

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Zijn ze te overtuigen?

Over de dwangneurotische basisverhouding in psychoanalytische psychotherapie

THIBAUT VAN LYSEBETTEN

De psychotherapeutische en psychiatrische behandeling van dwangmatige patiënten is vaak frustrerend. Dit kan het gevolg zijn van een te symptoomgerichte benadering, waarbij voorbij wordt gegaan aan de mogelijke dwangneurotische structuur van het subject.

In deze tekst wordt dieper ingegaan op het belang van het (h)erkennen van deze basisverhouding van de dwangneuroticus met de ander. Het miskennen ervan kan de therapeut en de therapie immers in een duivelse spiraal van onwerkbaar negatieve overdracht en tegenoverdracht doen terechtkomen. Vertrekend van hedendaagse casuïstiek en enkele bevindingen die Freud reeds deed, wordt duidelijk dat «overtuigen» op verschillende manieren kan worden begrepen. Enerzijds als rationele techniek, waarbij gepoogd wordt de irrationaliteit of onjuistheid van een bewering van de patiënt aan te tonen, wat telkens weer mislukt. Inzichten en verklaringen worden immers niet zomaar geslikt door de dwangneuroticus. Zo verschijnt echter wel de structuur van het subject. Met andere woorden: hoe het subject met overtuiging door een ander (in dit geval de therapeut) omgaat, werpt een interessant diagnostisch licht op zijn basisverhouding met de ander. Anderzijds kan het succesvol bewerken van de ontstane overdracht leiden tot de enige overtuiging die ertoe doet: een bewustwording en bewerking van het dwangneurotische basisfantasma en zijn verschijning in het intra- en interpsychisch (dis)functioneren van de patiënt. Naast de freudiaanse inzichten hierover zal ik vooral gebruik maken van de lacaniaanse discours-theorie, zonder hiermee onrecht te willen doen aan de vele andere psychoanalytische auteurs die dit onderwerp hebben behandeld.

¶ *De dwangneurotische basisverhouding: vignetten*

► *De beursspecialist*

Een succesvolle beursspecialist consulteert me op verwijzing van zijn huisarts. Hij is negenendertig. Hij volgde gedurende meerdere jaren een gedragstherapeutische behandeling en kreeg ook verschillende psychofarmaca vanwege, onder meer, de obsessionele overtuiging aids te hebben

gekrege op zijn achttiende, toen hij voor het eerst een prostituee bezocht. Hierbij was geen sprake van een volledig seksueel contact, het bleef bij aanraking. Hij erkent het absurde karakter van deze overtuiging. Dat hij zichzelf simpelweg kan overtuigen dat hij geen aids heeft door middel van een bloedafname, een cognitief geïnspireerde interventie bij uitstek, ontlokt bij hem een zeer hevige, afwijzende reactie: een bloedafname zou immers *kunnen* bevestigen wat hij vreest.¹ De gedragstherapie die hij volgde heeft ook de andere obsessionele symptomen (o.a. controle van lichten en sloten) weinig beïnvloed. Hij vertoont hyperseksueel gedrag en kan geen langdurige relatie opbouwen zonder dagelijkse prostitueebezoeken. Hij merkt op dat prostituees nooit wensen te kussen, waarbij blijkt dat ook hij kussen als ongewenst beschouwt omdat hij het als te intiem ervaart, zelfs bij een vaste partner.² Ook buiten zijn liefdesleven beschouwt hij zichzelf meestal als de meerdere van anderen. Hij wil de anderen overtreffen en beheersen. Naast zijn ouders krijgen weinig andere mensen zijn respect. Als de huisarts moet interveniëren tijdens crisismomenten, kan hij de patiënt slechts kortstondig geruststellen (lees: overtuigen). Ondanks (of juist als gevolg van?) de onmisbaarheid van deze man blijkt zijn respect voor hem nogal klein. Het steeds opnieuw verschijnen van zijn overspoelende panieklachten toont de impotentie van de huisarts immers aan. Tijdens een bepaalde sessie in het begin van de behandeling vraagt hij zich af hoe ‘vermogend’ ik ben. Zijn eigen financiële rijkdom is ‘gelukkig’ van die orde dat een ‘arme psychiater’ hem wellicht niet kan overtroeven, althans zo redeneert hij. Aan mijn duiding betreffende de dubbele betekenis van het woord ‘vermogen’, waarbij het ook kan gaan over een door hem als ondraaglijk beleefd overwicht op grond van mijn kennis, gaat hij voorbij.

