

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

Affectieve storm en psychose

LUDI VAN BOUWEL

Door een overweldiging van de driften, al dan niet uitgelokt door actuele (traumatische) levensgebeurtenissen, kan bij mensen met een psychosegevoeligheid een affectieve storm (Jackson & Williams 1994) ontstaan die aanleiding kan geven tot een psychotische doorbraak. De ‘attacks on linking’, zoals beschreven door Bion (1959), maken door deze affectieve storm de innerlijke wereld stuk. Fragmenten van deze stukgemaakte wereld verschijnen in de waanideeën en hallucinaties die de persoon in crisis construeert om de pijn van de driften of een ander trauma uit de weg te gaan.

In deze bijdrage worden in een eerste paragraaf enkele psychoanalytische concepten toegelicht om vervolgens Bions theorie over het belang van de dreamworkalfa of het waakdroom-denken als verteringsfunctie uit te werken. Aan de hand van twee voorbeelden, zowel in een ziekenhuiscontext als in de ambulante praktijk, wordt in een tweede en derde paragraaf geïllustreerd hoe dit waakdroom-denken van de therapeut tijdelijk de droomcapaciteit van de persoon in een psychotische crisis overneemt tot deze laatste weer zelf in staat is te dromen en te denken voor zichzelf.

¶ *Enkele theoretische concepten vanuit de psychoanalyse*

Elke psychoanalytische theorie is, zoals elke psychoanalytische kuur, steeds onvolledig en voorlopig. Enkele theoretische concepten, vooral geïnspireerd door de Britse psychoanalyticus Bion, worden toegelicht vooreerst in het algemeen en vervolgens specifiek voor de psychose. Bion kan ons uitermate veel leren over psychose. Hij vocht mee in de Eerste Wereldoorlog in de Westhoek en Noord-Frankrijk en door de trauma's van het brute geweld van de oorlog ondervond hij zelf welke verschrikkingen de menselijke geest kan doorstaan. Hij organiseerde therapeutische groepen voor oorlogsslachtoffers van de Tweede Wereldoorlog en ging in individuele therapieën het emotionele contact aan met mensen in een psychose, waarbij hij meeresoneerde met het psychotische stuk binnenin hemzelf.

► **FREUDS DRIFTENLEER** Uitgangspunt is Freuds klassieke driftenleer die twee fundamentele driften formuleert die hoofdzakelijk in onze onbewuste aan het werk zijn (Freud 1940). Enerzijds is er de levensdrift, de Eros, die fundamenteel een bindende drift is. Via de Eros gaan we verbindingen met anderen aan, de seksuele drift is onder meer één van zijn uitingsvormen. Hij staat in contrast met de doodsdrift die een ontbindende drift is en erop uit is de samen-

hangen te ontbinden en te vernietigen. Deze laatste drift is een destructiedrift en haar uiteindelijke doel is het organisme doen terugkeren naar een anorganische toestand of de dood. Seksualiteit en agressiviteit zijn de uitingen van deze twee driften. Het hele leven wordt gekenmerkt door een strijd tussen levens- en doodsdrift waarbij in de normale ontwikkeling de levensdrift de bovenhand haalt. In de psychose wordt constitutioneel een sterke intensiteit van de doodsdrift verondersteld (Klein 1957).

