

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# De ‹alledaagse› psychose

## *Een lacaniaanse benadering*

BART REYNDERS

Gelukkig die weten dat achter alle  
talen het onuitsprekelijke staat;  
dat van daaruit, naar welgevallen  
grootheid op ons overgaat!<sup>1</sup>  
(Rilke 1984, p. 139)

In het klinische werk wordt men dikwijls geconfronteerd met moeilijk te diagnosticeren patiënten. Niet zelden is een combinatie van verschillende diagnoses nodig. Het voorbijgaan aan de onderliggende dynamiek van een persoon devalueert het diagnostische proces tot een benoemingsronde, zonder het aanreiken van therapeutische handvatten. Het denken omtrent de ‹alledaagse› psychose kan een antwoord bieden op dit probleem. Niet enkel komen fenomenologie en kliniek van de alledaagse psychose tegemoet aan tekortkomingen in het DSM-denken, ook bieden ze inzicht in het verloop en het doel van de behandeling.

### ¶ *DSM versus subject*

De ontmoeting tussen het subject en de hulpverlener is onderhevig aan maatschappelijk-culturele evoluties. De recentste omschakeling kan benoemd worden als die van ‹Spreek en ik zal gezond worden,<sup>2</sup> naar ‹Benoem en ik zal gezond worden›. In dit laatste credo valt een dubbele illusie van het weten te herkennen. Het subject krijgt een naam en positie en kan gerustgesteld naar huis gaan. ‹Ik weet dat ik autistische trekken heb, vandaar mijn problemen. Nu ik het weet, kan ik er rekening mee houden en is er geen probleem meer.› De massa kan pas tot rust komen wanneer de diagnose van de massamoordeenaar bekend is. Het weten sust ons geweten. De hulpverlener van zijn kant heeft zijn (diagnostische) werk gedaan. Hij ‹weet› wat het is en meent daardoor het materiaal dat in de behandeling naar voren komt, te kunnen duiden (waar we het spreken en gezond worden weer zien opduiken). Het verplichte gebruik van de DSM draagt zeker bij tot deze dwang tot benoemen.

De betekenisfixatie van de DSM-betekenaars kan gezien worden als een pluspunt. Op deze manier wordt immers vermeden dat elke groep zijn eigen betekenis toekent, zodanig dat communicatie onmogelijk wordt. Jammer genoeg had en heeft deze consensusoperatie heel wat nadelige gevolgen. Het grootste probleem ligt op het vlak van de behandeling. Al te vaak wordt het subject op basis van de DSM-diagnose in een bepaalde behandeling ondergebracht. Net daar schuilt de zwakte van het systeem: de diagnose houdt geen enkele rekening met de onderliggende dynamiek en is dus geen raadgever in de te volgen behandeling. In dit artikel worden, naar aanleiding van deze tekortkomingen, enkele problemen op het vlak van de psychose aan de orde gesteld waarbij getracht wordt een uitweg te vinden via een lacaniaanse benadering. Meer specifiek ga ik in op de verhouding tussen de ‹allegaagse› en de acute psychose. Dit levert een doel voor de behandeling en geeft inzicht in het verloop ervan, waardoor meer kansen gecreëerd worden voor een kliniek van het subject.

#### ¶ *DSM en psychose*

Wanneer het gaat over de psychose moet er volgens de DSM sprake zijn van twee of meer van de volgende symptomen: wanen, hallucinaties, verward taalgebruik, sterk verward of catatoon gedrag en/of negatieve symptomen. Ook is, volgens deze redenering, de aanwezigheid van een acute psychose nodig om van een psychotisch proces te spreken. Het louter benoemen van de klinische fenomenen maakt het ons vaak onmogelijk een en ander begrijpelijk te krijgen. Ik onderscheid in dit verband volgende problemen.

Ten eerste wordt er geen rekening gehouden met de functie van een symptoom binnen de subjectorganisatie. Een patiënt die een As-I-diagnose kreeg die zich in het neurotische register bevindt, kan tijdens een behandeling psychotisch worden. De behandeling die gevoerd wordt op basis van de DSM-diagnose loochent de functie van het symptoom. Het symptoom wordt niet beschouwd als een januskop<sup>3</sup> en is veeleer, in de lijn van het DSM-denken, een eenduidig teken. Dit kan leiden tot een ‹verkeerde› behandeling, tot het weven van een onwaarachtig weten. Het symptoom isoleren van het subject maakt ons blind en doof voor zijn betekenis, geen enkel symptoom is immers hetzelfde.