► *De eindredactrice*

Een negenenveertigjarige vrouw is negen jaar in ambulante psychoanalytische psychotherapie. Zij is momenteel reeds tien jaar werkonbekwaam als eindredactrice van een kwaliteitsblad. Ze werd verwezen vanuit een psychiatrisch ziekenhuis waar de diagnose ‘narcistische persoonlijkheidsstoornis’ werd gesteld.³ Ze vertoonde op het moment van de doorverwijzing een therapieresistent depressief beeld en gebruikte regelmatig te veel alcohol. Ze kreeg van vorige behandelaars een uitgebreide reeks medicamenten, ook via intraveneuze weg. De aanvankelijke aanleiding voor het zoeken van psychiatrische hulp was een depressieve episode als gevolg van haar onvermogen om tot een langdurige relatie met een man te komen. Ze zocht hiervoor voor het eerst hulp op zevenentwintigjarige leeftijd, eerst bij een cognitieve therapeut, nadien in de vorm van enkele maanden psychoanalyse op de bank. Aan deze laatste episode bewaart ze belangrijke herinneringen, vooral van ondraaglijk negatief-overdrachtelijke aard. Ze beleefde haar

toenmalige therapeut als overweldigend — ‘kolossaal’ noemt ze hem — en herinnert zich nog levendig zijn ‘bulderende’ stem. Toen patiënte zestien was overleed haar moeder onder haar ogen als gevolg van een overdosis medicijnen. Ze beschouwt dit als het gevolg van haar moeders onmogelijke relatie met een ‘bullebak’ van een man, vader van patiënte. Ook zij heeft met vader een problematische relatie. Ze heeft al meer dan tien jaar geen contact meer met hem. Ze beschrijft hem als bruto, ongemanierd en zowel verbaal als fysiek agressief. Ze hoopt op zijn snelle dood. Al vanaf de eerste gesprekken valt haar enorme afstandelijkheid op. Ze stelt zich koel op, toont geen emotie, ook niet als ze over de doorgemaakte suïcidale episode spreekt. Evenmin is ze emotioneel als ze over haar moeders zelfmoord spreekt. De in de eerste fase van de behandeling door mij gegeven medisch-psychiatrische adviezen met betrekking tot haar alcoholmisbruik, het belang van regelmaat, structuur, gezonde eetgewoontes enzovoort ontvangt ze vriendelijk en ‘dankbaar’ maar legt ze vervolgens eenvoudigweg naast zich neer. Ze spreekt alsof het geschreven staat, punctueel, zonder enige taalfout of zweem van dialect. Ze kiest haar woorden zorgvuldig uit en gebruikt uitgekiende metaforen en woordspelletjes. Ze bereidt de consultaties ook zorgvuldig voor. Ze pakt uit met haar kennis over de dichteres Achmatova en strooit kwistig met citaten. Ze blijkt een dichtbundel te hebben geschreven, maar de publicatie ervan heeft ze zelf onmogelijk gemaakt, terwijl een uitgeverij er nochtans toe bereid was. Ze is op het eerste gezicht correct en gedraagt zich voornaam, maar behoudt graag de controle over de regelmaat van de afspraken. Als ze af en toe een afspraak annuleert, doet ze dit op een afgemeten, beleefde manier. In de overdracht die aldus is ontstaan, houdt ze afstand en trekt ze zich terug in een veilige arrogantie. Ik ben vaak overweldigd door haar intellectuele eruditie en voel me soms overtroefd als ik een door haar gedebiteerd citaat niet herken.

