval bij de Schuldzoekende Drama's, waar dit kenmerk voorop staat.

Het voornaamste verschil met de Modieuze Eenacters is de veel grotere reikwijdte van de Schuldzoekende Drama's, die steeds appel doen op het bij elk van ons aanwezige schuldgevoel ("Use every man after his desert, and who shall scape whipping?")¹¹⁷ en dit handig kanaliseren naar grotere, naamloze entiteiten. Een eerste voorbeeld hiervan betreft de verslavingsproblematiek bij jongeren: op een tijdsspanne van drie decennia hebben we vier verklaringsmodellen gehad die telkens furore gemaakt hebben. Zo werd in de zestiger jaren druggebruik verklaard als een uiting van jeugdprotest tegen een autoritaire maatschappij; in de nasleep van het bankroet van mei '68 werd dezelfde verslavingsproblematiek evenwel verklaard door een bij de jongeren verondersteld algemeen gevoel van verslagenheid en afstand tot dezelfde maatschappij. Vanaf de zeventiger jaren daarentegen zou druggebruik voornamelijk een uiting zijn van een tot op de spits gedreven consumptiemaatschappij met een teveel aan welzijn en mogelijkheden; alleen wist men geen

116. Ph. Treffers (1988), *Reizend Circus*, pp. 565 - 557.

117. W. Shakespeare, *Hamlet*, Act II, scene 2.

raad met de even grote verslavingsproblematiek in onderontwikkelde en armoedige milieus. Men ging het vervolgens zoeken in het losser worden van de familiebanden: de stortvloed van echtscheidingen en open huwelijken zou een destabiliserende factor zijn voor de jongeren. Terzelfder tijd ontdekte men drugepidemies bij jongeren uit starre economische en stabiele familiestructuren, zodat ook deze kadertheorie in duigen viel. In de tachtiger jaren wordt het ei van Columbus de werkloosheid en economische onzekerheid, totdat men moest vaststellen dat druggebruik schering en inslag was in bepaalde hooggespecialiseerde professionele milieus.¹¹⁸ Als besluit roept dit bij ons het beeld op van de vermoeide welzijnswerker die na zijn laatste bijscholingsprogramma ("Remotivatie van werkloze verslaafde jongeren") de blik wanhopig ten hemel richt, en vervolgens het eerste café op zijn terugweg binnensloft.

Het tweede voorbeeld ligt in dezelfde, zij het iets ruimere lijn: afwijkend gedrag bij jongeren. Walgrave schetst ons de common sense opvatting die een aantal jaren terug de kadertheorie opleverde. "Onze samenleving is sterk op economische welvaart gericht en is aldus te concurrentieel en te materialistisch geworden. Een aantal mensen kunnen in de dagelijkse harde strijd niet meer volgen (...) Aldus ontstaat een groep mensen die zich aan de rand van de normale samenleving bevinden (...) Die gezinnen leven onregelmatig, de kinderen worden verwaarloosd. In een dergelijke situatie is het normaal dat de jongeren zich ook niet kunnen aanpassen aan de eisen van de samenleving. Zij blijven psychologisch onrijp, hebben een tekort aan psychologische inhibities; zij presteren slecht op school, blijven werkloos. (...) Het dominante beeld over de jeugdbescherming sluit daar onmiddellijk op aan: de maatschappij moet zich tegen dergelijk gedrag beschermen, maar mag deze jongeren niet als schuldigen bejegenen. Zij zijn immers het slachtoffer van de omstandigheden waarin zij leven."¹¹⁹ Onmiddellijk na deze o zo begrijpelijke schets komt de kouwe douche: op amper één bladzijde maakt de auteur brandhout van deze opvattingen. In de lijn van de door hem geciteerde Porterfieldstudie en de daarbij aansluitende "dark number"-onderzoeken, blijkt immers dat deze kadertheorie ons niet zozeer de etiologie van afwijkend gedrag levert, dan wel de selectiecriteria van de gerechtelijke instanties¹²⁰, die nauwelijks 15 % van het

118. Deze opsomming halen we uit: G. di Gennaro (1987), *Het afwijzen van de drugcultuur*, pp. 10 -14.

119. L. Walgrave, *Afwijkend gedrag bij jongeren*, in *Welzijnszorg*, Deel I, Antwerpen, Van Loghum Slaterus, 1979, I(B), pp. 2 - 3.

120. Overigens zijn wij ervan overtuigd dat, mutatis mutandis, identiek dezelfde redenering van toepassing is op de populatie die de residentiële psychiatrische setting bevolkt. Morels degeneratieconcept mag dan verdacht geworden zijn, als idee is het zeker niet verdwenen, eerder omzwachteld hervertaald. Uit een studie van Giel et al. over het verband tussen sociale klasse en psychische stoornissen blijkt dat er ook voor schizofrenie eerder sprake is van een sociale *selectie* dan wel van sociale *causatie* (R. Giel et al. (1987), *Sociale klasse en psychische stoornissen: een Hollands drama ?*, pp. 129 - 146).

geschatte totaal opleveren...¹²¹

Dat deze twee voorbeelden beide in de kritisch-maatschappelijke sfeer liggen, zal de lezer wel opgevallen zijn. Dit aspect — beschuldiging en verontschuldiging — lijkt op het eerste zicht verklaarbaar omdat de behandelde themata bijna steeds jongeren betreffen. We zullen zien dat het dit perspectief ruim overstijgt, en dat de schuldvraag de kern uitmaakt van de meer globale paradigmata. Voorlopig beperken we ons tot de volgende commentaar die we ooit ergens lazen, en die als prozaïsche variante op het Shakespeariaanse "There are more things between heaven and earth than is dreamt of in your philosophy" kan opgevat: "De wereld is niet alleen complexer dan je denkt, de wereld is bovendien complexer dan dat je *kunt* denken". De therapeut die tijdens de preliminaire gesprekken denkt te *ontdekken*, doet meestal niets anders dan *bevestigen*. Hij/zij bevestigt wat hij/zij voorgeschoteld kreeg. Voor het eigenlijke ontdekken moet men de platgetreden en veilige doxapaden verlaten en zelf een weg banen.

Naast en doorheen deze beperkte en beperkende denkkadertjes kunnen er grote lijnen gevonden worden. De omvang ervan belet evenwel niet dat ze formeel aan dezelfde kenmerken van een doxa beantwoorden, kenmerken die we kort als volgt kunnen samenvatten: blindmakend voor wat buiten het kader ligt, dwingend zien voor wat er binnen ligt, mét een triggereffect ("zie je wel!"), en op de koop toe reïficerend.¹²² Naast deze kenmerken is er evenwel een andere, veel belangrijker overeenkomst: deze doxa's kunnen telkens opnieuw bestudeerd worden als zijnde concretisaties van het universitair discours, als terugval van het meesterdiscours. De kracht van de discoursbenadering ligt hier in haar voorspellende waarde: hoe verschillend de doxa's inhoudelijk ook mogen zijn, formeel zullen ze dezelfde sociale band installeren, met dezelfde verhoudingen van onmacht en onmogelijkheid. Het is dit wat ons het meest interesseert.

121. Dé etiologische vraag die hier gesteld moet worden, is derhalve een omkering van de klassieke. De vraag die Walgrave terecht stelt, wordt nu: "Waarom is x % van de jongeren delinquent *gebleven*, en de rest niet?". Dezelfde omkering vinden we, mutatis mutandis, in de studie van de perversie. A. Moll was de eerste om zowel de degeneratie- als de traumatische accident-hypothese te verwerpen (F. Sulloway (1979), pp. 303 - 305). Dergelijke antecedenten zijn van een verregaande banaliteit in elke kindertijd, zodat ook hier de vraag wordt waarom een bepaald individu *pervert blijft* en een ander zich normaliseert — en daarop kan men met Freuds theorie antwoorden.

122. Een voor ons onvergetelijke illustratie hiervan is die van de ajuinrok en de merelkloot. Elke kandidatuurstudent die een practicum biologie ondergaat, krijgt tijdens het eerste uur een geduldige uitleg waarop met grote panelen duidelijk gemaakt wordt hoe een coupure van de ajuinrok en de merelkloot er straks zullen uitzien onder de microscoop. Volgt dan het wonderbaarlijkste moment waarop de jonge wetenschapper-in-spe zich over het toverinstrument buigt en met halfdicht geknepen ogen een voorheen onvermoede wereld tot leven meent te zien komen. Wij hadden het geluk een boosaardige werkleider mee te maken die een honderdtal studenten ervan wist te overtuigen dat ze "het" zagen zonder dat de o zo noodzakelijke verlichting onder het preparaat ingeschakeld was...

3.1. Het anatomo-pathologisch paradigma of de positief-wetenschappelijke wensdroom

Het reductionisme tot een positief-wetenschappelijk model, zoals we dit bij Szasz ontmoet hebben, lijkt te beantwoorden aan het ideaal van de moderne 'harde' wetenschappen. Eigenlijk liggen de zaken precies omgekeerd: dit model is eeuwenoud en werd door de recente wetenschappelijke ontwikkelingen verlaten. Het is eeuwenoud omdat het van start gaat bij de opsplitsing die we reeds bij Aristoteles aantreffen en omdat het beantwoordt aan het atomistisch model van Democritos en het mechanistisch denken van Descartes en Newton. Het werd verlaten vanaf de eeuwwisseling, op het ogenblik dat de basis ervan ondergraven werd door de quantummechanica. We kunnen deze in essentie filosofie-geschiedenis hier niet uitvoerig bespreken, zodat een korte situering zal moeten volstaan.

Van dualisme...

Het vertrekpunt van het reductionistisch materialisme kan bij Democritos gesitueerd worden, met als fundamentele stelling dat zowel het ontologische als het actuele, kortom, dat alles kan gereduceerd worden tot de fundamentele samenstellende partikels. Bij Descartes en Newton vinden we het accent op de mechanica, waarvan de wetten 'alles' zouden verklaren. Bij Descartes lezen we in zijn *Discours de la methode* dat de wetten van de mechanica dezelfde zijn als deze die de natuur beheersen. Bij Newton wordt dit het "biljartbal-universum". De expliciete toepassing op de mens vinden we bij De La Mettrie met *L'Homme-machine*. Ondertussen hadden we sinds Aristoteles een splitsing gekregen tussen ziel en lichaam, waaraan de Middeleeuwse herinterpretatie nog een hiërarchie zal toevoegen: de geest is het hoogste goed, het vlees is zwak en vergankelijk, ondergeschikt aan de eeuwige ziel. Deze filosofische achtergronden zullen er de oorzaak van vormen dat in het denken, en daaraan gekoppeld, in de opleiding, een opsplitsing gemaakt wordt: het lichaam is voor de geneesheren, de ziel voor de zieleherders — mutatis mutandis de psyche voor de psychologen. De accentverlegging, sedert de Renaissance, van het religieus-geestelijke naar het profaan-materiële zal ervoor zorgen dat het verguisde lichaam in het centrum van de wetenschappelijke belangstelling komt, steeds binnen dit materialistisch-mechanisch denken en mét de genoemde opsplitsing geest-lichaam.

Toegepast op ons onderwerp, psychopathologie en psychodiagnostiek, vinden we dezelfde ideeën reeds zeer snel terug.¹²³ We kunnen hier Condillac plaatsen met

123. De historische gegevens voor wat volgt, hebben wij onder andere ontleend aan de volgende overzichtswerken: H. Ellenberger (1970), *The Discovery of the Unconscious, The history and evolution of dynamic psychiatry*; P. Bercherie (1980), *Les fondements de la clinique, Histoire et structure du savoir psychiatrique*, pp. 1 - 307; H. Beauchesne (1986), *Histoire de la psychopatholo-*

het materialisme uit de achttiende eeuw, waarvan het latere positivisme een uitloper vormt. Prototypisch voor Condillac is zijn idee over "la statue". Hij vertrekt van een fictief menselijk standbeeld dat eerst van één zintuig voorzien wordt, met als gevolg aandacht voor één perceptie. Wanneer het standbeeld een tweede zintuig, een tweede waarneming krijgt, ontstaan er andere functies: geheugen voor wat de eerste waarneming betreft, een vergelijking tussen de eerste en de tweede, een oordeelsvorming met een reflectie, een verbeelding die in staat is het niet meer zichtbare object aanwezig te stellen, verbeelding die gedirigeerd wordt door het verlangen. Dit zijn de zogenaamde menselijke faculteiten, die voor Condillac telkens neerkomen op getransformeerde percepties, met accent op het lichaam als materieel medium. Het zijn deze "faculteiten" die we later in de vermogenspsychologie zullen terugvinden. De daarop gebaseerde wetenschappelijke methode kan als volgt omschreven: wetenschap is een geestesactiviteit die steeds van start gaat bij de observatie van fenomenen, d.i. de sensatie, met als doel het aanbrengen van een systematische orde in die observatie via het vergelijken, onderscheiden en klasseren van de elementen al naargelang hun overeenkomsten en verschillen. Anders gezegd: decompositie en recompositie gebaseerd op observatie. Het geheel wordt georkestreerd door de taal, vandaar Condillacs beroemde uitspraak: "Une science parfaite serait une langue bien faite". Het doordenken daarvan voor de psychodiagnostiek levert ons het ideaal op van een perfect sluitend nosologisch systeem van benamingen.

Benadrukt dient dat deze benadering vooreerst dualistisch was, waarbij psyche en soma een evenwaardige plaats innemen. Dit vinden we bijvoorbeeld een halve eeuw later nog steeds bij Leuret wanneer deze in zijn *Fragments psychologiques sur la folie* (1834) de hallucinaties ordent in twee categorieën: 1. De psychische hallucinaties, zonder het sensoriele, maar wel met een xenopathisch karakter, d.w.z. 'subjectvreemd'. De normale variant daarvan vinden we in de zogenaamde inspiratie, die eveneens van buiten het subject lijkt te komen en niet sensorieel hoeft te zijn, zie dan de 'muzen'. 2. De psychosensoriele hallucinatie, gelijkend op de eerste, zij het wél met een sensorieel karakter. Dit laatste wordt verklaard door te wijzen op een perceptueel-neurologische factor die hier een rol zou spelen. De twee staan duidelijk in juxtapositie, en dit in de dualistische denklijn van Pinel en Esquirol: bepaalde psychopathologische afwijkingen zijn het gevolg van duidelijk waarneembare, somatische aandoeningen, e.g. de idiotie; daartegenover heeft de "folie" in haar zuivere vorm géén lesionele basis en kan ze beschreven worden als een onbekende functionele wijziging van het psychisch apparaat.

...over de oppositie tussen anatomisten en functionalisten...

Dit dualisme wordt geleidelijk verlaten vanaf het einde van de achttiende eeuw, vooreerst met de frenologie van Gall, beter bekend als de hersenknobbeltheorie. Als neuro-anatoom ontdekte hij het onderscheid tussen de grijze en de witte materie in de hersenen. Daarop verder bouwend ontwikkelde hij een speculatieve theorie over de lokalisaties van de mentale faculteiten in de cortex, en dit in de overtuiging van een kwantitatief proportionele overeenkomst: hoe groter een bepaalde hersenregio, des te belangrijker de daar te situeren faculteit bij die bepaalde persoon. Dit is de theorie over de zogenaamde "hersenknobbels", waarbij elke psychische functie een topografisch aanduidbaar hersengedeelte in beslag zou nemen. Aldus lokaliseerden Gall en zijn volgelingen een vijfendertigtal faculteiten in even zovele, corresponderende "knobbels", gaande van poëtisch talent over de wiskundeknobbel tot de knobbel voor het graag ruzie maken. Deze theorie kende een enorm succes en blijft tot vandaag bewaard in het taalgebruik ("een knobbel hebben voor..."), wat niet belette dat zijn "frenologie" officieel veroordeeld werd in 1802 door de Oostenrijkse regering (om wille van de zogenaamde anti-religieuze inhoud) en hij verplicht werd het land te verlaten.¹²⁴ Het succes van zijn opvatting had o.a. te maken met het feit dat er op deze manier een materieel substraat scheen gevonden te zijn voor een toen nog furore makende nosologische categorie van Esquirol: de monomanie. De diverse monomanieën, zijnde partiële aandoeningen waarbij slechts één faculteit getroffen was, zouden corresponderen met de eventueel nog te ontdekken knobbels. Eén en ander sloot prachtig bij elkaar aan, zodat het succes quasi onvermijdelijk was.

Vanaf de theorie van Gall ontstaan er twee benaderingswijzen van de psychopathologie: de anatomisten versus de functionalisten. De anatomisten volgen de lijn van de frenologie en prediken een monisme: elke mentale aliënatie veronderstelt een specifieke cerebrale oorzaak die opgespoord dient te worden. De morele etiologie en behandeling à la Pinel wordt door hen overboord gegooid als "verouderd". De functionalisten zijn sceptischer en houden er een dualistische redenering op na in de lijn van Pinel en Esquirol: de cerebrale lesies zijn in veel gevallen ofwel onvindbaar, ofwel kan het verband met de psychopathologie niet aangetoond worden. Zij ontkennen niet dat het lichamelijke een rol speelt, maar weigeren daar de exclusief causale factor in te leggen: de oorzaak van de psychopathologie ligt buiten het lichaam, maar heeft wel effecten op de functies van dit lichaam — vandaar de benaming: functionalisme, functionele stoornissen.

