

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



Het trauma van Freuds besnijdenis

Eddy de Klerk

*‘Wir dürfen uns hier wiederum
auf das Zeugnis der Beschneidung
berufen, die uns wiederholt, als
Leitfossil sozusagen, die wichtig-
ste Dienste geleistet hat’
(Freud 1939, p. 139).*

De neonatale besnijdenis zonder verdoving is voor de zuigeling een traumatische gebeurtenis. Dit pijnlijke gebeuren wordt vastgelegd in het impliciete geheugen. Het is niet toegankelijk voor bewuste herinnering, maar laat wel sporen na. De vraag die hier onderzocht wordt is of castratieangst, een begrip dat centraal staat in het leven en werk van Freud, verband houdt met het trauma van de neonatale besnijdenis.

Inleiding¹

Freud werd op 6 mei 1856 geboren en conform joods gebruik op zijn achtste levensdag, 13 mei, besneden (Gay 1989, p. 16; Sajner 1968). Als traditioneel en godsdienstig ritueel was dit een besnijdenis zonder verdoving. Op die dag ontving hij ook zijn voornamen: Sigismund Schlomo. De dag van besnijdenis en naamgeving van een joods jongetje is zijn *berith milah* (Van Veen-Viëtor 2000).² De besnijdenis zelf wordt uitgevoerd door een daartoe opgeleide, zogenoemde *mohel*.

Recent onderzoek heeft aangetoond dat kinderen die als zuigeling zonder verdoving besneden worden, vier tot zes maanden later een grotere pijngevoeligheid vertonen bij routine-inentingen (Taddio e.a. 1997). Het vastleggen van een dergelijke gevoeligheid kan niet zonder inschakeling van het geheugen. Experimentele onderzoekers hebben aangetoond dat het langetermijngeheugen twee vormen kent. Het impliciete of procedurele geheugen, dat vanaf de geboorte werkzaam is en het expliciete of autobiografische geheugen, dat pas na enkele jaren actief wordt (Kandel 1998; Ladan 2000; Schreuder 2001; Draaisma 2001; Deben-Mager 2002). Het verschil tussen beide geheugensoorten hangt samen met de hersengebieden die erbij betrokken zijn. Deze hersengebieden verschillen zowel in functie als rijpingstempo. Alleen in het autobiografische geheugen kunnen bewuste herinneringen worden opgenomen, in het impliciete geheugen niet. ‘Deze vorm van geheugen bevat de neerslag van ervaringen waar je geen bewuste herinnering aan hebt en die toch je handelen beïnvloeden. Het is een com-

A. de Klerk, klinisch psycholoog en psychoanalyticus, is werkzaam in eigen praktijk. Corres-

pondentieadres: Heemraadschapslaan 52, 1181 VB Amstelveen. E-mail: a.de.kl@freeler.nl

partiment van het geheugen waar introspectie niet in kan doordringen', aldus Draaisma (2001, p. 235). Freud meende dat er één soort geheugen bestond. Het was onderworpen aan de zogenoemde infantiele amnesie of het 'vroegkinderlijk geheugenverlies', resultaat van verdringing van de kinderlijke seksualiteit en niet van functionele onrijpheid. Slaagde men erin om de verdringing op te heffen dan zou de totale geheugeninhoud bij de volwassene weer ter beschikking komen (Laplanche & Pontalis 1985, p. 212-213). Immers: 'In de leeftijdsrekening van Freud liep "infantiel" van de geboorte tot zes, zeven jaar' (Draaisma 2001, p. 21). Freud bevroedde niet of kon niet bevroeden dat het autobiografische geheugen pas na jarenlange rijping gaat functioneren en dat een ander deel van het geheugen onbewust blijft in absolute zin.

Gezien het vroege tijdstip van Freuds besnijdenis kan deze pijnlijke ervaring onmogelijk zijn vastgelegd in het autobiografische geheugen doch alleen in het impliciete geheugen. De vraag die hier onderzocht wordt, is of het door Freud gemunte begrip 'castratieangst' mogelijk verwijst naar dit traumatische levensbegin. In dit artikel gaat het uitdrukkelijk alleen over de neonatale besnijdenis zonder verdoving. Over de eventuele effecten van dezelfde ingreep met verdoving worden hier geen uitspraken gedaan.

Recente onderzoeksgegevens

Tot nog toe heeft de neonatale besnijdenis, als mogelijk bepalend gegeven uit de allereerste levensdagen, geen aandacht gekregen. Zo wordt er bijvoorbeeld, bij het afnemen van anamneses, niet standaard naar gevraagd, zoals dat wel het geval is bij een vroege tonsillectomie. De medische illusie dat zuigelingen geen pijn zouden voelen is hier debet aan. 'Pijn is gedurende lange jaren een raadsel geweest (...) Tot ongeveer tien jaar geleden werd aangenomen dat zuigelingen eenvoudigweg geen pijn voelden. Prematuur geboren baby's ondergingen noodzakelijke maar traumatische medische of chirurgische handelingen zonder verdoving' (Fitzgerald 1998, p. 20). De pijnreflex bij zuigelingen blijkt in drie belangrijke opzichten te verschillen van die bij volwassenen. Ten eerste: de sensorische zenuwcellen in het ruggenmerg zijn bij kinderen meer prikkelbaar dan bij een volwassene. Dit heeft tot gevolg dat de pijnreflex heftiger is en langer duurt. Ten tweede: de pijnreactie is globaler omdat de baby nog geen duidelijke afbeelding van het eigen lichaam in de hersenen heeft kunnen opbouwen. De pijnprikkel is daardoor minder goed te lokaliseren en is gekoppeld aan een groter lichaamsgebied. Ten derde: de zuigeling voelt minder scherp het onderscheid tussen pijnlijke en prettige aanrakingen, met als gevolg dat ook bij de laatste een pijnreflex kan optreden (Fitzgerald 1998, p. 21).

Voor een mogelijke invloed van de neonatale besnijdenis op het latere leven zijn dit belangrijke uitkomsten. Als de pijnprikkel voor een zuigeling moeilijk te lokaliseren is en gekoppeld is aan een groter lichaamsgebied,

dan ligt het voor de hand dat de pijnreactie van een besneden zuigeling zich niet beperkt tot de top van zijn penis, maar zich waarschijnlijk uitstrekt tot de hele onderbuik, zo niet verder. Bovendien is de pijnreactie op de besnijdenis bij een zuigeling heftiger dan deze bij een volwassene zou zijn. Verder wisten moeders altijd al dat hun baby's het onderscheid tussen pijnlijke en prettige aanrakingen nog niet goed kunnen maken. Daarom gaan zij intuïtief heel voorzichtig om met hun kind. Het kind kan daardoor geleidelijk leren discrimineren tussen aanrakingen die pijn doen en aanrakingen die prettig zijn. Goede pijndiscriminatie is een ontwikkelingsproduct en er kunnen bij kinderen dus ook stoornissen in optreden. Ik veronderstel dat de neonatale besnijdenis de normale ontwikkeling van pijndiscriminatie verstoort. Indien gewone aanrakingen, die als prettig bedoeld zijn, al een pijnreflex kunnen oproepen, zal dit des te meer het geval zijn voor een pijnlijke ingreep als de besnijdenis.

