

Van een projectiescherm naar een mentale ruimte: residentiële psychotherapie met jonge psychotische patiënten¹

L. Van Bouwel

Proloog

Tom is een 19 jarige jongeman die sinds acht maanden verblijft op onze structurerende afdeling voor jonge psychotische patiënten. Het is nauwelijks mogelijk contact met hem te krijgen. Hij is tegelijkertijd overal en nergens. Hij beweegt alsof zijn ledematen niet aan zijn lichaam zijn verbonden, huppelend en springend maar telkens anders. Soms woont hij vergaderingen bij maar hij lijkt er nauwelijks iets van op te vangen. In de ergotherapie, muziektherapie en psychomote therapie kan hij moeilijk de van hem verwachte taken volbrengen. Bij individuele contacten hoort zijn verpleegkundige heel af en toe een fragmentje van een innerlijke wereld, maar in een volgend gesprek lijkt hij totaal vergeten te zijn wat hij heeft gezegd.

De jongen lijkt zowel lichamelijk als psychisch niet aan elkaar te hangen. Tegenoverdrachtelijk roept hij een houding van vertedering en extra tolerantie op. Hij overschrijdt de gemiddelde behandelingsduur van vijf maanden op de onze afdeling. Hoewel hij regelmatig softdrugs blijft gebruiken wordt hij niet van de afdeling gestuurd. Een terugkeer naar huis zien zijn ouders niet haalbaar omwille van zijn storend gedrag. Een ander psychiatrisch ziekenhuis staat weigerachtig tegenover druggebruikende psychotici en een gesloten dienst binnen ons ziekenhuis beschouwen we als een stap achteruit en geen oplossing. Alternatieven worden gezocht, maar geen enkele wordt goed bevonden. Hoewel het moeilijk is met hem in contact te komen, voelen we dat we voor deze jongeman wel iets zouden kunnen betekenen wat van belang zou kunnen zijn voor zijn verdere leven.

Aan de stagiair psycholoog wordt een testonderzoek gevraagd. Een eerder psychodiagnostisch onderzoek, acht maanden geleden, lukte niet. Dankzij de inzet van de psycholoog weet Tom deze keer het testonderzoek wèl tot een goed einde te brengen. De intelligentietest die urenlang in beslag neemt, levert een IQ op van 120. Verder komt de psycholoog weinig of niets van Tom te weten. Om toch iets van zijn belevingswereld te achterhalen vraagt de psycholoog hem een tekening te maken van zijn familie als dieren. Tom maakt een schitterende tekening waar de gezinsleden in één vloeiende lijn met elkaar verbonden zijn, behalve vader. Tom tekent zichzelf als een aapje met lange slungelachtige ledematen. Moeder is een olifant. Vader is een pas openbrekend ei in de rechter onderhoek. Zijn tweelingzus was hij aanvankelijk vergeten; hij tekent haar achteraf als een mens verbonden met de olifant en het aapje.

Wat een inzicht! Zo zou men op het eerste zicht kunnen besluiten. De kern van de psychotische problematiek in een notendop. Tom als een aapje dat overal opduikt maar zich nergens thuis weet. Zijn moeder, een logge olifant, overweldigend tegenover het weerloze aapje dat er ook geen houvast aan kan hebben. En dan zijn vader, schijnbaar van weinig betekenis maar in tegendeel juist zeer betekenisvol. Als een pas uitbrekend ei vertegenwoordigt hij het nieuwe leven dat los staat van de symbiotische drie-éénheid moeder-Tom-tweelingzus. Eenzaam maar hoopvol omdat er beweging komt in tegenstelling tot het statische beeld van de drie anderen die voor Tom vlak en levenloos zijn. Anderzijds is dit ei zeer kwetsbaar: het precaire karakter wordt nog sterker aanvoeld door de tegenstelling tussen het broze kuikentje en de grote olifant. Tom kan over zijn tekening niet spreken: zijn tekening is er in al zijn naaktheid, pakt, beklijft ons terwijl Tom er eerder achteloos naar kijkt en

¹ Tet citeren als: Van Bouwel L. (2003). Van een projectiescherm naar een mentale ruimte: residentiële psychotherapie voor jonge patiënten met een psychose. In Smet J. Van Bouwel L en Vandenborre R (Eds), *Spreken en gesproken worden. Psychoanalyse en psychose* (p 119-144). Antwerpen:Garant.

vergeet wat hij gemaakt heeft.

Deze ontroerende tekening leert ons ook iets over de wijze waarop de psychotische patiënt in de wereld staat.

Bij Tom gaan we tevergeefs op zoek naar een psychische ruimte. Af en toe denken we er enkele fragmenten van op te vangen maar ze verdwijnen weer even vlug. Tom ageert echter zijn psychische wereld uit: hij *is* zijn psychische wereld maar hij is er niet psychisch mee bezig. Hij is het aapje dat onhandig op weg is naar nergens. Zijn innerlijke wereld is binnenste buiten gekeerd, zodat hij uitdeint in iets vormeloos en oneindig. Er is geen huid, geen membraan: hij loopt leeg in een externe wereld die voor hem geen inhoud lijkt te hebben.

En wij staan machteloos toe te kijken? Toch niet. Hij roept de vertederling op die men voelt als men naar een pasgeborene kijkt. Het broze en het precaire van zijn verschijning nodigt uit tot voorzichtigheid welke ook opduikt wanneer men kijkt naar het uitbrekend ei in de tekening. We zijn getroffen door dit hoopgevende in de tekening: het ei dat los staat van de rest en waaruit pril leven tevoorschijn komt, de vader.

Want dit valt ons steeds op bij psychotische patiënten bij wie een zin naar groei te voelen is. Ze zijn, al dan niet vruchteloos, op zoek naar een ‘derde’ (vaak, maar niet altijd de vader) die hen bevrijdt uit de demonische, verpletterende archaïsche verbondenheid met een fusioneel object (vaak, maar niet altijd de moeder). Ze zijn op zoek naar een oedipaliteit die hen kan structureren en losmaken uit een verstikkende symbiose. Maar er is mijn inziens in de psychose nog iets meer aan de gang wat ik in deze tekst op een beschrijvende manier zal onderzoeken. Een causaal model ambieert de psychoanalyse immers niet te geven.

Wat gebeurde er met Tom, dat hij niet in staat is zijn weg te zoeken maar eindeloos blijft ronddwalen? Enigszins lapidair uitgedrukt zou men Freudiaans kunnen zeggen: “hij kan zijn libido niet investeren in een object maar heeft die teruggetrokken in zichzelf”. De Lacaniaanse visie: “hij heeft de stap naar de symbolische orde niet kunnen zetten en blijft gevangen in het reële”. Klein leert ons: “de aangeboren doodsdrijf is zo groot dat hij moet blijven gebruik maken van primitieve mechanismen als projectieve identificatie en splitsing zodat de depressieve positie en dus de oedipaliteit met de symboolvorming niet kan worden aangegaan”. Met Bion kunnen we zeggen: “door een onvermogen de alfafunctie te introjecteren blijft hij gevangen in een wereld van bizarre objecten waarin geen denken mogelijk is”. Wanneer men de analytische literatuur over psychosen onderzoekt, lijken sommige auteurs te beweren dat een baby in zijn ontwikkeling een quasi psychotisch functioneren moet achterwege laten ten voordele van de reality testing. Net zoals men bij de neurose beweert dat regressie of fixatie naar een oraal, anaal of genitaal stadium kan optreden, zo zou de psychose een blijven vaststeken zijn in de allervroegste ontwikkelingsstadia. Zowel Freud, Lacan, als Klein lijken dit mijn inziens te suggereren. Bion denkt hier anders over en ik deel zijn mening. Bij de psychose keert men volgens hem niet enkel terug naar een vroeger stadium. Er is ook iets anders waardoor de positieve symptomen zoals waanideeën en hallucinaties beter begrepen kunnen worden.

In een eerste deel van de tekst komen vier psychoanalytische concepten aan bod die het psychotische functioneren meer inzichtelijk maken.

1. het fenomeen van de *alfa-functie in reverse* en de *bizarre objecten* wat door Bion is uitgewerkt.
2. de idee van de *autistisch-contigüe positie* met ‘autosensoriële vormen en -objecten’ en de ‘mentale huid’, zoals beschreven door Tustin, Ogden, Bick en Anzieu.
3. de idee van de ‘projectieve identificatie’ verbonden aan de *paranoïd-schizoïde positie*, beschreven door Klein, Bion en andere post-kleinianen

4. het fenomeen van de *depressieve positie* waaraan ik de volgende ideeën verbind: transitionele ruimte en transitionele objecten, oedipaliteit, vaderlijke metafoor en reparatie.

Centraal bij deze vier punten is de vraag hoe de mentale ruimte en symbolisatieprocessen tot stand komen.

In tweede deel van de tekst wordt ingegaan op de klinische uitwerking van deze theoretische inzichten.

Enkele theoretische concepten.

Psychose: 'not thinking in a bizarre world' .

In wat volgt, baseer ik mij op Bions ideeën zoals hij deze ontwikkelde in *Learning from experience* (Bion, 1962) en *Second Thoughts* (Bion, 1967). Bion gaat ervan uit dat waangedachten en hallucinaties de restanten zijn van een kapotgemaakte innerlijke wereld waarin pijn niet verdragen werd. Een psychotische patiënt bevindt zich in een wereld vol bizarre objecten waarin niet meer kan gedacht worden. Om dit beter te begrijpen, wordt eerst toegelicht hoe normale denkprocessen op gang komen om vervolgens te blijven stilstaan bij wat er zich afspeelt in de psychose.