Na Gall zal de tegenstelling tussen anatomisten en functionalisten een neerslag krijgen via de theorie van Georget. Met deze figuur komt er een opsplitsing tot stand die tot vandaag de kliniek dirigeert. Hij maakt in *De la folie* (1820) een

124. B.G. Deelman (1986), *Ontwikkelingen in de klinische neuropsychologie. Lessen uit de frenologie ?*, pp. 134 - 157.

onderscheid tussen: 1. mentale afwijkingen die slechts een symptoom zijn van een gekende organische aandoening, de causale factor ligt in het lichaam. Nosologisch gezien plaatst hij hier de "acute waan", zijnde slechts het symptoom van een gekende organische aandoening. Tot deze categorie behoren bijvoorbeeld de koortsdelieren, de hersenbeschadigingen en de intoxicatiepsychosen. 2. De eigenlijke "folie", zijnde een idiopathische aandoening waarvan de eigenlijke oorzaak niet gekend is en die zich uit onder de vorm van zuiver functionele storingen. De oorzaak valt te zoeken in het veld van het morele, de symptomen zijn psychisch van aard, wat niet betekent dat ze geen impact hebben op het lichaam. Bovendien — en dit is nieuw — introduceert Georget de idee van het evolutieve aspect van deze aandoeningen, zodat we hier de basis kunnen leggen van wat later het "dynamische" gezichtspunt zal genoemd worden.

Deze opsplitsing vormt de aanloop naar het latere onderscheid tussen de neurologie en de psychiatrie, wat recentelijk een bijkomende vormgeving kreeg met het onderscheid tussen neuropsychologie en klinische psychologie. Hier kunnen we ook een andere, moderne oppositie plaatsen: de eerste groep richt zich eerder op de ziekte, de tweede veeleer op de zieke.

Dit betekent dat het oorspronkelijk naast en door elkaar bestaan van de twee opvattingen nu vervangen wordt door het met elkaar in oppositie treden van de "anatomisten" tegenover de "functionalisten". De balans zal met een flinke klap doorslaan naar de anatomische kant op het ogenblik dat een bepaalde ontdekking ingang vindt. Op dat moment wordt de anatomo-pathologie de nieuwe Verlichting van het nosologisch denken. We bedoelen de ontdekking van Bayle, met name de *dementia paralytica*.

...naar het anatomo-pathologisch paradigma

Zijn ontdekking dateert van 1822, d.w.z. quasi gelijktijdig met de theorie van Georget. Het effect ervan komt evenwel slechts twintig jaar later, en zal onder invloed van Kraepelin het huidige nosologisch en diagnostisch denken blijvend kleuren.

Het effect van deze ontdekking wordt duidelijk binnen de historische context. Het verschijnsel van de "paralysie générale" op zich was reeds bekend voor Bayle en het werd beschouwd als een symptoom, een complicatie die in het terminale stadium van *verschillende* geestesziekten kon optreden. Precies deze stelling zal door Bayle omgekeerd worden: de "paralysie générale" wordt veroorzaakt door één organische factor, is één ziekte die een evolutie kent doorheen verschillende stadia. De nosologie leek in een klap een stuk vereenvoudigd: minstens drie verschillende ziektebeelden werden teruggevoerd naar één geheel, waarvan ze slechts evolutieve stadia waren, en het vroeger her en der optredende symptoom "paralysie générale" werd een unitair beeld waarvan de organische causaliteit bewezen was.

Kort geschetst komen Bayles ontdekkingen op het volgende neer:

1. De "paralysie générale" wordt veroorzaakt door een chronische hersenvliesont-

steking (meningitis van de arachnoïdea).

2. Deze ontsteking declencheert een psychopathologie die meestal drie fasen doorloopt, gespreid over verscheidene jaren:

- waan met exaltatie (soms depressie)
- waan met manie, megalomanie, furor, agitatie, logorrhoe
- waan met aftakeling, amnesie, dementia.

Op de waarde van deze beschrijving komen we straks terug. Bayle zal zijn ontdekking als prototype voor het volledige psychopathologische veld propageren: elke psychopathologische verstoring is slechts een symptoom van een onderliggend anatomo-pathologisch proces. Deze idee zal vanaf 1850 overal ingang vinden, het onderzoek van de psychosen bij chronisch alcoholisme, van de epilepsie en van de... histerie zal gericht zijn op de te ontdekken organische basis. De "paralysie générale", bij ons beter bekend als dementia paralytica wordt hét verlamdende boegbeeld voor een generatie vorsers, van wie Kraepelin het orgelpunt zal vormen. Het is ook met deze ontdekking dat de balans kantelt en dat de etiologische redeneringen exclusief op het organische gericht worden: elke psychopathologie is organisch gegrond en organisch behandelbaar. De anatomo-pathologie is een feit. Het paradigma, dat zich overigens over de totale geneeskunde zal uitstrekken, wordt de "Cellularpathologie" van Virchow (1858), en zal binnen het veld van de geneeskunde voor enorme vooruitgang zorgen.

Wat nu de waarde van deze ontdekking betreft voor de psychopathologie, daar dienen we een genuanceerd standpunt in te nemen: we moeten een onderscheid maken tussen de waarde van de ontdekking op zich en de idealiserende veralgemening ervan die daarna gekomen is. De thesis van Bayle werd verder onderzocht, zodat Fournier in 1879 het verband met een syfilitische etiologie kon aantonen, waarna in 1905 Schaudinn *treponema pallidum* ontdekte in de besmette geslachtsorganen. In 1913 kon Noguchi de aanwezigheid van *treponema* in de hersenen van dementia paralytica-lijders aantonen. De behandelingsstrategieën werden bekroond met de ontdekking van de penicilline-toepasbaarheid door Mahoney (1943), zodat de dementia paralytica nu tot de eerder zeldzame verschijnselen behoort. Tot daar de ontdekkingen, die op zich revolutionair waren en zijn.

Wanneer we de idealisatie ervan bekijken, wordt het boegbeeld-aspect minder eenvormig. Dementia paralytica zou bij uitstek het paradigma vormen van de later door Kraepelin ontwikkelde idee van ziekte-eenheid: de psychopathologie moet streven naar het onderscheiden van syndromen die eenzelfde oorzaak hebben, eenzelfde lichamelijk en psychisch toestandsbeeld vertonen, eenzelfde verloop kennen, beeld dat voor elke aandoening zou moeten gevonden worden, enz.

Helaas is deze idee van "ziekte-eenheid" zelfs bij de dementia paralytica eerder een vrome wens dan een realiteit, iets wat men doorheen de idealisatie nogal eens pleegt te vergeten. Ondanks de duidelijke organiciteit ontbreekt de eenvormigheid, zodat de diagnostiek ook hier niet één-éénduidig kan zijn. Bijvoorbeeld: slechts een heel beperkt aantal syfilislijders ontwikkelt een dementia paralytica, zodat het organisch-causale herdacht dient te worden. De lange tijd gekoesterde idee dat er twee virussen in het spel zouden zijn, waarbij slechts één van de twee de dementia

paralytica veroorzaakte, werd nooit bewezen en uiteindelijk opgegeven.¹²⁵ Bijvoorbeeld: het klinische evolutiebeeld kan zeer verschillende vormen aannemen wat de psychopathologie betreft — in elk handboek vindt men verschillende indelingen, waarbij bovendien meestal "zeldzame", "atypische" vormen vermeld worden. Bijvoorbeeld: de voor de eeuwwisseling meest optredende verschijningsvorm — de megalomanie, lijkt na de Eerste Wereldoorlog vervangen te zijn door een eenvoudige demente vorm, verschuiving waarin een clinicus als Rümke een effect van de tijdgeest herkent, wat dan helemaal niet meer strookt met een louter organische bepaaldheid.¹²⁶ Deze moeilijkheden zijn even zovele argumenten tegen een uitsluitend organische benadering. Wij durven dan ook besluiten dat men met Bayle de organische kant van een bepaalde aandoening ontdekt heeft, maar dat de opsplitsing organisch-psychisch, en — in het geval van de "paralysie générale" — de uitsluiting van het psychische, onvermijdelijk tot de klassieke impasses van de artificiële dichotomie psyche-soma voert, zodat wij slechts kunnen pleiten om voorbij deze dichotomie te leren denken.¹²⁷ De door Kraepelin verhoopte één-éénduidigheid tussen organische etiologie en psychopathologie is een illusie, zodat P. Nijs in 1987 tot een aan Kraepelin omgekeerde uitspraak kon komen: "Typisch voor psychiatrische stoornissen, door lichamelijke factoren verwekt, is dat ze atypisch zijn".¹²⁸

Ondanks de moeilijkheden bij de toepassing van het "ziekte-eenheidsidee" werd de dementia paralytica toch het dwingende voorbeeld, hét paradigma. Dit had als gevolg dat de tweede helft van de 19de eeuw zich richtte op het zoeken naar het anatomisch substraat van elke psychopathologie, en dan vooral wat de epilepsie, het chronisch alcoholisme en de hysterie betrof. Speciaal deze laatste zal het breukvlak worden: de mislukking van de anatomo-pathologie bij de hysterie — zie Charcot — zal met Freud de *psychotherapie* en de *psychodiagnostiek* inluiden. Vanaf deze periode krijgen we een afzwakking van het anatomo-pathologisch idee, en ontstaat er terug aandacht voor ruimere visies die hun vertrekpunt vonden bij Freud, met als centraal thema de interactie tussen mens en omgeving.

Dit neemt niet weg dat de idee van een organische bepaaldheid op de achtergrond steeds blijft meespelen. De kracht van dit ideaal werd nog versterkt door het verdwijnen van de klinische ervaring met dementia paralytica: door de succesvolle behandeling is deze quasi verdwenen, zodat menig clinicus in opleiding de hoger opgesomde restricties op de louter organisch-causale factor niet eens meer kent. De

125. H. Ey et al. (1970), *Manuel de psychiatrie*, (4me éd.), pp. 835 - 836.

126. H.C. Rümke (1971), *Psychiatrie, II De Psychosen*, p. 78.

127. Dit pleidooi wordt reeds lang gehouden, zonder al te veel resultaten. De reden voor het gebrek aan resultaat ligt in het ontbreken van concepten om zogenaamd "holistisch" te denken: onze woordenschat in dit verband verplicht ons telkens opnieuw om in termen van splitsing te denken (prachtige bevestiging van de Sapir-Whorf hypothese). Zelfs de zogenaamde psychosomatiek vormt slechts een bevestiging van het probleem waarvoor ze een oplossing moest zijn: andermaal redeneert men er in termen van wisselwerking tussen twee onderscheiden zaken.

128. P. Nijs (1987), *Redactioneel*, pp. 547 - 549.

Kraepeliniaanse idee zal terug wakker gemaakt worden op grond van een toevallige farmacologische ontdekking van de neuroleptica-voorlopers in 1950. Als chemische substanties in staat zijn een min of meer 'normaliserende' invloed uit te oefenen op pathologisch gedrag, dan zal de oorzaak, de etiologie ook wel op biochemisch vlak liggen, zo redeneert men.¹²⁹

De verborgen moraal in het verhaal

Wanneer we spreken over de dementia paralytica als zijnde een 'ideaal', dan brengt dit voor ons drie implicaties met zich mee. Ten eerste, dat voorbij deze ogenschijnlijk louter wetenschappelijke discussie over het al dan niet organisch bepaald zijn van psychopathologie, een bepaalde wetenschapsopvatting een rol speelt. Ten tweede, dat het gevolg van deze opvatting niets minder is dan de uitsluiting van het subject. Ten derde, dat deze ogenschijnlijk objectieve benadering fundamenteel moreel-ethisch gekleurd is.

De wetenschapsopvatting is het positief-wetenschappelijk, scientistisch paradigma. De specifiek voor ons vakgebied daaruit voortvloeiende overtuiging kunnen we als volgt formuleren: elke psychopathologische aandoening heeft, moet een organische grondslag hebben; van een aantal dysfuncties is deze reeds gevonden, voor de overige moet er nog verdere, intensieve research volgen en dan zal deze eveneens gevonden worden; in afwachting daarvan zijn we wel aangewezen op zogenaamde psychotherapie, bij gebrek aan beter, maar ooit komt de dag dat een pil, een ingreep voldoende zal zijn. Deze dwingende verwachting vinden we, samen met de verwijzing naar de dementia paralytica, reeds in 1917 terug bij Kraepelin: "La nature de la plupart des troubles mentaux reste dans l'ombre. Mais il n'est pas permis de douter que des travaux futurs viendront éclaircir la question et révéleront des faits nouveaux dans une science qui n'est pour le moment que dans sa petite enfance. Dans ce domaine, les maladies causées par la syphilis nous fournissent un vaste champ d'investigations. Il est logique de supposer qu'on réussira à découvrir les causes de bien d'autres types de folie, et donc de les prévenir, peut-être même de les guérir, bien que nous n'ayons pour le moment aucune indication". Voor het antwoord daarop, laten we een andere coryfee aan het woord: "Om in het psychische verder te geraken, klampt men zich vast aan nieuw ontdekte somatische fenomenen, of verwacht men alle heil van experimenten waarbij uiteindelijk iets meetbaar, zichtbaar, een curve aan het licht zou moeten komen".¹³⁰

129. A.L. Bouhuys en R.H. van den Hoofdakker (1986), *Humane ethologie en psychopathologie*, pp. 81 - 98.

130. E. Kraepelin (1917), *One hundred years of psychiatry*, trad. W. Baskin, New York, 1962, pp. 151 - 152, geciteerd in: Th. Szasz (1983), *La Schizophrénie*, p. 45; K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, Springer, 9. Auflage, p. 5, geciteerd in: W. Vandereycken (1988), *Weg met de statistiek ?!*, p. 79.

Het belang van een dergelijke wetenschapsopvatting, die neerkomt op een bepaalde stellingname, is onmiddellijk duidelijk; als bijvoorbeeld schizofrenie veroorzaakt wordt door een storing in de neurotransmitters, dan heeft psychotherapie niet zo direct zin, en moet men veeleer aan farmacologische, desnoods neurochirurgische behandelingen denken. Studies betreffende het schizofrenogene gezin worden in deze optiek een niet-subsidieerbaar anachronisme. Het niet-bewijsbare van dit paradigma hebben we reeds kunnen opvatten als een epistemologische onmogelijkheid; dit betekent dat we hier te maken hebben met een "doxa". De hardnekkigheid ervan, ondanks het gebrek aan wetenschappelijke overtuigingskracht, heeft te maken met het erin verborgen morele aspect, dat we straks zullen bespreken.

In termen van discours uitgedrukt, krijgen we hier de verhouding tussen het weten S_2 dat de schijnbare agens is, terwijl het geheel in feite gestuurd wordt door het geloof aan een S_1 op de plaats van de waarheid.

Een tweede gevolg van deze opvatting is dat men het subject a priori gaat uitsluiten. De ziekte wordt gedefinieerd als een nosologische *essentie*, waarvan de patiënt slechts de voedingsbodem vormt, de tijdelijke verblijfplaats. Meer nog, als voedingsbodem vertroebelt de patiënt de zuivere verschijningsvorm van de ziekte, net zoals een al te arme of een al te rijk bemeste grond gevolgen heeft voor de verschijningsvorm van de toevallig erop groeiende plant. "Wie een ziekte beschrijft, moet een zorgvuldig onderscheid maken tussen de symptomen die er noodzakelijkerwijs mee gepaard gaan en specifiek voor haar zijn, én de symptomen die slechts accidenteel en toevallig zijn, zoals bijvoorbeeld de symptomen die van het temperament en de leeftijd van de patiënt afhangen", schrijft Sydenham in 1772.¹³¹ Dezelfde opdeling tussen 'essentieel', d.i. tot het wezen van de ziekte behorend, en 'secundair', d.i. veroorzaakt door het specifieke van de patiënt, zullen we doorheen de nosologische geschiedenis steeds blijven terugvinden, zowel bij Charcot (echte histerie versus 'formes frustes'), als bij Bleuler (primaire versus secundaire symptomen), Schneider (idem), om slechts de voornaamste te noemen. De geneeskunde houdt zich niet bezig met de zieke, wel met de ziekte, idee die we hervertaald vinden in de DSM-III waar alle accent gelegd wordt op "disorders". De zieke moet 'weggedacht worden', zo men een duidelijk tableau wil bekomen: "De schepper van de natuur heeft het verloop van de meeste ziekten vastgelegd door middel van onveranderlijke wetten die men snel ontdekt als de patiënt het verloop van de ziekte niet onderbreekt of verstoort".¹³² Waar het lichaam als voedingsbodem beschouwd wordt, is het subject hoogstens het passieve slachtoffer van een organische agens.

131. Geciteerd in: M. Foucault (1986), *Geboorte van de kliniek, een archeologie van de medische blik*, p. 27.

132. G. Zimmerman (1800), *Traité de l'expérience en médecine*, geciteerd in M. Foucault (1963), *ibidem*, p. 35. In dit opzicht is de idee van een 'reincultuur' binnen de medische diagnostiek amusant: natuurlijk dient die om te beletten dat 'andere' bacteriën in de petri-schaal binnendringen, maar de voornaamste te verwijderen bacterie lijkt ons toch de patiënt zelf te zijn.