Geheel in lijn hiermee is het volgende. 'De eerste drie maanden na de geboorte is de responsiviteit van het stressresponsstelsel hoog in reactie op stressoren zoals bijvoorbeeld een lichamelijk onderzoek door een arts. Dat wil zeggen dat de reactie op stress zowel fysiologisch (een activering van de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as) als gedragsmatig (huilen) sterk is' (Schreuder 2003, p. 104). Als een lichamelijk onderzoek van een arts al een belasting vormt voor het stressresponsstelsel van een pasgeborene, hoeveel te meer zal dat dan gelden voor een besnijdenis zonder verdoving! De medische illusie dat zuigelingen geen pijn zouden voelen heeft een geschiedenis van honderd jaar, van circa 1880 tot 1980 (Cope 1998). Zij had tot gevolg dat een aantal medische ingrepen, waaronder circumcisie, bij zuigelingen standaard zonder verdoving verricht werden (Bögels 1998). Toekomstige ouders in de Verenigde Staten werden door Proctor en Gamble nog in 1982 als volgt gerust gesteld: 'Mogelijk bent u verrast om te horen dat een besnijdenis niet pijnlijk is voor uw baby omdat de penis, in dit stadium van ontwikkeling, nog geen functionerende zenuwuiteinden heeft' (Cope 1998, p. 2). Van Veen-Viëtor (2000, p. 138) vermeldt: 'Evenals, of in navolging van, de rituele joodse besnijdenis werd deze "gezondheidsoperatie" niet onder verdoving uitgevoerd. Zoals de joden reeds lang wisten, was voor de circumcisie van baby's geen chloroform of cocaïne nodig. "Kleine kinderen van enkele jaren oud kunnen door twee assistenten worden vastgehouden zonder enige verdoving," adviseerde de Amerikaanse arts Samuel Newman in 1909.'

Pas in de jaren tachtig begon op grond van verschillende onderzoeken het besef door te dringen dat verdoving bij neonatale circumcisie nodig zou kunnen zijn. Uiteindelijk kwam in 1999 de American Academy of Pediatrics met de volgende verklaring (AAP 1999, p. 688): 'Er is aanzienlijk bewijsmateriaal (cursivering A.d.K.) dat zuigelingen die zonder verdoving besneden worden pijn ervaren en fysiologische stress. Neonatale fysiologische reacties op besnijdenispijn omvatten veranderingen in hartslag, bloed-

druk, zuurstofverzadiging en cortisolspiegels. Één verslag vermeldt dat besneden zuigelingen een sterkere pijnreactie vertonen bij latere routine-vaccinaties dan niet-besneden zuigelingen (Taddio e.a. 1997).⁷

De beleidsverklaring van de AAP is belangrijk als men weet dat in de Verenigde Staten, in de jaren zeventig, ongeveer tachtig procent van de mannelijke bevolking direct of enkele dagen na de geboorte besneden werd, en wel zonder verdoving. In andere Engelstalige landen was de situatie lange tijd vergelijkbaar. Reden hiervan was dat vanaf 1900 de neonatale circumcisie populair was geworden in de betere kringen. Zij had de functie van hygiënisch standsteken. Geleidelijk aan vond zij toepassing in alle lagen van de bevolking (Van Veen-Viëtor 2000).

Bij lichamelijke ingrepen bij jonge kinderen hangen pijn en angst nauw met elkaar samen (A. Freud 1952). In het algemeen is het zo dat plotselinge, overmatige pijn, eerst grote schrik oproept en vervolgens angst voor herhaling. Dit vooronderstelt een leerproces. De experimenten van Kandel (1998, 2001)³ zijn in dit verband relevant. Hij onderzocht hoe een heel eenvoudig organisme, een zeediertje, via een leerproces gevoelig gemaakt werd voor angst. Hij deed dat door een aversieve stimulus toe te dienen en deze al of niet te herhalen. Hij kon aantonen dat aangeleerde angst voor pijn opgenomen wordt in het impliciete langetermijngeheugen van dit diertje. Het eerder genoemde onderzoek van Taddio e.a. wijst erop dat ook de pijn van een neonatale besnijdenis zonder verdoving heftig en lang genoeg is om als grotere gevoeligheid voor pijn opgenomen te worden in het impliciete geheugen van de zuigeling. Taddio e.a. vatten hun bevindingen als volgt samen: 'Het is daarom mogelijk dat de sterkere vaccinatiereactie bij zuigelingen die zonder verdoving besneden zijn voor de zuigeling een analogon vertegenwoordigt van een posttraumatische stressstoornis, teweeggebracht door een traumatische en pijnlijke gebeurtenis en herbeleefd onder gelijksoortige pijnlijke omstandigheden gedurende vaccinatie' (1997, p. 602). Rhinehart (1999) spreekt van 'shock defense' als laatste redmiddel, voorbij de verdedigingslinie van 'fight-flight-freeze'.⁴

Het onopgemerkte besnijdenis trauma

Freuds biografen hebben nauwelijks aandacht besteed aan zijn besnijdenis. Zij noemen die slechts als feit. In een recente publicatie met als onderwerp 'Freud and Judaism' (Meghnagi 1993), zou men verwachten woorden als 'circumcision', 'berith milah' en 'mohel' tegen te komen. In de index van het boek zoekt men er vergeefs naar. Er bestaan, voorzover mij bekend, geen autobiografische teksten die erop wijzen dat Freud zelf veel belang hechtte aan zijn eigen besnijdenis.⁵ Wel liet Freud zijn zoons niet meer besnijden en noemde hij de besnijdenis, in de context van de vrouwenbesnijdenis, ooit 'grausam' (1918, p. 166). Maar er zijn geen aanwijzingen dat hij uit dit oordeel conclusies trok voor zijn eigen persoon. Toch heeft hij wel rekening gehouden met de moge-

lijkheid dat er iets ernstigs gebeurd was in zijn vroege jeugd. Zo speculeerde hij, toen hij nog de verleidingstheorie aanhing, tegenover Fliess, dat zijn eigen vader zich aan misbruik van zijn kinderen schuldig gemaakt had. 'Unfortunately, my own father was one of these perverts and is responsible for the hysteria of my brother (...) and those of several younger sisters' (Freud-Fliess 1985, p. 231-232). Kort daarop verwerpt hij de verleidingstheorie en dus ook deze gedachte (p. 264).