In het begin bevindt een baby zich in een wereld waarin plaats noch tijd is. De baby ondergaat allerlei prikkels waaraan hij geen betekenis kan geven: honger, darmkrampen, stoelgang, natte broek, koude, fel licht, lawaai ... Het is een realiteit die op hem afkomt en in schril contrast staat met het intra-uteriene comfort of de toestand van verzadiging wanneer hij pas gevoed is en geen pijnlijke prikkels moet verwerken. Het is dank zij de liefdevolle, dromende aanwezigheid van de moeder of andere verzorger (*rêverie*) dat de ongedifferentieerde sensaties worden omgezet in een emotionele ervaring. De onaangename of pijnlijke sensatie die de baby op zich voelt afkomen, wil hij kwijt: een spontane als het ware haast fysiologische reactie op pijn of frustratie is wenen. De toegewijde moeder of verzorger gaat op zoek naar de betekenis van het huilen: ze denkt erover na, zoekt en probeert zo goed mogelijk in te spelen op de noden van de baby die dat nog niet als nood ervaart maar als pijn of frustratie. De moeder gaat haar baby liefdevol toespreken, eten geven of verschonen waardoor de baby zich getroost zal voelen, opnieuw verzadigd of opgelucht. Wanneer dit herhaaldelijk op positieve wijze gebeurt, krijgen de pijnlijke ongedifferentieerde sensaties een vorm en leert de baby ook een zeker uitstel in de tijd verdragen. Tijd en ruimte ontstaan. De onaangename sensatie geraakt niet meer verloren in een tijdloze onbegrensde ruimte, maar wordt opgevangen door de moeder waardoor de sensatie aan banden kan worden gelegd en een betekenis krijgt. De baby leert deze betekenis kennen zodat binnen in hem een mentale ruimte kan ontstaan.

In Bioniaanse termen zou men dit als volgt kunnen samen vatten: “de bèta-elementen van de baby gaan op zoek naar een container die deze omvormt in alfa-elementen. Deze alfa-elementen worden teruggegeven aan de baby onder vorm van beginnende gedachten die in het geheugen kunnen worden opgeslagen en stilaan de mentale ruimte vormen”. De *bèta-elementen* zijn de concreet aanvoelde sensaties (zoals honger, koude, pijn, angst ...) die de baby kwijt wil. Deze concrete sensaties moeten verteerd worden door een mentaal apparaat zoals voedsel door het maagdarmsstelsel. In het begin is de baby nog niet in staat deze zelf te verteren maar moet hij een beroep doen op het mentale apparaat van de moeder. De baby evacueert de bèta-elementen in de container, de moeder, die met haar *alfa-functie* de bèta-elementen omzet in een verteerbare vorm namelijk *alfa-elementen*. Deze laatste zijn droomgedachten die kunnen opgeslagen worden in het geheugen of gebruikt worden om te denken. Ze zijn niet de ervaring van een-ding-op-zich, de sensatie van honger of doodsangst zelf, maar een abstractie of

representatie hiervan. Deze alfa-elementen die nu wel verteerbaar zijn worden door de moeder aan de baby teruggegeven.

Wanneer deze *alfa-functie* of *containment* van de moeder haar werk blijft doen, wordt bij de baby een “membraan” van gedachten gevormd die als *contactbarrière* optreedt. Deze maakt het mogelijk dat bewuste en onbewuste mentale processen van elkaar gescheiden worden. Is deze contactbarrière goed gevormd dan is verdringing mogelijk. Hoewel ik het bij Bion niet uitdrukkelijk lees, meen ik dat deze contactbarrière ook zorgt voor de grens tussen de baby en de moeder zodat ze niet als communicerende vaten met elkaar verbonden blijven, maar elk een apart individu vormen met elke een eigen mentale ruimte. Het is de grens die de mentale ruimte van de baby omsluit, met andere woorden een soort “psychische membraan”. Ik kom hier later nog op terug.

Tot nu toe hadden we het enkel over de normale ontwikkeling: de innerlijke wereld wordt opgebouwd dank zij de introjectie van alfa-elementen of symbolen en de verwerving van een eigen alfa-functie, het vermogen tot symboolvorming. Het zijn immers niet alleen de alfa-elementen van de moeder die door de baby worden opgenomen doch na verloop van tijd wordt ook de alfa-functie zelf met de capaciteit tot symboolvorming door de baby geïntrojecteerd. Hiervoor is een goede relatie tussen de container (de moeder die de alfa-functie vervult) en de contained (de baby die bèta-elementen evacueert) nodig. Is deze relatie verstoord, dan kan er heel wat mislopen. Verstoring in de relatie kan enerzijds te wijten zijn aan een ongunstige omgeving maar anderzijds ook aan een disfunctioneren bij de baby zelf. In het eerste geval faalt moeder in haar alfa-functie omdat ze de projecties van haar baby niet kan verdragen. Dit kan zich uiten op verschillende manieren. Moeder kan reageren met vijandigheid of angst. Ze kan zelf in stukken uiteenvallen door de dreigementen van haar baby of ze kan elke projectie van haar baby blokkeren zodat de baby met zijn bèta-elementen blijft zitten.

Maar anderzijds kan er ook iets mis zijn met de baby zelf waardoor hij niet in staat is een normale alfa-functie te ontwikkelen. In de loop van zijn theorievorming geeft Bion hiervoor verschillende mogelijke verklaringen die alle te maken hebben met een aangeboren dispositie. Het gaat hier over een te sterk overwicht van destructieve impulsen of afgunst, een intolerantie voor pijn of voor elke vorm van frustratie, een conflict dat nooit beslecht is tussen levens- en doodsdriften waardoor het lijkt dat doodsdriften de bovenhand halen. Dit kan, aldus Bion, een *omgekeerde alfa-functie* teweegbrengen. De aangereikte alfa-elementen worden door de baby niet gebruikt, maar op kannibalistische wijze vernietigd en geprojecteerd op een *beta-screen*. De gedachten, symbolen of alfa-elementen die de baby van de moeder krijgt, kunnen door de baby niet ontvangen of gedacht worden maar worden door hem geëvacueerd net zoals dit gebeurt met een ophoping van onaangename stimuli. De zintuiglijke sensaties worden dus niet in alfa-elementen omgezet en de contactbarrière kan niet tot stand komen maar wordt telkens vernietigd wanneer hij in opbouw is. De alfa-elementen zijn immers normaal de textuur van de contactbarrière maar kunnen door de omgekeerde alfa-functie niet gevormd worden. De alfa-elementen door de moeder aangereikt, worden dus ontdaan van de karakteristieken die hen onderscheiden van de bèta-elementen. Het worden gedesymboliseerde elementen die naar buiten worden geprojecteerd op een bèta-screen. Een omkering van alfa-functie betekent dus de vernietiging van de contactbarrière en het ontstaan van *bizarre objecten*. Deze bizarre objecten lijken op bèta-elementen in die mate dat ze enkel kunnen geëvacueerd worden, maar ze worden er niet mee gelijkgesteld: het zijn eerder bèta-elementen met sporen van ego en superego fragmenten, die niet vatbaar zijn in een gedachte.

Wanneer de destructiedrang of afgunst bij een baby te groot is, wordt de alfa-functie niet alleen kapot gemaakt doch gaat deze zelfs in omgekeerde richting werken. De aangereikte alfa-elementen worden verkeerd begrepen en produceren leugens en hallucinaties. Deze vernietigde alfa-elementen die intussen het karakter van bèta-elementen hebben gekregen moeten opnieuw geëvacueerd worden. De frustratie, ongemakken of pijn worden niet gemodificeerd in een draaglijke ervaring.

Waar bij de normale baby het denken in de plaats komt van de slechte borst (die de afwezige borst, de frustratie, ongemakken en pijn representeert), zal dit bij een in aanleg psychotische persoonlijkheid niet mogelijk zijn. Bij deze laatste ontwikkelt zich geen denken (of alfa-functie) maar is de geest enkel in staat te blijven evacueren. Niet alleen de pijnlijke ervaringen maar mogelijks ook de ganse persoonlijkheid worden geëvacueerd wat uiteindelijk aanleiding geeft tot de “dood van de persoonlijkheid”. Waanideeën of hallucinaties zijn dus volgens Bion niets anders dan de overblijfsels van de vernietigde alfa-elementen, het puin (debris) dat massaal geëvacueerd wordt. Bij hallucinaties worden de zintuigen gebruikt in omgekeerde zin: in plaats van organen om de zintuiglijke buitenwereld waar te nemen, worden het kanalen waarlangs de ondraaglijke, pijnlijke sensaties naar buiten geëvacueerd worden. Waanideeën zijn volgens Bion valse gedachten, “leugens” die ontstaan zijn omdat de pijn, de frustratie, het afwezige object niet verdragen worden. Deze “leugens” zijn als vergif voor de mentale ontwikkeling en moeten eveneens geëvacueerd worden. Ze staan in contrast tot de waarheid waarnaar elke gezonde mens op zoek is en die de groei van de persoonlijkheid voedt.

Essentieel bij de psychose is dus dat de contactbarrière stuk is en een beta-screen wordt gevormd, een scherm waarop de vernietigde alfa-elementen onder vorm van bizarre objecten worden geprojecteerd. Er is dan geen mentale ruimte waarin denken mogelijk is. Bion spreekt over een twee-dimensioneel vlak, een projectiescherm van innerlijke sensaties die geen psychische ervaringen konden worden. De psychoticus bevindt zich in een bizarre wereld waarin niet kan gedacht worden.

Toms verhouding tot zijn tekening kan dit illustreren. Het tekenen is het projecteren van bizarre objecten op een twee-dimensioneel vlak. Er kan niet over gedacht worden. Tom blijft de ondraaglijkheid van zijn psychische wereld naar buiten evacueren zodat een immense leegte in hem achterblijft.

Het is hier van belang op te merken dat het onderscheid psychotische persoonlijkheid - niet psychotische persoonlijkheid geen zwart-wit onderscheid is. Ook psychotische patiënten hebben een gezond stuk binnen hun mentaal functioneren en hoe ernstiger de psychose hoe meer dit gezonde stuk in het gedrang komt. Zo hebben ook de zogenaamde normale persoonlijkheden een stuk binnen in henzelf dat niet echt psychische ruimte geworden is en waarvoor een zoektocht naar een container blijft bestaan.