De etiologische agens ligt als "Fremdkörper" buiten het subject, dat er naar de limiet eigenlijk weinig mee te maken heeft en er eerder door "overvallen" wordt.

In termen van discours uitgedrukt: bij het universitair discours staat er op de plaats van de ander een object, object a, en géén subject. Het 'objectiverende' en het 'desubjectiverende' van het medische is welbekend. Overigens wordt in dit discours het subject precies *geproduceerd* door een objectmatige aanpak: zonder een medische, onpersoonlijke aanpak was er geen subject geweest, mét deze aanpak verschijnt het op de plaats van het produkt.

Ten derde, het ethisch-moreel aspect dat wij in de discussie "al dan niet organisch of psychisch" mee wensen te verrekenen, toont op zich al aan dat het veld van het positief-wetenschappelijke hier ruim overschreden wordt. De redenering is vrij eenvoudig: indien een bepaalde psychopathologie organisch verklaarbaar is, dan is er geen schuldige, dan zijn er enkel slachtoffers, van toevallige genencombinaties, van externe, niet-humane noxae, van... De betrokkenen gaan vrijuit, dat is de boodschap.¹³³ Indien diezelfde aandoening evenwel een psychogene etiologie kent, dan dient men in de psychische omgeving een oorzaak, een veroorzaker te zoeken, wat dan begrippen oplevert als de "schizofrenogene moeder", de "hysterogene vader". Dit opent een quasi juridisch perspectief waar de ouders, de partner op de beklaagdenbank komen te zitten ten aanzien van het forum der psi's. De realiteit van deze impliciete idee kunnen we illustreren: er bestaat te lande een oudervereniging van kinderen met een bepaalde psychopathologie, vereniging waarvan in de wettelijke statuten opgenomen werd dat de desbetreffende aandoening organisch bepaald is. Zonder ons te kunnen of te willen uitspreken over het gerechtvaardigd zijn van deze etiologische hypothese, willen we er toch op wijzen dat de noodzaak aan een dergelijk, zelfs wettelijk bekrachtigd statutair punt iets anders verraadt dan een louter wetenschappelijke stellingname. De oppositie tussen "momism" en "mother blaming" lijkt ons eerder te maken te hebben met het vereffenen van oude rekeningen, hetzij in krediet, hetzij in debet, dan met "objectieve" wetenschap.¹³⁴

In termen van discours uitgedrukt: het subject, op de plaats van het produkt, heeft niets te maken met de S_1 op de plaats van de waarheid, de dubbele breukstreep van de disjunctie wordt niet overstegen.

Een en ander heeft als gevolg dat we nu het andere paradigma kunnen bestuderen, waarin dit morele expliciet naar voren wordt geschoven.

133. De gevolgen van een dergelijke opvatting gaan veel verder dan men denkt, en kleuren volledig de mentaliteit van onze gezondheidszorg, samen te vatten als volgt: "Iedereen verplicht gezond aan terugbetalingstarief!", met als voorspelbaar resultaat dat niemand nog een moer uitsteekt. Cf. de hetze rond de chirurg die weigerde een zware roker te opereren en, ruimer, de reacties tégen de idee van een hogere ziekteverzekeringspremie in geval van rokers of andere risico-keuzes: gegarandeerd wordt men beschuldigd van anti-democratische tendensen ("de" industrie aanvallen, dat mag wel, want dat is dan weer anoniem).

134. A. Fischer en K. van Vliet (1986), *Geslachtsverschillen, idealen en ideologieën*, pp. 137 - 139 en p. 148.

3.2. Het "traitement moral"-paradigma: iemand mores leren

Als arbitrair vertrekpunt nemen we Pinel (1754-1826), één der basisleggers van wat later de psychiatrie en de psychopathologie zal worden. Zoals elke grondlegger wordt hij onvermijdelijk in mythische termen beschreven: erfgenaam van de Franse revolutie, verbreker van de kettingen die de geesteszieken vastkluisterden enz. Zijn centraal belang dient niet gezocht op nosologisch vlak, noch inzake theorieopbouw. Pinel is van belang omwille van zijn methode: hij fundeert de "kliniek", d.w.z. een doelbewuste en systematische aanpak waarin en waardoor de geesteszieken een apart statuut, instituut en behandeling verwerven.

Qua theorie-opbouw neemt hij een eerder eigenaardig standpunt in: hij staat zeer wantrouwig tegenover elke vorm van conceptualisatie die voor hem veel te snel verwijderd raakt van de observatie. We kunnen dan ook niet spreken over 'de theorie van Pinel'. In de plaats daarvan stelt hij een pragmatische aanpak, een 'savoir-faire' voor, dat de geschiedenis ingaat onder de naam van "traitement moral". Zijn aanpak is in overeenstemming met zijn etiologische opvattingen. Hij onderscheidt drie groepen pathogene factoren: 1.de fysische oorzaken (trauma, organische ziekten) 2.de erfelijke oorzaken (debiliteit) 3.de morele oorzaken. Vermits hij de twee eerste als quasi ongeneeslijk beschouwt, legt hij alle accent op de behandeling van de derde groep.

Het daarop aansluitende behandelingsmodel gaat terug op de ziekte-idee volgens Hippocrates: "ziekte" is de gezonde reactie van het lichaam dat zich teweerstelt tegen iets dat het evenwicht kwam verstoren, reactie waarvan het normaal eindpunt de gezondheid is. Het is duidelijk dat een dergelijke ziekteopvatting zware repercussies heeft op de houding van wat toen nog de "aliënist" heette. Pinel vat dit in drie regels samen: 1. Hij moet afwachten. 2. Hij moet elke interventie vermijden die het natuurlijke verloop van de ziekte zou verstoren (want het eindpunt is de gezondheid). 3. Hij moet hulp bieden om het ziekteproces te bevorderen. Die hulp is precies de "morele behandeling".

De achterliggende theorie vinden we terug in het sensualisme: de inhouden van de zieke geest komen meestal uit ziekmakende percepties en sensaties, met name zijn derde etiologische factor. "Genezen" komt derhalve neer op het aanbieden van gezondmakende percepties en sensaties, in combinatie met het wegtrekken van de patiënt uit het ziekmakende milieu, zodat de psychische "faculteiten" van de patiënt terug in evenwicht kunnen komen. De concrete uitwerking daarvan impliceert dat er voor het genezingsproces speciale instellingen gecreëerd moeten worden — de psychiatrische ziekenhuizen, waar het perceptueel aanbod gezondmakend werkt. Vandaar de toepassing van een aantal "kuren" (modder-, water-, zonne- en andere baden) met als doel het creëren van gezondmakende, lichamelijke gewaarwordingen. Deze kuren kaderen binnen een totaal-aanpak, want deze instellingen zullen de bakermat worden van een typisch, allesomvattend "régime" dat moreel genezend moet werken, een soort streng vaderlijk reglement waarvan de "chef de clinique"

de incarnatie is.

Hiermee is in feite de kern van het morele behandelingsmodel geschetst: mensen worden psychisch ziek omwille van ziekmakende percepties, ideeën, normen; psychotherapie gebeurt bij de gratie van een meesterfiguur die corrigerend optreedt binnen een totaal-klimaat, beter, binnen een totaliserend discours waarbinnen géén plaats is voor de gedeeldheid van een subject. Merk op dat moraal hier als gezondmakend beschouwd wordt, wat zich na Freud zal omkeren, moraal lijkt dan de grote ziekmaker.¹³⁵ Deze kern zal wel wat bijgeschaafd worden, maar als essentie blijft ze onveranderd. Zo waren de mentale faculteiten volgens Pinel als het ware autonoom, zonder een bepaalde hiërarchie. Het psychisch functioneren was een proces van interactie waarin evenwichtsstoornissen konden optreden, met als resultaat psychopathologie. Vanaf Esquirol (1772-1840) wordt er een hiërarchische structuur ingevoerd: aan het hoofd van de faculteiten staat er een functie die zowel controleert, selecteert als synthetiseert, met name het ego als aandachtscentrum. Psychopathologische stoornissen worden derhalve beschouwd als het gevolg van een evenwichtsverstoring tussen 'lagere' faculteiten en de 'hogere' aandachtsfunctie van het ego.

Deze verschuiving is van belang omdat ze ons huidig denken nog steeds bepaalt: psychologie is ook vandaag vaak slechts een egologie. Waar bij Pinel de mens zowel een passioneel als een rationeel wezen was, wordt de rede nu overheersend. Dit zal doorheen de geschiedenis afwisselend de kop opsteken: in een zakelijk tijds-klimaat wordt de mens als rationeel (*cool*) beschouwd, in een meer emotioneel tijds-klimaat mag hij passioneel zijn. Wie het ongeluk heeft gedurende periode x aan beeld y te beantwoorden, die wijkt af van de ideale norm enz.

Hier kunnen we met J. Quackelbeen Freud aanwijzen als diegene die de egologie terug omvormde tot een psychologie. Het is bekend dat hij van start ging met ontdekkingen die aan de rand van de egologie lagen: versprekingen en dromen, de psychopathologie van het alledaagse leven, d.i. daar waar de ratio stopte. Overigens zij opgemerkt dat na Freud ook in de psychoanalyse de pogingen legio waren om er terug een egologie van te maken, zie dan de ego-analyse.

Een stuk dichter bij ons vinden we J. Guislain (1797-1860). In zijn conceptualisaties vervangt hij de toenmalige "folie" door "frénopathie", te begrijpen als een "psychologische reactie op een toestand van frenalgie". Uit deze omschrijving dienen we twee zaken te distilleren: enerzijds psychologische reactie, anderzijds frenalgie. Het model voor de psychologische reactie zoekt Guislain in de normaliteit, want voor hem bestaat er telkens zowel een normale als een pathologische variëteit, waarbij hij droogjes opmerkt dat de mate van behandelbaarheid afhankelijk is van de mate waarin de pathologische variëteit de normaliteit nog benadert. De "frenalgie" begrijpt hij als "une douleur morale", en precies dit element zal nogal wat ophef maken. Als *privé-arts* in het Gentse had hij gedurende jaren steeds

135. P. Vandermeersch (1978), *Het gekke verlangen*, p. 45.

dezelfde families kunnen volgen, waardoor hij ervaren had, ten eerste, dat de oorzaak van psychopathologie steeds in die sfeer lag die hij "moreel" noemt, en ten tweede, dat die oorzaak praktisch nooit prijsgegeven wordt aan buitenstaanders. Zijn stelling: "Il faut connaître l'envers du décor". Deze idee zal uiteindelijk ruim aangevaard worden, bijvoorbeeld de conflicttheorie van Griesinger beïnvloeden en daardoor ook effecten hebben op Freud (zie diens noties 'conflict' en 'afweer').

Wat de specifieke nosologische classificaties betreft, zal Guislain steeds de stelling verdedigen dat de zogenaamde "zuivere" vormen uiterst zeldzaam zijn, en dat men in de realiteit van de kliniek steeds mengvormen aantreft. Dit is zonder de minste twijfel juist. Alleen is het eigenaardig dat men tot vandaag nog steeds blijft redeneren met de idee van de strikt afgebakende "soorten", waarbij de kliniek als het ware de smet vormt op het zuiver denkend nosologisch denksysteem.

Het mooie van de zaak is — en precies daarom hebben we Guislain uitgekozen — dat er hier in de terminologie een prachtige begripsverwarring optreedt die niet toevallig is: 'morele' toestanden worden herdoopt tot medisch-organische aangelegenheden ("frenalgie", "frenopathie"), waardoor ook het inhoudelijk onderscheid tussen de twee paradigmata lijkt te verdwijnen.

Een laatste auteur die we hier wensen te bespreken, is Morel, en dit omwille van de bijzondere positie die zijn theorie zal innemen. Zijn vertrekpunt is niets minder dan de bijbelse opvatting over de creatie van de mens als "type primitif parfait". Daarna kan er slechts degeneratie volgen, onder invloed van schadelijke externe omstandigheden, gedirigeerd door de erfzonde. Uit zijn theorie (1860) zal vooral de notie van degeneratie behouden blijven, bovendien gekoppeld aan een Lamarckiaans aandoende erfelijkheidsopvatting.¹³⁶ De tijdens het leven verworven degeneratieve kenmerken zouden erfelijk doorgeefbaar zijn naar de volgende generatie, waardoor er steeds zwaardere vormen van psychopathologie ontstaan. Het bijzondere van deze theorie is dat ze een combinatie brengt van twee opvattingen die voordien elkaars tegengestelden waren: de morele oorzaken, versus de meestal erfelijk bepaalde, organische oorzaken. In de lijn van Morel luidt het: morele factoren vormen een der hoofdoorzaken van degeneratie, bepalen psychopathologische aandoeningen, en zijn erfelijk doorgeefbaar naar de volgende generatie. Voor de behandeling blijft hij grijpen naar de educatieve principes van het "traitement moral"-model, zij het gekoppeld aan profylactisch-eugenetische maatregelen. Merkwaardig genoeg zullen we deze opvatting, *mutatis mutandis*, terugvinden in een aantal moderne psychosomatiek-opvattingen (zij het zonder de idee van erfelijkheid), alwaar een morele degeneratie als oorzaak gedacht wordt van welbepaalde

136. Met dien verstande dat bij Lamarck het accent veel meer op de vooruitgang, de verbetering van de soort ligt. Hij vertrekt eveneens van een primitief type dat tijdens het leven verworven doelmatige kenmerken kan doorgeven aan het nageslacht, zodat er steeds betere levensvormen ontstaan.

somatische aandoeningen, gaande van kanker tot aids.¹³⁷

We hebben Pinel als vertrekpunt arbitrair genoemd. We zouden nog een aantal andere auteurs binnen dezelfde lijn kunnen plaatsen, maar dat is voor ons doel overbodig. Dit "morele" ziekte-idee gaat in feite regelrecht terug op Protagoras, en vertoont dezelfde paradox. Deze sofist uit de vijfde eeuw voor Christus werd vooral bekend met zijn "homo mensura"-stelling, waardoor alle percepties herleid worden tot hun subjectieve bepaaldheid en slechts een individuele waarheid kunnen bevatten. Wat persoon x waarneemt, is niet noodzakelijk hetzelfde als persoon y; toch zijn de twee verschillende waarnemingen van dezelfde realiteit telkens "waar", zij het dan telkens voor slechts één persoon. Nochtans neemt ook Protagoras aan dat bepaalde percepties 'beter' zijn dan andere, met name deze van een gezond persoon in vergelijking met deze van een ziek iemand. De functie van de therapeut wordt door hem omschreven als deze van een leraar, die de patiënt-leerling de juiste percepties moet aanleren. Wat 'beter' is, vat hij op als: dat wat betere, 'feitelijke' consequenties heeft — zodat we hier voor de paradox komen te staan dat het feitelijke slechts subjectief waarneembaar is, terwijl er toch 'feitelijk betere consequenties' te koppelen zijn aan verschillende waarnemingen. Onvermijdelijk gevolg wordt dan de meesterpositie, en precies dat vinden we ook bij Pinel. Historisch gezien zal hier steeds de Verlichtende Roep naar de ratio optreden als decisief argument, en dit van Kant ("The only feature common to all mental disorders is the loss of common sense (*sensus communis*) and the compensatory development of a unique, private sense (*sensus privatus*) of reasoning") tot Monod.¹³⁸

Er valt op die manier een lijn te trekken van de Griekse sofisten tot Pinel. Wanneer we overstappen naar de moderne psychologische benaderingen, komen we voor een dubbele verrassing te staan. Ten eerste, we vinden quasi identiek dezelfde problematiek terug in de hedendaagse psi-kliniek, zij het dan dat daar de term 'moreel' unilateraal vervangen geworden is door 'psychisch'.¹³⁹ De reden voor

137. S. Sontag (1983), *Illness as metaphor*, pp. 55 - 57, p. 190; P. Verhaeghe (1988), *Manque et culpabilité, l'autre scène de la psychosomatique*, pp. 50 - 54.

138. Protagoras of Abdera, in P. Edwards (ed) (1972), *The Encyclopaedia of Philosophy*, vol. 5, pp. 505 - 507; I. Kant, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, in *I. Kants Werke*, (1922), Ernst Cassirer, ed., Berlin, Bruno Cassirer, VIII.

Na een wetenschappelijk beargumenteerde afwijzing van alle "natuurlijke" of "religieuze" wetten ter bepaling van het menselijk gedrag, houdt Monod een pleidooi voor een wetenschappelijk-rationele objectiviteit als richlijn en norm voor het menselijk handelen (J. Monod (1970), *Le hasard et la nécessité*, pp. 188 e.v.).