Ook Freuds dochter Anna heeft het belang van de neonatale besnijdenis niet onderkend. Over operaties bij kinderen stelt zij (1952, p. 74): 'Als de operatie uitgevoerd wordt op de penis (besnijdenis, indien niet uitgevoerd vlak na de geboorte), worden castratieangsten opgewekt ongeacht het niveau van libidineuze ontwikkeling.' Zij zegt dus dat de besnijdenis van kinderen op latere leeftijd altijd castratieangst oproept, maar niet wanneer deze vlak na de geboorte plaatsvindt! Met het eerste deel van deze uitspraak kan men het gemakkelijk eens zijn.⁶ Het tweede deel ervan is zonder meer verbazingwekkend. Zeker als men kennis neemt van een passage kort daarna: 'In the first months of life the threshold of resistance against stimulation is low and painful sensations assume quickly the dignity of traumatic events' (A. Freud 1952, p. 76). Een passage die juist geheel in lijn is met de hierboven geschetste onderzoeksgegevens. Men kan het tweede deel van Anna Freuds bewering slechts begrijpen tegen de achtergrond van haar mening dat pasgeborenen beschermd worden door een prikkeldrempel, die hen relatief onkwetsbaar maakte voor te sterke prikkels van buiten. Bij Freud heet deze prikkeldrempel 'Reizschutz' of 'protective shield' (Laplanche & Pontalis 1985). Anna Freuds opvattingen uit 1952 stemden daarin overeen met die van haar vader. Ruim twintig jaar later dacht Mahler c.s. (1975, p. 41-42) er net zo over: 'The infant is protected against extremes of stimulation, in a situation approximating the prenatal state, in order to facilitate physiological growth.' In 1983 stelde Mahler haar opvattingen bij (Stapert 1995). Opmerkelijk genoeg hebben psychoanalytici, onder wie Freud zelf (1923, p. 289) wél gespeculeerd over de aanwezigheid van angst bij de geboorte maar níét over mogelijke angst bij de besnijdenis, vlak daarna!

Nog niet zo lang geleden verwoordde De Jonghe (1987, p. 30) de communis opinio als volgt: 'Psychoanalytici gaan er vrij unaniem van uit dat in de eerste levensweken en -maanden niet gesproken kan worden van angst in de eigenlijke zin van het woord maar slechts van diffuse onlust of spanning. Wil men van angst kunnen spreken, dan moet althans enige differentiatie tussen het Ik en het Es zijn opgetreden.' Naast de aanname van een prikkeldrempel heeft het idee dat in de allervroegste fase een 'Ik' zou ontbreken dus een belangrijke rol gespeeld in het negeren van de neonatale besnijdenis als mogelijk traumatisch gebeuren. Deze langjarige opvattingen vormen naar mijn mening de specifieke bijdrage van psychoanalytische zijde aan het in stand houden van de medische illusie dat zuigelingen

geen pijn zouden voelen. Sindsdien heeft het zuigelingenonderzoek nogal wat veranderd (Bögels 1995, 1998; Stapert 1995). Men spreekt nu van de 'competente baby' en dus van een 'Ik' dat, voorzover het zoals elk organisme op zelfbehoud gericht is, niet alleen pijn maar ook angst kan ervaren, dus zeker extreme pijn en angst.

Mijn stellige indruk is dat Freud de mogelijke invloed van de neonatale besnijdenis en dus ook van zijn eigen besnijdenis niet onderkend heeft. Aangenomen dat die invloed er wel is, kan hij slechts op verborgen wijze gestalte hebben gekregen in zijn leven en werk. Er is namelijk geen rechtstreekse vertaling mogelijk van een impliciete naar een expliciete herinnering. Ubbels (1998, p. 92) zegt hierover: 'Samenvattend blijkt uit de literatuur dat experimenteel onderzoek geen rechtvaardiging oplevert voor een lineaire vertaling van niet declareerbare (niet in taal weer te geven) of impliciete herinneringen (zonder een bepaling van tijd, plaats en persoon) in episodische herinneringen (waarin tijd, plaats en persoon wel bepaald zijn). In tegendeel, bij herhaling is bevestigd dat impliciete en expliciete herinnering meestal niet naadloos op elkaar aansluiten.'

Het wordt tijd om op zoek te gaan naar eventuele sporen van de neonatale besnijdenis in het leven en in de werken van Freud.

Freud over de besnijdenis

Freud noemt de besnijdenis op tal van plaatsen in de *Gesammelte Werke*. Hier gaat het vooral om de passages waar hij de besnijdenis in verband brengt met castratie in de oertijd en met castratieangst in de fallische fase. Zijn uitspraken daaromtrent (Freud 1910, p. 165; 1913, p. 184; 1917, p. 167; 1918, p. 119; 1932, p. 93; 1939, p. 198, p. 230; 1940, p. 117) bevatten de volgende elementen.

1. In de prehistorie van het gezin castreerde de jaloerse, wrede vader zijn opgroeiende zoons, wanneer deze met hem begonnen te rivaliseren om zijn vrouw. Dit gebeuren behoorde volgens Freud tot de ontwikkeling van de soort, de fylogenese, en werd volgens hem in de erfelijkheid opgenomen.
2. Daarna werd in de loop van de tijd de castratie verzacht tot de besnijdenis. De besnijdenis werd een surrogaat, substituut en symbool van de oorspronkelijke castratie. Door de besnijdenis te aanvaarden onderwierp de zoon zich aan de totale macht van de vader of van God.
3. Als er heden ten dage besneden wordt, dan herinnert deze besnijdenis, via het fylogenetische erfelijke spoor, aan de castratie in de oertijd en de ermee samenhangende angst.
4. Het jongetje dat dreigementen met castratie of toespelingen erop hoort van de kant van vrouwen zal deze krachtens het fylogenetische schema uiteindelijk toeschrijven aan de vader.
5. Het gaat er niet om of de castratie echt wordt toegepast; beslissend is dat het een van buitenaf dreigend gevaar is en dat het kind erin gelooft.

Daartoe heeft het enige aanleiding omdat men hem, gedurende zijn fallische fase, in de tijd van zijn vroege zelfbevrediging, vaak genoeg met het afsnijden van zijn lid dreigt. Toespelingen op deze straf kunnen regelmatig een fylogenetische versterking bij hem vinden.

Op grond van de eerdergenoemde gegevens uit het pijnonderzoek bij zuigelingen meen ik dat het aannemelijk is dat de besnijdenis zonder verdooving het genitaal van de zuigeling traumatisch sensibiliseert (Kandel 2001; De Graaf 1998, p. 325). Wordt in dit verband van castratie gesproken⁷ dan zij daarbij aangetekend dat de term 'castratie' op zichzelf al een vertaling inhoudt van het impliciete naar het expliciete domein. Overigens geldt dit ook voor het woord 'besnijdenis'; het is een term uit de wereld der volwassenden. Waarschijnlijk treft de traumatische sensibilisering niet alleen de penis van de zuigeling maar de hele onderbuik. Nunbergs (1947, p. 153) observaties over anale pijn en spasmen bij mannen die op vier- of vijfjarige leeftijd besneden waren, wijzen in die richting: 'Het besnijdenistrauma maakt zowel de anus als de penis gevoelig. Beide gebieden raakten, in de geest van de patiënten, door elkaar, waar zij onderling verwisselbaar werden.' Freuds schema kan nu, in het licht van het voorgaande, als volgt herlezen worden.