De vraag stelt zich hier ook hoe het komt dat heel wat kinderen aanvankelijk wel normale denkprocessen of een mogelijkheid tot symbolisering ontwikkelen welke het dan plots laat afweten in de adolescentie bij het uitbreken van de eerste psychose. Het is niet ondenkbaar dat de pijn bij een eerste teleurstelling in de liefde of dat de sterk driftmatige impulsen van een pas ontluikend seksueel lichaam in de vroege adolescentie het normaal ontwikkeld mentaal apparaat zeer zwaar onder druk brengen. Op die manier kunnen er scheuren komen in de contactbarrière en kan zich een toestand ontwikkelen waarbij de alfa-functie in omgekeerde zin gaat werken. De mentale pijn, opgeroepen door de hoger beschreven moeilijk te verwerken prikkels, wordt niet verdragen en tast het protectieve schild aan waardoor een beta-screen moet worden gevormd.

Sprekende over het protectieve schild komen we bij Ogden, Grotstein, Tustin, Bick en Anzieu terecht, auteurs die de idee van de 'mentale huid' hebben geconceptualiseerd. Mijn inziens vormt dit een interessante aanvulling op het werk van Bion.

De autistisch-contigie positie, sensorische vormen en objecten, de mentale huid.

De paranoïd-schizoïde positie, met haar primitieve defensiemechanismen als splitsing en projectieve identificatie, en de depressieve positie zijn ons reeds voldoende vertrouwd via het werk van M. Klein. Ook Bion verwijst voortdurend naar deze twee posities die in constante onderlinge oscillatie met elkaar staan. Met de *autistisch-contigie positie* introduceert Ogden (1992) een nieuw concept waarbij hij zich baseert op het klinisch en theoretisch werk van E. Bick, D. Meltzer en F. Tustin. Deze positie kan beschouwd worden als de meest primitieve psychische organisatie (nog voor de paranoïd-schizoïde positie) die de sensorische vloer van de ervaring van het zelf tot stand brengt. Men kan de autistisch-contigie positie begrijpen als een sensorieel gedomineerd, presymbolisch ervaringsgebied waarin de meest primitieve vorm van betekenis ontstaat op basis van de organisatie van sensorische impressies, voornamelijk aan de oppervlakte van de huid. Met deze term benadrukt Ogden zowel de vorm van psychische organisatie als de vorm van defensie die hieraan is geassocieerd. De psychische organisatie is grotendeels afgeleid van de sensorische contiguiteit. Dit betekent dat connecties worden ontwikkeld doorheen de ervaring van sensorische oppervlakken die elkaar raken. De angst verbonden aan deze positie roept typische autistische defensies op. Het gaat hier over de angst voor het oplossen van de begrenzendende sensorische oppervlakte die aanleiding geeft tot gevoelens van vallen, leeglopen, oplossen in een eindeloze en vormeloze ruimte. Met andere woorden de *nameles dread* van Bion (1962) of de angst voor het zwarte gat van Tustin (1981) en Grotstein (1990). De defensies hiertegenover zijn nog primitiever dan de splitsing en projectieve identificatie omdat ze een nog sterke lichamelijke sensorische inhoud hebben: het gaat over *autistische vormen en objecten* (Tustin 1980,1984), *adhesieve identificatie* (Meltzer, 1975) en *second skin formation* (Bick, 1968)

Ogden contrasteert deze positie met het normale autisme van M. Mahler (1968), die de baby ziet als een gesloten monadisch systeem dat voldoende heeft aan zichzelf in zijn hallucinatorische wensvervulling. Volgens Ogden is de baby helemaal niet een gesloten systeem dat geïsoleerd is van zijn objecten. Integendeel, observaties tonen aan dat de baby reeds vanaf de eerste levensdagen in staat is de buitenwereld waar te nemen, discriminaties te maken tussen objecten en te reageren op externe objecten. Met andere woorden hij is zich bewust van een externe wereld. Er zijn momenten van bewustzijn bij de baby dat hij gescheiden is van de moeder. Dit vroeg pijnlijk besef van gescheiden zijn, wordt draaglijk gemaakt door de ontwikkeling van de autistisch-contigie positie. Deze ontwikkeling hangt af van de capaciteit van moeder en kind 'vormen' te vinden van sensorische ervaringen die helend werken.

Ogden maakt ook een onderscheid tussen de normale autistisch-contigie positie die presymbolisch is en het pathologisch autisme dat asymbolisch is. De sensorische ervaringseenheden worden georganiseerd om de creatie van symbolen voor te bereiden en dit via tussenkomst van transitionele fenomenen: ze zijn als het ware presymbolisch. Dit proces staat in contrast met de statische aard van de asymbolische ervaring van het pathologisch autisme waar het de bedoeling is een volledig afgesloten, geïsoleerd systeem te bewaren en waar een eliminatie van het onvoorspelbare wordt nagestreefd.

Ogden kwam tot dit boeiende concept van de autistisch-contigie positie dankzij het werk van Tustin. Aanvankelijk zag Tustin autisme als een normale fase in de vroegkinderlijke ontwikkeling doch onder invloed van haar klinische ervaring en de vele brieven die ze van collega's ontving, maakte Tustin in haar denken een evolutie door. Net zoals Bion, die vertrok van denkstoornissen bij schizofrenen om een theorie over het ontstaan van normale denkprocessen te ontwikkelen, vertrok Tustin van de pathologische defensies van autistische patiënten om te conceptualiseren hoe de baby in de vroegste levensweken poogt om te gaan met de ervaring van de pijn van het lichamelijk gescheiden zijn van moeder.

Tustin hecht veel belang aan de zintuiglijke gewaarwordingen in de eerste levensweken van de baby. 'Sensations are the beginnings of psychic life'(Tustin 1994, p. 8). Immers via de zintuigen ontstaat bij de baby stilaan de gewaarwording dat zijn lichaam gescheiden is van dat van zijn moeder. Elk menselijk wezen heeft de aangeboren eigenschap in zich op zoek te gaan naar objecten en vormen te maken: *sensation objects* en *sensation shapes*. Wanneer deze verslavend worden of wanneer ze gebruikt worden op een inadequate (bijvoorbeeld compulsieve) wijze, worden ze *autistic sensation objects* ook wel *autistic sensations shapes* genoemd. Ik wijs er hier op dat Tustin aanvankelijk sprak over *autistische objecten* (1980) en *autistische vormen* (1984); later gebruikte zij de termen *autistic sensation objects* en *autistic sensation shapes* (1988) om tenslotte te spreken over *sensation objects* en *sensation shapes* (1994), en dit om het normale karakter ervan te benadrukken.

De *sensation objects* zijn niet zozeer een object in de objectieve zin maar ze worden beleefd als behorend tot het lichaam van het subject zelf; het zijn harde objecten die stevig op het lichaam worden gedrukt en een tactiele sensatie op de huid geven. Ze zorgen ervoor dat het kind zich sterk, ondoorlaatbaar, in absolute controle en dus veilig voelt. Een typisch voorbeeld van een sensorieel object is het autootje dat een autistisch kind hard in de hand geklemd houdt. Ook bij schizofrene patiënten zien we deze objecten verschijnen: ik denk aan een erg schichtige jongeman bij wie zijn onafscheidelijke pet op het hoofd sterke indrukkingssporen achterlaat op zijn huid. Deze pet geeft hem het gevoel van veiligheid en ondoorlaatbaarheid. En wat te denken van de vele mensen die op vergaderingen een harde balpen in de hand willen houden hoewel ze deze niet gebruiken om te schrijven? De *sensation shapes* zijn zelf gegenereerde tactiele activiteiten zoals strelen, wrijven, smeren en zelfs tekenen en schilderen op zachte oppervlakken; ook het rocken en rollen behoren tot deze activiteiten. Het zijn endogene vormeloze vormen die een kalmerende en geruststellende invloed op de lichaamsoppervlakken uitoefenen. Ze zorgen voor tactiele zintuiglijke impressies op de huid van het individu. Wanneer men een chronische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis bezoekt, ziet men vele patiënten deze rockende of wrijvende bewegingen maken. Een typisch voorbeeld van deze 'sensoriële vormen' bij neurotici merk ik op wanneer ze bijvoorbeeld tijdens de consultatie kleine draaiende bewegingen maken met de toppen van hun vingers op de armluning van een zachte zetel.

Volgens Tustin hebben deze *sensoriële objecten* en *sensoriële vormen* in de eerste plaats een protectieve functie: ze leiden de aandacht af van de ondraaglijke pijn van het lichamelijk gescheiden zijn of van andere gebeurtenissen die traumatisch op het lichaam inwerkten. Ze geven het gevoel ingekapseld te worden in een schelp maar ze kunnen de verder emotionele en cognitieve ontwikkeling van een kind blokkeren: 'My sanctuary became my prison' zoals een autistische patiënte dat tegenover Tustin uitdrukte (Tustin 1991, p 588). Wanneer ze op een exclusieve en rigide manier gebruikt worden, kunnen ze de verdere psychische ontwikkeling bevroren. Men spreekt dan van 'autistische objecten' en 'autistische vormen' welke we terugvinden bij kinderen met autisme. De tactiele objecten en vormen zijn hier niet een presymbolisch substituut voor de afwezige

moeder, wat het kind mogelijk maakt te wachten op haar terugkeer. Ze zijn eerder een concrete, tastbare vervanging voor haar en een verdere imaginaire representatie wordt geblokkeerd. Het is een paradox dat deze pogingen om de gewaarwordingen van de lichamelijke scheiding te vermijden, juist resulteert in een meer gescheiden, vervreemd en afgesloten zijn van de wereld.

Deze tactiele autistische objecten en vormen kunnen ook geïsoleerd voorkomen als defensie tegenover een bepaald traumatisch gebeuren dat de integriteit van het lichaam dreigt te vernietigen. De autistische reacties kunnen dan mentale gezondheid vrijwaren door de bedreigingen of de lichamelijke pijn af te snijden en in te kapselen. Tustin spreekt hier over 'de autistische inkapseling van een stukje psychische wereld bij neurotici' (Tustin, 1986). Autistische inkapseling *lijkt* een elementaire voorloper te zijn van verdringing, ontkenning en het vergeten maar het wordt eerder gezien als een psychofysiologische protectieve reactie dan als een psychodynamisch defensiemechanisme.

De sensorïele vormen en objecten hebben naar mijn mening nog niet het statuut van de transitionele objecten die Winnicott (1971) beschrijft. Deze laatste zijn minder primitief en meer symbolisch beladen, hoewel nog geen echte symbolen. Waar de objecten van Tustin niet specifiek zijn maar eerder tactiel en gemakkelijk vervangbaar, vormen transitionele objecten al meer een overgang tussen binnen- en buitenwereld. De sensorïele vormen en objecten lijken meer tot het eigen lichaam te behoren.