¶ *De dwangneurotische basisverhouding: theoretische beschouwingen*

Bij deze twee patiënten heeft overtuigen geen rechtstreeks effect. Adviezen leggen ze vriendelijk maar kordaat naast zich neer, duidingen worden door hen niet gehoord of als ‘interessant maar onwetenschappelijk’ en dus voor hen irrelevant, geneutraliseerd. Bij beide patiënten verschijnt hun dwangneurotische basisverhouding met de ander ook in de therapeutische relatie. Deze basisverhouding verwijst naar de *structuur* van de persoon, en gaat niet enkel over dwangmatige *symptomen* zoals dwanghandelingen en -gedachten. Deze zijn immers niet pathognomonisch voor een dwangneurotische persoonlijkheidsstructuur: ze kunnen bijvoorbeeld ook voorkomen bij een hysterisch subject met depressieve pathologie of bij psychotische problematiek (Beuk & De

Haan 2000). Evenmin zijn dwangsymptomen *stricto sensu* nodig om over dwangneurotische pathologie te kunnen spreken.

Freud was in 1894 de eerste die de dwangneurose (*Zwangsneurose*) als een aparte diagnostische entiteit van hysterie onderscheidde (Laplanche & Pontalis 1973, p. 283). In de tekst *Opmerkingen over een geval van dwangneurose*, beter bekend als 'de Rattenman' (Freud 1909), schrijft hij: 'Ik breng deze argumenten alleen te berde om mij voor de zoveelste keer te laten bevestigen hoe machteloos ze zijn. Ik kan het niet begrijpen als andere psychotherapeuten berichten dat zij met zulke wapens de neurosen succesvol bestrijden' (Freud 1909, p. 36). Freud stelt dus vast dat de Rattenman niet beter wordt van rationele verklaringen, hoe 'juist' ze ook mogen zijn.

Hij merkt echter een ander interessant effect op: de rationele discussies doen namelijk onbewust materiaal van de patiënt verschijnen:

Discussies als deze zijn nooit bedoeld om overtuiging te wekken. Ze dienen slechts om de verdrongen complexen in het bewustzijn te brengen, de strijd om deze complexen op het terrein van bewuste zielsactiviteit aan te wakkeren en het opduiken van nieuw materiaal uit het onbewuste te vergemakkelijken (Freud 1909, p. 33).

Freud veralgemeent zijn bevindingen bij de (dwangneurotische) Rattenman naar de neurosen in het algemeen: deze kunnen volgens hem door overtuiging niet effectief worden bestreden, hoogstens bewust gemaakt. In een andere tekst vinden we een nog meer fundamentele kritiek op deze basishouding terug: 'We hebben resoluut het denkbild afgewezen om van de patiënt die hulp zoekt en zich aan ons toevertrouwt, ons eigendom te maken, zijn lot voor hem vorm te geven, hem onze idealen op te dringen en hem, met de hoogmoed van de Schepper, te vormen naar ons evenbeeld [...] (Freud 1919, p. 55). Hiermee wordt verwezen naar de psychoanalytische ethiek, die niet uitgaat van een absoluut weten van de analyticus enerzijds en een patiënt die die kennis slechts dient te verkrijgen anderzijds. In een psychoanalytische benadering wordt immers achter de oppervlakkige symptomen het particuliere subject met zijn eigen-aardigheid gezocht. Het is daarbij niet de bedoeling te proberen de patiënt te overtuigen, tenzij dan om op deze manier zijn onbewuste te laten verschijnen.