Ten tweede overlaadt men in het ene geval in de DSM-diagnostiek een persoon met As-I- en As-II-diagnoses in de hoop toch volledig te zijn terwijl de samenhang echter geheel onduidelijk blijft; in het andere geval kan men geen diagnose stellen en probeert men met de benoeming ‹iets› te vatten van wat in de ontmoeting blijkt. In beide gevallen zouden de patiënten mogelijk worden voorzien van het etiket ‹schizoïde› of ‹schizotypische persoonlijkheidsstoornis›. Deze vage concepten lijken nodig om een segment patiënten toch een

plaats binnen de classificatie te geven. Dat deze vervaging de overlapping tussen diagnoses laat toenemen, wijst op tekortkomingen.

Een ander probleem bevindt zich op vlak van diagnostiek via testen. Niet zelden besluit men tot een mogelijke onderliggende psychotische structuur, hoewel er nooit van een acute psychose sprake is. Dit besluit valt moeilijk te rijmen met het DSM-denken; in de lacaniaanse benadering kent dit besluit wel zijn plaats.

Als laatste stip ik aan dat de diagnose ‘borderline’ frequent dienst doet bij diagnostische onduidelijkheid. Sommige personen hebben ‘psychotische’ verschijnselen, andere niet. Tegenwoordig passen de diagnoses ‘autisme’ en ‘spectrum-aanverwanten’ hier ook in. Het is de schaamlap van de psychiatrie.

Een wijze van diagnosticeren die gedeeltelijk tegemoetkomt aan deze tekortkomingen is er één die de onderliggende dynamiek in rekening brengt. Een voorbeeld van een diagnose volgens deze methode is de ‘alledaagse’ (Lysy-Stevens 2003) of ‘symptoomloze’ (Verhaeghe 2005) psychose. Het betreft een *dynamische* diagnose die verwijst naar een bijzondere positie binnen de psychotische structuur.

Ik kies voor de term ‘alledaagse’ psychose. De term ‘symptoomloze’ psychose wekt de indruk dat er geen symptomen zijn. Verderop zal echter duidelijk worden dat er steeds een symptoom is. Twee elementen zijn belangrijk in deze bespreking. Ten eerste kan men een psychotische structuur hebben zonder ooit te decompenseren. Men kent dan geen acuut psychotische episodes en functioneert schijnbaar of relatief normaal. Een ‘suppletie’ doet dienst als oplossing (zie verder). Ten tweede leert het bestaan van de alledaagse psychose ons dat ook personen die acuut psychotisch zijn (of dit in episodes zijn) alsnog een suppletie kunnen construeren, zodanig dat in de acute psychose de decompensatie of uitbraak<sup>4</sup> overbodig wordt. Dit is een belangrijke implicatie voor de psychotherapeutische behandeling. Er bestaat blijkbaar een manier om de acute psychose te vermijden. Deze zienswijze kan verklaren waarom subjecten zo lang een psychotische uitbraak kunnen uitstellen.

Hieruit vloeien enkele overwegingen voort met betrekking tot de behandeling.

#### ¶ *De alledaagse psychose...*

De oorspronkelijke term ‘psychose ordinaire’ is afkomstig uit het *work in progress* van Jacques Lacan. Lacan (2005) poneert de mogelijkheid van een psychotische structuur, met afwezigheid van fenomenen die we in onze hedendaagse kliniek als behorend tot de acute psychose zouden bestempelen. De benaming ‘ordinaire’ — en de vertaling ‘alledaags’ — verwijst enerzijds naar het contrast met het gevoel van vervreemding dat we in contact met de acute psychose ervaren, en anderzijds verwijst de term naar het courante voor-

komen van het bedoelde beeld. Lacan probeert duidelijk te maken dat wanen en hallucinaties geen noodzakelijke voorwaarden zijn om te spreken van een psychotische structuur. Dit impliceert dat ook een schijnbaar neurotisch subject een psychotische structuur kan hebben.<sup>5</sup>

Maleval (2003) bespreekt de alledaagse psychose uitvoerig en breekt daarbij een lans voor de psychotherapeutische behandeling van psychotische subjecten, van patiënten met een acute tot een alledaagse psychose. Maar de term reikt verder dan enkel de mensen die een hulpvraag hebben. Lysy-Stevens stelt het volgende: ‹Naast het paradigma van de luidruchtige psychose met hallucinaties en waansystemen kan men tal van andere beelden, die elders vaak onder de categorie ‹borderline› ondergebracht worden, onderscheiden. Het belangrijkste hierbij is dat men aandacht krijgt voor de individuele, telkens heel particuliere en contingente oplossingen die ieder psychotisch subject kan vinden. Hierbij zijn er constructies die als geniaal worden erkend, maar er zijn ook veel bescheidener middelen, [...]› (2003, p. 60). Daar waar men het psychotische subject meestal ‹ziek› vindt, wordt dit door het concept van de alledaagse psychose veel genuanceerder. De psychose wordt op deze wijze veel minder via een deficitdenken benaderd. Lacan spreekt zelf over Joyce (Lacan 2005) en Wittgenstein (Lacan 1991) als personen met een psychotische structuur zonder dat ze acuut psychotisch zijn. Hier is sprake van de alledaagse psychose.