De castratie hoeft niet langer als feitelijk gebeuren aan de fylogenese toegeschreven te worden. Zij kan geplaatst worden binnen de ontogenese van de zuigeling, omdat deze de besnijdenis *ervaart* als een castratie. De ontogenetische verklaring is meer economisch en spoort met Freuds eigen streven, getuige zijn woorden: '(...) ik beschouw het als methodologisch onjuist om ter verklaring een beroep te doen op de fylogenese, voordat men de mogelijkheden die de ontogenese biedt heeft uitgeput; ik zie niet in waarom men de infantiele oertijd hardnekkig een betekenis wil betwisten die men aan de oertijd van de voorouders bereidvaardig toekent (...) (1918, vert. p. 130). Achteraf kan men zeggen dat Freud de fylogenetische speculatie nodig had om zijn klinische bevinding van zeer heftige castratieangst, in de fallische fase van zijn veelal neonataal besneden mannelijke patiënten, onder te brengen. De klinische noodzaak van deze speculatie vloeit mijns inziens voort uit de intensiteit van het neonatale trauma. Dat Freuds fylogenetische speculatie wetenschappelijk geen stand houdt, is reeds door anderen betoogd (o.a. Grubrich-Simitis 1988, p. 14).

De toeschrijving van de castratiedreiging aan de vader is het resultaat van een lang proces, dat men zich als volgt kan voorstellen. In het begin zal de pasgeborene de oorzaak van zijn angst en pijn niet goed kunnen lokaliseren. Geleidelijk zal zij als dreiging onderdeel worden van de emotioneel belangrijke buitenwereld, dat wil zeggen de ouders. De zuigeling raakt door de gang van zaken extra aangewezen op de beveiligende liefde van zijn verzorgers, meestal de moeder. In de loop van zijn ontwikkeling zal het jongetje, via splitsing van de ambivalentie, de castratiedreiging toeneemend onderbrengen bij zijn vader, zeker op het moment dat zijn kinderlij-

ke en lustvolle masturbatiewensen zich doen gelden. Immers, zijn genitaal was destijds doelwit van een schokkende, hoewel niet meer te herinneren, ingreep. De verlangens van het jongetje zullen zich krachtig op zijn moeder richten, omdat hij toch al extra aangewezen geraakt was op haar als beveiligend en 'goed' object. Van de kant van zijn vader zal hij slechts herhaling vrezen van hetgeen hij als zuigeling meende te hebben ondergaan: castratie. Doordat ongeveer tezelfdertijd de expliciete geheugenfunctie ter beschikking komt en al eerder de taal verworven is, kan de neonatale beschadiging voor het eerst gesymboliseerd worden tot castratieangst. Zij is representeerbaar geworden als ogenschijnlijke herinnering. Zij is als fantasie benoembaar en daarmee ook als klinisch vaststelbaar beleven. Het lijkt daardoor te kloppen dat de castratieangst bij de fallische fase hoort. De intensiteit ervan is echter veel vroeger bepaald. Achteraf kan men concluderen dat het neonatale trauma in Freuds werk dus een dubbele verschuiving heeft ondergaan in de tijd. Naar vroeger, de prehistorie, en naar later, de fallisch-oedipale fase. Doordat het trauma ontoegankelijk is voor directe herinnering zijn deze verschuivingen uiteraard niet bewijsbaar, hooguit afleidbaar.

De figuur van de prehistorisch castrerende oervader is, in dit licht bezien, op te vatten als een fusieproduct van de *mohel*/chirurg, de werkelijke besnijder dus, en de reële vader, vanuit de fallische fase teruggezet in de fylogenetische oertijd.

De hier toegepaste reductie van fylogenese tot ontogenese spoort met de opvattingen van Schur (1972, p. 475): 'Ik heb eerder in dit boek mijn veronderstelling geuit dat Freuds koppige trouw aan de hypothesen van verworven kenmerken (...) en van archaïsche erfenis alle geworteld zijn in zijn eigen "prehistorische" tijd: zijn eerste drie jaar in Freiberg, waar hij in een appartement woonde van één kamer en waar hij en twee van zijn siblings werden geboren. Niet in staat om deze gebeurtenissen geheel te reconstrueren, moest hij maximale afstand creëren.' Evenmin als andere biografen, noemt Schur echter de besnijdenis als mogelijk betekenisvol element in Freuds 'prehistorie'.

Freud heeft de mogelijke invloed van de neonatale besnijdenis evenmin kunnen zien bij zijn patiënten. Het beste voorbeeld daarvan is de Rattenman, dikwijls Freuds beroemdste casus genoemd. Het is de enige patiënt waarvan Freuds privé-aantekeningen, althans voor een deel, bewaard zijn gebleven. Noch in de oorspronkelijk gepubliceerde anamnestiche gegevens over de Rattenman (1909, p. 13), noch in de later gevondene, wordt de besnijdenis genoemd (1955, p. 102). Toch blijkt de Rattenman, als joodse zuigeling, besneden te zijn geweest.⁸ Centraal in de psychopathologie van de Rattenman stond de schuldige en angstige dwangvoorstelling dat zijn geliefde dame en zijn vader onderworpen zouden worden aan een oriëntaalse martelmethode. Kollbrunner (2001, p. 297)⁹ preciseert wat deze marteling precies inhield. Een pot met daarin een rat werd aan het achter-

werk vastgebonden. Door een gat in de pot werd een gloeiend hete ijzeren staaf gebracht waarmee de rat opgepord werd. De woedende rat trachtte vervolgens zich via de anus, al vretend een uitweg te verschaffen, met als gevolg een smartelijke dood voor beiden. Deze bijzondere vorm van anale castratie en dood is – naast Freuds inzichten erover – in ieder geval ook goed te begrijpen als onbewuste wraakoefening voor dat wat de Rattenman als zuigeling bij zijn besnijdenis overkwam.

Freud en Oedipus

Gezien de centrale betekenis van het castratiethema in Freuds constructie van zowel het positieve als negatieve Oedipuscomplex, ligt het voor de hand om zich af te vragen of het voorgaande een ander licht werpt op Freuds interpretatie van het Oedipusverhaal. Ik meen dat die vraag bevestigend beantwoord moet worden en wel op drie manieren. Ten eerste: onderschatting van het neonatale trauma van Oedipus, van wie de voeten kort na de geboorte werden doorboord en die te vondeling werd gelegd. Ten tweede: gebrek aan differentiatie tussen de neonatale doorboring van Oedipus' voeten en de neonatale besnijdenis. Ten derde: onvoldoende aandacht voor de langetermijngevolgen van beide neonatale traumata.

Onderschatting van het trauma van Oedipus Uitgaande van de waarschijnlijkheid dat er zoiets als een neonataal besnijdenistrauma bestaat, zal men de psychoanalytici na Freud die het Laiuscomplex formuleerden alsnog veel meer gelijk moeten geven dan ze tot nog toe kregen. Het Laiuscomplex houdt in dat de sadistische en moorddadige wensen van ouders ten opzichte van hun kind mogelijk voorafgaan aan en ten dele verantwoordelijk zijn voor soortgelijke wensen van hun kind binnen het kader van het Oedipuscomplex (Bergmann 1992, p. 293 e.v.).¹⁰ Anders dan Freud, die de *daan* van de *volwassen* Oedipus als model nam voor de *wensen* van een kind, het drie- tot vierjarig jongetje, honoreerden deze latere analytici alsnog Oedipus' traumatische vroegste jeugd. Freud en velen na hem zagen Oedipus' beroep¹¹ op het beschadigende gedrag van zijn ouders slechts als alibi voor zijn eigen misdaad. Daarmee verdween een reëel en oorzakelijk element buiten beeld. Freuds handelwijze is begrijpelijk indien men bedenkt dat hij het castratiethema koppelde aan de fallisch-oedipale fase, met de daarbij behorende strevingen en schuldgevoelens. Herleidt men echter de intensiteit van de castratiedreiging vooral tot het traumatisch beleven in de zuigelingenperiode, zoals hierboven gedaan, dan zal men vanzelfsprekend ook veel meer gewicht toekennen aan Oedipus' neonatale doorboring van zijn voeten.