Ook Bick benadrukte sterk het belang van de zintuiglijke gewaarwordingen bij het ontstaan van het mentale apparaat en in het bijzonder de tactiele sensaties die op de huid inwerken. Met de containment-theorie van Bion in het achterhoofd sprak zij voor het eerst over de *skin-container functie* (Bick, 1967). Zij legt uit hoe in de eerste levensfase van de baby de verschillende delen van de persoon in een ongeïntegreerde toestand naast elkaar bestaan. Zij hebben onderling geen bindende kracht maar moeten bijeen gehouden worden op een passieve manier door een grens: dit is de symbolische functie van de huid. Deze functie is in het begin afhankelijk van de introjectie van een extern object, meestal de moeder. Later treedt een identificatie met deze functie van het externe object op en verdwijnt de ongeïntegreerde toestand. Op die manier ontstaat ook de gegevenheid van interne en externe ruimte. De nood aan een omvattend object doet een zoektocht ontstaan naar een sensorieel object (een licht, een stem, een geur) dat de aandacht kan vasthouden waardoor, tenminste voor een kort moment, de delen van de persoonlijkheid bijeengehouden worden. Het optimale object is de tepel in de mond, samen met het vasthouden, de stem en de vertrouwde geur van moeder. Dit *containing object* wordt aangevoeld als een huid, die alles bijeen houdt. Stoornissen in de ontwikkeling van deze primaire huidfunctie kunnen volgens Bick te wijten zijn zowel aan defecten in de omgang uitgaande van het externe object als aan de destructieve aanvallen door de baby zelf op deze functie, waardoor introjectie van de *skincontainerfunctie* niet mogelijk is. Als defensie treedt dan een '*second skinformation*' op die de baby moet beschermen tegen de angst voor het leeglopen, het oplossen, het blijvend vallen in een diepte, kortom de angst verbonden aan de hoger beschreven autistisch-contigüe positie.

Ik verwijs ook naar Anzieu (1994) en zijn begrip *Moi-Peau* waarover ik reeds elders heb geschreven (Van Bouwel, 1998). Aulagnier(1975) heeft het over gelijkaardige processen wanneer ze het originele register beschrijft met de pictogrammen die zich op het niveau van het lichaam inschrijven via de affecten. (ik verwijs ook naar de bijdrage van Stefaan Soenen in dit boek)

Projectieve identificatie

Projectieve identificatie werd voor het eerst door Klein in haar tekst *Notes on some schizoid mechanisms* (1946) beschreven als een defensiemechanisme tegenover de paranoïde angst die behoort tot de meest primitieve laag van het psychisme. Stukken van het ego die als te pijnlijk worden ervaren, worden afgesplitst en geprojecteerd in een object waar deze pijnlijke stukken worden gecontroleerd. In hogergenoemde tekst schrijft Klein: ‘Together with these harmful excrements, expelled in hatred, split of parts of the ego are also projected onto the mother, or, as I would rather call it, into the mother. These excrements and bad parts of the self are not meant only to injure but also to control and take possession of the object. Insofar as the mother comes to contain the bad parts of the self, she is not felt to be a separate individual but is felt to be the bad self. Much of the hatred against parts of the self is now directed towards the mother. This leads to a particular form of identification which establishes the prototype of an aggressive object relation. I suggest for these processes the term “projective identification”’ (Klein 1946, p. 8). Hoewel Klein verder in haar tekst beschrijft dat zowel goede als slechte gevoelens worden geprojecteerd op het object, wordt de nadruk toch vooral gelegd op de projectie van slechte gevoelens die door het ego niet verdragen worden. Projectieve identificatie, splitsing, projectie, ontkenning en megalomanie zijn de belangrijkste primitieve defensiemechanismen tegen de angst voor annihilatie eigen aan de paranoïd-schizoïde positie waarin slechts relaties met partiële objecten worden aangegaan. De paranoïde angst vindt zijn oorsprong in de naar buiten geprojecteerde haat van de baby die zich gefrustreerd voelt bij de het uitblijven van bevrediging en in hem een sterke doodsdrijfkracht voelt werken. M. Klein beschouwde projectieve identificatie als een fantasie en niet als een concrete activiteit. Tegenwoordig wordt echter aangenomen dat patiënten zich zo kunnen gedragen dat de analyticus zelf de gevoelens ervaart die de patiënt om de een of andere reden niet kan verdragen.

Bion (1962, 1967, 1970) breidde het begrip van de projectieve identificatie uit door deze te plaatsen in de relatie container-contained en door een onderscheid te maken tussen normale en pathologische projectieve identificatie. Volgens Bion is projectieve identificatie de allereerste vorm van psychische communicatie tussen moeder en baby en dus noodzakelijk voor de ontwikkeling van denkprocessen. Het huilen van de baby als de meest primitieve vorm van projectieve identificatie zet de alfafunctie van de moeder in gang die zo de projecties van de baby weet te omvatten. Bij een pathologische evolutie spreekt Bion van *excessieve projectieve identificatie*: het zelf wordt leeggemaakt door constant de delen van het zelf te evacueren wat leidt tot de dood van de persoonlijkheid. De term *explosieve projectieve identificatie* wordt gebruikt wanneer elke conceptie van een container ontbreekt waardoor de representatie van een mentale ruimte onmogelijk is. Er treedt een realisatie van een mentale ruimte op: er is geen onderscheid meer tussen de realiteit en de mentale ruimte. De mentale ruimte loopt leeg in een immensiteit zonder referentiepunten. Op dat moment spreekt men van psychose. De mentale ruimte van de psychoticus is zo groot geworden dat ze niet meer kan vergeleken worden met een driedimensionale ruimte. Ook de capaciteit om emoties te voelen is verloren omdat de emotie wordt weggedraineerd in de immensiteit.

Bion en zijn navolgers zien projectieve identificatie als een middel tot communicatie in de relatie container - contained. Het begrip wordt hier ruimer toegepast dan in de strikt Kleiniaanse betekenis. In Bions visie kunnen dankzij projectieve identificatie van de patiënt de gevoelens die we zelf ervaren een bron van informatie zijn over de innerlijke wereld van de patiënt. Hierbij moeten we echter steeds voorzichtig zijn en attent zijn op die fenomenen die te maken hebben met onze eigen onverwerkte tegenoverdracht.

Betty Joseph verruimt het concept van projectieve identificatie nog verder. Zij benadrukt dat patiënten gevoelens en gedachten bij de analyticus induceren en dat ze vaak op een subtiele, onbewuste wijze de analyticus dwingen

te ageren op een manier die consistent is aan de projectie van de patiënt (Joseph, 1989). Voor een samenvatting van deze drie klinische modellen van projectieve identificatie verwijs ik naar Spillius (1992).

Denken we nu terug aan Tom. Opvallend was hoe in het begin van zijn behandeling over Tom geen coherent verhaal kon worden verteld door de teamleden. Tijdens de teamvergadering brachten de verschillende hulpverleners brokjes van wat ze met hem meemaakten, maar het bleef moeilijk deze tot een verhaal bijeen te brengen. Het leek alsof ons denken in confrontatie met hem werd vernietigd. De verbrokkeling van zijn innerlijke wereld konden we terugvinden in de teamvergaderingen over Tom. Hier was sprake van projectieve identificatie in Bioniaanse zin. Enkele maanden later ontstond een bijkomend fenomeen. Tom overschreed de afdelingsregels door blijvend drugs te gebruiken. Wanneer dit probleem op de afdeling persisteert ondanks herhaalde verwittigingen, volgt automatisch een tijdelijke verwijdering van de patiënt van de afdeling. Bij Tom lukten we er niet in deze afdelingsregel strikt toe te passen. Waar Tom zich door wetten niet laat intimideren, induceerde hij bij ons, hulpverleners, een gelijkaardig gedrag: ook wij voelden ons geneigd de afdelingswet rond druggebruik naast ons neer te leggen onder invloed van Toms hulpeloosheid en kwetsbaarheid. We voelden ons gevangen in de projectieve identificatie van Tom die geen wet toeliet en ons dus verlamde om de wet toch toe te passen. Dit laatste is een vorm van projectieve identificatie zoals beschreven door Betty Joseph. Inzicht en bespreking van dit mechanisme tijdens de teamvergadering bracht toch een oplossing om hieruit te ontsnappen.

Depressieve positie en oedipaliteit/ vaderlijke metafoor/ transitionele ruimte/ reparatie

Klein verbindt de *depressieve positie* met het oedipuscomplex. Ze ontwikkelen zich tegelijkertijd. (Klein, 1952) In de depressieve positie zet de baby stappen naar een psychische integratie. De partiële objecten worden nu herkend als delen van een geheel object waarvan de baby zich afhankelijk voelt. Liefde en haat worden nu gericht naar één en hetzelfde object. De baby ervaart schuldgevoelens over zijn aanvallen op het goed object dat hij vreest te verliezen. Separatieangsten staan centraal evenals de nood tot reparatie van het object waarvan hij gelooft dat hij het beschadigd heeft. Wanneer integratie in de depressieve positie mislukt, kan in het ego geen capaciteit tot symboolvorming tot ontwikkeling komen.

Men bereikt pas een depressieve positie in relatie met een geheel object door dit object te ervaren als gescheiden van zichzelf. Dit kan enkel door te ervaren dat het object relaties heeft met andere objecten, intern of extern. Het subject is buitengesloten uit de relatie die het object heeft met de ander, met andere woorden de oerscène wordt geaccepteerd en de oedipale situatie wordt aangegaan. Via de introductie van de *vaderlijke metafoor* komt de baby los van zijn fusionele band met het eerste primitieve object, waarmee het in een imaginaire positie gevangen zit. Ik verwijs voor de verdere uitwerking van deze Lacaniaanse gedachten naar andere teksten in dit boek (De Vooght, Van Camp, Lysy).