139. Er is bovendien een verschil in aanmeldingsklacht gekomen, in de zin van een uitbreiding die duidelijk in de richting van het morele gaat. De reden daarvoor is enerzijds het verloren gaan van de grote zingevende kaders, anderzijds de alomtegenwoordige psychologisering. Gevolg wordt dan dat de 'cliënten' als het ware met hun ziel onder de arm op consultatie komen — "la condition humaine" — en dat de psi-specialist tot nieuwe zingever omgedoopt wordt. Het roept bij ons de slotzin van Freuds *Studien* op waar hij stelt dat hij zijn patiënten van hun "hysterische ellende"

deze vervanging is niet louter historisch, maar evenzeer epistemologisch: immers, de term 'moreel' past niet binnen een positief-wetenschappelijk denkkader, 'psychisch' wél. De tweede verrassing betreft het verschil met de organische aanpak, verschil waarvan men verwacht dat het substantieel zal zijn. Nadere studie hiervan levert een koude douche op: het belangrijkste verschil lijkt neer te komen op het feit dat de moderne 'morele' benadering, in vergelijking met de organische, niet op dezelfde overtuigende manier naar een meesterbetekenaar kan verwijzen, zodat we hier veeleer een *aspiratie* aantreffen naar een funderende S_1 . Overigens is dat ongeveer het enige verschil, want we vinden er dezelfde ideeën met dezelfde impasses in terug. Dit heeft als gevolg dat de implicaties van de hedendaagse 'morele' benadering, met name de psychotherapie, identiek dezelfde zijn als die van de organische benadering, op die aspiratie na. We hebben ze daarstraks al formeel in kaart gebracht met het universitair discours, we hernemen ze hier inhoudelijk: 1. de uitsluiting van het subject; 2. de verwerping van het subject; 3. de roep om de oervader.

Deculpabilisering en uitsluiting van het subject

Dat een zogenaamd objectief-psychologische benadering net zoals het anatomopathologisch paradigma een uitsluiting van het subject met zich kan meebrengen, lijkt op het eerste zicht uitermate verrassend. De noodzakelijke voorwaarde daartoe is dat deze psychologische benadering het positief-wetenschappelijk model kopieert. Dit kopie-effect blijkt vaak uit de gebruikte, sciëntistisch aandoende terminologie: zie dan Guislains "frenalgie", als medische aanduiding voor een 'douleur morale'. Hetzelfde mechanisme zagen we reeds aan het werk in de *Standard*-desubjectivering van Freuds oeuvre, waar bijvoorbeeld de herkenbare "aanleuningsdepressie" ("Anlehungsdepression") plots een aliënerende *anaclitische* depressie wordt. In het geval van de organische benadering wordt het subject slachtoffer van een externe, organische agens. Binnen wat we het verborgen morele paradigma kunnen noemen, wordt het subject slachtoffer van zijn omgeving (ouders, gezin, werk), die objectief bestudeerd en in kaart kan gebracht worden: het 'kluwengezin', het 'los zandgezin', de schizofrenogene moeder, de hysterogene vader, de... Dit betekent dat de anatomopathologische redenering even goed kan toegepast worden met psychologische concepten als inhoud. Het psychologische wordt hier als het ware pseudo-medisch. Het gelijkheidsteken daartussen bedoelt hier niet aan te duiden dat het psychologische medische inhouden krijgt (in de zin van MBD¹⁴⁰, zuurstoftekort bij de geboorte enz.), maar bedoelt wel een formele overeenkomst, in de zin van:

verlost heeft via zijn therapie, maar dat hij niets kan verhelpen aan de normale menselijke problemen die inherent zijn aan het leven zelf. We hebben de indruk dat een aantal consultaties vandaag beginnen waar Freud een eindpunt legde.

140. Voor wie zich mocht ergeren aan de afkortingen, zie hiervoor G. Orwell, 1984, meer bepaald zijn bespiegeling over de kracht van afkortingen binnen de *Newspeak*.

de etiologische agens ligt *buiten* het subject, dat er naar de limiet eigenlijk weinig mee te maken heeft en er eerder door "overvallen" wordt. Beiden, zowel het medische als het psychologische, voeren een aliënerend discours, precies door die uitsluiting van het subject.

Bij deze psychologisch - pseudo-medische benadering krijgen we bijgevolg een diagnostische redenering die het subject uitsluit: hij is slechts het produkt waarop een agens als "vreemd lichaam", psychische virus of bacterie, ingewerkt heeft. Op te merken valt dat deze etiologie heel "psychologisch" kan overkomen: waar men bijvoorbeeld angst verklaart/diagnostiseert door te verwijzen naar een geboortetrauma, waar men hysterie zal gaan verklaren/diagnostiseren door te stellen dat de agens een traumatische ervaring voor het vierde levensjaar is, waar men schoolmoeilijkheden verklaart/diagnostiseert door te verwijzen naar een echtscheiding van de ouders, daar klinkt dit alles 'psychisch'.¹⁴¹ Fundamenteel blijft evenwel dat het subjectvreemd is, iets dat van buitenuit komt, objectief te achterhalen valt enz. De metafoer die we bij het organisch paradigma gebruikten over de ziekte als de plant en het subject als de voedingsbodem, kan hier mutatis mutandis verder gebruikt. Ditmaal staat de plant voor het subject, plant die slecht of scheef gegroeid is ten gevolge van een abominabele voedingsbodem. Diagnose en behandeling vertrekken van de definitie van een ideale plant én een ideale voedingsbodem. De plant — het subject — komt slechts ter sprake als doel, eindprodukt van een proces dat zich in eerste instantie op het verbeteren van de voedingsbodem richt. De hierbij aansluitende diagnostiek zal niet zozeer de moeilijkheden van het subject meten, maar wel de afstand tussen subject en voorgehouden ideaal. We krijgen als het ware een gradueel uitgewerkt parcours, gaande van het helemaal niet beantwoorden aan, tot het perfect samenvallen met de gestelde norm. Het subject wordt op dit continuüm op de bij hem passende plaats gezet, waardoor men meteen een inschatting krijgt van de nog af te leggen weg.¹⁴²

Opvallend hierbij is dat "therapie" in deze benadering heel moeilijk te gronden valt, want wat te doen met die irreparabel gebeurde 'feiten' ? Een externe etiologie veronderstelt een externe behandeling. Bij een bronchitis wordt het subject overvallen door 'beestjes' waarvan hij het slachtoffer wordt; men dient antibiotica toe die de bacteriën doden. Maar wat te doen als het subject slachtoffer is van een geboortetrauma, een echtscheiding bij de ouders, een... Het enig échte anti-bioticum daartegen lijkt het meest radicale te zijn, in de etymologische betekenis van het woord, wat dan het $\mu\eta$ $\phi\upsilon\nu\alpha$ van het koor uit *Oedipus Rex* oproept. In deze

141. Dit is ondertussen reeds gemeen goed geworden; een collega die in de gevangenis werkt, wist mij te vertellen dat de 'inmates' hun 'grensoverschrijdend gedrag' (voor de *Newspeak*-woordkeuze, zie noot 28) steevast verklaren door te verwijzen naar hun 'ongelukkige jeugd'. "He had a great future behind him" van J. Joyce in een nieuwe versie. Het omgekeerde komt ook voor: analysanten die tijdens de kuur tot de verrassende ontdekking komen dat ze, ondanks hun actuele symptomen, een gelukkige jeugd gehad hebben.

142. Zie hoger, in ons eerste hoofdstuk, waar we het hadden over normaliteit als ideaal.

context grijpt men naar een dubbel arsenaal: enerzijds de reparatietechnieken en afreageertoestanden ("rebirthing", "oerschreeuw"), anderzijds het herstellen van de oorspronkelijke foutieve voedingsbodem tot een ideale vorm. In beide gevallen wordt de therapie noodzakelijk een 'hulpverlening'. Het subject wordt vrijgepleit van alle schuld, de 'fout' ligt in de omgeving.¹⁴³ De prijs die het daarvoor moet betalen, is de infantilisering: als steeds onvolmaakt produkt wordt het slechts de ruwe materie waarop andere, betere constructoren zullen inwerken, niets meer dan een vertrekpunt voor een verbeterde heruitgave.

Daarmee wordt het merendeel van deze moderne benaderingen een verborgen moreel bedrijf, niet zozeer omdat ze 'het' ideaal (onder gelijk welke vorm) in hun vaandel voeren, maar voornamelijk omdat ze dit dwingend gaan opleggen. Psychopathologie wordt dan beschouwd als het niet beantwoorden aan een bepaald ideaal, therapie komt neer op een quasi heropvoeden naar dit ideaal toe. De morele dimensie is hier uitdrukkelijk aanwezig, maar wordt vermomd onder een pseudo-wetenschappelijk kleedje: psychische gezondheid wordt een dwingend juk, een verplicht conformisme aan een voorghouden norm als incarnatie van het gezondheidsideaal. Therapie wordt een heropvoeding, een brainwashing, psychologie krijgt hier de allures van een ideologie. Typisch bij deze optie is dat de therapeut als voorbeeld gaat functioneren: "doe zoals ik, en alles wordt goed"; therapie wordt dan een leren imiteren van de "wilde weldoener". Het onderscheid tussen psychotherapie en heropvoeding vervaagt hier volledig. Het hoeft geen verwondering te wekken dat er vandaag een quasi volledig door elkaar lopen bestaat van leerpsychologie, cognitieve psychologie en psychotherapie, dat we vaak horen spreken over psychologische 'trainingen', bij voorkeur in groepsverband: het effect van de overdracht en de identificatie is daar immers massaler. Toen J. Foudraïne zijn afdeling van Chestnut Lodge wou demedicaliseren, was de meest passende nieuwe betekenaar: "School for living".¹⁴⁴ Daartegenover staat dat men sedert Freud toch een zeker beeld gekregen heeft van de subjectieve implicatie: begrippen als ziektegewin en "Neurosenwahl" kunnen hier als bakens gehanteerd worden om deze subject-infantiliserende opvatting te overstijgen. We kunnen eraan toevoegen dat Freud deze idee van het "subjectvreemde" in eerste instantie ook gehanteerd heeft, omdat de hysterische patiënten het zo aanbrachten: iets van buitenaf "overviel" hen — zie dan de traumatheorie. Maar lang vooraleer hij deze theorie officieel verliet, schreef hij reeds dat de zogenaamde "Fremdkörper" deel uitmaken van het ego van de patiënt,

143. J. Quackelbeen (1989), *De psychoanalyticus en ethiek: een ontmoeting*, p. 8.

144. "Ik verbood de 'patiënten' nog langer deze taal te gebruiken en stelde voor hen 'students' te noemen. Het woord 'patiënt' werd taboe. Upper Cottage noemde ik een 'school for living' en Julia kreeg de opdracht een groot bord te maken: "THIS IS A SCHOOL FOR LIVING" en het aan de wand van de kamer te hangen. Het bordje 'Nursing office' veranderden wij in 'Educational office', de staf vroeg ik met het experiment mee te gaan en noemde hen 'assistent-educators'". (J. Foudraïne (1973), *Wie is van hout...*, p. 337). Deze kritische noot mag niet verhelelen dat Foudraïnes boek nog steeds een "must" is.

zodat we vanaf het prille freudiaanse begin de etiologie binnen het subject zelf moeten zoeken.¹⁴⁵

Verwerping van het subject

Dat als gevolg van een morele benadering ook het subject zelf beschuldigd en op basis daarvan verworpen kan worden, lijkt op het eerste zicht nog meer verrassend dan de koele uitsluiting. We vinden de illustratie daarvan merkwaardig genoeg bij Szasz. Deze heeft zich altijd opgeworpen als verdediger van de rechten van de geesteszieke en is steeds een ongenadig criticus geweest voor alles en iedereen die deze rechten leek te bedreigen. Dat hij uiteindelijk ook de patiënt als dusdanig verworpen heeft, en dat dit een noodzakelijke consequentie van zijn aanpak is, dat is minder bekend.

Nadere analyse van zijn reeds hoger vermelde stelling over de "mythe van de waanzin" levert het volgende op: Szasz valt uitiem te rangschikken onder een extreme vorm van het sciëntisme, wat ons straks tot een vreemde vaststelling zal voeren wat de kliniek betreft. Extreem sciëntisme omdat hij een zwart-wit onderscheid poneert tussen enerzijds ziekte en anderzijds psychische moeilijkheden. Ziekte is organisch, en dat hoort thuis in het veld van de positief-wetenschappelijke geneeskunde, de wereld van het labo en de scanners. De natuurwetenschappen zijn voor hem de enig échte vorm van wetenschap. De psychiatrie-psychologie daarentegen, waaronder de psychische moeilijkheden als algemeen menselijke levensproblemen thuishoren, die treden onvermijdelijk het moreel-ethische veld binnen en zijn dus per definitie niet wetenschappelijk.¹⁴⁶ Als gevolg daarvan houdt hij een pleidooi tégen de gedwongen, institutionele psychiatrie en voor de zogenaamde "contractuele" psychiatrie, waarbij de cliënten op vrijwillige basis consulteren, met als doel het terug bereiken van hun verloren vrijheid of autonomie.

Deze stellingen lijken mooi, humaan, modern en dies meer. Een en ander wordt minder mooi als we de lijn consequent doortrekken, want dan monden we onvermijdelijk uit op een impasse en een paradox.

Impasse. Voor Szasz valt alles van de institutionele psychiatrie te herleiden tot de relatie onderdrukker-onderdrukte. Op zich is dit niet nieuw, als idee kan het gekaderd worden binnen een veel ruimere theorie dan enkel die van de anti-psychiatrie, waar geestesziekte tot een zaak van macht en onderdrukking herleid wordt. We sommen gewoon op. Wat de filosofie betreft, vinden we deze idee bij Hegel, Schopenhauer en Nietzsche. Binnen ons vakgebied staat ze reeds centraal vanaf het "traitement moral"-model. Bij Freud vinden we doorheen heel zijn conceptualisatie de uitermate belangrijke, maar na hem vaak verwaarloosde oppositie tussen passief

145. S. Freud (1895d), *Studien über Hysterie*, pp. 85 - 95.

146. J. Pols (1984), *Mythe en macht, over de kritische psychiatrie van Thomas S. Szasz*, p. 58 en passim.

en actief. Bij Adler vinden we de theorie over het mannelijk protest en de orgaan-minderwaardigheid. Gedragspsychologie is een overte zaak van macht, terwijl in het systeemdenken de termen "one up" en "one down" voor zich spreken. De ego-analyse stelt het concept van weerstand en adaptatie centraal. Mindere goden zijn Bakker met zijn territoriumleer en Laborit met zijn eveneens ethologisch geïnspireerde ideeën over hiërarchie en dominantie. Bij Foucault vinden we een expliciete relatie tussen discours en macht. Lacan tenslotte zal het discours van het onbewuste gelijkschakelen met het discours van de meester én dit benoemen als de noodzakelijke voorwaarde voor alle mogelijke discours en dus alle mogelijke sociale relaties.

Met andere woorden, als Szasz de idee van macht en onderdrukking centraal plaatst, dan lijkt hij zich in een lange traditie in te schakelen. Wij willen twee opmerkingen formuleren. Ten eerste, hoe juist deze idee ook moge zijn, ze lijkt ons te beperkt om de totale kliniek te verklaren. Ten tweede, zoals J. Quackelbeen ons opmerkte, maakt Szasz hierbij een kapitale interpretatie-fout: de relatie onderdrukker-onderdrukte zit *intern* in het subject dat verdeeld is tussen zijn verlangen en zijn waarheid, en deze relatie wordt pas achteraf naar buiten gebracht, met als effect de creatie van onderdrukkende instanties, instellingen e.d.m. Zowel voor Lacan als voor Freud zijn gezin en maatschappij *gevolgen* van een bepaald subjectwordingsproces, géén oorzaken.¹⁴⁷ Szasz spitst zich toe op deze gevolgen en benoemt ze tot oorzaken. Het foutieve daarin wordt duidelijk door de impasse die we in zijn therapeutisch proces kunnen opmerken: neem alle externe onderdrukkingsfactoren weg, en de individuele psychopathologie blijft nog steeds bestaan. Precies op dat ogenblik kantelt de houding van Szasz naar het reeds vermelde verwijt karakter: ze kunnen hun vrijheid, hun autonomie niet aan enz.