Hoewel zijn bevindingen afkomstig zijn uit de casus van een dwangneurotische man, differentieert Freud hierbij niet tussen de verschillende neurosen. Dit onderscheid is nochtans wel zinvol. Bij een hysterisch subject heeft overtuiging, in tegenstelling tot bij een dwangneuroticus, immers wel een effect, wat echter geenszins betekent dat dit een *duurzaam* effect zou zijn. Een hysterisch subject plaatst de therapeut in een positie van verondersteld wetend subject, 'le sujet supposé savoir' (Lacan 1964). 'Hij zal hét weten, hij kent me écht, en dus ook mijn verlangen, mijn drijfveren, hij is de expert, de meester.' Deze

poging de meesterfiguur te installeren, waarbij inzichten en veronderstellingen er als zoete broodjes ingaan, is overigens slechts tijdelijk en enkel een 'voorspel' om diezelfde meester later van zijn sokkel te halen (Verhaeghe 2002, p. 311). Hoe met deze dynamiek verder wordt omgesprongen, is overigens evenzeer afhankelijk van de therapeut als van de patiënt zelf. Zowel een analytische therapeut als een therapeut van cognitieve signatuur kunnen zich bezondigen aan overtuigingsijver, maar een duurzaam effect hebben, zal het niet. Verhaeghe (2002, p. 317) schrijft hierover:

De eigenlijke behandeling van de hysterie dient gericht te zijn op een verandering van de verhouding en het onderliggende basisfantasma. Het belangrijkste instrument daarvoor is de overdrachtsanalyse. De prijs die daarvoor betaald moet worden, is menig therapeut te hoog: met name dat men de toegekende troon van onder het eigen zitvlak vandaan moet halen.

Bij obsessief-compulsieve patiënten ontstaat dit meesterdiscours niet, althans niet vertrekkend vanuit de patiënt. Hun basisverhouding met de ander komt neer op het uitschakelen of minstens op veilige afstand houden van die ander. Duidingen, hoe juist ze ook zijn of goedbedoeld, zullen dus ook op afstand worden gehouden. De intrusieangst bij dwangneurotische subjecten is perversief: alles van de ander wordt buiten gehouden of naar buiten gegooid. En waarom zou de (al dan niet psychoanalytische) therapeut aan deze psychologica van het subject ontsnappen? Dus, in tegenstelling met hysterici, die alles (zij het tijdelijk) slikken van de ander, wordt door een dwangneuroticus in plaats van versmelting telkens opnieuw separatie beoogd (Verhaeghe 2002, p. 323). Met de woorden van Darian Leader: 'A hysteric is a person to whom things happen whereas an obsessional is a thing to whom persons happen' (Leader 1992).⁴ Misschien was ook Freud hiertegen aangelopen toen hij vaststelde: 'Het verwachte resultaat treedt niet op. De patiënt hoort de boodschap wel, maar er is geen weerklank. [...] Men heeft zijn kennis verruimd, en verder niets in hem veranderd' (Freud 1937, p. 286).

Samenvattend kan worden gesteld dat overtuigen werkt als een manier om onbewust materiaal te provoceren. In lacaniaanse termen: deze provocaties kunnen de basisverhouding van het betreffende subject met de ander doen verschijnen. Als behandeltechniek werkt overtuigen echter niet vanwege de pathologie van het dwangneurotische subject zelf. De mislukking ervan is onderdeel van de basisverhouding van een dwangneurotisch subject met de ander, waarbij alles van de ander, dus ook diens overtuigingen, 'angstvallig' op afstand wordt gehouden. Met een citaat: 'The obsessional patient fantasises that what occurs in a relationship is not an exchange between two subjects but a replacement and extinction of one subject by the other' (Asseyer 2002, p. 1306).