► HET ONTSTAAN VAN DE CONTACTBARRIÈRE DOOR CONTAINMENT In de loop van onze ontwikkeling leren we omgaan met mentale pijn dankzij de zorgende aanwezigheid van diegenen die ons liefdevol omringen en de pijn voor ons vertalen en een vorm geven. Deze pijn kan van allerlei aard zijn: oorspronkelijk gaat het over de onaangename fysische prikkels, die onlust geven en van binnen of buiten het organisme komen (zoals honger, dorst, fel lawaai, hevige licht). Deze prikkels zijn pijnlijk omdat ze indruisen tegen de levensdrift. Het kind is een van de weinige levende wezens in het dierenrijk dat voor zijn overleving compleet hulpeloos geboren wordt en voor zijn biologische behoeften zeer lang afhankelijk blijft van de moeder. Deze 'aangeboren hulpeloosheid' van de baby zorgde ervoor dat de taal en het denken bij de mens tot ontwikkeling gekomen zijn. De pijn die voortvloeit uit het besef van de baby dat hij 'gescheiden is van moeder' die niet altijd ter beschikking staat, is een belangrijke opgave. Maar er is ook het overweldigende van de driften, dat aan banden moet worden gelegd, een vorm vraagt en een plaats moet krijgen in het mentale leven. Ook Paul Moyaert werkt dit meesterlijk uit in zijn opvatting over schizofrenie waarbij het volgens hem niet zozeer gaat over inhouden maar om de intensiteit van de drift (Moyaert 2017). Kort samengevat: de pijn waarmee het kind geconfronteerd wordt is tweevoudig. Het gaat enerzijds over de pijn komende van de overweldiging door de driften, levensdrift en doodsdrift, anderzijds over de pijn door de afwezigheid van de moeder.

Een baby in nood of met pijn, huilt. Dit huilen, in gang gezet door de levensdrift, is de eerste communicatie van de baby naar de moeder. Wordt dit huilen goed opgevangen door de moeder, dan kan geleidelijk bij het kind een mentale innerlijke ruimte ontstaan waarin gedroomd, gevoeld, gedacht en gefantaseerd wordt. Deze mentale ruimte structureert het subject innerlijk: ze ligt aan de basis van het onderscheid tussen het bewuste en het onbewuste, tussen wat het kind ervaart als binnenwereld en als buitenwereld. Tevens brengt het een dimensie van de tijd binnen. De adequate reacties van de moeder, die ook woorden geeft aan het innerlijke lijden van de baby, noemt men 'containment' (Bion 1962). Dit zorgt voor het opbouwen van een mentale huid of contactbarrière, tot het kind zelf de containmentcapaciteit van de moeder voldoende heeft geïntrojecteerd. Zo ontwikkelt zich in het kind een psychisch interne wereld met een bewuste en een onbewuste, een mentale ruimte die is

afgesloten van een buitenwereld door die contactbarrière of ‹mentale huid› (Bick 1968; Anzieu 1987).

Net zoals de fysieke huid is deze barrière een levendig orgaan dat voortdurend in opbouw en afbraak is en bovendien verschillende functies heeft. Deze mentale huid heeft eerst en vooral een omhullende functie die de verschillende delen van het psychisme omvat en bijeenhoudt. Ten tweede heeft deze ook een barrièrefunctie om het psychisme te beschermen tegen interne en externe prikkels. Ten slotte heeft deze mentale huid ook een filterfunctie die een uitwisseling tot stand brengt en de eerste sporen laat inschrijven waardoor representaties mogelijk worden. Het woord ‹contactbarrière› veronderstelt een mogelijkheid tot uitwisseling, communicatie en contact, maar anderszins impliceert het ook een afbakening, een barrière die de mentale ruimte begrenst en de tijdsbeleving installeert zodat het psychisme niet uiteenvalt in een tijdloze vormeloosheid.

► **TRAUMATHEORIE** De psychoanalyse maakt onderscheid tussen het interne of structureel trauma en een extern of accidenteel trauma (Verhaeghe 2002). Met *interne of structurele traumata* bedoelt men het traumatische van de driften zelf en van de separatie, zoals eerder beschreven. Wat er van dit traumatische overblijft, zal sterk afhangen van de manier waarop de omgeving van het kind zelf met de eigen driften en separatie omging en in staat was het driftmatige en de verlatingsangst van het kind te verdragen en te vertalen. Het is met name de containingscapaciteit van de omgeving tijdens de vroegkinderlijke ontwikkeling die mede bepaalt hoe het kind later in de adolescentie zal omgaan met de separatie uit het ouderlijke gezin of met het driftmatige dat bij het rijpen van het seksuele lichaam of bij de allereerste verliefdheid in alle hevigheid opduikt.