Castratieangst en angst voor doorboring Oedipus' trauma leidde tot splitting van de ambivalentie: dood aan de vader en incest met de moeder. Het verhaal van Oedipus draait niet om de traumatische sensibilisering van zijn

genitaal, maar om die van zijn voeten. Graves (1999, p. 360) vertelt: 'Een van de wielen reed over de voet (cursivering A.d.K.) van Oidipous en, in een vlaag van woede, doodde hij ...' eerst de wagenmenner en dan Laius. Dus toen een van de wielen over een voet van Oedipus reed, nam hij wraak via identificatie met de agressor. Vervolgens heeft Oedipus evenwel tijdelijk profijt van zijn manco. Vanwege zijn 'voetgevoeligheid' blijkt hij als enige in staat om het raadsel van de Sfinx op te lossen. Dat raadsel gaat namelijk over voeten – en niet over benen, zoals nogal eens onnauwkeurig gezegd wordt. Immers, het raadsel luidt: 'Welk wezen met slechts één stem heeft soms twee voeten, soms drie, soms vier en is het zwakste wanneer het de meeste voeten (cursiveringen A.d.K.) heeft?' (Graves 1999, p. 360). Zijn overwinning op de Sfinx blijkt echter een Pyrrusoverwinning. Na het bekend worden van de moord op zijn vader en de incest met zijn moeder, straft hij zich met zelfdoorboring van zijn ogen, een verschuiving naar boven van de oorspronkelijke doorboring. Freud heeft het Oedipusverhaal gebruikt vanwege het thema van incest en vadermoord dan wel de wensen in die richting. Dit punt van overeenkomst neemt niet weg dat het traumatische voortraject van Oedipus verschilt van dat van Freud en andere neonataal besnedenen. Het toeschrijven van zelfcastratie aan Oedipus heeft iets willekeurigs. Een klein gedachte-experiment moge dit verduidelijken. Stel dat niet Freud, maar Oedipus de psychoanalyse zou hebben ontdekt en vele van zijn patiënten zouden als kind, net als hijzelf, doorboorde voeten hebben gehad, dan zou hij waarschijnlijk penetratieangst als universeel voorkomende angst hebben gepostuleerd en niet castratieangst. Beide situaties maken echter wel duidelijk dat een vroeg trauma tot splitsing van liefde voor de ene ouder en haat ten opzichte van de andere ouder kan leiden. Hoe extremer de splitsing, zoals bij Oedipus, des te groter de schade voor het latere leven.

Gevolgen op de lange termijn Oedipus wordt een zwervende, voor zijn voortbeweging van anderen afhankelijke, banneling. Dit is een herhaling van zijn situatie als vondeling. Zijn zelfverblindende en de gevolgen daarvan kunnen opgevat worden als een automutilatieve reënschening van de oorspronkelijke traumatische situatie. Nu kan men zich afvragen of er ook in Freuds leven sprake is van een dergelijke gebeurtenis, dat wil zeggen een gebeuren dat als automutilatieve reënschening gezien kan worden van zijn oorspronkelijke neonatale situatie. Er is één episode in Freuds leven die zich op in het oog springende wijze daarvoor leent. Freud kreeg in 1923 kanker in de mondholte en aan zijn kaak. Hoewel men niet kan bewijzen dat de directe oorzaak hiervan zijn zware verslaving aan sigaren en nicotine was, wist Freud dat hij met de voortzetting van zijn rookgedrag een risico nam. Schur spreekt in dit verband van zelfbestrafing (1972, p. 194). Freud werd geopereerd en moest een kaakprothese dragen. De behandelende specialisten stelden vast dat Freuds roken rechtstreeks verband hield

met nadien optredende gevaarlijke weefselveranderingen. Freud kon echter zijn sigaren en het stimulerende effect van nicotine niet missen en onderging daardoor tussen 1923 en 1938 meer dan dertig chirurgische ingrepen (Schur 1972, p. 5). In 1928 werd Schur zijn lijfarts. Schur schrijft (p. 410): 'Ik vroeg natuurlijk naar zijn gewoonten en kon niet vermijden het over zijn roken te hebben. Ik onderkende direct dat dit een gebied was, waar, zoals Freud zelf had beseft, hij niet de "dominantie van het ego" had kunnen vestigen.' Schur vertelt gedetailleerd over Freuds weigering en onvermogen om het roken op te geven (p. 348, p. 350). Schur beschrijft slechts en tracht niet om Freuds symptoom te begrijpen. Wel ziet hij dat Freuds verslaving zekere beperkingen met zich meebracht (p. 413): 'Terwijl de nicotineverslaving dus een belangrijke adaptieve functie in Freuds leven had, mogen we speculeren dat, tegelijk met de voortdurende orale frustraties gedurende de laatste zestien jaar van zijn leven, de verslaving kan hebben voorkomen dat Freud dieper doordrong in het belang van de "orale fase" voor de normale en abnormale ontwikkeling.' Zoals bekend vond de besnijdenis plaats in het begin van diezelfde 'orale fase'. Freuds symptoom zou nu als volgt begrepen kunnen worden. De eenmalige castratiebeleving die Freud als zuigeling passief had moeten ondergaan, werd via actieve reënsclenering verschoven naar het ten tijde van de besnijdenis dominante orale gebied en vervangen door een 'serie', dat wil zeggen door een reeks 'minicastraties'. De sigaren, die Freud niet kon missen, zouden in dit verband een dubbele functie hebben. Zij vertegenwoordigen zowel de symbolische reparatie van de penis als orale troost. Freud werd, evenals Oedipus, voor zijn verzorging extra afhankelijk van zijn directe omgeving; zowel de medische, als de niet-medische, dat wil zeggen zijn dochter Anna, die hij geheel in stijl zijn Antigone noemde. Natuurlijk zijn er andere, later in Freuds leven opgetreden, ongunstige invloeden (Stroeken 2001, p. 28) geweest die een rol gespeeld kunnen hebben in zijn verslaving. Kollbrunner onderzoekt ze grondig in zijn boek *Der kranke Freud*. Maar evenmin als eerder Schur, vermeldt Kollbrunner de besnijdeniservaring als mogelijk betekenisvol element.