In wat volgt wordt het denken omtrent de alledaagse psychose toegelicht en geïllustreerd, met de bedoeling een indruk te geven van wat dit inhoudt en kan betekenen voor de kliniek. Het kan patiënten helpen niet in de maalmolen verzeild te geraken van diagnoses die een fundamenteel onbegrip moeten camoufleren. Het is hierbij niet mijn opzet om een nieuw of ander weten tot stand te brengen, wel om een ruimte te creëren waarin naar het subject geluisterd kan worden, waarin het symptoom gehoord wordt.

#### ¶ *...in de kliniek*

Maleval (2003) beschrijft in een uitvoerig werk de verschillende vragen waarmee personen zich kunnen aandienen wanneer er sprake is van een alledaagse psychose. De voornaamste zijn volgens hem: depressieve klachten, psychosomatische klachten, inhibities in de studies of het werk, de wens analytisch te worden, tot zelfs het amalgaam van neurotische klachten en niet in het minst obsessieve-compulsieve. Het staat in elk geval vast dat de hulpvraag wordt gesteld omdat de gevonden oplossing wankelt en de uitbraak van een psychose dreigt. Maleval stelt: ‹De moeilijkheid voor de analyticus ontstaat op het moment dat hij geconfronteerd wordt met vragen van mensen die geen psychiatrisch verleden kennen, niet wanen, hallucineren of melancholisch zijn, en voor wie zich, ondanks alles, het probleem van een vorm van psychotisch functioneren voordoet. Deze situatie komt tegenwoordig steeds frequen-

ter voor» (Maleval 2003, p. 2; vert. BR). Maleval zegt dat vooral de karakteristiek van de vraag beslissend is om al dan niet een therapie te starten, eerder dan de diagnose. Daarnaast wijst hij op het belang van de onderliggende structuur: er is een wezenlijk verschil tussen de analyse van het verdrongene en het temperen van de *jouissance* (zie verder). Een analyse van het verdrongene is in het geval van de alledaagse psychose niet aangewezen. Via een fragment uit de eigen praktijk probeer ik aan te tonen hoe iemand kan beginnen te wankelen, hoe het «verlies» van een symptoom hem kan laten vervagen in angst en onrust, met als gevolg dat de acute psychose dreigt door te breken.

Fred is een man van middelbare leeftijd die vraagt om een opname. Na een verandering van arts is hem gezegd dat hij zich te veel optrekt aan zijn moeder en zij niet een sterke figuur is. Het voelt voor hem alsof de grond onder zijn voeten wordt weggemaaid, waarop hij enorm angstig wordt. Zijn hele identificatie met de moeder wordt hem als het ware ontraden. Dat dit gebeurt door een arts maakt het voor hem des te gewichtiger. Fred heeft het gevoel dat zijn vader in zijn hoofd zit, vreest verkracht te gaan worden, zich in een verslaving te storten... In gesprekken vraagt hij therapie om een leidraad te krijgen, een houvast. «Ik zoek bij u een harde hand», zegt hij. Hij voelt zich wegzakken indien hij geen ankers aangereikt krijgt. Het evenwicht dat de man jarenlang vond, is plots gaan wankelen en hij vreest ten onder te gaan aan de angst.

In de afdeling valt de merkwaardige motoriek van Fred op. Het is alsof zijn lichaam niet echt bewoond wordt door hem, alsof hij een marionet is die door een onhandige poppenspeler wordt geleid. In zijn werk heeft hij een benoeming op een merkwaardige wijze gemist. Hij volgde tijdens een proef gewillig een duidelijk foute suggestie op. Hij kan zelf geen reden geven waarom hij eraan gehoorzaamde, het horen van de suggestie zette als het ware automatisch zijn lichaam in gang. «Die man zei dat, dus volgde ik hem.» Hoewel het voorkomen van de man het tegendeel laat vermoeden, laat hij zich geregeld gaan in laveloze drank- en gokpartijen, maar ook daarover kan hij niet echt iets zeggen. «Dan ga ik er naartoe en gebeurt het gewoon, je ziet iedereen het daar doen.» Net als de misgelopen proef op het werk lijkt hij hier gewoon te doen wat de omgeving hem vraagt, alsof hij door de Ander wordt opgevuld en er helemaal in opgaat. Het is alsof er geen persoonlijke richting is, hij zich niet van de Ander kan afgrenzen. Het lijkt alsof het binnen en het buiten in elkaar beginnen te vloeien, alsof de woorden van de Ander zijn woorden worden.