Een kind of volwassene kan echter ook op een traumatische wijze overweldigd worden door de driften van een ander of door ingrijpende psychische gebeurtenissen zoals een plots verlies. Men spreekt hier van *accidenteel of extern trauma*: incest, geweld, oorlogssituaties, alles wat inbeukt op het psychisme en uitgesloten blijft van directe psychische verwerking. Deze inbeukingen zijn niet geschikt om opgeslagen te worden in ons mentaal apparaat of verdrongen te worden in het onbewuste. Een trauma wordt dus gedefinieerd als iets wat niet gerepresenteerd kon worden, maar zich eindeloos blijft herhalen: het blijft zich herhalen in een poging van het psychisme het te bemeesteren en toch nog representaties te vinden. De steeds weerkerende nachtmerries van oorlogsslachtoffers over de traumatische gebeurtenissen of het telkens opnieuw opzoeken van het trauma in de prostitutie bij slachtoffers van seksueel misbruik, kan men beschouwen als een poging van het psychisme het trauma te bemeesteren en representaties te vinden zodat een verdringing eindelijk mogelijk wordt.

De drie hiernavolgende theoretische overwegingen zijn meer specifiek van toepassing voor onze theorie over psychose.

► **ONDERSCHIED PSYCHOTISCH EN NIET-PSYCHOTISCH DEEL IN DE PERSOONLIJKHEID** Er is een onderscheid tussen een psychotisch en een niet-psychotisch deel in de persoonlijkheid van elke patiënt en van ons allemaal. Deze delen functioneren op een verschillende wijze in de omgang met psychische pijn (Bion 1957). Het niet-psychotisch deel wordt gekenmerkt door een overwicht aan levensdrift, kan pijn en frustratie verdragen, leert van ervaring door te denken. Het gebruikt symbolische processen in het denken. Het psychotisch deel staat onder de dominantie van de doodsdrift, is intolerant voor frustratie en pijn en kan niet anders dan het pijnlijke evacueren uit het psychisme. Deze evacuaties verschijnen in de vorm van hallucinaties en bizarre objecten die afgesplitste stukken van de niet verdragen innerlijke realiteit weerspiegelen. Het denken is er eerder concreet en direct: alles is wat het is. Woorden zijn als dingen en verliezen hun symbolische betekenis.

► **HET FALEN VAN DROOMCAPACITEIT IN DE PSYCHOSE** Bions opvattingen over de droom als verteringsproces zoals verder toegelicht door Ogden worden hier samengevat (Ogden 1997, 2001, 2003, 2004a, 2004b). Ons neurofysiologisch stelsel heeft een mentaal apparaat ontwikkeld dat kan voelen, denken, zich herinneren, oordelen, beslissen en communiceren. Een essentiële functie van dit mentale apparaat is eveneens de verwerking van alle prikkels die op ons afkomen. Deze verwerking kan men beschrijven volgens het model van het gastro-intestinale systeem: onze menselijke geest gedraagt zich als een herkauwer. Dit herkauwen doen we met onze <dreamworkalfa> of ons waakdroom-denken (te vergelijken met de containmentactiviteit zoals beschreven). Het is de mentale operatie die ervoor zorgt dat de ruwe, sensorische impressies die komen van zowel interne prikkels als prikkels uit de buitenwereld, worden omgevormd tot emotionele ervaringen, waarover gedacht kan worden. Dit <droomdenken> is een onbewust verteringsproces dat continu, zowel in slapende als wakende toestand, actief is. In de waaktoestand zijn we enkel bewust van dit verteringsproces via de rêverie. Dit zijn dagdromen, beelden die voor onze ogen verschijnen, stukjes film, vlottende ruminaties, seksuele fantasieën, fragmentjes muziek enzovoort. In deze opvatting ziet men dromen als een onbewuste vorm van denken. Net zoals het bestaan van de sterren niet beperkt is tot de uren van de nacht, blijven we ook overdag onze droomactiviteit voortzetten. Sterren worden zichtbaar 's nachts wanneer hun lichtgevende kracht niet langer door de helderheid van de zon wordt overschaduwd. Zo is het ook met dromen: tijdens de slaap kan de psyche zich juist ten volle concentreren op deze verteringstaak omdat andere mentale processen in hun omgang met de buitenwereld niet gebruikt moeten worden. Deze beide vormen van dromen, met name deze gedurende de slaap en deze gedurende het onbewuste dromen

in de waaktoestand, genereren een levendige semipermeabele membraan, de reeds genoemde contactbarrière.