Tot slot

In dit artikel heb ik in feite niet meer gedaan dan Nunbergs uitspraak (1947, p. 145; 1949, p. 5): 'Circumcision is, no doubt, a trauma, releasing a tendency in the ego to repeat it in one way or another and to form reactions to it', uitbreiden naar de zuigelingenleeftijd, om vervolgens na te gaan of het impliciet vastgelegde besnijdenistrauma sporen nagelaten heeft. De seculiere neonatale besnijdenis zonder verdoving, als hygiënische maatregel, heeft weliswaar onnodig veel leed veroorzaakt, maar ook iets waardevols voortgebracht. Het seculiere karakter ervan heeft uiteindelijk geresulteerd in wetenschappelijk onderzoek. In een exclusief joodse of islamitische omgeving zou dit om godsdienstige en traditionele redenen

onmogelijk zijn geweest. Het onderzoek heeft als resultaat opgeleverd dat het ontbreken van verdoving bij een neonatale besnijdenis schadelijk is en traumatiserend werkt. In traditioneel godsdienstige kringen is men veelal niet blij met deze uitkomst en bestrijdt men haar met tal van rationalisaties.

Het castratiecomplex staat centraal in Freuds ontdekkingen. Freud werkte echter – behoudens uitzonderingen – in een omgeving van vrijwel uitsluitend neonataal besneden mannen. Dat waren zijn joodse leerlingen en patiënten en op den duur zijn Amerikaanse patiënten. De laatsten waren veelal afkomstig uit de betere kringen die, zoals gezegd, de neonatale besnijdenis als hygiënisch standsteken hadden omhelsd. Bovendien waren zij dikwijls arts (Gay 1989, p. 512-516), behorend tot de beroepsgroep die de neonatale besnijdenis als heilzaam propageerde. Freud ontwikkelde zijn inzichten dus, voorzover het mannen betrof, binnen een in grote meerderheid neonataal besneden populatie. Relativering van zijn inzichten kon niet komen van het onderzoek naar de psychoseksuele ontwikkeling van de vrouw. Freud leidde die af van die van de man, iets waartegen Karen Horney (Gay 1989, p. 470-471) weliswaar moedig en als eerste protesteerde, maar destijds zonder veel succes. Veel joodse psychoanalytici die voor de nazi's vluchtten, troffen in Engeland en de Verenigde Staten een wereld aan die, wat de zuigelingenbesnijdenis betrof, identiek was aan hun eigen achtergrond. Na de Tweede Wereldoorlog werd de Amerikaans-Engelse psychoanalyse, versterkt door de emigranten uit Europa, wereldwijd dominant. Dientengevolge werkten niet alleen Freud, maar ook vele van zijn gezichtsbepalende opvolgers, in een enclave van overwegend neonataal besneden mannen. Dit had tot gevolg dat een weliswaar belangrijk maar tegelijk zeer beperkt gebied van psychopathologie werd onderzocht. Het leidde tot telkens opnieuw bevestigde constatering van castratieangst. Ondertussen bleef de diepere bron daarvan verborgen. Terzijde kan men zich afvragen hoeveel casuïstiek over mannen is gepubliceerd zonder vermelding van het relevante gegeven van de neonatale besnijdenis. Al met al kon de enclave menen dat zij de wereld was. Binnen de nauwe grenzen daarvan werden de klassieke psychoanalytische theorieën niet alleen ontworpen maar telkens ook herbevestigd.¹² Voor de klinische praktijk heeft dit betekend dat talloze onzekerheden en angsten van niet-besneden mannen automatisch en met grote stelligheid herleid werden tot castratieangst, terwijl een meer afwachtende en onderzoekende houding van de analyticus op zijn plaats was geweest. Aangenomen dat castratieangst ook bij niet-besneden mannen voorkomt, zal hij – onder verder gelijkblijvende omstandigheden – waarschijnlijk minder heftig zijn dan bij mannen die als zuigeling zonder verdoving besneden werden. Wellicht zal hij als specifieke, met het genitaal verbonden, angst in sommige gevallen zelfs geheel ontbreken. Ontbreken zal hij niet als men het woord 'castratie' in metaforische zin gebruikt, als universele begrenzing binnen de oedipale triade.

Maar wat mij betreft is de term dan ongelukkig gekozen. Immers, de universaliteit van de letterlijke betekenis waarop hij stoelt, het castratiebelevens in experiëntiële zin, staat hier juist ter discussie.

Gezien het overheersend belang van het castratiethema in Freuds klinische bevindingen is het begrijpelijk dat hij het daarmee samenhangende deel van zijn theorie centraal stelde. Niet minder begrijpelijk is het echter dat, indien het castratiethema geheel of gedeeltelijk te herleiden is tot neonatale traumatische sensibilisering van het genitaal van het kleine jongetje, de claim op deze centrale positie onhoudbaar wordt. Immers, Freuds ontwerp van het Oedipuscomplex brengt in dat geval vooral de latere gevolgen van het neonatale trauma in kaart.

Naast de klassieke theorie ontstonden drie andere belangrijke theoretische stromingen. Helaas zonder duidelijke integratie met elkaar of met de oorspronkelijke theorie, zoals alleen al de titel van Pine's boek (1990) laat zien: *Drive, Ego, Object, & Self*. Onderkenning van het besnijdenistrauma biedt wellicht de mogelijkheid om beter te begrijpen waarom Freud dacht zoals hij dacht, daarmee uitzicht biedend op een zekere mate van deconstructie van de klassieke theorie en op een begin van integratie met de drie andere stromingen. Indien aan het besnijdenistrauma alsnog het gewicht wordt toegekend dat het naar mijn mening toekomt, dan openen zich tevens mogelijkheden voor een betere afstemming tussen de psychoanalyse en traumatheorieën (Herman 1993), die gelijktijdig naast en buiten haar domein zijn ontstaan.

Ten slotte een opmerking van geheel praktische aard: het lijkt mij dienstig als bij het opnemen van een anamnese expliciet gevraagd wordt naar het al of niet voorkomen van een besnijdenis en of deze wel of niet onder verdooving heeft plaatsgevonden.

Noten

1. Graag dank ik collega K. Mispelblom Beyer-Broeshart voor haar suggesties en kritische commentaar.

2. Van Veen-Viëtor (2000, p. 187-190). Bij de voorbereiding van dit artikel kwam dit boek mij ter kennis. Het is in alle opzichten een rijke bron van informatie voor mij geweest. Speciaal hoofdstuk 5 over de Amerikaanse neonatale circumcisie heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de formulering van sommige in dit artikel naar voren gebrachte gedachtegangen. Het boek bevat een aantal verwijzingen naar verschillende websites op internet, waar de informatie te vinden is over circumcisie en over pijnonderzoek: www.cirp.org

3. Tijdens de totstandkoming van dit artikel

attendeerde prof. dr. D.H. Linszen mij op de publicaties van Kandel over zijn biologische model voor 'learned anxiety'. Ik ben hem daarvoor bijzonder erkentelijk.