Ook Winnicotts *transitionele ruimte* (Winnicott, 1971) sluit hierbij aan. Immers, een transitionele ruimte kan maar tot ontwikkeling komen wanneer het kind beseft dat de moeder niet altijd aanwezig is. Moeder verlangt immers ook naar een ander. Moeder missen is noodzakelijk om op zoek te gaan naar transitionele objecten die binnen- en buitenwereld scheidend verbinden. Het zijn overgangsobjecten in een transitionele ruimte waarbinnen symbolen, spel en creativiteit hun plaats kunnen vinden. Het is enkel mogelijk in een getrianguleerde wereld, waarin de vaderlijke metafoor is geïnstalleerd, dat een transionele ruimte kan ontstaan bij het kind.

Tenslotte verdient het begrip *reparatie* (Klein, 1937) speciale aandacht. De reparatie staat in schril contrast met de destructieve impulsen van de paranoïd-schizoïde positie. De depressieve schuld, ontstaan door het besef van de agressieve aanvallen op het object, geeft aanleiding tot reparatieve tendensen. Reparatie is het middel bij uitstek om de rouw in de depressieve positie draaglijk te maken. Het schuldgevoel is een belangrijke motor om in actie te treden naar de ander toe, om te herstellen wat kapot is gemaakt. De reparatie is een fundamenteel element in de liefde en in alle menselijke relaties (Klein, 1937 en Segal, 1991).

Deze theoretische noties vormden het uitgangspunt om een therapeutische programma voor jonge psychotische patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis uit te werken.

Een psychotherapeutische setting voor jonge psychotische patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis.

We trachten op de afdeling een klimaat te creëren waarin de psychotisch lijdende mens en de hulpverlener elkaar ontmoeten op een voor beiden verrijkende manier. Hoewel een psychotische episode een erg pijnlijk gebeuren is, zowel voor de patiënt zelf als voor zijn familie, zien we in de psychotische doorbraak toch ook een kans. De impasses die in de loop van de adolescentie geleid hebben tot de psychotische escalatie trachten we op te vangen met de samengebundelde krachten van het therapeutische team. We zoeken naar de betekenis van de psychotische decompensatie in het levensverhaal van de patiënt zodat de opname kan gezien worden als een mogelijkheid tot deblokkering. Indien men de psychose enkel vanuit een louter biologisch model gaat benaderen en als enig doel heeft de psychotische symptomen zo snel mogelijk medicamenteus te onderdrukken om een vlug ontslag uit het ziekenhuis te realiseren, dan bestaat het gevaar dat de patiënt zich als een passief slachtoffer van een ik-vreemd ziekteproces gaat ervaren. Wanneer echter in de psychotische ervaring een betekenis kan worden begrepen in termen van patiënt's vroegere en actuele leven, interne en externe realiteit en bewuste en onbewuste conflicten, wordt de innerlijke groei bij de patiënt gestimuleerd en de evolutie naar een chronisch proces tegengegaan. 'First-episode patients should be regarded as deserving the same quality of attention as that afforded to life-threatening physical illness' (Jackson 2001, p 40). Elke psychotische patiënt heeft het recht dat naar hem of haar geluisterd wordt en dat men hem tracht te begrijpen tot op de meest diepe lagen van zijn psyche. Jackson (1994) omschrijft een goede hulpverlener als volgt: 1) hij is in staat de verwarrende projecties van de patiënt in zich op te nemen en te tolereren 2) hij heeft de capaciteit onzekerheid te verdragen en verschuilt zich niet achter een theorie 3) hij kan leren van ervaring. Zulke competentie kan slechts groeien door training, ervaring en voldoende supervisie. Een basiskennis van de psychoanalytische inzichten bij de hulpverlener, gekoppeld aan een houding van respectvolle nieuwsgierigheid en een geloof in de groeimogelijkheden en de reparatieve capaciteiten van de patiënt verhogen de therapeutische kansen voor de patiënt.

De behandeling steunt op twee pijlers. Enerzijds hanteren we een therapeutisch kader waarbij de vaderlijke metafoor ingevoerd wordt via (de functie van) de triangulatie. Anderzijds trachten we de ontwikkeling van een mentale ruimte opnieuw mogelijk te maken. Binnen deze mentale ruimte wordt psychische pijn draaglijk gemaakt, kunnen gedachten ontstaan en hoeft de patiënt niet langer ten prooi blijven aan zijn psychotische belevingen. Achtereenvolgens worden besproken:

I. Introductie van de vaderlijke metafoor door het therapeutische kader.

1. afdelingsregels.
2. vast gestructureerd programma waarnaar telkens verwezen wordt
3. het aspect tijd: maximale verblijfsduur, fasering van de therapie in drie fasen met welomschreven duur
4. onderdompeling in een klimaat waar over de patiënt gedacht en gesproken wordt

II. Elementen die bijdragen tot de ontwikkeling van een mentale ruimte

1. overdracht en tegenoverdracht
2. projectieve identificatie
3. containment
4. holding
5. de sensoriele vloer (verpleging, intensive care kamer)

III. Enkele belangrijke accenten in het residentieel programma.

1. de teamvergadering
2. de preverbale therapieën
3. de familiebegeleiding

I. Introductie van de vaderlijke metafoer via het therapeutisch kader

In het programmaboekje van de afdeling staan drie vaste **afdelingsregels** omschreven. Ten eerste is het verboden fysiek geweld naar medepatiënten en teamleden te gebruiken. Ten tweede zijn druggebruik, alcoholgebruik en automedicatie op de afdeling niet toegelaten. Tenslotte is seksuele omgang op de afdeling verboden. Deze drie regels verwijzen naar de twee oedipale wetten: het verbod op moord (dus ook geen zelfmoord of psychische moord via autodestructieve middelen) en het incestverbod. Het geweld van de doodsdrift, die sterk aanwezig is bij onze patiënten, en de agressiviteit verbonden aan de imaginaire relaties kunnen via de verwijzing naar de universele wet aan banden worden gelegd.

Elke patiënt volgt met zijn groep een vast weekprogramma. Dit biedt een veilig en voorspelbaar **kader**. Therapeutische activiteiten, individueel of in groep, gaan door in welbepaalde lokalen op of buiten de afdeling en hebben een vast omschreven duur. Dit maakt het mogelijk oeverloze gesprekken te vermijden of een eindeloos appèl van de patiënt te moeten involgen. Het therapeutische kader is een 'derde' die de patiënt wegtrekt uit de imaginaire, duele relatie met de hulpverlener die zelf eveneens aan het kader onderworpen is.

Tussen haakjes dient wel te worden opgemerkt dat elk therapeutisch lid van het team zich aanpast aan het evolutiestadium van de patiënt. Vanaf de psychotische ontredde tot de socio-professionele reïntegratie van de patiënt is deze laatste immers wisselend bereikbaar. In het begin zal de hulpverlener eerder voorzichtig, aftastend te werk gaan en hoopt hij op een niet- intrusieve wijze contact te krijgen met de emotionele wereld van de patiënt. Vervolgens poogt men bij de patiënt opnieuw interesse voor zijn omgeving aan te wakkeren, want na zijn psychose is de patiënt vaak erg teruggetrokken, hij verkiest in bed te blijven, afgesloten van de rest van de wereld. Op een creatieve wijze spreken de teamleden de patiënt aan om zich te richten naar en te investeren in de wereld buiten hemzelf. Naar het einde toe zal vooral de eigen autonomie van de patiënt gestimuleerd worden en

staat de hulpverlener open voor de separatieangsten en rouwprocessen die opkomen bij het naderende afscheid. De attitude van de hulpverlener kan dus erg verschillen maar ook de deelname van de patiënt aan het therapeutisch programma varieert in functie van zijn evolutie. Hij kan immers reeds in zijn middenfase of ontslagfase activiteiten buiten het ziekenhuis ontwikkelen die hem vrijstellen van de therapieën. Gedurende gans de behandeling blijft de patiënt verbonden aan dezelfde groep en doorloopt hij drie fasen: onthaalfase, middenfase en ontslagfase.

In de psychose bestaat geen tijdsbesef. Verleden en heden lopen door elkaar. Aan de toekomst wordt vaak niet gedacht. Via het **installeren van de tijd** wordt het besef van de eindigheid gesuggereerd. Patiënten weten vooraleer ze de behandeling starten dat de verblijfsduur beperkt is tot maximum één jaar. Hoewel deze regel vrij soepel wordt gehanteerd, zijn patiënten zich duidelijk bewust van deze tijdslimiet die het afscheid steeds actueel houdt. We weten nochtans dat, wanneer een patiënt zich gedragen en begrepen heeft gevoeld door het therapeutische team, een intense afhankelijkheidsrelatie is gegroeid waarvan het moeilijk is zich los te maken. Dit doet separatieangsten ontstaan die onder begeleiding van een therapeutisch team kunnen doorgewerkt worden, vaak voor de eerste keer. Vaak zien we tijdens dit afscheidproces een heropduiken van de symptomen. Ook via de fasering van het verblijf op de afdeling wordt de tijdsfactor ingebracht. Elke patiënt doorloopt een onthaalfase van drie weken, een middenfase van maximum vier maanden (ingekort of verlengd op vraag van patiënt of op voorstel van het behandelend team) en een ontslagfase. De duur van deze laatste fase is afhankelijk van de manier waarop separatieprocessen worden doorgewerkt en de mate waarin een zinvol project buiten het ziekenhuis gestalte krijgt. De maximale verblijfsduur van één jaar wordt hierbij evenwel in het achterhoofd gehouden.

De introductie van de vaderlijke metafoor gebeurt niet alleen door de verwijzing naar de oedipale wetten, door het installeren van een vast therapeutische kader dat duidelijk aan tijdsfactoren is onderworpen maar ook en vooral door het **laten circuleren van woorden en gedachten**. Er wordt niet alleen *met* patiënten gesproken maar er wordt ook veel *over* hen gesproken en gedacht in de verschillende teamvergaderingen en briefings, supervisie- en intervisiemomenten en in de gesprekken met de familie. Patiënten worden als het ware ondergedompeld in een symbolisch bad dat voortdurend rondom hen aanwezig is. Dit symbolische denken maakt het mogelijk dat voor de patiënt een mentale ruimte kan ontwikkelen. Dit brengt ons tot het volgende punt.