Dit brengt ons bij de paradox. Ondanks alle snijdende pleidooien voor vrijheid en autonomie, mondt hij uiteindelijk uit bij een regelrechte verwerping van de patiënt. Waarom? Omdat zijn — in vele opzichten gerechtvaardigde — kritiek op de institutionele psychiatrie en zijn zwart-wit opsplitsing tussen wetenschap en ethiek hem terugvoeren tot het "moral treatment" model van de "aliënist", waarbij hij een merkwaardig moraliserende houding inneemt: hij legt alle accent op de vrijheid, de verantwoordelijkheid en de autonomie van het subject, waarden die door de institutionele psychiatrie van tafel zouden geveegd worden. Dit impliceert evenwel dat de patiënt voor Szasz in een totaal ander daglicht komt te staan. In plaats van het medisch-psychiatrisch criterium, dat op een bepaalde manier de patiënt steeds 'onschuldig' verklaart, én terzelfder tijd onmondig, krijgen we bij Szasz het morele waarde-oordeel, dat binnen de kortste keren een veroordeling wordt. Het curieuze van deze sciëntistische redenering is dat ze ons toelaat Szasz uiteindelijk te plaatsen naast mensen zoals Slater, die over hystérie de volgende

147. S. Freud (1930a), *Das Unbehagen in der Kultur*; J. Lacan (1974), *Télévision*, p. 48 en p. 51, vert. J. Quackelbeen (1990), *Televisie*, p. 50, p. 53.

stelling poneerde: dat hysterie niet bestaat, en dat hysterische symptomen, bij gebrek aan organische ondergrond, medisch gezien een aanduiding vormen voor de gezondheid van het onderzochte subject. Geestesziekte bestaat voor Szasz niet, het gedrag dat als dusdanig benoemd wordt, wèl. Zogenaamd psychiatrische patiënten zijn mensen die hun verantwoordelijkheid ontlopen, die ten onrechte gebruik maken van de ziekerol. Aldus vinden we een wel onverwachte uitspraak voor de bevrijder van de patiënten: "The facts are, that, in the main, so-called mad-men... are not so much disturbed as they are disturbing; it is not so much that they themselves suffer (although they may), but that they make others suffer".¹⁴⁸ Szasz wijst hiermee niet alleen het deculpabiliserende van de psychotherapeutische theorieën van de hand (het subject is zèlf verantwoordelijk voor zijn gedrag en dient deze verantwoordelijkheid ook op zich te nemen), maar gaat nog een flinke stap door (als ze hun verantwoordelijkheid niet op zich nemen, zijn het "disturbing madmen"). Ultiem ontmoeten we hier een beschuldigende veroordeling, die ons terugvoert naar de idee van simulanten, onvolwassenen, ja zelfs misdadigers... De psychopathologische labels worden dan als het ware (pseudo-)wetenschappelijke excuses om 'devianten' te 'bestrafen', proces dat zelfs binnen het psi-bedrijf voorkomt: Hartmann schrijft in 1939 dat zijn collega's er niet voor terugdeinzen om te bewijzen "that those who do not share our political or general outlook on life are neurotic or psychotic". We stellen ons dan wel de vraag of het zo is dat de psychiatrische instellingen vervangen dienen te worden door huizen van bewaring, heropvoedingsinstellingen of gevangenissen? De grens lijkt te vervagen.

De roep om de oervader

In de geschiedenis van de wetenschappelijke ontwikkeling werd het moreel-ethische verdrongen. Wetenschap werd synoniem van een objectief-positieve aanpak. In een andere context hebben wij dit de "automaton"-wetenschap genoemd, en hebben we de consequenties van een dergelijke epistemologische keuze geëxpliciteerd.¹⁴⁹ Eén van die consequenties is de volgende: een automaton-wetenschap dient steeds beroep te doen op een ultieme laatste instantie, punt van zekerheid buiten zichzelf als garant voor de waarheid van het systeem, het "deus sive natura". Psychoanalytisch kunnen we hier met Freud de oedipale vaderfiguur plaatsen. Lacaniaans geïnterpreteerd wordt dit "de Ander van de Ander" als allesgaranderen-de meesterfiguur; in termen van discours betreft dit de S_1 .

Zolang men de illusie van de objectiviteit binnen beperkte onderzoekskaders blijft hanteren, kan men dit probleem onder tafel schuiven. Eens men die veilige begrenzing verlaten heeft, komt deze moeilijkheid als onoverkomelijk tevoorschijn. Precies daar gaat de aspiratie naar de meesterbetekenaar van start, met als klinisch symp-

148. E. Slater (1965), *Diagnosis of Hysteria*, p. 1399; Th. Szasz (1976), *Schizophrenia*, p. 36.

149. P. Verhaeghe (1989), *Determinisme en causaliteit in de psychoanalyse: tuche en automaton*, p. 23.

toom de roep om de oervader.

Bij de twee vorige implicaties vertrokken we nog bij een wetenschapsopvatting die dit probleem niet onder ogen nam. Het derde gevolg willen we illustreren met die groep die tot de ontdekking gekomen is dat het psi-werk moreel-ethische gronden heeft: het subject staat centraal in zijn verdeeldheid, psychische problematiek valt te beluisteren als een ethisch-morele problematiek. Deze erkenning leidt tot verrassende conclusies. Zo vinden we bijvoorbeeld een duidelijke omschrijving bij Bergin die — nota bene tijdens de viering van vijftig jaar Vereniging voor Psychotherapie — ronduit stelt dat religie en moraal het therapeutisch werk en de beoordeling van therapie-effecten mee dienen te bepalen, en dat de rol van de therapeut deze is van moreel beoordelaar van de leefwijze van de cliënt.¹⁵⁰ De reacties daartegen waren vehement, men sprak over een "bedorven verjaardagsfeestje". Zeven jaar later komt er een georganiseerde discussie in Nederland over het thema geestelijke gezondheidszorg en levensbeschouwing. Bij Dijkhuis vinden we duidelijke stellingen. Psychotherapeuten hebben te veel aandacht voor deelproblemen, en te weinig voor de achterliggende levensbeschouwelijke vragen. Dit is paradoxaal, want: "De kern van de psychologische visie van menselijk gedrag is gelegen in de uiteindelijk normatieve bepaaldheid van dit gedrag, geleid door wat mensen goed of slecht vinden in hun sociale gedrag met anderen. Emotionele, cognitieve en psychosomatische reacties en processen staan uiteindelijk in het teken van de kwalitatieve en normatieve dimensie van het menselijk leven: te weten de wijze waarop men aan eigen normen en waarden in de omgang met anderen en zichzelf vorm geeft". Hij trekt dan ook duidelijke therapeutische consequenties: "Psychotherapie is meer dan het scheppen van een veranderingsconditie voor inhoudelijke klachten, het is ook een conditie om de normatieve instelling van cliënten te veranderen. Vaak zijn specifieke deeltechnieken voldoende om mensen weer hernieuwd elan te geven om het leven met een wat meer positieve instelling weer aan te kunnen. Als psychotherapie echter ook de diepere levensvragen en de identiteitsvragen stelt, dan raakt ze altijd aan de impliciete levensbeschouwing van mensen, waarin hun richtlijnen van goed en kwaad verdisconteerd zijn." Concreet houdt hij een pleidooi om het "beperkende karakter" van de levensbeschouwing van de cliënten te behandelen, zodat nieuwe en eigen keuzes mogelijk worden, zonder daarom de eigen levensbeschouwing op te dringen (tegenover de verdringing de opdringing). Hiermee sluit hij aan bij Vandermeersch (1978). Tijdens dezelfde discussie wees Mooren op de overtuiging bij veel therapeuten dat er een "onverenigbaarheid van gerichtheden en rollen bestaat als zingevingsthematiek aan de orde zou komen, (...) dat het terrein van de levensbeschouwing van de cliënt voor hem verboden gebied is", stelling die overigens door hem weerlegd wordt door een onderscheid te maken tussen de inhoud van en het vermogen tot zingeving. Het gevaar is de therapeutische "modeling", de "verborgen verkondiging" met als motor

150. A.E. Bergin, *The Search for a Psychotherapy of value*, in H. de Haan (1980), *Een bedorven verjaardagspartij. Vijftig jaar Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie*, pp. 516 - 517.

het onuitgesproken superioriteitsgevoel van iemand die een bepaalde ideologie/godsdiens bezit, tegenover diegenen die deze niet bezitten (de gelovigen tegenover de 'arme' heidenen, maar evenzeer de 'verlichte vrijzinnigen' tegenover de 'naïeve gelovigen').¹⁵¹ Dezelfde problematiek kwam reeds aan bod bij Cambien wiens termen minder moreel geladen zijn en daardoor beter aanvaardbaar overkomen, maar in feite precies hetzelfde bedoelen. Zowel voor de diagnose als voor de behandeling stelt hij: "Essentieel is niet een adequate kennis van de [psychopathologische] realiteit, maar een adequate creatie van de realiteit".¹⁵² Hij onderkent zelf ook het addertje onder het gras, namelijk dat binnen de kortste keren de psychotherapeut herdoopt wordt tot Messias en Goeroe.

De therapie wordt hier een hulpverlening, waarbij de therapeut het 'beste' wil voor zijn cliënt.¹⁵³ Alleen is het zo dat dit beste een waardegeladen keuze inhoudt, en dat een dergelijke keuze slechts arbitrair te gronden valt: de homo mensura moet hier wel beroep gaan doen op een "superhomo supermensura". Men kan hier dezelfde impasse vinden als in de organische benadering, waar het over de homunculus handelt: het mannetje heeft hoofdpijn omdat het mannetje in het mannetje hoofdpijn heeft, omdat het... De funderende S₁, Ander van de Ander, blijft wijken aan de horizon. Het gevaar in de welwillende therapeutische hulpverlening kan ten overvloede geïllustreerd worden met een uitspraak van Lacan, waarin hij dit proces scandeert in de maat van drie, waardoor het erin besloten probleem steeds scherper verschijnt: "C'est un fait d'expérience — ce que je veux, c'est le bien des autres à l'image du mien. Ça ne vaut pas si cher. Ce que je veux, c'est le bien des autres, pourvu qu'il reste à l'image du mien. Je dirai plus, ça se dégrade si vite que ça devient — pourvu qu'il dépende de mon effort". Verwijzen we hier naar Freud die, niet toevallig in een tekst over de overdracht, een dergelijke houding categoriek van de hand wijst en dit precies "omdat de kracht van de analytische behandeling op

151. J.H. Dijkhuis en J.H.M. Mooren (1988), *Psychotherapie en levensbeschouwing*, resp. p. 15, p. 29 en p. 43.

Lang voordat de term 'modeling' in voege raakte, had Freud het gevaar reeds voorzien: "(...) anders is de goede afloop van de therapeutische bemoeienis geenszins verzekerd. Deze hangt in de eerste plaats af van de intensiteit van het schuldgevoel, (...). Misschien ook van de vraag of de persoon van de analyticus het toelaat dat hij door de patiënt in de plaats van zijn Ik-ideaal wordt gesteld, waarmee de verleiding samengaat om tegenover de patiënt de rol te spelen van profeet, zieleredder en heiland. Daar de regels van de analyse zich resoluut tegen een dergelijk gebruik van de persoonlijkheid van de arts verzetten, moet eerlijk worden erkend dat wij hier op een nieuwe barrière tegen de werkzaamheid van de analyse stuiten; de analyse dient immers niet de pathologische reacties onmogelijk te maken, maar moet voor het Ik van de patiënt de vrijheid scheppen om zus of zo te beslissen." (S. Freud (1923c), *Het Ik en het Es*, p. 64).

152. J. Cambien (1987), *De (on)-wetenschappelijkheid van de psychotherapie*, p. 532.

153. J. Quackelbeen (1983), *Welke heilige draagt de zorg voor de zogenaamde "geestelijke gezondheid" ?*, pp. 33 - 46; J. Quackelbeen (1991), *Zeven avonden met Jacques Lacan*, pp. 75 - 99.

haar waarheidsgehalte berust", waarin hij meteen haar grootste ethische waarde legt.¹⁵⁴

We hebben in ons tekstgedeelte over epistemologie het op de oeverdringing gebaseerde tekort ontdekt als basis van de noodzakelijkerwijs symbolisch gegronde wetenschap. Op het punt waar we nu gekomen zijn, kunnen we de voornaamste "tegenbezetting" of "terugkeer van het verdrongene" plaatsen, proces dat voor Freud inherent is aan de verdringing op zich. De inhoud van deze terugkeer, voor zover we de basis van het Symbolische viseren, is wat Lacan "de Ander van de Ander" noemt, het punt waarop alles zou moeten steunen. In freudiaans-klinische termen: de oervader die alles grondt. We kunnen dit het best illustreren met de opvattingen van de Swaan, die hier slechts dient als exponent van een ruimere beweging.

Zoals we hoger reeds gezien hebben, valt de psychopathologie volgens deze socioloog te herleiden tot herbenoemingen van normale menselijke problemen, de zogenaamde protoprofessionalisering. Deze menselijke, normale problemen zouden bovendien slechts epifenomenen zijn van ruimere maatschappelijke en socio-economische veranderingen. De hamvraag voor de etiologie wordt bij deze auteur: "Wat is er veranderd in de samenleving, in de verhoudingen waarin mensen met elkaar — en tegen elkaar — samenleven, waardoor zich moeilijkheden zijn gaan voordoen die zich zo laten vertalen als psychische problemen?"¹⁵⁵ Deze verandering is voor hem de verschuiving van wat hij de *bevelshuishouding* noemt naar de *onderhandelingshuishouding*. De vroegere, algemeen geldende verboden hebben plaats gemaakt voor het gebod tot onderhandelen: alles kan, als het maar uitgepraat wordt.

De ommezwaai van sociologie naar kliniek loopt niet van een leien dakje, zeker niet wat de etiologie betreft. Zijn sociologisch geïnspireerde redenering bevat een uiterst boeiende omkering, die hij zelf schijnbaar niet bemerkt. Men heeft grosso modo gedurende een halve eeuw een al te strenge vader beschouwd als oorzaak van alle psychopathologisch kwaad bij diens kinderen: de vaderpatriarch, oerhordeleider die zijn kinderen verkramppt opvoedde tot neurotische doetjes. De complete seksuele revolutie, anti-autoritaire opvoeding, leren-in-vrijheid & Summerhillschools zijn daarop, correctie: daartegen gebaseerd. Hierbij werd ook het kwantitatieve criterium gehanteerd: een al te strenge vader zou frustratie en neurose bij zijn kinderen veroorzaken, een hyperstrenge monstervader veroorzaakt daarenboven psychose bij zijn kroost — zie dan een aantal interpretaties rond Schreber senior. Merkwaardig genoeg krijgen we vandaag pleidooien, bijna smeekbedes, om deze vaderpatriarch terug te installeren... Overall roept men over de noodzaak aan strengere, meer autoritaire opvoeding. De Swaan valt eveneens in deze beweging te situeren, en maakt aldus — zonder dat hij het weet — deel uit van een sociologisch fenomeen, waarvan wij de voorbode bij Mitscherlich vinden, en de achtergrond bij de anomie-theorieën van Durkheim. Overigens had Lacan reeds in 1953 gewezen op de

154. J. Lacan (1959 - 60), *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse*, p. 220; S. Freud (1915a), *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*, pp. 306 - 321.

155. de Swaan (1984), *De mens is de mens een zorg*, p. 82.

"ontwaarding van de vaderfunctie". Mitscherlich is bij ons vooral bekend geworden met zijn boek over "De vaderloze maatschappij". De Duitse maatschappij was na de WO II inderdaad vaderloos, letterlijk en figuurlijk, en daar kunnen een aantal bedenkingen aan gekoppeld worden, ondermeer wat het ontstaan van het typisch Duitse terrorisme betreft. Een strenge vader is misschien niet leuk, maar een afwezige vader kan tot nog groter kwaad leiden. Binnen een ruimere context spreekt men over het teloorgaan van de grote verhalen, "mythes": de mens heeft nood aan een zinverlenend geloof in 'iets', hetzij religie, politiek of... wetenschap. Het ethisch besef zou teloorgegaan zijn, idee die door J. Quackelbeen tot zijn juiste proporties herleid wordt.¹⁵⁶ In het kielzog daarvan kunnen we de door de Swaan opgemerkte maatschappelijke verschuiving situeren van een "bevelshuishouding" naar een "onderhandelingshuishouding". Zoals gezegd, zou deze volgens hem oorzaak zijn van de opbloei van een aantal psychische klachten, bijvoorbeeld van het feit dat er vandaag de dag méér fobieën zouden optreden dan vroeger. Vroeger heerste het 'bevel', de patriarch zwaaide de scepter over de huishouding en dit had misschien vervelende, zelfs pathologische effecten, maar al bij al was het beveiligend. Vandaag zou dit niet meer het geval zijn, alles moet 'onderhandelbaar' zijn, alles moet uitgepraat worden, en als effect krijgen we een grotere mate van onveiligheid, wat dan tot uitdrukking komt in een verhoogd aantal psychopathologische fenomenen. De paradox in deze redenering — "you can't have your cookie *and* eat it" — toont het foutieve ervan, dat integraal berust op een verwarring tussen reële vader, imaginair vaderbeeld en symbolische vaderfunctie.¹⁵⁷ Een laatste wanhoopspoging om de kool en de geit te sparen, is de steeds terugkerende kwantitatieve redenering: de vader moet voldoende autoritair zijn, maar toch niet te veel, enz.

Het morele behandelingsmodel wordt hier een nostalgie naar de oerhorde: 'in de goeie oude tijd was er een vader die al lang wist dat er een kleine Hans zou komen die...', nostalgie die in het anatomo-pathologisch model minder noodzakelijk is, omdat de installatie van de S_1 daar meer verzekerd lijkt. Vanuit een psychoanalytische conceptualisatie kan er een dubbele opmerking geformuleerd worden. Ten eerste, in deze benadering mist men het noodzakelijk onderscheid tussen reële vader, imaginair vaderbeeld en symbolische vaderfunctie. Ten tweede, de roep om de oervader-meester ("Vous voulez un maître, vous l'aurez"¹⁵⁸) kan met Lacan in de lijn van Freud geconceptualiseerd worden als een typisch neurotische en steeds mislukkende oplossing voor de eigen verdeeldheid: de mislukking is inherent aan de structuur van het meesterdiscours op zich. Dit neemt evenwel niet weg dat deze oplossing zowel wetenschappelijk ("Deus sive natura"), politiek (vadertje Stalin & collega's), religieus-institutioneel (van Khomeini tot Bhagwan) als individueel-

156. J. Quackelbeen (1989), *De psychoanalyse en ethiek: een ontmoeting*, pp. 7 - 8.

157. Het is dezelfde verwarring die het oedipaal paradigma als bron voor de neurose bepaald heeft, op dezelfde foutieve manier.