Fred dreigt te decompenseren. In het begin van de opname leeft dan ook de vraag of hij psychotisch is of niet. Al na enige dagen verdwijnen de psychotisch aandoende klachten, doch een bizar gevoel blijft persisteren, alsof er geen grond aanwezig is in Fred. Het valt op hoe hij zich kan vullen met betekenaars en zich deze eigen maakt. De identificatie, het zich vullen

met betekenaars, is een van de elementen die kunnen wijzen op een onderliggende psychotische structuur volgens Maleval. Het valt op hoe weinig Fred kan zeggen over zijn ageren, zoals het laveloze drinken. Hoewel er niets aan de medicatie wordt veranderd, hervindt Fred zijn stabiliteit. Hij zegt dat hij door gesprekken weer op de rails geraakt en de harde hand ervaart die hij anders mist. De zoektocht naar een harde hand is dan ook zijn voornaamste hulpvraag in de gesprekken en kan worden opgevat als een zoektocht naar een vaderlijke instantie, een instantie die begrenst en limiteert. Fred heeft het gevoel deze harde hand te vinden; hij ervaart weer richting in zijn leven en voelt zich klaar om verder te gaan.

Een harde hand (of die nu denkbeeldig of reëel was) vult (of suppleert, zie verder) het ontstane gat; hij wordt niet meer overspoeld door een nauwelijks te benoemen angst. Uiteindelijk slaagt Fred erin op deze wijze een oplossing te construeren, weg uit de dreigende decompensatie die kan leiden tot de uitbraak van een psychose.

Een ander klinisch verschijnsel dat onder de alledaagse psychose geplaatst kan worden is de ‹alsof-identiteit› (Maleval 2003). Het gaat om mensen die zich een identiteit eigen maken zonder eraan vast te kleven. Ze kunnen van de ene dag op de andere de identiteit lossen en een andere aannemen. Veelal zoeken zij een omgeving waar men een duidelijke identiteit kan aan- of overnemen. Ongetwijfeld verklaart dit de aantrekkingskracht voor hen van sektes. Er worden hun een verhaal en een identiteit voorgelegd die hen kunnen *vullen*; het is een antwoord op de verpletterende leegte van het psychotische subject. Zowel Maleval als Billiet verwijst naar Deutsch (1934), die de manier beschrijft waarop psychotici zich staande houden door een volledige identificatie met een model. Hieronder schuilt een enorme gevoelsleegte. Het feit dat veel sektes inspelen op thema's waar ook het psychotische — evenals het neurotische — subject mee worstelt, vergroot hun aantrekkingskracht. Deze thema's gaan steeds over het begin en het einde van het leven, de gender-identiteit en de verhouding tussen de geslachten. Het is opmerkelijk hoe het merendeel van de wanen ook over deze thema's handelt.

Het denken omtrent de alledaagse psychose kan ook verhelderend zijn in casussen waar de patiënt eerst in het neurotische register werd gesitueerd, maar tijdens een behandeling psychotisch wordt. Een symptoom dat volgens de DSM een neurotisch karakter kent, kan een oplossing zijn voor het psychotische subject om de acute psychose op een afstand te houden. Zo kunnen dwanggedachten en/of dwanghandelingen het subject uit de psychose houden. Billiet (1996, p. 55) beschrijft bijvoorbeeld de casus van een vrouw die dwangmatig gedrag vertoonde maar waaronder zich een psychotische structuur verborg. Het is duidelijk dat ook andere As-I-diagnoses deze functie kunnen hebben. Een voorbeeld hiervan is de psychosomatiek, waarin het gaat om

het vastzetten van een *jouissance* in het lichaam zodanig dat deze controleerbaar wordt (zie verder).