II. Elementen die bijdragen tot het ontstaan van een mentale ruimte.

In de interacties met de omgeving van het ziekenhuis kan de patiënt verschillende patronen van zijn vroegere relaties met voor hem belangrijke figuren herbeleven. Deze **overdrachtsfenomenen** kunnen worden waargenomen in het gedrag van de patiënt tegenover de teamleden, de groepsleden en vooral tegenover de hem toegewezen verpleegkundige en de individuele therapeut die het doelwit worden van de projecties van de patiënt. Wanneer men op deze manier naar een patiënt kijkt, kan veel van het ‘gestoorde’ gedrag gezien worden als het ruwe materiaal waarop de hulpverlener zich richt.

Gestoord gedrag van de patiënt kan ook de hulpverlener in zijn mentaal functioneren ‘verstoren’. Contact met een psychotische patiënt laat niemand onberoerd, en dit is zeker zo voor de hulpverlener die gevoelens van hulpeloosheid en frustratie ervaart in zijn pogingen om de patiënt te helpen en te begrijpen. De hulpverlener die

door zijn patiënt behandeld wordt als een duivel, een crimineel, een engel, een verleider, een slechte ouder of gewoon als een geëvacueerd deel van de eigen innerlijke wereld, moet in staat zijn zulke situaties om te vormen in het therapeutische voordeel van de patiënt. Bewustzijn van de eigen **tegenoverdracht** beschermt de patiënt niet alleen tegen inadequate reacties of foutieve behandelingsprocedures vanwege de hulpverlener maar helpt de hulpverlener te begrijpen wat de patiënt in hem projecteert.

Zoals hoger beschreven gaan we ervan uit dat psychotische fenomenen als wanen en hallucinaties de versplinterde, uiteengespatte restanten zijn van een psychische realiteit die niet verdragen werd. Het zijn bizarre objecten omdat de alfafunctie van de patiënt in omgekeerde zin ging werken en er scheuren zijn gekomen in de psychische membraan die de innerlijke wereld van de patiënt omsloot. We houden ons niet op een cognitieve wijze bezig met deze psychotische fenomenen maar beogen veeleer in contact te komen met de psychische pijn van de patiënt. De manier bij uitstek waarmee de psychotische patiënt ons zijn psychische pijn communiceert is via **projectieve identificatie**. Door zijn gedragingen induceert de patiënt gevoelens en gedachten bij de hulpverlener die de patiënt onbewust de hulpverlener wil doen voelen en denken omdat dit voor hemzelf immers pijnlijke en ondraaglijke elementen zijn. Met andere woorden, de patiënt weert deze bedreigende ondraaglijke gevoelens van zich af door ze in de therapeut te projecteren; zo geraakt hij ervan verlost en gaat hij ze als het ware in de ander controleren. Het boze, angstwekkende of dreigende huist nu in de hulpverlener. De hulpverlener heeft dus als taak in zichzelf te kijken om na te gaan of de gevoelens en gedachten die hij ervaart in de omgang met de patiënt, te maken hebben met projectieve identificatie uitgaande van de patiënt of met de eigen tegenoverdracht tengevolge van de onvoldoende verwerkte elementen in het eigen psychisch functioneren. Indien deze gevoelens of gedachten het resultaat zijn van de projecties van de patiënt, dan denkt de hulpverlener hierover na, hij draagt en verdraagt ze zonder ervan in de war te geraken en geeft ze nadien in een verteerbare, begrijpbare vorm terug aan de patiënt. Dit is “**containment**” van projectieve identificatie. Op die manier kan de patiënt zijn meer draaglijk gemaakte emoties in zich opnemen zodat hij meer alfa-elementen in zich heeft die de textuur van de membraan of contactbarrière vormen. Tenslotte gaat hij door introjectie van de alfafunctie van de hulpverlener meer een eigen denken kunnen ontwikkelen en zijn eigen container worden. Cluckers geeft volgende definitie: ‘containment is het creëren van een psychische ruimte waarin elke communicatie, hoe verward en pijnlijk ook, opgevangen, vastgehouden en “mentaal verteerd” wordt door de therapeut, met als doel de gevoelens van hun ondraaglijke kwaliteit te ontdoen, een vertaalbare vorm te laten aannemen en een plaats te geven in de belevingswereld van de patiënt’ (Cluckers 1989, p52). Naar mijn mening gebeurt deze containment niet alleen door de psychotherapeut maar door elk teamlid.

Iedereen die met psychotische patiënten werkt, herkent de angst, de indringendheid, het vreemde van de communicatie en het onbegrijpelijke van wat er zich bij deze patiënten afspeelt. We zijn ons ervan bewust dat de psychotische patiënt zich onmiddellijk bevindt in een toestand van projectieve identificatie met zijn hulpverlener en deze toestand ook hardnekkig vasthoudt. Als overdrachtsobject zal de therapeut er steeds aan denken dat hij vanuit het gezichtspunt van de patiënt het merendeel van de tijd een afgesplitste of bizarre formatie is. De psychotische patiënt die therapie kan vragen, beschikt over een niet-psychotisch deel in zijn persoonlijkheid wat meer mogelijkheden biedt en prognostisch gunstiger is. Wanneer de projecties van de patiënt ontvangen, begrepen worden en ontdaan van angst, begint de patiënt zich minder geïsoleerd te voelen, minder achtervolgd en gaan splitsing en projectieve identificatie afnemen. Er ontstaat op die manier een meer humaan

contact met minder beladen gehele objecten en een toenemende capaciteit tot denken in de plaats van evacuatie, projectieve identificatie en acting.

Van een hulpverlener wordt verwacht dat hij op een gepaste wijze weet te reageren op zijn patiënt. Hierbij moet de therapeut in contact blijven met zijn eigen onbewuste en als het ware intuïtief vanuit zijn ware zelf reageren. Dit vraagt toewijding en liefde van de hulpverlener naar de patiënt toe. Men kan dit vergelijken met de door Winnicott (1949) beschreven *primaire maternale preoccupatie* van de moeder voor haar pasgeboren baby. De **holding** is hieruit een natuurlijk voortvloeisel. Winnicott (1960) bedoelt hiermee het vasthouden zowel op fysiek als op psychisch vlak waardoor de evolutie van absolute afhankelijkheid over relatieve afhankelijkheid naar autonomie kan plaats grijpen. ‘ In essentie wijst de term op de zorgende rol die de therapeut tegenover zijn patiënt kan opnemen naar analogie van de zorgende taak van de ouder. Deze zorg behelst onder meer het steunen van de patiënt, het zich beschikbaar stellen als betrouwbare, continue en geruststellende aanwezigheid’ (Cluckers 1989, p 57). Het is pas wanneer de holding goed verloopt dat het losmakingproces mogelijk wordt waarbij een transitionele ruimte kan ontstaan die nodig is voor de verdere mentale ontwikkeling van de patiënt.

‘Holding’ kan echter ook verwijzen naar het stellen van geschikte grenzen of het opleggen van bepaalde beperkingen, bijvoorbeeld in geval van agressie. Op die manier voelt de patiënt dat hij zichzelf of de ander geen onherstelbare schade zal toebrengen wat het gevoel van veiligheid verhoogt.

Containment en holding zijn belangrijke structurerende elementen in onze benadering van de psychotische patiënt; ze maken het mogelijk dat een mentale huid bij de patiënt tot stand komt of dat gaten in de psychische membraan worden toe geweven. De patiënt leeft niet langer in een tijdloos universum dat ruimtelijk onbegrensd is en waarin het altijd nu is. Wanneer symbolisatieprocessen op gang komen wordt gemis geaccepteerd en dus ook het feit dat men ouder wordt, dat tijd voorbijgaat. Er ontstaat opnieuw een gevoel voor historiciteit.

De sensoriele vloer van de ervaring vormt de eerste primitieve laag die noodzakelijk is voor de beginnende symboolvorming. Psychotische patiënten hebben vaak ernstige problemen met het loskomen van een symbiotisch object. Het is dan niet verwonderlijk dat we vaak autistische objecten en autistische vormen, zoals beschreven door Tustin, zien verschijnen bij onze patiënten. Vermits **sensoriële ervaringen** uiterst belangrijk zijn in deze meest primitieve laag van ons psychisch functioneren krijgen zintuiglijke aspecten veel aandacht in de benadering van de psychotische patiënt. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld tijdens zijn behandeling opnieuw in psychotische zin decompenseert en psychotische onrust en verbrokkeling erg storend zijn voor medepatiënten of zelfs gevaarlijk worden, wordt gebruik gemaakt van een *intensive care programma*. De patiënt krijgt een aparte kamer, dicht bij de verpleegpost, waarin naast de psychische ondersteuning vooral de lichamelijke verzorging door een zeer nabije verpleegkundige bijzondere aandacht krijgt. De verpleegkundige geeft hem dagelijks een bad, is bij hem aanwezig tijdens het eten op de kamer, brengt zijn lievelingsmuziek en biedt hem zo veel mogelijk rust en comfort.

Maar ook in de preverbale therapieën zijn de zintuiglijke aspecten van groot belang. In de creatieve therapie komt het tactiele aan bod bijvoorbeeld via het boetsen met klei. Dit brengt vaak rust en genereert de eerste primitieve vormen voor innerlijke fenomenen die nog onzegbaar zijn. De muziek in de muziektherapie kan een *akoestische huid* (De Backer, 1996) doen ontstaan nog vooraleer kan gedacht of gesproken worden. (Ik verwijs naar de bijdragen van Jos DeBacker en Jan Van Camp in dit boek). Door de bewegingen in de

bewegingstherapie of de relaxatieoefeningen wordt de aandacht naar het lichaam gericht op een veilige, structurerende wijze.

Op strikt medisch vlak zijn we natuurlijk erg aandachtig voor de fenomenen die zich op het niveau van het lichaam afspeelen. Huiduitslag (van acne tot allergische erupties) en psoriatische verschijnselen komen vaak voor bij onze patiënten. Deze worden niet alleen met de nodige aandacht verzorgd maar worden vaak ook begrepen als lichamelijke uitingen van vroeg psychische inhoud.