158. Dit is het vooruitziende antwoord dat Lacan gaf aan de mei '68-studenten die zijn seminarie onderbraken (J. Lacan (1969), *Premier Impromptu de Vincennes*, pp. 21 - 24).

klinisch beoefend wordt.

De toepassing van de twee paradigmata, het 'savoir-faire' zowel in de medische als in de psychologische praktijk, is niets anders dan een vormgeving van het universitair discours, met de daaraan inherente aspiratie naar een allesgaranderend meesterdiscours. Wil men daarop een praktijk baseren, dan moet men de politiek van de struisvogel toepassen. Wie dit overstijgt, wordt geconfronteerd met de onmogelijkheid en het onvermogen. Binnen ons vakgebied vinden we dit bij Freuds idee over de "onmogelijke beroepen". Dit heeft niet belet dat ook zijn benadering binnen de kortste keren paradigmatisch gesjabloond werd.

3.3. Het analytisch paradigma

De originaliteit van Freud ligt voor een deel in een gedurfde originaliteit. Deze tautologie kunnen we aan de basis van elke wetenschapsinnovatie leggen: steeds daar waar iemand durft af te wijken van de platgetreden paden, ontstaat de mogelijkheid tot iets nieuws. De daarbij horende paradox is dat na deze vruchtbare zijspng er quasi altijd een groep leerlingen tot stand komt die de orthodoxie in zijn vaandel voert. Alles kan en mag, als het maar bij de meester geschreven staat. In naam van een origineel denker wordt originaliteit een verboden goed.

Vooraleer we overgaan naar het psychoanalytisch paradigma, willen we Freuds originele visie op psychopathologie expliciteren, waarbij een welbepaalde uitdrukking als leidraad kan dienen: de vlucht in de gezondheid. Daarna hebben we aandacht voor de evolutie bij Freud zelf, die bij een positief-wetenschappelijk model vertrekt, op de impasses daarvan botst en aldus onvermijdelijk ethische allures aanneemt. Bovendien zal blijken dat deze ethiek impliciet vanaf het begin aanwezig was, zij het verborgen onder 'objectieve' benamingen. Op basis daarvan kunnen we tenslotte de vinger leggen op de plaatsen waar er, na Freud, een verworping tot een 'analytisch paradigma' plaatsgreep.

Freud: vlucht in de gezondheid

Een vaak geformuleerd verwijt aan de psychoanalyse is dat ze "alle" gedrag verdacht maakt, waardoor de grens tussen normaal en abnormaal steeds verder verschuift. Dit verwijt betreft de door de analyse veroorzaakte uitbreiding van het symptoom-begrip: alles wat terug te voeren valt tot de ontstaansgeschiedenis van een subject, is analytisch gezien een symptoom. Waarbij deze uitspraak niets zegt over het al dan niet pathologisch karakter van dit symptoom, enkel over plaats, betekenis en functie binnen de economie van één welbepaald subject. Deze stelling vinden we als hoop geformuleerd bij Israël (1984): dat er ooit een diagnostiek zou kunnen bestaan, ontdaan van elke pathologische connotatie.

Het verwijt is dus ontoereikend: Freud heeft de grenzen tussen normaliteit en

abnormaliteit niet zozeer verlegd, dan wel opgeblazen. De in de titel vermelde "vlucht in de gezondheid" moge hiervan als paradoxaal leidmotief dienen. We vinden dit bijvoorbeeld terug in de gevalsstudie over de Rattenman, ter aanduiding van een wel merkwaardig proces: de analysant "geneest" om te ontsnappen aan de eigen waarheid die op het punt staat in het analytisch proces op te duiken. In de tekst *Zur Einleitung der Behandlung* (1913c) gebruikt hij de metafoer van de weegschaal: enerzijds het verlies, met name het subjectief leed veroorzaakt door de symptomen, anderzijds de winst, de primaire en secundaire ziekte-winst. Het is deze balans die zowel bepaalt wanneer men op consultatie komt, als wanneer men stopt. Overigens is dit een ervaringsgegeven van elke clinicus: het ogenblik waarop de hulpvraag geformuleerd wordt, valt omzeggens nooit samen met het ogenblik waarop het symptoom van start gaat; de pathologische structuur is meestal veel ouder, de hulpvraag schijnt als het ware jaren te laat te komen. Dit is in feite het meest kapitale aangrijpingspunt binnen de preliminaire gesprekken: waarom komt men *nu*, op dit geëigende moment? Anders gesteld, wat is er veranderd in de winst-verlies balans van het symptoom, zodat er nu een hulpvraag naar voren treedt? Meteen wordt de dubbelzinnigheid van veel hulpvragen doorzichtig: men vraagt een herstel van het evenwicht, niet het verdwijnen van de structuur — zie dan Dora. De consultaties zullen dan ook stopgezet worden wanneer de balans terug in "evenwicht" komt, terwijl er ten gronde niets veranderd is — dit wordt dan de vlucht in de "gezondheid". De pendant daarvan is nog paradoxaler: de therapeutisch negatieve reactie, waarbij de analyse prachtig verloopt, maar de patiënt lijdt eronder... Het teveel aan waarheid dat gereveleerd wordt, is niet altijd leuk om dragen, en het is niet toevallig dat Lacan een ethische imperatief aan de basis van het analytisch proces en het onbewuste legt: "il faut y aller".

Deze subversie tussen "genezing" en "ziekwording" wijst op een fundamenteel andere visie op psychopathologie in het algemeen en het symptoom in het bijzonder: sedert de psychoanalyse weet men dat een psychopathologisch symptoom een poging tot genezing inhoudt, een poging tot het bereiken van een oplossing binnen een gegeven psychische structuur. Deze nog steeds revolutionaire idee is eigenlijk eeuwenoud, want ze sluit perfect aan bij de Hippocratische visie (zie hoger) op ziekte: een ziekte is een gezonde reactie van het organisme op de verstoring van een evenwicht, reactie waarvan het normale eindpunt de gezondheid is. Onbewust heeft men dit mechanisme zelfs in omgekeerde zin toegepast: een psychose, géén probleem, maak er een malaria van, en de psychose zal verdwijnen. Men lijkt hier een regeltje uit de impliciete psychologie toe te passen, waarbij een probleem opgelost wordt door de creatie van een nog groter probleem.

Terug naar Freud. Het opblazen van de grenzen tussen normaal en abnormaal toont zich op verschillende punten. Het volstaat om de index van de *Gesammelte Werke* te raadplegen: onder de lemma's "Normal" en "Normale Menschen" vinden we, gespreid over tien kolommen, ongeveer alle pathologische fenomenen terug.¹⁵⁹

159. S. Freud, *Gesamregister*, G.W., XVIII, pp. 395 - 399.

Zijn basiswerken vertonen telkens dezelfde vermenging, gaande van *Die Traumdeutung* over *Zur Psychopathologie des Alltagslebens* tot *Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten*: er is géén onderscheid tussen de "gezonde" en de "zieke" mens. De vermenging is overigens niet toevallig, maar wordt doorheen de ontwikkeling van Freuds oeuvre steeds meer structureel. We bespreken drie thema's.

Vooreerst de seksualiteit. De zogenaamde normale seksuele verhouding is een normatieve illusie, er bestaat slechts een arbitraire "norme mâle", waarvan de periodiek opduikende statistieken à la Hite en Masters en Johnson de steeds tijdelijke varianten opleveren waaraan elke geïnteresseerde kan afmeten op hoeveel orgasmes per week hij of zij in zijn of haar leeftijdscategorie "recht" heeft. Voor Freud vertrekt de mens bij een polymorf perverse seksualiteit, waarbij de oorspronkelijke instincten geperverteerd worden door de kolonisatie van het onbewuste. Er is géén "natuurlijke" norm voor de menselijke seksualiteit, de vraag is niet: "Hoe wordt iemand pervers?", wèl: "Hoe komt iemand tot de 'modale', norm - ale seksualiteit?".

Ten tweede de verdringing. Vanaf het prille begin beschrijft Freud dit proces als zijnde zowel normaal als pathologisch. Het onderscheid tussen die twee varianten zal hij nooit kunnen verwoorden, tenzij in termen van kwantiteit: is pathologisch wat méér excessief is. Op het ogenblik dat het concept van de oerverdringing geformuleerd wordt als noodzakelijk voorafgaande fase voor de eigenlijke verdringing, blijkt dat deze oerverdringing structureel noodzakelijk is voor élk *neurotisch* subject, zodat het onderscheid nog méér vervaagt.¹⁶⁰

Onmiddellijk daarbij aansluitend, vinden we de idee van de "Spaltung", deling van het subject. Aanvankelijk door Freud beperkt tot gevallen van zware hysterie zal hij uiteindelijk dit proces generaliseren: élk subject wordt gedeeld in het ontwikkelingsproces, deling die zich rond de castratie focaliseert.¹⁶¹ Freudiaans beredeneerd kan men vanaf hier de pathologie gaan bepalen in functie van de houding die tegenover die castratie ingenomen wordt: verdringing, verloochening, verwerping. Bij Lacan zullen dit de *posities van het subject* worden tegenover het tekort van de Ander, wat dan een structurele kliniek inluiddt. Zoals iemand het ooit ludiek uitdrukte: er zijn drie manieren om normaal te zijn, met name een neurotische, een psychotische en een perverse.

Ergo: het verwijt vanwaar we vertrokken zijn, betreft iets reëls: de psychoanalyse heeft het verschil tussen normaliteit en abnormaliteit zonder twijfel opgeblazen. Vraag wordt nu: is dit gerechtvaardigd, kan men dit verschil zomaar verwaarlozen, heeft de analyse hier geen betreurenswaardig artefact geïnstalleerd? Het sprookje over de kleren van de keizer kan als leidraad dienen. Wij willen Freud de plaats toewijzen van het kind dat de waarheid reveleert tégen de heersende schijn in: de

160. We hebben dit uitvoerig elders besproken, zodat een verwijzing hier moge volstaan: P. Verhaeghe (1987), *Tussen hysterie en vrouw*, pp. 31 - 47, pp. 128 - 135.

161. S. Freud (1940c), *Die Ichspaltung im Abwehrvorgang*, pp. 59 - 60.

keizer loopt naakt rond, iedereen weet het, maar niemand durft het uitspreken.¹⁶² Dit laatste is precies één der essentiële karakteristieken van wat Lacan "le monde du semblant" genoemd heeft, en het aan Freud gerichte verwijt maakt daarvan deel uit. Ter illustratie vermelden we een toch wel opmerkenwaardige "screenings"-lijst ter detectie van psychische anomalieën bij schoolkinderen. De volgende gedragingen zouden symptomatisch zijn voor dieper liggende gedragsproblemen bij kinderen: "1. Studieproblemen, met name te lage prestaties, te hoge prestaties en onregelmatige prestaties; 2. Sociale problemen met leeftijdsgenoten en broers en zusjes, zoals het agressieve kind, het onderdanige kind en de bluffer; 3. Relaties met ouders en andere gezagdragers, zoals uitdagend gedrag, onderworpen gedrag, vleierigheid; 4. Duidelijk zichtbare gedragingen, zoals tics, nagelbijten, duimzuigen en interesses die beter bij het andere geslacht passen, zoals het jongensachtige meisje en het meisjesachtige jongetje."¹⁶³ Wat dan die éne normale betreft die — na lang zoeken — overblijft, en die het toppunt van normaliteit vormt, dienen we helaas een andere studie in rekening te brengen: Rimland (1964) weet ons ervan te overtuigen dat het zogenaamde perfect aangepaste kind het méést gestoorde is...

Freuds evolutie: van sciëntisme naar ethiek

Vanaf het begin van zijn oeuvre worstelt Freud met wat hij de "Neurosenwahl" noemt: hoe komt het dat iemand voor een welbepaalde psychopathologie 'kiest', en niet voor een andere? De term op zich is ietwat misleidend: het betreft niet alleen de psychoneurosen, maar eveneens wat Freud later de narcistische neurosen zal noemen, met name de psychosen. Ter illustratie hiervan volstaat het reeds te verwijzen naar de vreemde term "Abwehr-Neuropsychosen", waaronder Freud zowel hysterie als paranoia rekent.

In het licht daarvan lijkt het wel zo te zijn dat Freud in het begin uitermate bekommerd is om de differentiaaldiagnostiek. Dit is slechts een halve waarheid, omdat deze differentiatie zich ontwikkelt doorheen en samen met de theorie en de praktijk. Naarmate Freud ontdekt wat hysterie is, wat dwangneurose is, ontwikkelt hij de psychoanalyse op zich. De klassieke pre- en vooral postfreudiaanse kloof tussen diagnose en behandeling valt hierdoor volledig weg. De manier waarop een patiënt 'zijn' analyse doorvoert — correcter uitgedrukt: de vorm van overdracht — laat een diagnostiek toe, zodat de ultieme diagnose pas na de behandeling mogelijk wordt.

162. Vandaar de verwarring op het ogenblik dat in de instellingen de uniformen afgeschaft werden: wie was de patiënt? Vandaar ook dat tijdens TV-uitzendingen over "de psychiatrische patiënt" quasi steeds mentaal gehandicapten of geriatrische patiënten in beeld gebracht worden, daar is "het" tenminste duidelijk.

163. S. Radin (1962), *Mental Health problems in school children*, p. 392.

De "Neurosenwahl" bestaat derhalve niet als een soort afzonderlijk diagnostisch deelgebied: nosologie, analytische theorie en praktijk vormen één onverbreekelijk geheel. Wij menen Freuds ontwikkeling in twee grote lijnen te kunnen opsplitsen. De eerste betreft de ontdekking van en de theorievorming over de afweer, de defensie. De tweede betreft de overdracht als verhouding tussen het gedeelde subject en de Ander. Deze opdeling kunnen we ook anders formuleren: de eerste betreft het primaat van het lustprincipe en de betekenaar, de tweede zal de dimensie van het Reële op het voorplan schuiven, waar het lacaniaanse jouissance-concept een plaats in vindt. We zullen zien dat er tussen die twee ontwikkelingen een bijzonder verband bestaat, dat bijvoorbeeld een duidelijker situering van de psychosen mogelijk maakt. Deze laatste nemen we straks als toetssteen voor de paradigmatische verwording.

Voor eerst afweer, defensie. De ondertitel die Freud aan zijn fameus artikel van 1894 toevoegt, toont reeds de reikwijdte die hij aan dit concept wil toekennen: *Die Abwehr-Neuropsychosen, Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen*. Freud meent de sleutel gevonden te hebben voor het quasi totale veld van de psychopathologie: het Ich bevindt zich in een situatie van conflict en hanteert daartegen een vorm van afweer. De ontwikkeling van deze stelling zal het zwaartepunt uitmaken van Freuds theorie en praktijk, net zolang hij het lustprincipe als basisaxioma blijft hanteren. Deze theorie is relatief eenvoudig: elk subject streeft lust na, dit betekent voor Freud een zo laag mogelijk en bij voorkeur constant niveau van spanning. De conflictsituatie brengt onlustvolle spanningsverhoging met zich mee en precies daartegen richt zich de afweer, al dan niet pathologisch, want in Freuds visie bestaat er ook zoiets als een 'normale' afweer. Het zal precies de wijziging van dit basisaxioma zijn die de tweede lijn oplevert, waardoor psychose en neurose radicaal van elkaar kunnen onderscheiden worden. In de eerste lijn is dit voorlopig niet het geval: zie dan de hoofdtitel, *Abwehr-Neuropsychosen*, zie dan de nevenschikking in de ondertitel.

Freud zal deze eerste lijn ontwikkelen vanuit drie invalshoeken, die telkens drie antwoorden leveren op het vraagstuk van de "Neurosenwahl". We kunnen ze als volgt samenvatten: afweer waartegen ? afweer wanneer ? afweer hoe ?

De vraag naar het *waartegen* de afweer zich richt, levert in eerste instantie een medisch geïnspireerde differentiaal-diagnostiek op. Dit komt neer op de traumatheorie: Freud onderscheidt een externe, etiologische agens, wat hij de "Fremdkörper" noemt, die het subject als het ware van buitenuit 'overvallen'. In tweede instantie zal hij dit wijzigen, als hij de traumatheorie aanvult met het fantasma: het subject heeft zélf een aandeel in de etiologie, vandaar ook de term "Neurosenwahl".