### ¶ *De drift, twee zijden aan één munt*

Aangezien het vrijwel onmogelijk is om de nuances van enkele decennia onderwijs te vatten, haal ik de lacaniaanse theorie over de alledaagse psychose (en haar verhouding tot de acute psychose en neurose) slechts kort aan. Lacan heeft tijdens zijn leven meer en meer aandacht gekregen voor de verhouding tussen de taal en het reële. Dit is een evolutie die we ook bij Freud aantreffen. Hij zei immers dat een drift, dat wat ons drijft, steeds twee kanten kent. «Freud noticed a two-fold structure within symptoms: the drive and its psychic representations. In Lacanian terms, one has the real of the drive and the signifiers attached to it» (Declercq 2004, p. 243). Er is de taal en datgene wat eraan ontsnapt, een immer onverwoordbare kern. Lacan zal dit onverwoordbare, dit reële, in verband brengen met een zeker genot (*jouissance*) (zie bv. Verhaeghe 2005; De Kroon 2004). De neuroticus fantaseert steeds over het ongebreidelde genot, maar ontmoet telkens een genieten dat begrensd, beperkt is. Er is steeds iets wat ontsnapt en we blijven achter met een onbehagen, waardoor we ons verlangen in stand houden. Een moeilijke stap, die zowel Lacan als Freud maakt, is de ontkoppeling van lust en genot. De neuroticus droomt van het ultieme genieten maar vreest tegelijkertijd de dood. Het genot zou wel eens zo groot kunnen zijn dat het dodelijk wordt, vandaar dat er een begrenzing nodig is.<sup>6</sup> Het genieten op zich houdt geen rekening met het subject, het opereert *aan gene zijde*. Freud legt de kern van deze begrenzing in het oedipuscomplex, Lacan zal dit vertalen als een periode waarin het subject toetreedt tot de taal. Het feit dat zowel Freud als Lacan het incest-taboe (ander andere) hier situeert, geeft aan dat het een operatie is waarbij er een begrenzing gesteld wordt en waarbij het genot aan een wet wordt onderworpen. De metaforisering beveiligt; taal en wet convergeren. Het feit dat incest verboden moet worden is het beste bewijs voor zijn bestaan, net zoals moord en andere verboden handelingen. Om te kunnen samenleven, moeten het genieten en het driftleven begrensd worden.<sup>7</sup> Het is dus niet enkel het eigen genot waar we ons toe moeten verhouden, ook het genot van de ander is belangrijk («Wat wil de ander van mij?»). Het is dat genot dat voor het paranoïde subject zo beangstigend is. Het paranoïde subject vreest overspoeld te worden door het genot van de Ander; hij is ervan overtuigd dat de Ander van hem geniet. Het is dat ongebreidelde genot dat in sprookjes door de «slechterik» wordt uitgebeeld. De paranoïde waan is een uitleg waarmee het subject toch probeert deze Ander enigszins te bedwingen. De neuroticus probeert zich tegen dit mateloze, onbegrensde genieten te beschermen via de wet. Hij beschermt zich via het metaforiseren van verlangen en genot, het uitdrukbaar



maken ervan, zodanig dat ze niet oncontroleerbaar en woordeloos opereren. Op deze wijze ontstaat de psychische realiteit en onderscheidt ze zich van de fysische.

Lacan (1958) gaat ervan uit dat het psychotische subject niet is toegetreden tot de taal. Het psychotische subject hanteert wel een taal maar is niet opgenomen in het sociale vertoog. Lacan zal dan ook de taal en het begrenzende van het reële van de drift met elkaar in verband brengen. Lacan stelt dat de psychoticus het genot niet kan begrenzen en erdoor overspoeld wordt.<sup>8</sup> Het niet kunnen begrenzen van dit genot hangt samen met het ontbreken van de neurotische (oedipale) fundering van de taal.<sup>9</sup> Menigmaal zegt het psychotische subject (dat een acute psychose kent of kende) dat zijn lichaam vervuld werd met een onbeschrijflijk gevoel, soms van een extatische orde. In een ander geval treden er allerlei vreemde lichamelijke gewaarwordingen op. Het probleem is dat dit gevoel niet begrensd kan worden en omslaat in angst. Het is op dit vlak dat de uitbraak van de acute psychose zich voordoet. Doorgaans vindt de uitbraak van de psychose plaats op het moment dat het subject wordt overspoeld door dit genot. De vaststelling dat de psychose ontstaat op <driftige> momenten is hiervoor een niet te negeren aanwijzing. Vaak vindt de uitbraak plaats tijdens de puberteit (of de menopauze, vgl. Freud, 1911). Nog specifieker gaat het geregeld over de eerste seksuele ervaring of een verliefdheid die seksueel realiseerbaar is. Er wordt geen antwoord, geen begrenzing gevonden en men wordt enorm angstig, soms zelfs tot het paroxistische toe. Het subject heeft geen oplossing om met dat genot om te gaan. De verstoring van het taalgebruik en hallucinaties zijn uitingsvormen van deze overspoeling.

De andere verhouding tot de taal verklaart de speciale verhouding van het psychotische subject met de taal. Deze speciale verhouding wordt ook soms duidelijk in de alledaagse psychose. Iedereen die James Joyce gelezen heeft, en dan vooral *Ulysses* en *Finnegan's wake*, zal het bevreedende en bijzondere ervaren hebben van zijn taalgebruik. Joyce ontleedt en construeert constant de taal, maakt haar tegelijk betekenisloos en overladen, tegelijk tot muziek en ritmiek. Ook bij Louis Wolfson en Raymond Roussel vinden we deze speciale verhouding terug (Vanheule 2000).