¶ *Implicaties voor de behandeling van dwangneurotici: vignetten*

► *De beursspecialist*

De eerste fase van de therapie is erg kort: de dwangneurotische overdracht is snel en massaal. Een patiënt is volgens hem immers volledig overgeleverd aan de willekeur van de therapeut. Hij zegt letterlijk dat hij ook de therapeut en de therapie wil domineren en onschadelijk maken. Hij wil advies, uitleg en op die manier controle. Hij adviseert welke film ik zeker moet zien, en welke sport de moeite van het bekijken waard is. Tegenoverdrachtelijk roept dit behoorlijk wat irritatie op. Ik moet actief mijn best doen hem niet als een arrogante man te zien bij wie therapie zinloos is. Met andere woorden: hij slaagt er bijna in zichzelf te bevestigen als 'boven-gemiddeld' man, te speciaal en te weerbarstig om enige verandering mogelijk te maken. Interpretaties aangaande zijn pogingen mij te 'overklassen' leiden meestal tot een heftige ontkenning. Soms roept hij uit: 'Goed geprobeerd maar mij zal je niet krijgen!' Zijn afwerende houding wijst volgens mij op zijn angst voor intimiteit, die hij in de overdracht herhaalt.

Na bijna een jaar behandeling lijkt hij de positie van patiënt meer te accepteren. Dit blijkt een noodzakelijke voorwaarde om de verbinding te kunnen maken tussen wat zich in de actualiteit van de therapeutische relatie herhaalt enerzijds en zijn geschiedenis en onbewust materiaal anderzijds. Het valt op hoe hij geleidelijk aan meer kan stilstaan bij duidingen, hoe hij ze meer lijkt toe te laten, laat 'binnenkomen'. Zijn gevoel door mij bedreigd te worden lijkt te verminderen. We kunnen samen in de therapieruimte zijn zonder dat hij vervalt in zijn aanvankelijke, soms neerbuigende houding. Humor en ironie, een mildere en meer bewerkbare vorm van defensieve strategie, hebben de plaats ingenomen van zijn aanvankelijke agressie. Hij lijkt me minder te moeten verkleinen of te kleineren, minder te moeten reduceren tot een ongevaarlijke, arme psychiater. Buiten de veiligheid van de therapeutische ruimte experimenteert hij ondertussen ook, door het aangaan van een meer langdurige intieme relatie.

► *De eindredactrice*

Tijdens de behandeling evolueren een subtiele devaluatie van de therapie en de therapeut naar een opstelling waarin patiënte, aanvankelijk enkel impliciet, aangeeft dat de therapie van 'levensbelang' is (geworden) voor haar. Wat eerst een verplichting was, is geëvolueerd naar een gekozen en volgehouden intensief engagement. Er lijkt beweging gekomen in haar verstarde emotionele leven, alsof er weer een beleving verschijnt. Dit kan mooi worden geïllustreerd met een sessie die ongepland enkele minuten voor het voorziene uur diende te worden stopgezet. Volgens haar zou ik daarop op

een «nijdige» manier naar mijn bureau zijn gestapt en haar een nieuwe afspraak hebben «toegesmeten». De hierop volgende sessie ging ze hier verder op in. Ze vertoonde hierbij een opvallende levendigheid in mimiek en lichamelijke expressie. Schuimbekkend legde ze de link met herinneringen aan haar vader, en, wat nog lastiger was, met de beleving van haar eigen ongebreidelde agressie: ze sloeg hard op een tafeltje en gaf aan, mocht ze zeker zijn niemand anders in het gebouw te zullen storen, «nog veel verder te willen gaan». Er vond wellicht een verbinding plaats tussen wat zich enerzijds in het hier en nu van de therapie afspeelde (enkele minuten te vroeg gestopt, met razernij als gevolg) en anderzijds haar eigen beleving van overweldigende agressie, getriggerd in het nu, maar duidelijk gestuwd vanuit haar onbewuste. Zonder (positieve) overdracht en een goede werkrelatie was dit niet mogelijk geweest. Dit voorbeeld staat in schril contrast met eerdere uitingen van (verplaatste) agressie, zoals wanneer ze over vreemdelingen of lesbische vrouwen fulmineert. Dit gaat ook over een beleving van een affect maar zonder verbonden te zijn, noch met haar eigen geschiedenis, noch met de actualiteit van de overdracht in de therapie.