III. Enkele bijzondere aspecten van de behandeling.

Het belang van de teamvergadering

Elke hulpverlener op de afdeling staat bloot aan de projectieve identificatie van de patiënt. Dit geeft aanleiding tot heel wat tegenoverdrachtgevoelens en -reacties. De teamvergadering kan een belangrijke plaats zijn om deze mechanismen te achterhalen. Dit vraagt uiteraard een goede teamwerking en een groot onderling vertrouwen zodat men op een veilige manier kan spreken. De persoonlijke tegenoverdrachtsgevoelens worden natuurlijk niet geëxploreerd in de teamvergadering, daarvoor is persoonlijk therapie nodig. Doch daar waar de gevoelens van hopeloosheid, frustratie, kwaadheid en verdriet in de hulpverlener worden teweeggebracht door de projectieve identificatie van de patiënt is het de taak van het team deze gevoelens te dragen, verdragen en te verteren. Soms zijn deze gevoelens immers voor een apart teamlid zo intens dat het team als container gaat functioneren voor de hulpverlener.

De teamvergadering is dan de plaats bij uitstek waar kan gedacht worden over de innerlijke wereld van de patiënt. We trachten via een vrij associatief spreken samen na te denken over wat er zich in de innerlijke wereld van de patiënt afspeelt (Jan Cambien, 1989). In de teamvergadering beogen we een sfeer van rêverie die het ons mogelijk maakt de ondraaglijke projecties van de patiënt een betekenis te geven. De 'unimaginable storms' (M. Jackson, 1994) van de psychotische patiënt komen op die manier tot bedaren en kunnen worden omgezet in een ervaring waarover symbolisch kan gedacht worden.

Het belang van de preverbale therapieën

Elders wees ik er reeds op hoe de muziektherapie therapeutisch kan werken (Van Bouwel, 1999). Uiteraard geldt dit voor alle preverbale therapieën die zich afspeelen op het niveau van het onzegbare en waar vormen worden gezocht voor impressies die nog niet gerepresenteerd zijn. Naar mijn mening kunnen preverbale therapieën op vier niveaus werken. Deze niveaus zijn niet strikt van elkaar te onderscheiden. Hier benader ik ze voor de duidelijkheid als aparte categorieën. Het preverbale medium kan ten eerste gebruikt worden als sensoriele, woordenloze container, ten tweede als katalysator in en van de transitionele ruimte, ten derde als creatieve act in het reparatieproces, en tenslotte als middel tot sublimatie (maar dan zou ik het 'postverbaal' noemen). De volgorde van deze opsomming is niet toevallig. In de eerste categorie zit men op het niveau van de vroege moeder-kind relatie waarin autistisch-contigüe en paranoïd-schizoïde mechanismen domineren. Categorie twee vormt de overgang van paranoïd-schizoïde naar depressieve positie, terwijl de reparatie in categorie drie zich voornamelijk afspeelt in de depressieve positie. Categorie vier beschouw ik als het niveau waarop de depressieve

positie bewerkt is en waartoe men slechts zelden op zeer begenadigde momenten kan komen: Bion spreekt over *transformatie in O* (Bion, 1965). Aan de hand van enkele voorbeelden licht ik deze vier categorieën verder toe.

Een patiënt die gebukt gaat onder chaotische en ondraaglijke belevingen vindt bijvoorbeeld in de muziek die hij zelf maakt vaak een eerste uitdrukking van die sensaties waaraan nog geen woorden kunnen worden gegeven. De muziektherapeut kan via zijn rêverie op een gepaste wijze muzikaal reageren. Hij zal de schamele uitingen van zijn patiënt muzikaal begeleiden en structureren zodat ze draaglijk worden gemaakt. De verwarrende sensaties krijgen op die manier een vorm en worden gehoord en herkend door een ander, die er zelf niet van in de war geraakt. 'De muziektherapeut spant als het ware een huid rond de beleving van de patiënt, een akoestische huid die de uitdrukking van chaos samenhoudt en vorm geeft' (De Backer en Van Camp, 1996). Dit is een vorm van sensorische preverbale containment.

De transitionele ruimte die als ruimte tussen binnen- en buitenwereld fungeert waarlangs de intermenselijke communicatie verloopt, lijkt bij autistische en psychotische patiënten vaak weinig toegankelijk. In de heftigheid van zijn psychose laat de patiënt soms iets van zijn binnenwereld zien via zijn symptomen of via de actie. Bij Tom vloeit zijn binnenwereld open in een onmetelijke ruimte zonder houvasten. Op andere momenten kunnen deze patiënten opgesloten zitten in een eigen wereld waarbinnen een ander niet wordt toegelaten. Pogingen tot contact botsen op een harde bolster. Hoe maken we het mogelijk dat een intermediaire ruimte opnieuw ter beschikking komt? Ik denk dat 'spel' in de brede zin van het woord hierin een hulp kan zijn. Kinderen spelen voor ze spreken. Via het spel kan een kind de frustraties, de afwezigheid van moeder of de moeilijk te verdragen prikkels een vorm te geven en beter beheersen. Kunnen spelen veronderstelt ook de mogelijkheid niet volledig samen te vallen met zichzelf, te kunnen 'doen alsof' zodat men ook een zekere afstand van zichzelf kan nemen. Zo kan de bewegingstherapeut via de uitnodiging tot een balspel de patiënt de mogelijkheid geven zijn woede uit te leven zonder er mee te moeten samenvallen. Zijn woede kan in het spel een vorm krijgen, nog voor de patiënt zich van zijn kwaadheid bewust wordt. Bovendien wordt de woede begrensd door de spelregels. Op een andere manier kan bijvoorbeeld in de ergotherapie via het werken met klei een vorm tot stand komen die chaotische sensaties begrenzen en waaraan geen woorden kunnen verbonden worden. Wanneer de ergotherapeute hierdoor ontroerd wordt, is dit een teken dat iets van het lijden van de patiënt in de therapeut wordt overgedragen en meetrikt. De wereld van de patiënt raakt de wereld van de therapeut waardoor een eerste opening en niet bedreigend contact kan ontstaan.

Bij openliggende patiënten, zoals Tom, kan muziek ook een 'derde' zijn, een afbakening, iets wat niet volledig samenvalt met binnen- en buitenwereld. Muziek krijgt hier door het spelkarakter het statuut van een transitioneel object dat de scheiding tussen het ik en de ander draaglijk maakt (Van Camp, 1993).

Hoger genoemde fenomenen situeren zich op een vroeg preoedipaal niveau nog voor de echte oedipaliteit of depressieve positie is aangegaan. Eenmaal wanneer de patiënt erkent dat het verloren object voor goed verloren is en rouw tot ontwikkeling komt in de depressieve positie kunnen creaties in de niet-verbale therapieën de betekenis krijgen van *reparatie*. Door het schuldgevoel ontstaat een stuwende kracht om te herstellen wat verloren is of kapot gemaakt. In de werken die gemaakt worden tijdens de creatieve therapie of in de act van het musiceren tijdens de muziektherapie kan iets van het verlorene worden teruggevonden. Bovendien is het plezier bij het creëren een bron van vitaliteit.

Dit niveau situeert zich op het symbolische vlak want denken is mogelijk en taal kan op een symbolische manier gehanteerd worden. Maar voorbij het woord, voorbij het denken kunnen de creaties in de niet-verbale therapieën

het karakter krijgen van een esthetiek die in woorden niet meer kan gevat worden. Ieder die er voor open staat, kent de kracht van kunstwerken die de individuele mens buiten zichzelf brengt en hem boven zijn leven doet opstijgen. Los van geheugen, verlangen en begrijpen komt de mens zo in contact met iets wat hoger is dan hemzelf, iets wat boven hem uitstijgt en hem ontrukkt aan de banaliteit van de alledaagse emoties. Bion spreekt van *transformaties in O* (Bion, 1965). Grotstein in navolging van Jung spreekt van de *transcendente positie* (Grotstein, 1996). In ons taalgebied werkt ook Dehing dit verder uit (Dehing, 1993). Hier is sprake van sublimatie. Ik heb het hier niet over de enge vorm van sublimatie zoals Freud dit definieert. Sublimeren in brede zin kan zowel verheffen (boven iets uittillen, op een hoger niveau brengen, transcenderen) als verdampen (vervluchten, verijlen, oplossen) betekenen. ‘Sublimeren is een psychisch proces waardoor het willend subject op een andere manier geïnvolueerd raakt in de verlangens die het voortdrijven, in de doelen die het najaagt, in de hartstochten die het beroeren en in de morele idealen die het nastreeft. In en door sublimering wordt het strevend subject, dat zijn bestaan voltrekt door zich in zijn verlangens uit te leven, getransformeerd’ (Moyaert, 1998 p. 230). De creaties in de niet-verbale therapieën kunnen dus tot een niveau komen dat verder ligt dan de reparatie. Bij het ontstaan van een kunstwerk kan door het sublimatoire proces het subject opgaan in iets dat buiten hemzelf ligt waarbij hij ook elke subjectiviteit verliest. ‘Een kunstwerk is niet de uitdrukking van wat in mij leeft. Een kunstwerk dat mij in vervoering brengt, reduceert mij tot de uitdrukking of tot een medium van wat in mij sterker is dan ikzelf, van wat in de mens machtiger is dan de mens. Het brengt mij in contact met de inhumane, ongenaakbare keerzijde van de menselijke existentie die los van mijn individualiteit ook in mij schreeuwt. Maar wat mij overschreeuwt, dat wil zeggen wat mij in schreeuwen overtreft, wordt in en door de sublimatie omgevormd tot wat mij overstemt. De omvorming, die het individu in contact brengt met de onpersoonlijke, bovennatuurlijke grondlaag van het menselijk bestaan, gebeurt al zingend, dansend en dichtend’ (Moyaert 1998, p.236). In de mate dat niet-verbale therapieën de patiënt de mogelijkheid geven tot sublimatie via het creëren van of deelachtig worden aan een kunstwerk kunnen zij eveneens op die manier helend werken. We zijn er daarom van overtuigd dat het aanbieden van of het participeren aan poëzie, theater, muziek, beeldende kunst zinvol is in het behandelingsproces.

Het belang van gezinstherapie.