#### ¶ *Suppletie als lap voor de scheur*

De waan vormt wel een oplossing. In de waan probeert iemand een eigen verhaal te creëren om wat hem overspoelt te hanteren: hij geeft zichzelf en de Ander weer een plaats. We kunnen de waan als een suppletie beschouwen, aangezien hij een halt toeroept aan de overspoeling. Het begrip <suppletie> is afgeleid van <supplere> en betekent <volledig maken> of <aanvullen>. De waan kan bijvoorbeeld fungeren als datgene wat weer volledig maakt; het is een schild (De Kroon 2004). Suppletie gaat over een reeks van mogelijke <vervan-

gingen» die maakt dat de realiteit van een psychotisch subject enige verankering kent» (Stroeken 2000, p. 193). In de waan gelden er wetten, hoe onlogisch ook, en de waan is dus een poging het genot te bedwingen. De drift, het genot en de Ander hebben een al dan niet tijdelijke plaats gekregen voor het psychotische subject. Freuds beschrijving van de waan sluit aan bij het suppletie-denken: «Omtrent de genese van de waanvormingen hebben enkele analyses ons geleerd dat de waan als een lap de plek bedekt waar oorspronkelijk een scheur in de relatie van het Ik met de buitenwereld ontstaan was» (1924a, p. 89). En: «[...] de paranoïcus bouwt haar [de wereld] weer op, niet prachtig weliswaar, maar in elk geval zo dat hij er weer in kan leven. Hij bouwt haar op door de arbeid van zijn waan» (1911, p. 83). Aangezien dit een idiosyncratisch verhaal oplevert, zal het over het algemeen sterk verschillen van het gangbare vertoog. Het niet begrijpen en het bevreedende ervan maken dat we het individu abnormaal gaan vinden en de suppletie volgens ons mislukt is. Dit verklaart de veelal respectloze benadering van de waan in de kliniek. De patiënt wordt gezien als gek, zijn spreken als zinloos. Deze afwijzing van de waan maakt dat we de oplossing van het subject afwijzen. De waan is echter het antwoord van het subject op een confrontatie met het onverdraagbaar «Reële» en levert ons zeer veel zinvolle informatie op. De clinicus reageert meestal met de toediening van medicatie, wat dan ook als een vorm van suppletie beschouwd kan worden. Medicatie zal vooral een biologisch-reële werking kennen<sup>10</sup> waarbij een van de voornaamste resultaten een verminderd of afwezig libido is. Wanneer, zoals daarnet werd gesteld, de psychose voortvloeit uit een overspoeling door genot, wordt het inzichtelijk waarom een libidoverlaging bijdraagt tot de vermindering van de acute psychose (Van Camp 2006). Het driftleven van het subject wordt gedeeltelijk aan banden gelegd. Een andere vaststelling is dat antipsychotica geen invloed hebben op de waan als zodanig. De waan geldt dan ook niet als een overspoeling door het genot maar als een oplossing, een antwoord op deze overspoeling.

Een laatste vorm van suppletie die ik wil bespreken, is de meest interessante voor de behandeling. Het betreft een suppletie die het verschil kan uitmaken tussen de alledaagse psychose en de uitbraak van een acute psychose. Het gaat om mensen die erin slagen een antwoord te bieden op de afwezigheid of de zwakke aanwezigheid van het oedipuscomplex. De afwezigheid creëert een lacune, een toestand waarin begrenzing van de drift en afgrenzing van het subject vervagen. De suppletie slaagt er echter in deze weer volledig te maken. Dit gebeurt echter niet zodanig dat de suppletie alle eigenschappen en gevolgen van het oedipuscomplex overneemt. Het is geen «identieke» vervanging, de onderliggende afwezigheid blijft immers sluimeren. Daar ligt meteen ook de kwetsbaarheid van de suppletie: als ze haar functie verliest, zal de onderliggende afwezigheid duidelijk worden en dreigt de decompensatie, ofwel de uitbraak van de psychose. In het voorbeeld zagen we hoe Fred, via een identificatie, zich relatief normaal staande kon houden. Wanneer hij

deze identificatie loslaat, slaat de angst toe waaraan hij vreest ten onder te gaan. Hij kan zich nog maar moeilijk afgrenzen en volgt bevelen op zonder nadenken. Na een tijd hervindt hij een stabiliteit, een oplossing die de afwezigheid toedekt. Het is duidelijk dat elk symptoom deze functie kan vervullen, op voorwaarde dat het tegemoetkomt aan de onderliggende eisen en dat het een bescherming is voor het subject tegen een overspoeling. Dwanggedachten en dwanghandelingen blijken geregeld samen voor te komen met schizofrenie, maar ook voordien zijn ze vaak reeds aanwezig (Beuk & De Haan 2000). Waarschijnlijk doen de dwanggedachten en -handelingen ook bij de alledaagse psychose geregeld dienst als suppletie, net zoals de psychosomatiek. Lacan (2005) sprak over het ‹sinthoom› als het symptoom dat een supplerende functie heeft. Lacan ging deze nieuwe term gebruiken om een evolutie in zijn denken aan te duiden. Julien (2001) wijst erop dat waar ‹symptoom› verwijst naar een samenvallen, ‹sinthoom› naar een samenzetten verwijst.<sup>11</sup> Het gaat om een constructie, die zeker in het geval van de acute, de uitgebroken, psychose tijd vraagt.