Het ontstaan en bewerkbaar worden van deze overdracht heeft meerdere jaren in beslag genomen maar lijkt zijn vruchten af te werpen in haar relationele leven: ze doorbreekt ook daar haar kille isolement en staat toe dat enkele betekenisvolle anderen dichterbij komen. Alcohol misbruikt ze niet meer, antidepressiva zijn tot een minimum herleid. Ze is recent begonnen met het opnieuw aanschaffen, en lezen, van boeken die ze tijdens haar depressieve periode had weggegeven of vernietigd. Het boek dat ze zelf schreef, weigert ze echter nog steeds te publiceren.

¶ *Implicaties voor de behandeling van dwangneurotici: theoretische beschouwingen*

In een recent overzichtswerk met een overwegend gedragstherapeutische signatuur wordt opgemerkt dat er geen empirisch onderzoek beschikbaar is naar de psychotherapeutische behandeling van de obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Glas 2007, p. 335). Wel wordt door dezelfde auteur een stelling van Gabbard in herinnering gebracht, namelijk dat veel patiënten met obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (het DSM-equivalent voor dwangneurose; APA 2000) geschikt zijn voor psychoanalyse. Gabbard pleit voor een benadering waarin zowel de biologie als de genetica maar zeker ook de psychodynamische achtergrond van de patiënt worden geïntegreerd. Hij signaleert daarbij ook de grote rol van de obsessionele persoonlijkheidsstijl in het ondermijnen van de eigen behandeling (Gabbard 2001).

Wellicht is de grote betekenis die in de psychoanalyse wordt toegekend aan het bewerken van de overdracht een belangrijke reden van de werkzaamheid

ervan. Het is immers een expliciete manier om met de ‘persoonlijkheidsstijl’ van de patiënt om te gaan. Freud merkte al op met betrekking tot de Rattenman:

De overtuiging dat de relatie met zijn vader werkelijk die onbewuste aanvulling vereiste, moest hij zich dus eerst via de pijnlijke weg van de overdracht eigen maken. Al spoedig kwam het moment dat hij mij en mijn gezin in zijn dromen, dagfantasieën en invallen uitermate grof en obsceen uitschold terwijl hij mij willens en wetens nooit iets anders dan het grootste respect betoonde (Freud 1909, p. 52).

Het bewerken van de overdracht is dus van het grootste belang. Aldus krijgt ‘overtuiging’ een andere betekenis. Ze is volgens Freud namelijk het gevolg van het doorwerken van de overdracht die in de analyse ontstaat en komt vanuit de patiënt zelf. Ze is, met andere woorden, niet van buitenaf opgelegd. ‘De overtuiging ontstaat pas na de bewerking door de patiënt van het herwonnen materiaal, en zolang ze onvast is, mag men concluderen dat het materiaal nog niet is uitgeput’ (Freud 1909, p. 33 noot 22).

Hierbij is de vrije associatie, de enige instructie die de analyticus dient te geven, van groot belang. Hoe eenvoudig het ook lijkt, deze opdracht is telkens weer allesbehalve evident. De neiging te censureren blijkt vaak te wedijveren met deze opdracht. Freud schrijft hierover: ‘[...] het afreageren verdween naar de achtergrond en leek vervangen door de inspanning die de analysand moest verrichten bij de hem opgedrongen taak om de kritiek tegen zijn eigen invallen (bij het opvolgen van de psychoanalytische grondregel) te overwinnen’ (Freud 1914, p. 425). Een goede werkrelatie tussen therapeut en patiënt is een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde tot deze vrije associatie. Het is mijn overtuiging dat voldoende positieve overdracht essentieel is om ‘vrij spreken’ mogelijk te maken. Mutatis mutandis maakt een (te) negatieve overdracht vrij spreken onmogelijk. Het vrij spreken leidt op zijn beurt tot een verdieping en bewerking van de overdracht. Een bijkomende moeilijkheid in het geval van een dwangneurotisch subject is de neiging deze opdracht ‘correct’ uit te voeren, maar op een steriele, niet doorleefde wijze. In de lacaniaanse theorie wordt, om dit linguïstische proces aan te duiden, gesproken over ‘metonymie’: een eindeloos verschuiven van het ene geïsoleerde element naar het andere. Het spreken wordt dan een soort betekenisloos doordrammen. Enkel in ‘samenspraak’ met de overdracht kan dit spreken wel leiden tot het bewerken van deze isolering, een typisch afweermecanisme bij dwangneurotici. Hierbij worden gedachten, gedragingen of gebeurtenissen afgesneden van gevoel. Freud schrijft hierover:

Wij weten dat bij hysterie een traumatische indruk aan amnesie prijs kan worden gegeven; bij dwangneurose is dit vaak niet gelukt, de belevenis is

niet vergeten maar van haar affect ontdaan en haar associatieve verbanden zijn onderdrukt of verbroken, zodat ze als het ware geïsoleerd staat en ook tijdens de denkbaarheid niet wordt gereproduceerd (Freud 1915, p. 225).

De patiënte van het tweede vignet, en met haar vele andere dwangneurotici, durfde zich pas na meerdere jaren therapie «over te leveren» aan vrij spreken, waardoor versprekingen mogelijk werden en soms ook haar oorspronkelijke dialect ongemerkt binnensloep. Het is dankzij deze evolutie dat het herstel van de verbinding tussen overdracht, affect en haar biografie mogelijk is geworden.

¶ Conclusie

In dit artikel wordt, aan de hand van hedendaagse casuïstiek, citaten van Freud en het toepassen van de lacaniaanse discours-theorie, geïllustreerd hoe overtuigen en rationalisatie (niet) werken als behandeling van (de symptomen van) een dwangneurotisch subject. Het dwangneurotische basisfantasma keert immers onvermijdelijk ook in de therapeutische (overdrachts)relatie terug. Een meestersvertoog kan dus onmogelijk therapeutisch effect hebben: adviezen en rationele correcties worden netjes genegeerd, of er komt hoogstens, op basis van een intellectualiserend inzicht, een afzwakking tot stand van de obsessionele intra- en interpersoonlijke stijl (Glas 2007, p. 336). In het omgaan met de «overtuigingspogingen» van de therapeut verschijnt wel de structuur van de basisverhouding van deze subjecten met de ander. Deze kan samengevat worden als volgt: de ander wordt op afstand gehouden uit angst voor intrusie, die door een dwangneuroticus steevast als potentieel destructief wordt beleefd. Deze houding wordt nog versterkt door een eigen superioriteitsgevoel. Een therapeutische basishouding die is gebaseerd op een ethiek die op het particuliere is gericht, kan, in combinatie met een structuurdiagnostiek van het subject in kwestie en het tot stand brengen en bewerken van de overdracht, bij uitstek een antwoord bieden op deze moeilijke uitdaging. Zo kan «herhalen» evolueren naar «herinneren» en, in het beste geval, ook naar «doorwerken» (Freud 1914, p. 142) en dus naar verandering van deze «lastige lieden» (vrij naar Hellings 1994).

Literatuur

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*.
Washington DC: APA.
ASSEYER, H. (2002). The exclusion of the
other — A clinical contribution to an

object-relations theory of obsessional
defence. *The Journal of Psychoanalysis*,
83, 1291-1309.