Een gezin waarin één van de leden een psychose doormaakt, ongeacht wat de oorzaak moge zijn, staat voor een erg moeilijke opgave. Het is een enorme schok wanneer een geliefd familielid plots alle zin voor realiteit verliest. Bovendien heeft de opname van de patiënt voor de familieleden, die geconfronteerd worden met de psychiatrische wereld, ingrijpende gevolgen. Deze zijn niet gemakkelijk om dragen. Soms doen de familieleden een beroep op primitieve verdedigingsmechanismen terwijl de patiënt zelf nood heeft aan een begripvolle ander die hem opvangt. De andere gezinsleden -in het geval van onze patiënten de ouders - worden meestal overspoeld door patiënt's bevreedende ervaringen die hij in hen tracht te evacueren. Zeker wanneer deze ervaringen te maken hebben met projecties van de ouders zelf op hun zoon of dochter, is containment door de ouders vrijwel onmogelijk. Hier kan een analytisch georiënteerde familietherapeut de tijdelijke taak van container van het gezin op zich nemen door een klimaat te creëren waarin over deze bevreedende ervaringen kan gedacht worden, niet meer op ruw, concreet niveau maar in meer symbolische termen. We verwijzen hier naar A. Watillon die op deze manier de dynamiek beschrijft van de psychoanalytische therapie van de vroege ouder-kind relatie (Watillon, 1993).

Een in aanleg psychotische adolescent kan vlugger dan een ander kind gegrepen wordt door het onbewuste van de eigen ouders. Datgene wat verdrongen of afgesplitst is bij de ouders kan via de infraverbale kanalen van de communicatie doorgegeven worden aan het kind dat hiervoor zeer gevoelig is en open staat. Wanneer het gewicht van de projecties waarmee de adolescent belast wordt, te groot wordt kan hij hieraan ontsnappen door psychotisch gedrag te vertonen. Dan zitten in de psychose fragmenten van de problematiek van de ouders vervat. De therapeut kan dan trachten de boodschap te ontvangen, deze in zich op te nemen en zich identificeren met patiënt's lijden dat wordt uitgedrukt. Zo kan de therapeut de relevante emoties eventueel verder bewerken met interpretaties om het zo voor de gezinsleden mogelijk te maken de gedetoxificeerde ervaringen weer in zich op te nemen. Op die manier kan wat verdrongen of afgesplitst was bij de ouders, uitgesproken worden zodat projecties in het kind toe niet meer nodig zijn. Het spreekt vanzelf dat het laten vertellen van de eigen levensgeschiedenis van de ouders hierin van groot belang is. Een analytisch georiënteerde echtpaartherapie (zonder de patiënt), of een individuele analytische therapie van de ouders kan hieruit ontstaan. Ik verwijs eveneens naar de bijdrage van M. Plomteux in dit boek.

Epiloog

Net zoals ik in de proloog het verhaal van Tom bracht via zijn tekening, wil ik ter afsluiting de hoger beschreven gedachtegang meer kracht bij zetten met behulp van visuele beelden.

Het eerste plaatje is een detail uit *De Hel van het Laatste Oordeel* van H. Bosch. Het is een goede weergave van het *diabolische*, gefragmenteerde universum van de psychoticus (diabolisch komt van diabolon: dooreen gooien). Het is een oneindige wereld vol bizarre objecten waarin pijn niet verdragen wordt maar massaal gefragmenteerd en geëvacueerd wordt, een wereld waar splitsing, projectieve identificatie en acting-out domineren. Het is een tijdloos universum waar het altijd nu is en waarbinnen geen ruimtelijke grenzen zijn. Dit is de wereld van een pathologisch paranoid-schizoïde positie. De patiënt die gebukt gaat onder deze demonische wereld heeft recht op *asiel*: een toevluchtsoord. (asylum, komt van het Grieks a + sulao, wat betekent: niet roven, niet wegnemen.) Het is een plaats waar bescherming geboden wordt, niet zozeer voor de bedreigende buitenwereld maar voor de innerlijke destructieve krachten die de psychische wereld van de patiënt dreigen te vernietigen. Het is een plaats waar de patiënt vastgehouden wordt (in de holding betekenis) zodat zijn angst en destructiviteit een grens krijgen. Een plaats ook waar hij een container vindt voor de ondraaglijke elementen binnen zijn persoonlijkheid. Een plaats waar de ondraaglijke pijn gemetaboliseerd, verteerd wordt tot een draaglijke ervaring. Door deze holding en containment kan hij toetreden tot een triangulaire wereld, waarin *symbolisch* kan gedacht worden en betekenissen in de plaats komen van de chaos. Deze triangulaire wereld is een wereld waar niet de destructiviteit, maar het gemis overheerst. Het schilderij *Het leven*, een vroeg werk van Picasso, geeft iets weer van de sfeer in de wereld van de depressieve positie. De pijn om het gemis is zo beangstigend dat patiënten vaak opnieuw regresseren naar de vroegere diabolische wereld en de chaos. Doch wanneer alles goed loopt, wordt pijn om het verlies draaglijk gemaakt door de belofte van wat het leven in haar oedipale constellatie te bieden heeft. We hopen dat de patiënt leert rouwen, wat reparatie en symboliseren toelaat en uiteindelijk verder leidt dan de destructie en de gefragmenteerde objecten in de paranoid-schizoïde positie. Het is deze blijvende aanwezigheid van de hoop die de motor is van onze behandeling: hoop, die doet leven.

Literatuur

Anzieu, D. (1994), *Le moi-peau*. Dunod, Paris.

Aulagnier, P. (1975), *La violence de l'interprétation*. PUF, Paris.

Bick, E. (1968), The experience of the skin in early objectrelations. *International Journal of Psychoanalysis* 49, p.484-486

Bion, W.R. (1962), *Learning from Experience*. Maresfield Library, London.

Bion, W.R. (1965), *Transformations*. Maresfield Library, London.

Bion, W.R. (1967), *Second Thoughts*. Maresfield Library, London.

Bion, W.R. (1970), *Attention and Interpretation*. Maresfield Library, London.

Cambien, J. (1989), In team werken: Rêverie en haar rivalen. In: *Van REM-slaap tot rêverie*. Acco, Leuven. 19

Cluckers, G. (1989), 'Containment' in de therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingevers. In: *De relatie in therapie*. H. Vertommen, G. Cluckers, G. Lietaer. Universitaire Pers, Leuven.

De Backer, J. en Van Camp, J. (1996), Muziektherapie in de behandeling van psychotische patiënten. In: De Hert M. et al.: *Zin in waanzin*. Epo, Antwerpen.

Dehing, J. (1993), The transcendent function-A critical re-evaluation. *The Journal of Analytical Psychology* 38 p. 221-235.

Jackson, M. en Williams, P. (1994), *Unimaginable storms*. Karnac Books, London.

Jackson, M. (2001), Psychoanalysis and the treatment of Psychosis. In: Williams P.: *A language for psychosis*. Atheneum Press, London and Philadelphia.

Joseph, B. (1989), Psychic equilibrium and psychic change. In: Feldman M. and Spillius E., *Selected papers of Betty Joseph*. Routledge, London.

Grotstein, J. (1990), Nothingness, Meaningless, Chaos and the Black Hole I-II-III. *Contemporary Psychoanalysis*. 26, 2 and 3 27, 1 p. 287-311

Grotstein, J. (1996), Bion's "Transformation in O", "The thing in Itself", and the "Real": Toward the concept of the "Transcendent position". *Journal of Melanie Klein and Object Relations*. 14, p.109-141.

Klein, M. (1937), Love, guilt and reparation. In: *Love, guilt and reparation and other works (1921-1945)*. Karnac, London.

- Klein, M. (1946), Notes on some schizoid mechanisms. In :*Envy and gratitude and other works(1946-1963)*. Karnac, London.
- Klein, M. (1952), The emotional life of the infant. In: *Envy and gratitude and other works (1946-1963)*. Karnac, London.
- Mahler, M. (1968), *On human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. International University Press, New-York.
- Meltzer, D. (1975), Adhesive Identification. *Contemporary Psychoanalysis* 11 p.289-310
- Moyaert, P. (1998), *De mateloosheid van het Christendom*. Sun, Nijmegen.
- Ogden, T. (1992), *The primitive Edge of experience*. Karnac, London.
- Segal, H. (1991), *Dream, Phantasy and Art*. Tavistock/Routledge, London.
- Spillius, E. (1992), Clinical experiences of projective identification. In: Anderson R.,*Clinical lectures on Klein and Bion*. Routledge, London.
- Tustin, F. (1980), Autistic Objects. *International Revue of Psychoanalysis*. 7,27-39.
- Tustin, F. (1981), *Autistic states in Childeren*. Routledge, London and Boston.
- Tustin, F. (1984), Autistic Shapes. *International Revue of Psychoanalysis*. 11,279-290.
- Tustin, F. (1986), *Autistic Barriers in neurotic Patients*. Karnac Books, London.
- Tustin,F. (1990), *The protective shell in children and adults*. Karnac Books, London.
- Tustin,F. (1991), Revised understandings of psychogenic autism. *International Journal of Psychoanalysis*. 72, 585-591.
- Van Bouwel, L. (1998), De onnoembare dreiging van het oneindige heelal. In: Dehing J., *Een bundel intense duisternis*. Garant, Leuven.
- Van Bouwel, L. (1999), Muziektherapie in de psychiatrie: over Orpheus die troost vond en Eurydice die in de stilte verzonken bleef. *Adem* 99: 4 p. 187-191
- Van Camp J., Van Bouwel L., Peuskens J., The status of Fictionality inPsychosis. Lezing op de 12th International Symposium for the Psychotherapy of Schizophrenia in London, 1997
- Van Camp, J. (1993) ,Dream, Play and Music. Lezing op het VII World Congress of Musictherapy te Victoria-Gasteiz.
- Watillon, A. (1993), The dynamics of Psychoanalytic therapies of the early Parent-Cild Relationship. *The international Journal of Psychoanalysis*, 74/5

Winnicott, D. (1949), *The Child, the Family and the Outside World*. Penguin Books, Baltimore.

Winnicott, D. (1960), The theory of the parent infant relationship. In: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. The Hogarth Press, London, 1987.

Winnicott, D. (1971), *Playing and reality*. Routledge, London.