Dit denken werpt een duidelijk ander licht op de behandeling van de psychose: de mogelijkheid van een suppletie is dan ook een belangrijke leidraad. Inzicht in de onderliggende dynamiek wijst de weg in het voeren van een behandeling.<sup>12</sup> Eerder dan een ontrafeling, een bewerking van het verdrongene, zal het een zaak zijn om een constructie te maken die beschermt en begrenst.

#### ¶ *Naar een besluit*

Freud zei: ‹Neurose en psychose verschillen veel meer van elkaar in de eerste, inleidende reactie dan in de daaropvolgende pogingen tot herstel› (Freud 1924b, p. 99). Voor de behandeling is het dus uitermate belangrijk om de vraag van het subject ernstig te nemen. Doch het is ook onontbeerlijk om aandacht te hebben voor de onderliggende structuur; deze is immers bepalend voor het doel van de therapie. De concepten ‹alledaagse psychose› en ‹suppletie› kunnen ons inspireren op enkele belangrijke terreinen in de behandeling. Ze maken begrijpelijk waarom iemand tijdens een therapie ‹onverwacht› psychotisch kan worden én bieden de mogelijkheid dit te voorkomen. We kunnen de therapie op zodanige wijze voeren dat we de suppletie niet ontmantelen. Ook in de behandeling van patiënten die wel reeds één of meer acute psychoses kenden, kunnen ze behulpzaam zijn; er kan geprobeerd worden het subject te bewegen tot een suppletie en samen een oplossing te construeren die het subject *vol*-doende beschermt. Het gaat om een samenzetten, dat op zijn beurt verwijst naar de constructie. Het subject moet een constructie kunnen maken als schild, als lap op de scheur. Het is net omwille van deze creatie dat, zeker in het geval van de acute psychose, een behandeling tijd vraagt. Ik zou er dan ook een lans voor willen breken de psychoticus te blijven

zien in zijn uniciteit, in zijn anders-zijn. Zijn symptomen, zijn spraak en genezing bevinden zich wezenlijk op een ander niveau dan die van de neuroticus.

Tijd en bereidheid tot luisteren van de kant van de hulpverlener zijn onontbeerlijk en net dat valt moeilijk te rijmen met het huidige ‹behandelklimaat›. Besluiten doe ik met een voetnoot uit Freuds Schreber-analyse: ‹Van een ziektegeschiedenis die het gestoorde mens-zijn en zijn strijd om herstel wil beschrijven, zal men nu eenmaal niet mogen eisen dat ze ‹discreet› en ‹esthetisch› aantrekkelijk is› (Freud 1911, p. 48).

#### Literatuur

- BEUK, N. & DE HAAN, L. (2000). Dwangsymptomen bij schizofrenie: aanwijzingen voor een aparte groep. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 42, 347-351.
- BILLET, L. (1996). *Het gebroken oor — Lacan voor de kliniek van de psychose*. Gent: Idesca.
- DECLERCQ, F. (2004). Lacans concept of the real of jouissance: clinical implications and illustrations. *Psychoanalysis, Culture and Society*, 9, 237-251.
- DEUTSCH, H. (1934). Ueber einen Typus der Pseudoaffektivität (‘Als Ob’). *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 20, 323-335.
- FREUD, S. (1905). Drie verhandelingen over de theorie van de seksualiteit. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Klinische beschouwingen 1* (p. 19-116). Meppel/Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1911). Psychoanalytische opmerkingen over een autobiografisch beschreven geval van paranoia (dementia paranoides) [‘Het geval Schreber’]. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Ziektegeschiedenissen 4* (p. 9-96). Meppel/Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1924a). Het realiteitsverlies bij neurose en psychose. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Psychoanalytische Theorie 3* (p. 95-102). Meppel/Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1924b). Neurose en psychose. *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Psychoanalytische Theorie 3* (p. 85-92). Meppel/Amsterdam: Boom.
- JOYCE, J. (1922). *Ulysses*. Parijs: Shakespeare & Company.
- JOYCE, J. (1992). *Finnegans wake*. Londen: Penguin Books.
- JULIEN, PH. (2001). Du symptôme au sinthome: la psychose lacanienne. *La clinique lacanienne, 2001-1* (n. 5), 63-67.
- KROON, J. DE (2004). *Schizofrenie tussen symptoom en subject — Een archeologie van de psychose*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- LACAN, J. (1958). D’une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. *Ecrits* (p. 531-583). Parijs: Editions du Seuil (1966).
- LACAN, J. (1991). *Livre XVII — L’envers de la psychanalyse*. Parijs: Editions du Seuil.
- LACAN, J. (2005). *Livre XXIII — Le Sinthome 1975-1976*. Parijs: Editions du Seuil.
- LYSY-STEVENS, A. (2003). Lacan met Joyce: een creatieve benadering van de psychose. In J. Smet, L. Van Bouwel & R. Vandenborre (red.), *Spreken en gesproken worden — Psychoanalyse en psychosen* (p. 51-66). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- MALEVAL, J-C. (2003). Elements pour une apprehension clinique de la psychose ordinaire. *Séminaire de la découverte freudienne* (Toulouse, januari 2003).
- RILKE, R.M., VOSSOLE, M. VAN (1984). *Uren en beelden*. Antwerpen: Stichting Mercator-Plantijn.
- STROEKEN, H. (2000). *Nieuw psychoanalytisch woordenboek*. Amsterdam: Boom.
- VAN CAMP, J. (2006). *Why psychosis so often follows being in love?* Ongepubliceerde lezing van het 15de Internationale congres van de ISPS te Madrid.
- VANHEULE, S. (2000). Schizofrenie en metonymie: een verkenning aan de hand