BEUK, N.J.M. & HAAN, L. DE (2000).
Dwangsymptomen bij schizofrenie:
aanwijzingen voor een aparte groep.
Tijdschrift voor psychiatrie, 40, 347-350.
FREUD, S. (1909). Opmerkingen over een

- geval van dwangneurose. *Werken 5* (p. 11-82). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1910). Over een bijzonder type van objectkeuze bij de man — Bijdragen tot de psychologie van het liefdeleven I. *Werken 5* (p. 300-310). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1914). Verdere adviezen over de psychoanalytische techniek (II). Herinneren, herhalen en doorwerken. *Werken 6* (p. 423-433). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1915). Remming symptoom en angst. *Werken 9* (p. 186-271). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1919). Wegen van de psychoanalytische therapie. *Werken 8* (p. 48-58). Amsterdam: Boom.
- FREUD, S. (1937). De eindige en oneindige analyse. *Werken 10* (p. 264-305). Amsterdam: Boom.
- GABBARD, G. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 208-221.
- GLAS, G. (2007). De obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. In D. Denys & F. de Geus (red.), *Handboek obsessieve compulsieve stoornissen* (p. 332-333). Utrecht: De Tijdstroom.
- HELLINGA, G. (1994). *Lastige lieden*. Amsterdam: Boom.
- LACAN, J. (1964). *Le séminaire, Livre XI: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (texte établi par J.-A. Miller) (p. 204, 210 e.v., 228, 240 e.v.). Parijs: Seuil, 1973.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. (1973). *The language of psychoanalysis*. Londen: Karnac books.
- LEADER, D. (1992). *Some notes on obsessional neurosis*. Lezing gegeven aan Leeds Metropolitan University. [http://www.jcfar.org/past_papers/Some Notes on Obsessional Neurosis - Darian Leader.pdf](http://www.jcfar.org/past_papers/Some%20Notes%20on%20Obsessional%20Neurosis%20-%20Darian%20Leader.pdf).
- VERHAEGHE, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen — Handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven: Acco.

SUMMARY

Can they be convinced? On the obsessional neurotic structure in psychoanalytic psychotherapy

This article illustrates the importance of working with the transference of the obsessive-compulsive subject, and the therapeutic risks when this personality structure is ignored. The complexity of this issue is brought out through specific clinical examples and Freudian and Lacanian theory. It is argued that therapy cannot be effective when primarily focusing on rational analysis and conviction because of the fundamental inability of obsessive-compulsive subjects to allow the other to influence (i.e. dominate) them, despite the best intentions of the therapist.

Key words: obsessive structure, therapeutical implications, transference

Noten

- 1 Een patiënt met een soortgelijk probleem verwees hierbij zelf naar het gedachte-experiment van Schrödinger in 1935, ter illustratie van de kwantumfysica: de kat in de doos met een giftig gas (zie bv. Wikipedia). Zolang de doos niet wordt geopend, is het onmogelijk te weten of de kat nog leeft of niet. Voor deze beide patiënten is het *niet-weten* blijkbaar meer «comfortabel», zo blijft de *mogelijkheid* immers bestaan dat hun vrees niet bewaarheid wordt. Een «neurotische» oplossing bij uitstek?
- 2 Dit gedrag doet denken aan wat Freud

- als 'psychische impotentie' beschrijft: de tedere en de zinnelijke stromingen zijn niet samengekomen (Freud 1910).
- 3 De term 'narcisme' kan makkelijk worden verward met een dwangneurotische problematiek. In het geval van narcistische problematiek gaat het echter eerder over een overwaardige nadruk op het subject zelf (Laplanche & Pontalis 1973, p. 255). Bij een dwangneurotische structuur gaat het in eerste instantie om de ander die op afstand gehouden dient te worden. Wat niet wegneemt dat in beide gevallen de arrogantie en verwaandheid
 - de meest opvallende kenmerken kunnen zijn. Mogelijk heeft de verwarring te maken met de vergelijkbare en voor de hand liggende tegenoverdrachtergerenis en het gevoel meer observator dan participant te zijn.
 - 4 Ik ga hierbij voorbij aan de discussie betreffende de hysterische 'kern' die eveneens bij een dwangneurotisch subject aanwezig zou/kan zijn. Freud is alleszins steeds blijven benadrukken dat elke dwangneurose een hysterische grondlaag bezit (Verhaeghe 2002, p. 317).

Manuscript ontvangen 14 december 2011

Definitieve versie 17 juni 2012