Deze eerste differentiatie is evenwel al snel onvoldoende. Freud zal derhalve een andere vraag stellen, deze naar het *tijdstip waarop* de afweer noodzakelijk wordt. Het is bekend dat hij in de briefwisseling met Fliess aldus een aantal leeftijdsperiodes onderscheidt die telkens bepalend zouden zijn voor een specifieke pathologie. Een aantal jaren later zal dit door Karl Abraham hernomen worden, met de zoge-

naamde libidineuze ontwikkelingstheorie.¹⁶⁴ We zien hier een soort genetische psychoanalyse verschijnen, met als impliciete vooronderstelling dat, hoe vroeger een pathologie vastligt, des te erger de verschijningsvorm ervan wordt. De relatieve waarde van deze idee mag blijken uit een bepaalde toepassing: in deze optiek zou de (vroeger vastliggende) hysterie een zwaardere pathologie zijn dan de (later bepaalde) paranoïa.¹⁶⁵

Ook deze benadering volstaat niet om de klinische diversiteit te vatten en Freud blijft verder zoeken. De volgende vraag die hij zich stelt is die naar het *hoe* van de afweer. De idee die hij hierbij uitwerkt is de volgende: elke vorm van psychopathologie heeft een eigen defensiemechanisme. Aldus zou de hysterie getypeerd worden door de verdringing, de dwangneurose door de "Isoliering" en de reactieformatie, voor de psychose zou het de projectie moeten zijn.

Nu is het van belang te benadrukken dat deze driedelige ontwikkelingslijn in Freuds eerste theorie slechts duidelijk wordt in de postfreudiaanse hernemingen ervan. Bij Freud zelf vormen deze drie accentleggingen slechts onderdelen van één groot geheel. Na Freud zal elk van deze drie lijnen afzonderlijk aangegrepen en als uniek verklaringsmodel naar voren geschoven worden. We zullen dit straks illustreren voor de psychose.

Tot daar de eerste grote lijn die wij in Freud onderscheiden. De tweede lijn van zijn theorievorming zal de eerste tot in haar grondvesten ondergraven. Dit tweede luik betreft het Reële en de overdracht, met name de ontdekking van het belang van de Ander voor de subjectwording. Precies daar zal Lacan zijn terugkeer naar Freud veranderen tot een verder-bouwen-op: dit zal ons de theorie over het genieten en over de dubbele onmogelijkheid (binnen de discours met de disjuncties) opleveren.

We verklaren ons nader. Tot 1920 denkt Freud quasi uitsluitend in termen van het lustprincipe. Psychopathologie komt telkens neer op een therapeutisch te rectifiëren mislukking van dit lustprincipe, hetzij omdat er een extern trauma plaatsgegrepen had, hetzij omdat er op een bepaald ogenblik in de ontwikkeling iets misgelopen was, hetzij omdat er een verkeerde afweer ontstaan was. Zowel de afweer als de therapie verlopen volgens de wetten van de betekenaar, met name volgens dit lustprincipe, wat voluit te lezen staat in *Jenseits des Lustprinzips*. Het verlangen is in voorstellingen gevat. Deze voorstellingen zijn bezet met een 'gebonden' energie, waarlangs ze defensief verschoven, verdicht, verdrongen, eventueel zelfs verworpen kunnen worden. Het is de moeite waard hier op te merken dat het overdrachtsconcept daarbinnen kadert, want aanvankelijk komt overdracht voor Freud slechts neer op een verschuiving, een "falsche Verknüpfung", d.w.z. een bepaalde defensievorm, de zogenaamde overdrachtsweerstand. De therapie bedoelt daar een antwoord op te bieden, door de oorspronkelijke koppeling tussen voorstel-

164. S. Freud (1975), *Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Briefe an W. Fliess, Abhandlungen und Notizen*, brief 48 en brief 52.

165. J. Lacan (1949), *Het Spiegelstadium als vormend voor de functie van het Ik zoals die ons gereveleerd wordt in de psychoanalytische ervaring*, (vertaald door J. Quackelbeen), p. 13.

ling en bezetting te herstellen, zodat het lustprincipe weer kan functioneren. Aldus beschouwd kan de kuur pragmatisch begrepen worden als een methode om het totaal spreken mogelijk te maken, met als gevolg dat er een totale lust mogelijk wordt. Het geheel wordt gekaderd door de vaste overtuiging dat 'alles' gezegd kan worden, dat 'de' perfecte seksuele verhouding bestaat, en dat 'de' vader daarvoor de garanderende hoeksteen vormt.

Overigens komt deze redenering zeer goed overeen met bepaalde behavioristische en latere leerpsychologische principes: een angstwekkende stimulus wordt gekoppeld, geassocieerd, aan een andere, die op zich de angst gaat uitlokken; therapie doet de foute koppeling teniet, en brengt de oorspronkelijke naar boven, die vervolgens "uitgedoofd" moet worden. Het geheel wordt gedirigeerd door de opvatting dat de mens pijn wil vermijden. Vanaf het begin zijn er ook massale verschilpunten. Zo zal Freud veel meer interesse aan de dag leggen voor het hoe, het wat en het waarom van de defensiemechanismen die de associaties bewerken. Het voornaamste verschil betreft evenwel iets dat van een meer conceptuele orde is: het vroege behaviorisme vooronderstelt een overeenkomst tussen object en betekenaar (vandaar de steeds terugkerende vraag van de behavioristen naar 'de concretisatie van de klacht'), terwijl Freuds verdere evolutie volledig gestoeld is op het *gebrek* aan overeenkomst daartussen, iets wat reeds in zijn *Entwurf* beschreven wordt.

Het is tijdens deze evolutie dat zijn eerste theorie, die van het lustprincipe, komt te vervallen door de ontdekking dat er iets voorbij het lustprincipe ligt, iets dat maakt dat het lustprincipe op zich steeds tot mislukken gedoemd is, dat het totaal spreken, het alles zeggen nooit kan. Freud herontdekt¹⁶⁶ hier de dimensie van het Reële en zal het ditmaal conceptualiseren: voorbij de voorstelling, zeggen we maar, voorbij de betekenaar, ligt er iets dat niet energetisch gebonden kan worden en daardoor niet afreageerbaar is, iets waar zelfs de herhalingsdwang tekort schiet, zodat het fallische lustprincipe nooit tot spanningsontlading kan komen. De basis daarvan vindt hij in de eerste narcistische krenking binnen de verhouding tussen kind en Ander, en precies daar zal hij een nieuwe theorie over de overdracht gronden, meer bepaald met de idee van een overdrachtsneurose.¹⁶⁷ De uitdrukking "narcistische neurosen" krijgt hier haar volle draagwijdte.

We kunnen dit het best in kader brengen met de door Lacan onderscheiden disjuncties in zijn discours-theorie: in de neurose staat de disjunctie van het onvermogen centraal, het onvermogen van het lustprincipe. Deze eerste disjunctie maskeert, fundeert en garandeert de andere disjunctie, deze van de onmogelijkheid van het genieten, van het "Il n'y a pas de rapport sexuel". De vier discours tekenen vier parcours uit, waarlangs het neurotisch subject vier vormen van sociale relatie kan uitbouwen langs de lijnen van dit onvermogen tot lust. Dit wil evenzeer zeggen dat het vier mogelijkheden zijn om het Reële te omcirkelen op die punten waar het

166. 'Herontdekken', omdat hij er reeds mee was geconfronteerd binnen het kader van zijn zogenaamde "trauma-theorie".

167. S. Freud (1920g), *Jenseits des Lustprinzips*, pp. 19 - 20; *Aan gene zijde van het lustprincipe*, pp. 99 - 100.

Symbolische tekortschiet: de vaderfunctie, het geslachtsverschil en de seksuele verhouding. De neurose is steeds een antwoordpoging daarop, een "suppletie", met een garanderende, oedipale vader van waaruit een seksuele verhouding met De Vrouw mogelijk wordt. Op dit punt toont zich het breukvlak met de psychose. De psychoticus staat buiten de discours, buiten de zelf gecreëerde oedipale vader, staat buiten het beveiligende effect van de discoursomkadering. Het onvermogen ontbreekt, zodat de onmogelijkheid niet meer gegarandeerd is. Het Reële verschijnt hier onverwerkt, zodat de overdracht als imaginair verwerkingsdispositief ten enenmale ontbreekt en onder een andere, door ons als "massaal" ervaren vorm verschijnt. De narcistische krenking waar Freud het in *Jenseits des Lustprinzips* over heeft, als basis van de neurose, is hier van een totaal andere orde, misschien zelfs ontbrekend. Vandaar de uitdrukking *narcistische neurosen*.

Aldus beschouwd wordt psychoanalyse door twee lijnen gekarakteriseerd: enerzijds de betekenaar, anderzijds het Reële. De dimensie van de betekenaar impliceert zowel het Symbolische als het Imaginaire, twee ordes die het Reële omcirkelen, en die de neurose in extenso karakteriseren. In tegenstelling tot de neurose staat in de psychose het Reële centraal, iets wat Freud reeds ontdekt had, op het ogenblik dat hij schrijft dat in de psychose woordvoorstellingen zoals zaakvoorstellingen gehanteerd worden.¹⁶⁸ Psychoanalyse als kuur is geconcipeerd op een neurotisch dispositief, wat zoveel wil zeggen als dat ze op het dispositief van de betekenaar uitgedacht is. Psychose valt daar minstens gedeeltelijk buiten, zodat in dit geval het psychoanalytisch dispositief als kuur herdacht dient te worden, aangezien de betekenaar hier onvoldoende is. Dit betekent dat op dit punt zowel een nieuwe theorie als een nieuwe praktijk uitgedacht en uitgetoetst dient te worden, waarvan de repercussies ook op het terrein van de neurose voelbaar zijn. Het is precies daar dat Freud sprak over een onmogelijk beroep — binnen een sciëntistisch perspectief, welteverstaan — en het is eveneens daar dat de ethische implicaties onvermijdelijk worden: "*Pas de clinique sans éthique*".

Men kan Freud lezen als een sciëntistisch positief-wetenschappelijke vorser, een *Freud, biologist of the mind*. Vanuit een dergelijk perspectief komt men onvermijdelijk tot dezelfde impasses als de positieve wetenschap op zich, wat nog duidelijker wordt in de paradigmatische toepassingsperiode ervan. Er is evenwel een andere lectuur van Freud mogelijk, lectuur die aantoonde hoe Freud inderdaad vanuit een 'harde' wetenschappelijke aanpak uiteindelijk voor de impasse daarvan kwam te staan. Een terugblik vanuit die impasse toont dat ethiek vanaf het begin impliciet centraal staat. De reden daarvoor is eenvoudig. Ethiek, zowel in de ruime maatschappelijke als in de enge subjectbepaalde zin van het woord, maakt essentieel deel uit van de analytische praxis, omdat er in de vraag van de analysant naar en tijdens de kuur steeds een ethische problematiek ligt.

Ethiek als kern van de kuur — als dit zo is, hoe komt het dan dat er schijnbaar

168. S. Freud (1915e), *Het onbewuste*, pp. 136 - 140.

zo weinig aandacht aan werd besteed tijdens de opbouw van de psychoanalytische conceptualisatie bij Freud? Eveneens gestart binnen een positief-wetenschappelijk klimaat, ja, zelfs een sciëntistische labo-sfeer, zal Freud als eerste de problematiek van het verlangend subject in kaart brengen. De minutieuze schemata à la Signorelli, de ontrafeling van de droommechanismen, het dynamisch verband tussen verdringing en symptomen: ziedaar een aantal capita selecta waarvan de uitwerking getuigenis aflegt van een vorsersmentaliteit. De vaak mechanistisch aandoende beschrijvingen daarvan binnen het zogenaamde hydraulisch model lieten eveneens weinig plaats voor ethische vraagstellingen, wat nog meer opvalt bij het postfreudianisme.

Dit is slechts het geval voor wat wij het startpunt noemden. Voor zover Freud één van de drie wetenschappers is die het huidige denken bepalen, komt dat door het feit dat hij precies dit startpunt overstegen heeft. In een notedop samengevat, kunnen we deze overstijging als volgt scanderen. Freud heeft vooreerst de ethische implicatie van de vraag bij de analysant gehoord: neurose is freudiaans beschouwd steeds het effect van een conflict tussen een verlangen en een verbod, waarbij het verlangen tot het subject behoort en het verbod van buitenaf lijkt te komen (*Studien über Hysterie*). Aansluitend daarbij heeft Freud de vraag van de neuroticus een tijdlang beantwoord, ingevuld, door zélf de rol van de vader, zij het in een verbeterde heruitgave, op zich te nemen (hoogtepunt: *Totem und Tabu*). Tenslotte heeft hij de interne onmogelijkheid van dit antwoord, van deze positie-inname, ontdekt en ondervraagd, zodat psychoanalyse de lijst der "onmogelijke" beroepen ging vervolgen (*Der Mann Moses und die monotheistische Religion, Die endliche und die unendliche Analyse*).

Het conflict dat aan de neurose ten grondslag ligt, kan qua inhoud even zovele invullingen krijgen als er subjecten zijn. Qua formele structuur treedt er een recurrent fenomeen op: het verdeelde subject zoekt een externe figuur die een bepaalde vorm van zekerheid, garantie kan bieden voor de eigen verdeeldheid. Freud had dit vrij snel door en ontdekte bovendien dat deze gezochte figuur ingekleurd werd op basis van de infantiele herinneringen aan de ouders, meer concreet: aan de vader. Het therapeutisch werkinstrument werd aldus de overdracht, waarbij de therapeut het gewicht van de oorspronkelijke autoriteit krijgt toegeschreven. Met deze redenering kan er geen onderscheid geformuleerd worden tussen het klassieke "traitement moral" en deze eerste freudiaanse conceptualisatie: in beide gevallen wordt de oorspronkelijke mislukte autoriteit vervangen door een nieuwe, betere heruitgave. Het verschil daarmee, en dat is de psychoanalyse op zich, gaat pas van start op het ogenblik dat Freud de steeds terugkerende mislukking van de garanderende oedipale functie ontdekt en het eigen aandeel van het subject daarin, zowel qua opbouw als qua afbraak. Het moeizame proces van constructie en 'ducharbeiten' wordt aldus de kern van de kuur, en fundeert meteen het onderscheid tussen therapieën die op basis van suggestie werken en de analyse die de mogelijkhedenvoorwaarden van de suggestie precies wil analyseren.

Dit is wat Freud beschreef onder de naam van het Oedipuscomplex: het gewicht dat de analyticus toebedeeld krijgt, is een erfenis die van elders komt. Dat dit

gewicht steeds een ethisch karakter vertoont, is een ervaringsgegeven: de analysant verwacht en vreest een oordeel, vraagt raad, goedkeuring, wil bemind worden. Kortom, hij zoekt een meester S_1 die een weten S_2 verkondigt. De analyticus wordt in de positie van oedipale garant geplaatst, zeggen we maar: oervader, die volgens de kleine Hans een intieme relatie met God onderhoudt aangezien hij alles schijnt te *weten*. 'Schijnt', want daar begint de volgende reeks moeilijkheden: de garant-figuur mislukt vroeg of laat, en ook deze mislukking wordt tijdens de kuur op de figuur van de analyticus overgedragen.

Lacan herneemt en conceptualiseert dit: het symbolisch systeem vertoont een essentieel tekort — "Il n'y a pas d'Autre de l'Autre" — zodat het meesterdiscours een onmogelijkheid en een onmacht bevat. De confrontatie met dit tekort in het symbolisch 'wetend' systeem lokt angst uit voor het niet-afgedekte Reële, waarvan de castratie-angst reeds een defensieve bewerking is.

Het verschil met de hoger besproken paradigmatische opvattingen kan hier, met de lacaniaanse conceptualisatie van de laatste freudiaanse kanteling, radicaal gesteld worden: het heeft geen zin de therapeutische figuur te vereenzelvigen met de meesterfiguur. De Freud die meent Dora te kunnen leren hoe te verlangen, valt van zijn voetstuk. De meesterfiguur is een creatie, een constructie van de neuroticus om van zijn verdeeldheid af te raken, dat is de kern van *Der Mann Moses und die monotheistische Religion*, en meteen voor ons de kern van Freuds denken in het algemeen. Voor zover de therapeut toelaat dat de patiënt hem tot deze meesterfiguur boetseert via de overdracht, *en voor zover het therapeutisch proces ook daarbij halt houdt*, herhaalt hij slechts het oorspronkelijke proces. Psychoanalyse daarentegen is ultiem analyse van dit boetseringsproces, van de noodzaak en de subjectieve modaliteiten daarvan. De finaliteit van de psychoanalyse kan dan paradoxaal als volgt gedefinieerd worden: doel is de analyse van dat wat de analyse oorspronkelijk mogelijk maakte, met name de overdracht.

Men heeft wel eens gezegd dat na de analyse de synthese moet volgen, dat na de analyse — in deze, reeds paradigmatische context begrepen als verbrijzeling van een verkeerd opvoedingsproces — er een heropvoeding moet volgen. Dit roept Platoonse reminiscenties op: na de Socratische dialoog waarin aangetoond wordt dat de epistèmè niet in staat is de arètè te gronden en steeds tot een te vernietigen doxa vervalt, moet de Platoonse dialectiek volgen, als ontdekking van de nieuwe, ditmaal 'juiste' eeuwige waarheden. In het voetspoor van Freud heeft Lacan aangetoond dat dit onmogelijk is: het meesterdiscours vernietigt zichzelf. Waar de analyticus deze onmogelijkheid *binnen de context van de kuur* wel uitprobeert, verlaat de psychoanalyse het veld van de ethiek en de kliniek, en vervoegt ze de ideologie. Overigens zijn wij ervan overtuigd dat de psychoanalyse daar een aantal fundamentele zaken te duiden heeft, alleen al wat de in de geschiedenis steeds terugkerende roep om totalitaire figuren betreft. Over het effect van dergelijke duidingen maken wij ons geen illusies; dit is praktisch nihil, omdat ze noodzakelijkerwijs van dezelfde orde zijn als goeie raad: die wordt achteraf altijd juist bevonden, maar zelden of nooit opgevolgd.