van Louis Wolfson en Raymond Roussel. *Rondzendenbrief uit het Freudiaanse veld*, 17 (66), 23-33.

VERHAEGHE, P. (2005). *Over normaliteit en andere afwijkingen — Handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven: Acco.

SUMMARY

‹Everyday› psychosis — A lacanian approach

Setting out with the observation that the use of the DSM document is full of shortcomings, the author focuses on the lacanian approach to ‹everyday› psychosis. This approach, unlike the DSM document, seeks means of treatment. In this way it produces statements about the psychosis without decompensation and the relation between symptoms and the psychotic structure. The ‹suppletion› is considered in its relation to the decompensation and in this context some reflections are made concerning the treatment of psychotic subjects.

*Keywords:* Lacan, ordinary psychosis, psychosis, sinthome, suppletion

Noten

- 1 Origineel: ‹Glücklich, die wissen, dass hinter allen / Sprachen das Unsägliche steht; / dass, von dort her, ins Wohlgefallen / Grösse zu uns übergeht!›
- 2 Aanvankelijk ging het in de psychoanalyse overwegend om het spreken van de therapeut, die duidt, een uitleg geeft. Gaandeweg verschoof de aandacht naar het spreken van de patiënt en ging het credo van de psychoanalyse eerder luiden: ‹Spreekt en ge zult gezond worden.›
- 3 De ‹januskop› is een term die verwijst naar de beeldhouw- en schilderkunst. Het gaat om de afbeelding van de god Janus met aan voor- en achterzijde een gezicht. In de literatuur gebruikt men dit om aan te duiden dat iets meerdere eigenschappen kan hebben. In dit artikel wordt ermee aangeduid dat het symptoom niet eenduidig is, dat het ook meerdere eigenschappen tegelijk kan hebben en tussen mensen steeds van eigenschappen kan verschillen.
- 4 In de lacaniaanse terminologie wordt decompensatie of de ‹uitbraak› van een psychose een ‹declenchering› genoemd. Vandaar dat er soms wordt gesproken over een niet-gedeclencheerde tegenover een gedeclencheerde psychose.
- 5 Mogelijk kan men hier een verklaring vinden voor het feit dat bepaalde patiënten in een therapie psychotisch worden.
- 6 Freud (1905) wees al op het verband tussen de libido en de angst.
- 7 Het verwondert dan ook niet dat het niet kunnen stellen van grenzen geregeld voorkomt in gezinnen waar er van psychose sprake is. Ook het verband tussen perversie en psychose kan hier gesitueerd worden. Kinderen van een perverse ouder worden niet zelden psychotisch.
- 8 Deze visie van Lacan ligt in het verlengde van Freuds stelling dat in de psychose de libido uit de buitenwereld wordt teruggetrokken en zich terugplooit op het subject (bij Freud, 1911: het Ik). Er vindt met andere woorden een enorme libidoverhoging plaats in het subject, dat aldus door het genot wordt overspoeld.
- 9 Hier situeren we het specifieke psychotische taalgebruik. Een woord vervalt tot zijn letterlijkheid, tot zijn ding-

- 
- igheid* en faalt aldus in het scheppen van een afstand, faalt in de metaforisering. De toetreding tot de taal onttrekt het subject ook aan de duele band met de moeder en haar verpletterende verlangen. Indien deze band niet getrianguleerd raakt, zoals bij de psychose, komt er geen einde aan de symbiotische versmelting met de wereld, niet in het minst met de moeder.
- 10 Medicatie grijpt niet enkel in op het reële, zij kent ook imaginaire effecten. Een voorbeeld daarvan is het placebo-effect.
- 11 Er zijn nog andere, onder meer fonetische redenen om deze term te gebruiken. Een verdere bespreking hiervan vindt men in De Kroon (2004, p. 98).
- 12 Wat als suppletie functioneert, of heeft gefunctioneerd, blijkt vaak pas na lange tijd of zelfs pas achteraf (na het uitbreken van de psychose). Dat de DSM-aanpak te eng is, is duidelijk, maar ook de lacaniaanse benadering lost het probleem inzake de diagnose misschien niet helemaal op.

*Manuscript ontvangen* 10 oktober 2008

*Definitieve versie* 27 maart 2009