Bij een persoon bij wie het psychotisch deel het psychisch functioneren heeft overgenomen, is deze droomcapaciteit aangetast door de destructiviteit van de doodsdrijf die alle verbindingen en dus ook de contactbarrière stukmaakt. Indien een persoon niet in staat is de ruwe, sensoriele prikkels om te zetten in onbewuste elementen van de ervaring die kunnen worden opgeslagen en toegankelijk gemaakt voor bindingen, is hij niet in staat tot dromen. In plaats van een droom te ervaren, kan deze persoon enkel ruwe sensoriele elementen *registreren* die vanuit zijn innerlijk leven of van buitenaf op hem inwerken. Deze ruwe, niet-bewerkte elementen, ervaren tijdens het waken, kunnen niet onderscheiden worden van deze tijdens de slaap. De onmogelijkheid te differentiëren tussen de waaktoestand en de slaaptoestand bemoeilijkt voor deze mensen het inslapen of het wakker worden. Zij beseffen niet goed of ze wakker zijn of dromen, want datgene wat normaal een droom geworden zou zijn (in geval hun waakdroom-denken zou werken), wordt nu een hallucinatie gedurende de slaap of gedurende het waken. Het klinisch fenomeen dat een psychotische episode vaak begint met ernstige slaapstoornissen waardoor het dromen onmogelijk wordt, bevestigt deze hypothese. Lukt men erin de slaap en dus ook de droomcapaciteit te herstellen bij de patiënt, dan zien we vaak een herstel van het realiteitsprincipe.

Psychoanalytisch gezien zijn hallucinaties het tegenovergestelde van de dromen of het onbewuste denken tijdens de waaktoestand. Hallucinaties zijn fragmentjes van kapotgemaakt innerlijk mentaal leven die via de zintuigen naar buiten worden geëvacueerd. Zintuigen werken hier in omgekeerde zin, niet om zaken van de buitenwereld waar te nemen, maar als kanalen om stukjes mentaal leven naar buiten te evacueren. Indien het psychotisch deel van de persoonlijkheid alles heeft overgenomen, is de mentale innerlijke wereld door de doodsdrijf stukgemaakt: er treedt geen psychische bewerking meer op en het stukgemaakte mentale leven wordt naar buiten geëvacueerd. In extreme toestanden lijkt het innerlijke mentale leven dood, er is een overheersing van negatieve symptomen; er worden geen bindingen met objecten meer aangegaan.

► RATIONALISATIE EN ONTKENNING ALS VERWEER TEGEN MENTALE PIJN Rationalisatie en ontkenning zijn de belangrijkste moeilijkheden in de behandeling van de psychose (Lucas 2009). Ze zijn een uiting van het psychotische stuk binnen de persoonlijkheid dat — om de mentale pijn niet te moeten voelen — zijn toevlucht zoekt in de *omnipotentie* van de waan en de hallucinaties. Het psychotische stuk wil deze echter niet kenbaar maken, ontvlucht de pijnlijke waarheid en klampt zich vast aan de omnipotentie via ontkenning en rationalisatie. De psychiatrie noemt dit enigszins misplaatst ‘gebrek aan ziekteinzicht’ of zelfs een ‘denkstoornis’ die via antipsychotica bestreden moet wor-

den. Het is echter gevaarlijk deze rationalisatie en ontkenning te snel te willen afbreken. Ze hebben duidelijk een functie voor de patiënt om zijn psychose, die een middel is om de psychische pijn uit de weg te gaan, in stand te houden. Belangrijk hierbij is eerst de psychische pijn op te sporen en deze voor de patiënt mee te dragen voordat de weerstanden van ontkenning en rationalisatie worden afgebroken.