Een belangrijke vraag, die we niet uit de weg wensen te gaan, wordt dan of

analyse automatisch leidt tot keuzes, tot een persoonlijke ethiek bij de analysant. De katholiek-middeleeuwse herlezing van Socrates steekt hier de kop op: ken uzelf, en ge zult 'deugdzaam' worden. Het is geen toeval dat Lacan op het einde van zijn seminarie over de ethiek van de psychoanalyse uitvoerig het onderscheid bespreekt tussen de menselijke "wetten" en de "dikè", die — als subjectieve vormgeving daarvan — de algemene wetten steeds overstijgt. In deze context is het doel van de analyse volgens Lacan het vermelden waard: de installatie van een nieuwe sociale band via het analytisch discours, "qui ne serait pas du semblant". Dit betekent dat er een sociale band mogelijk zou moeten zijn *buiten het collage-effect van de verzamelende S, om*. Dit lijkt ons een mooie, maar quasi onmogelijke droom, omdat dit precies ingaat tégen het wezenlijk gedeeld zijn van het subject. Ofwel is deze deling niet wezenlijk, dus modifieerbaar, en dan wordt er een ander discours mogelijk; ofwel is ze wél wezenlijk, en dan blijft dit ander discours slechts een nastrevenswaardig ideaal.

Een antwoord hierop blijven we schuldig. In de plaats daarvan willen we een bepaalde klinische ervaring brengen, die eveneens deze van Freud is: het kan geen toeval zijn dat neurotici steeds tot de categorie mensen behoren die een teveel aan moraal willen pratikeren, die — zoals Freud stelt — beter willen zijn dan ze in feite kunnen. Het eindpunt van de kuur wordt dan niet zozeer de creatie van een nieuwe, eigen moraal, doch veeleer het assumeren, het zèlf denken van een vooraf gegeven, arbitraire ethiek die tot dan toe enkel na-gedacht werd. En ook dat is een keuze.

Verwording: de genezing van de Daltons

Voor zover men de ethische implicaties toch wou vermijden, was er maar één oplossing: bij de eerste Freud blijven, die van het lustprincipe en het sciëntisme, en de tweede afdoen als filosofische ouderling. Dit is wat het postfreudianisme ons toont: uit de eerste theorie worden bepaalde lijnen losgepeuterd, waarop vervolgens 'alles' gebaseerd wordt. De idee van het trauma, de "afweer waartegen", zien we voor de psychose bijvoorbeeld verschijnen in die benaderingen die op één of andere manier een particuliere gezinssituatie als causale factor voor de psychose naar voren schuiven. Dit is ondermeer het geval in de Anglo-Saksische benadering van Schreber, waarin de vader beschreven wordt als een Pruisische kamergymnastiek-fanaat, met een voorliefde voor allerlei sadistisch aandoende instrumenten. Hij vormt dé oorzaak, de externe traumatische oorzaak van de psychotische pathologie bij zijn zoon, idee waarop men zelfs twee succesvolle toneelstukken gebaseerd heeft. Het is duidelijk dat deze benadering niet alleen onvoldoende, maar zelfs verkeerd is. Het volstaat hier te verwijzen naar het biografisch Schrebermateriaal dat onder leiding van Julien Quackelbeen verzameld, gepubliceerd en geïnterpreteerd werd,

om aan te tonen dat deze redenering niet haalbaar is.¹⁶⁹ Dezelfde idee — psychose gebaseerd op een afweer tegen een externe, etiologische agens — vinden we op een andere, minder herkenbare manier terug in een terrein dat door de analytici meestal afgewezen wordt, als zijnde vreemd aan onze discipline, met name het gebied van de zogenaamde organische psychosen. De redenering daar is dezelfde: een organische psychose wordt veroorzaakt door een biologische agens waarvan het subject 'slachtoffer' is — analyse is hier overbodig, analytici trekken zich terug en laten het veld vrij voor de organici. Ook deze redenering is verkeerd, want zelfs de zogenaamde organische psychosen kunnen niet unilateraal verklaard worden door beroep te doen op een externe etiologische agens. Als voorbeeld hiervan verwijzen we naar het reeds besproken boegbeeld van deze benadering, met name de *dementia paralytica*. De relatieve onbekendheid vandaag de dag daarmee maakt dat men vergeten is dat slechts een klein percentage van de syfilislijders een *dementia paralytica* ontwikkelt.¹⁷⁰ De organische etiologie blijkt hier onvoldoende als etiologie om deze psychose te verklaren, en wij zijn ervan overtuigd dat dit voor elke vorm van organische psychose geldt.

De tweede ontwikkelingslijn — afweer wanneer — zal in het postfreudianisme eveneens als verklaringsmodel voor de psychose uitgebouwd worden. We krijgen hier de theorie over de objectrelaties en over de libidineuze ontwikkeling volgens stadia. Hierbij vergeet men de oorspronkelijke visie van Abraham, en plots wordt iedereen ervan overtuigd dat psychose de vroegst vastliggende pathologie *moet* zijn, tot zelfs in het prenataal stadium toe, waarbij de therapie een zaak van geleide regressie wordt tot dat stadium waar het verkeerd gelopen is, om dan nadien een geleide progressie mee te maken tot de genitale normaliteit. Het is in deze context dat we bijvoorbeeld bepaalde interpretaties van het hospitalisatiesyndroom van Spitz kunnen situeren, waaruit een accentlegging gegroeid is op de profylaxis, met name het instand houden van de zeer vroege moeder - kindrelatie. Ook deze benadering is onvoldoende, al was het maar omdat het probleem van de declenchering op latere leeftijd massaal onverklaarbaar blijft. Bovendien leidt deze redenering, in de lijn van M. Klein, onvermijdelijk tot de idee dat *iedereen* een "psychotische kern" in zich draagt die, mits aan de juiste voorwaarden voldaan wordt, naar buiten kan treden; een structureel onderscheid tussen neurotische en psychotische positie is er dus niet.¹⁷¹ Overigens is het interessant op te merken dat in deze benadering de moeder - kindrelatie als beschermend beschouwd wordt tegen de psychose, terwijl deze relatie zowel bij Freud als bij Lacan eerder als bedreigend gesitueerd wordt. Dit verschil kan slechts in zijn volle draagwijdte begrepen worden als men, zowel

169. J. Quackelbeen (1981), *Schreber-Documenten I*, pp. 1 - 164; J. Quackelbeen (1983), *Schreber-Documenten II, Nieuwe teksten van Paul Schreber*, pp. 1 - 123; J. Quackelbeen (1984), *Notes sur les Rimes à sa mère*, pp. 32 - 37.

170. H. Ey et al. (1974), *Manuel de psychiatrie*, pp. 835 - 836.

171. In die lijn krijgen we dan een bepaald, helaas niet zo zeldzaam, besluit van diagnostische onderzoekingen: "Patiënt vertoont een neurotische bovenbouw met een onderliggende psychotische laag". Enkel de perversie ontbreekt op het appel.

voor de vader als voor de moeder, het onderscheid maakt tussen de reële figuur, diens imaginair beeld en de symbolische functie.

De derde ontwikkelingslijn — afweer hoe — werd vooral tot ontwikkeling gebracht door Anna Freud, met haar fameuze *Das Ich und die Abwehrmechanismen* van 1936. De ego-analytische doctrine zal zich daarop gronden, met de weerstands-analyse als culminatiepunt. Voor de psychose wordt er aanvankelijk beroep gedaan op de projectie als typerend mechanisme, doch de vaagheid van dit concept in combinatie met de algemeenheid ervan, maakt dat dit al snel verlaten wordt. In de plaats daarvan krijgen we vaak genoeg de loutere vermelding: "psychotische defensie", waarbij meestal gespecificeerd wordt dat het "zeer vroeg vastliggende" processen betreft met alle kans op "regressie". Met andere woorden, ondanks het ontbreken van een afzonderlijk mechanisme blijft men de idee behouden dat er aan de basis van de psychose een specifiek defensiemechanisme ligt en moet liggen.

Dezelfde idee vinden we eveneens terug binnen bepaalde lacaniaanse benaderingen van de psychose. Het is ondertussen genoegzaam bekend dat Lacan het mechanisme van de forclusie als werkhypothese, als leidraad voor het onderzoek naar voren heeft geschoven. Vandaag lijkt het er evenwel op dat deze hypothese verworpen is tot een te bevestigen, geconstitueerd weten. Ongemerkt verglijdt men daardoor naar de eerste freudiaanse theorie, waar psychopathologie gekarakteriseerd wordt door een type-specifiek defensiemechanisme. De psychose verwordt aldaar tot een soort bijzondere neurose, en dus binnen het dispositief van de betekenaar. Op de koop toe wordt de kliniek vaak nog enorm verengd ook: het gaat over "de" forclusie en "de" psychose, waarbij Schreber als modaal dwingend voorbeeld dient. De differentiatie die er in de praktijk ontgensprekelijk is, vindt geen weerklank in de theorie, zodat het overal gehoorde pleidooi voor een "structurele" aanpak uiteindelijk uitmondt in het reeds vermelde, historisch dateerbare idee, met name deze van de "eenheidspsychose". Lacan zelf was een stuk genuanceerder: "Que les types cliniques relèvent de la structure, voilà qui peut déjà s'écrire, quoique non sans flottement. Ce n'est certain et transmissible que du discours hystérique".¹⁷²

Besluit

Deze paradigmatische hanteringswijze werd reeds ten tijde van Freud door Janet op de korrel genomen, waar deze laatste de psychoanalyse omschreef als "une enquête criminelle qui doit découvrir un coupable, un événement passé responsable des troubles actuels qui le reconnaît et le poursuit sous tous ses déguisements".¹⁷³ Anders gezegd, we kunnen hier zonder veel moeite dezelfde schuldontwijking terugvinden zoals daarstraks bij het anatomo-pathologisch model. Overigens vinden we ook de tweede variante terug, die van de morele behandeling, waarbij het

172. J. Lacan (1975), *Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des Ecrits*, p. 15.

173. P. Janet (1921), *Les Méditations psychologiques*, p. 224, geciteerd in: E. Roudinesco (1986), *La bataille de cent ans*, I, p. 251.

subject met alle zonden van Jericho beladen wordt. De vaststelling dat depressie neerkomt op een morele fout, kan aanleiding geven tot de 'diagnose' dat het subject 'laf' is, waarmee men binnen de kortste keren in de tweede benadering verzeild raakt en idealen als therapeutische doelstellingen gaat poneren, in dit geval 'moed'. We vinden dit zelfs bij Freud, meer bepaald in de *Studien*, waar hij in de ontstaansgeschiedenis van de hysterie de verhouding tussen morele moed en morele lafheid legt, idee die door Lacan in *Télévision* voor de depressie hernomen wordt.¹⁷⁴

Dat psychoanalyse qua paradigmatische verwording beide richtingen uitkan, wordt het mooist geïllustreerd door Adler, omdat deze erin geslaagd is een combinatie te maken van beide benaderingen. Neurose is voor hem het gevolg van een "orgaanminderwaardigheid", waar het individu voor niets tussenzit (organisch model, dus onschuldig subject), maar wel het fameuze minderwaardigheidscomplex ontwikkelt. De compensatie daarvan brengt ons individu tot de opbouw van verkeerde, want neurotische ficties, fantasma's (moreel model: dus subject is schuldig). Deze neurotische fictie moet in de therapie vervangen worden door de fictie van de wetenschap, d.i. het steeds normatieve ideaal van adaptatie aan de gemeenschap en de kosmos, als doel en lotsbestemming van elke mens. Het therapeutisch middel daartoe is de 'thymos'-inductie, dit wil zeggen de therapeut moet zijn patiënt meer moed inlepelelen... Het hoeft ons dan ook niet te verwonderen dat Adler een flinke belangstelling had voor pedagogiek en therapeutische reëducatie. Het hoeft ons evenmin te verwonderen dat de latere ego-analyse, die dezelfde accenten qua adaptatie legt, plots Adler herontdekte als 'voorloper'.¹⁷⁵

Dit betekent dat we hier een besluit kunnen formuleren over *alle* paradigmatische verwordingen binnen ons vakgebied: *ze vormen telkens opnieuw een bepaalde hanteringswijze van de schuldvraag*. De vraag naar de etiologie is een wetenschappelijke en dus pudieke herbenaming voor het zoeken naar de schuldige, met als twee extreme varianten het vrijpleiten van het subject via een externe veroorzaker, en het beschuldigen van het subject via een interne oorzaak.

We kunnen dit nu gaan betreuren, aanklagen, afwijzen en dies meer. Hiermee lopen we het gevaar voorbij te gaan aan een alomtegenwoordige klinische realiteit, met name dat in elke psychopathologie, ruimer, in elk psychisme, die schuldvraag centraal staat. We sommen even op. Het centrale thema in Sophocles' *Oedipus rex*

174. "So entspricht der Mechanismus, der die Hysterie erzeugt, einerseits einem Akte moralischer Zaghaftheit, (...). (...); häufiger wird man natürlich zum Schlusse gelangen, dass ein grösseres Mass von moralischem Mute ein Vorteil für das Individuum gewesen wäre." S. Freud (1895d), *Studien über Hysterie*, pp. 181 - 182.

"La tristesse, par exemple, on la qualifie de dépression, (...). Mais ce n'est pas un état d'âme, c'est simplement une faute morale, comme s'exprimait Dante, voire Spinoza: un péché, ce qui veut dire une lâcheté morale, qui ne se situe en dernier ressort que de la pensée (...)" J. Lacan (1974), *Télévision*, p. 39 (in de Nederlandse vertaling van J. Quackelbeen: p. 42).

175. H.F. Ellenberger (1970), *The Discovery of the Unconscious, The history and evolution of dynamic psychiatry*, p. 609, p. 631, p. 638.

is niet zozeer het bekende moord- en incestverhaal; immers, dat is reeds achter de rug wanneer de tragedie begint. De centrale vraag is het zoeken naar de schuldige, met als ironie dat de zoeker de schuldige zèlf is. Onmiddellijk daarbij aansluitend kunnen we de overgang maken naar de welbekende vuistregel: is neurotisch, wie 'ziektebesef' vertoont; is psychotisch, diegene bij wie dit ontbreekt. Hervertaald betekent dit: is neurotisch, diegene die *schuld*besef vertoont — zie Oedipus; is psychotisch, diegene bij wie het ontbreekt. De psychoticus wordt dan ook gestigmatiseerd als 'unheimlich', niet tot 'ons' behorend. Dat men bovendien twijfelt over het al dan niet als psychose beschouwen van de manisch-depressieve aandoeningen, valt hier ook onder: de manisch-depressieve patiënt vertoont wél schuldgevoel, alleen overdrijft hij dit dusdanig dat het niet meer geloofwaardig overkomt. De klassieke verklaring voor deze alomtegenwoordigheid is dat dit schuldbesef een cultureel bepaalde en dus tijdelijke erfenis is van een Joods-christelijke cultuur (van erfzonde tot zondvloed, *mea culpa, mea maxima culpa*), en dat een andere, betere opvoeding enz. Deze stelling is te beperkt: het schuldbesef staat bijvoorbeeld even centraal in de Oosterse cultuur met haar karma-concept en de voor de totale Japanse cultuur typerende On-idee.¹⁷⁶ Duyckaerts brengt ons de ingenieuze experimenten van Lerner in herinnering, waaruit telkens opnieuw het volgende bleek: voor de observator is het slachtoffer steeds schuldig en krijgt hij zijn of haar verdiende loon, en dit — binnen de opzet van de experimenten — tégen alle realia in. De overtuiging dat eenieder krijgt wat hij verdient, zit diep geworteld.¹⁷⁷

De fout die in de paradigmatische verwordingen ligt, is derhalve niet dat ze telkens opnieuw rond de schuldvraag draaien. De fout die erin schuilt, is dat elk paradigma een defensief vermomd antwoord *is* op deze schuldvraag, *net zoals de patiënten dat zèlf doen*. In die zin is onze wetenschap inderdaad een cultureel gedeelde fictie als antwoord op een privé-fictie, en krijgt Adler gelijk. Alleen hadden we méér mogen verhoppen van een wetenschappelijke benadering. Voor zover we een klinische differentiaaldiagnostiek willen uitbouwen, dient dit dan ook een basisuitgangspunt te zijn: *hoe springt een welbepaald subject om met de schuldvraag* ? Of, analytisch: welke positie neemt het in tegenover het tekort ?

176. "On", als onvertaalbare aanduiding voor het Japanse schuldgevoel, wordt onvergetelijk beschreven door Ruth Benedict in haar *The Chrysanthemum and the Sword*.

177. M.J. Lerner (1980), *The belief in a just world, a fundamental delusion*, pp. XV + 209, geciteerd en besproken in: F. Duyckaerts (1988), *De la justice du monde!*, pp. 11 - 14.