4. 'In het geval van circumcisie zijn relationele hulpbronnen niet beschikbaar voor de nieuwgeborene. Het volgende niveau van vechten-vluchten-bevriezen helpt hem ook niet omdat hij gemakkelijk ingesloten en overweldigd wordt door degenen die de procedure uitvoeren. Al hetgeen hem overblijft is daarom het verdedigingsniveau van "shock", dat eruit bestaat dat het centrale zenuwstelsel overstroomd wordt door schrik, razernij, verdoofd raken, en ten slotte verlamming en dissociatie; dit is zijn laatste kans om het hoge niveau van

activering van het centraal zenuwstelsel de baas te worden, dat anders de dood ten gevolge zou hebben. Het bekijken van video's van zuigelingen die besneden worden toont dit duidelijk aan degene die zich hiervan bewust is. De zogenaamde "rust" na circumcisie is waarschijnlijk eerder een toestand van dissociatie als antwoord op de overweldigende pijn en angst dan dat het een toestand van vredige ontspanning is' (Rhinehart 1999, p. 217). In het licht hiervan is het waarschijnlijk dat bij de neonatale besnijdenis sprake is van vernietigingsangst, de gehele persoon betreffend en niet alleen het onderlijf.

5. Een eventuele besnijdenis van zijn broer Julius zou Freud zich niet hebben kunnen herinneren, want Freud was bij diens geboorte anderhalf jaar oud. Voor zijn broer Alexander lag dat echter anders. Freud was bijna tien jaar oud, toen hij geboren werd. Ook over Alexanders besnijdenis wordt echter niet bericht. Maar werden Julius en Alexander wel besneden? Het is immers denkbaar dat Freuds ouders, op grond van voortschrijdend liberaal denken, dit nalieten bij hun jongere zoons.

Onderzoek mijnerzijds heeft opgeleverd dat er geen geboorte- en berith-milahdatum van Julius bekend is, alleen een sterfdatum, 15 april 1858 (Sbírka matrik, sign. P I 19, the Record book of death, Roman Catholic parish Příbor, vol. VIII, 1841-1864, p. 299). Blijkens het betreffende document was Julius zes maanden oud toen hij stierf en niet acht maanden, zoals Gay (1989, p. 19) schrijft. Hij moet dus in oktober 1857 geboren zijn. Er zijn twee redenen voor het ontbreken van een geboorte- en eventuele besnijdenisdatum van Julius. Enerzijds is er de omstandigheid dat de nazi's alle rabbinaal documenten vernietigd hebben. Anderzijds hebben Freuds ouders waarschijnlijk niet de moeite genomen om van een jongetje dat maar zo kort leefde, de geboorte- en eventuele berith-milahgegevens te doen opnemen in de verplichte parallelle parochiale administratie. Dit is althans de reden die de directeur van de archieven in Opava mij opgaf als het meest waarschijnlijk.

Het ontbreken van gegevens over Julius maakte het des te belangrijker om eventuele gegevens over Alexander op te sporen. Want

niet alleen zouden deze duidelijkheid verschaffen over Alexander zelf, maar ook, met terugwerkende kracht over Julius. De Israëlitische Kultus Gemeinde in Wenen liet mij weten dat Alexander op 19 April 1866 geboren werd en op 26 April, dus op de achtste dag, besneden. Op die dag ontving hij ook zijn naam: Alexander G. Efraim. Met terugwerkende kracht is het dus waarschijnlijk dat ook Julius besneden is geweest. In ieder geval is er, via de besnijdenis van Alexander, sprake van continuïteit van het besnijdenisritueel in het gezin waarin Freud opgroeide.

6. Het werk van bijvoorbeeld Nunberg (1947) over circumcisie is in dit verband heel overtuigend. Mijn eigen klinische ervaring met moslimmannen die als jongen zonder verdoving besneden werden en zich dat konden gaan herinneren, evenals de besnijdenis van hun broers, gaat in dezelfde richting. Zoals wellicht bekend, is het tijdstip waarop de moslimbesnijdenis plaatsvindt variabel. Meestal vindt zij plaats als het autobiografisch geheugen reeds actief geworden is. Grosskurth (1986, p. 267) vertelt hoe Richard, het patiëntje uit een bekende kinderaanalytische casus van Melanie Klein, volgens zijn moeder een fobie voor schrammen ontwikkelde nadat hij op driejarige leeftijd besneden was (vgl. Taddio e.a. 1997, over de extra gevoeligheid voor injecties). Als volwassene herinnerde Richard zich dat de besnijdeniservaring het meest verschrikkelijke was dat hij ooit meegemaakt had, met kort daarop de hartaanval van zijn vader (Taddio 1997, p. 275). Als dit de klinische bevindingen zijn met jongens en mannen die enkele jaren oud waren toen zij besneden werden, hoeveel ingrijpender moet de besnijdenis zonder verdoving dan zijn voor een zuigeling?

7. Rhinehart (1999) is eveneens op de gedachte gekomen dat de zuigeling niet in staat is om te differentiëren tussen besnijdenis en castratie, maar werkte dit verder niet uit.

8. De echte naam van de Rattenman was Ernst Lanzer. De Israëlitische Kultus Gemeinde in Wenen vermeldde, bij navraag mijnerzijds, als geboortedatum 22 januari 1878, als berith-milahdatum 29 januari, dus zijn achtste levensdag.

Overigens is van de Kleine Hans, het jonge-

tje dat Herbert heette en een zoontje was van dr. Max Graf, wel een geboortedatum, 10 april 1903, maar geen berith-milahdatum voorhanden. Men moet er dus van uitgaan dat hij niet besneden was toen Freud hem in behandeling nam.

9. Dit bijzonder interessante en goed gedocumenteerde boek heeft mij talloze nuttige literatuurverwijzingen opgeleverd. Het is in dit tijdschrift lovend gerecenseerd door Schönau (2002).

10. Bergmann (1992) vat de geschiedenis van de spanningsverhouding tussen het Oedipus-complex en het Laiuscomplex op erudiete wijze samen (p. 293–315). In ons land was G.R. van den Berg (1971) de eerste die op het belang ervan wees.

11. Sophocles (1989, p. 87), waar Oedipus zegt: 'Ben ik dan echt wel schuldig als 'k vergold wat men mij aandeed, zodat ik zelfs als 't bewust gedaan was, toch vrijuit moest gaan? Maar ik kwam juist onwetend tot mijn daad, terwijl zij die 't mij deden, wisten dat ze mij ombrachten.'

12. Het is niet uitgesloten dat sub specie cir-

cumcisionis een aantal vertrouwde theoretische concepten van Freud op losse schroeven komt te staan. Daarbij valt te denken aan: de doodsdrijf met als grondslag een verondersteld primair masochisme; de veronderstelling dat beide geslachten bij het begin van het leven biseksueel zijn; het idee dat het geslachtsverschil waargenomen wordt in termen van wel of niet gecasteerd; Freuds fundering van het incesttaboe; mogelijk ook Freuds opvattingen over narcisme. Men bedenke dat een zuigeling die zonder verdoving besneden wordt, ertoe gedwongen wordt om zich direct af te keren van de buitenwereld en een zelfbeschermende terugtrekbeweging te maken. Zijn ouders geven hem immers onvoldoende bescherming. In de betrekkingen met de buitenwereld wordt direct de basis gelegd voor een masochistisch-sadistisch gevoelsschema. Wat zijn eigen genitaal betreft, zal hij worstelen met de impliciete overtuiging gecasteerd te zijn. Het idee is dus dat in de besnijdeniservaring van de zuigeling de experiëntiële basis gelegen zou zijn van een aantal van Freuds latere theoretische concepten.

Literatuur

AAP: American Academy of Pediatrics (1999). Circumcision Policy Statement. *Pediatrics*, 103 (3), 686-693.

Berg, G.R. van den (1971). Oud versus jong: het langste conflict uit de geschiedenis. *Zaterdag bijvoegsel van Handelsblad-NRC*, 13 februari 1971.

Bergmann, M.S. (1992). *In the Shadow of Moloch. The Sacrifice of Children and Its Impact on Western Religions*. New York: Columbia University Press.

Bögels, G. (1995). Infant-observatie onder psychoanalytische loep. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 10 (9), 10-14.

Bögels, G. (1998). Infant Observatie, Psychoanalytische Inzichten en Moderne Diagnostiek. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 13 (5), 145-152.

Cope, D.K (1998). Neonatal Pain: The Evolution of an Idea. *Newsletters, American Society of Anesthesiologists*, September 1998, 1-3.

Deben-Mager, M.M. (2002). Geheugen en therapeutisch handelen. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 17 (4), 90-97.

Draaisma, D. (2001). *Waarom het leven sneller gaat als je ouder wordt. Over het autobiografische geheugen*. Groningen: Historische Uitgeverij.

Fitzgerald, M. (1998). The birth of pain. *Medical Research Council News*, summer 1998, 20-23.

Freud, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 69-81.

Freud, S. (1909). Opmerkingen over een geval van dwangneurose ('De Rattenman'). *Sigmund Freud Nederlandse Editie: Ziektegeschiedenissen* 5 (p. 9-96). Meppel: Boom.

Freud, S. (1910). Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. *Gesammelte Werke* VIII (p. 127-211). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1913). Totem und Tabu. *Gesammelte Werke* IX. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke XI*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1918). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. *Gesammelte Werke XII* (p. 27-157). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag. Vertaling: Uit de geschiedenis van een kinderneurose ('De Wolfenman'). Sigmund Freud Nederlandse Editie: *Ziektegeschiedenissen 3*. Meppel: Boom.

Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. *Gesammelte Werke XIII* (p. 235-289). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1932). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke XV*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1939). Der Mann Moses und die monotheistische Religion. *Gesammelte Werke XVI* (p. 101-246). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1940). Abriss der Psychoanalyse. *Gesammelte Werke XVII* (p. 63-138). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.

Freud, S. (1955). Oorspronkelijke notities betreffende de 'Rattenman'. Sigmund Freud Nederlandse Editie: *Ziektegeschiedenissen 5* (p. 97-182). Meppel: Boom.

Freud, S.-Fliess, W. (1985). *The complete letters*. Redactie: J.M. Masson. Londen: Belknap Press.

Gay, P. (1989). Sigmund Freud, zijn leven en werk. Baarn: Tirion. (Vertaling van: Freud: a life for our time. New York: Norton 1988).

Graaf, Th.K. de (1998). Psychodynamische en psychobiologische aspecten van posttraumatische stoornissen. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 13 (9), 322-341.

Graves, R. (1999). Griekse mythen. Houten: De Haan. (Vertaling van: *The Greek Myths* 1960.)

Grosskurth, P. (1986). Melanie Klein. *Her world and her work*. New York: Knopf.

Grubrich-Simitis, I. (1988). Trauma or Drive – Drive and Trauma – A Reading of Sigmund Freud's Phylogenetic Fantasy of 1915. *Psychoanalytic Study of the Child*, 43, 3-32.

Herman, J.L. (1993). Trauma en herstel. Amsterdam: Wereldbibliotheek. (Vertaling van: *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books 1992.)

Jonghe, F.E.R.E.R. de (1987). Enige bemerkingen over de psychoanalytische angsttheorie. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 2 (1), 29-41.

Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 155 (4), 457-469.

Kandel, E.R. (2001). The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*, 294, 1030-1038.

Kollbrunner, J. (2001). *Der kranke Freud*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ladan, A. (2000). *Het wandelend hoofd. Over de geheime fantasie een uitzondering te zijn*. Amsterdam: Boom.

Laplanche, J. & Pontalis J.-B. (1985). *The language of psychoanalysis*. Londen: Hogarth Press.

Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Londen: Hutchinson.

Meghnagi, D. (red.) (1993). *Freud and Judaism*. Londen: Karnac Books.

Nunberg, H. (1947). Circumcision and Problems of Bisexuality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 28, 145-179. (Later uitgegeven onder de iets gewijzigde titel: *Problems of bisexuality as reflected in circumcision*. Londen: Imago Publishing Co. Ltd, 1949.)

Pine, F. (1990). *Drive, Ego, Object, & Self; a Synthesis for Clinical Work*. New York: Basic Books.

Rhinehart, J. (1999). Neonatal circumcision reconsidered. *Transactional Analysis Journal*, 29 (3), 215-221.

Sajner, J. (1968). Sigmund Freuds Beziehungen zu seinem Geburtsort Feiberg (Príbor) und zu Mähren. *Clio Medica* 3 (Pergamon Press), 167-180.

Schönau, W. (2002). Freud als mens en als patiënt. Recensie van Kollbrunner, J. (2001). *Der kranke Freud*. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 8 (1), 60-63.

Schreuder, B.N.J. (2001). Lichaamsgeheugen en levensverhaal bij psychotrauma. *Isodo Info*, nr. 3/4, 20-38.

Schreuder, B.N.J. (2003). *Psychotrauma; de psychobiologie van schokkende ervaringen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Schur, M. (1972). *Freud: living and dying*. New York: International Universities Press.

Sophocles (1989). *Zeven tragedies*. Vertaling Jan Pieters. Baarn: Ambo.

Stapert, W.G.H.M. (1995). Recente researchbevindingen betreffende de ontwikkeling van het jonge kind. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 10 (9), 3-9.

Stroeken, H. (2001). Freuds 'De man Mozes en de monotheïstische religie' als autoanalytische exercitie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 7 (1), 24-34.

Taddio A., Katz J., Ilerisch A.L. & Koren G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain

response during subsequent routine vaccination. *Lancet*, 349 (9052), 599-603.

Ubbels J. (1998). Trauma: herinnering én fantasie, fantasie én herinnering. In A. van Waning, J. Baneke, A. Ladan & N. Treurniet (red.), *Trauma en identiteit* (p. 87-99). Assen: Van Gorcum.

Veen-Viëtor, M. van (2000). *Het verbondsteken, een cultuursociologische studie over de besnijdenis in verschillende perioden van het jodendom*. Delft: Eburon.

Summary

Neonatal circumcision without analgesia is a traumatic event for the infant. This painful experience is fixed in the implicit memory. It is not accessible to conscious recollection, but nevertheless leaves traces. The question under examination is whether castration anxiety, an idea central to the life and work of Freud, is connected with the trauma of neonatal circumcision.

Manuscript ontvangen: 18 december 2002

Definitieve versie: 5 juli 2003