¶ *Therapeutische handvatten vanuit de psychoanalyse voor het residentiële werk*

De waanideeën en hallucinaties in de psychose beschouwen we als brokstukken van de naar buiten geëvacueerde innerlijke wereld die ondraaglijk was en werd stukgemaakt door het destructieve werk van de doodsdrijf (*attacks on linking*) (Bion 1959). Als hulpverlener zijn we ontvankelijk voor de blik van onze psychotische patiënt die via projectieve identificatie fragmenten van zijn mentale pijn in ons evacueert en die we in onze tegenoverdracht ook voelen. Onze omhullende, dragende aanwezigheid en de woorden die we hem aanbieden, kunnen hem helpen opnieuw een mentale huid te construeren die zijn binnenwereld omsluit. De droomcapaciteit (het droomdenken) van de hulpverlener zorgt ervoor dat de ondraaglijke pijn wordt gemetaboliseerd tot een draaglijke ervaring. Zo ontstaat een mentale ruimte waarbinnen opnieuw symbolisch gedacht kan worden en waarbij betekenissen komen in de plaats van de chaos en de omnipotentie. Een voorbeeld uit een psychotherapeutische afdeling voor jongvolwassenen met een psychose in het psychiatrisch ziekenhuis maakt dit duidelijk.

..... Het is dinsdagavond ergens in januari enkele jaren geleden. De kranten staan bol van de gruwelijke daden van een seriemoordenaar die ons land reeds enkele weken teistert. Twee weken voordien had een seksueel contact op de afdeling tussen twee medepatiënten aanleiding gegeven tot heel wat hilariteit, niet alleen tussen de patiënten onderling, maar ook tussen verschillende leden van het team (was het verleiding of verkrachting?). In dit klimaat wordt de afdeling opgeschrikt door een heftig incident met Koen, die reeds enkele maanden op de afdeling verblijft. De hele namiddag was Koen op een erg gedreven manier op zijn laptop bezig met het maken van schema's (hexagrammen) en wilde hij niet van zijn kamer komen. Hij vertelde de verpleegkundigen die hem uitnodigden voor het therapeutisch programma dat hij bezig was met een brief naar zijn ex-vriendin.

Rond 18.00 uur krijgt de verpleegkundige van dienst een verontrustend telefoonbericht van de moeder van Koen. Hij had net met haar telefonisch contact gezocht en moeder in een psychotische toestand toegeroepen dat hij met haar naar bed wou en dat ze zou bevallen van een kind van hem. De verpleegkundige haast zich naar de kamer van de patiënt waar ze hem aan-

treft in het toilet met de deur op slot. Ze probeert contact met hem te vinden door de gesloten deur heen; zijn stem klinkt erg vreemd en opgewonden. Toch weet ze hem te overtuigen de deur te openen. Koen komt erg bezweet, gespannen en met uitpuilende ogen naar buiten. De verpleegkundige stelt Koen voor naar de verpleegpost te komen om te kunnen bespreken wat er gebeurd is. Op een bord in de verpleegpost begint Koen heftig te tekenen. Hij roept haar toe dat hij de reïncarnatie is van Hitler en dat de wereld van de ondergang gered moet worden. Er komt schuim op zijn mond, hij is erg opgewonden en in de war, loopt naar de rookzaal van de afdeling waar hij een medepatiënt met een wilde blik aankijkt en haar vraagt hem te beschuldigen van seksuele uitspattingen. Medepatiënten komen te hulp en proberen hem tot bedaren te brengen. De verpleegkundige volgt hem op de voet, spreekt hem rustig toe, zoekt oogcontact en stelt ten slotte met vastberaden stem voor om samen met haar naar zijn kamer te gaan. Koen laat zich dragen door haar blik en haar geruststellende woorden.

Uiteindelijk gaat hij mee naar de kamer waar hij tot rust kan komen. Hij vraagt zijn laptop om de explosie in zijn hoofd te kunnen controleren via het maken van een hexagram. De verpleegkundige stelt hem rustig voor zijn medicijnen indien nodig te nemen, wat hij uiteindelijk accepteert. Hij vindt zijn kalmte terug en gaat slapen.

De aanpak van Koen leert ons verschillende zaken:

- 1 In het contact met onze patiënten moeten we steeds rekening houden met een *psychotisch en een niet-psychotisch stuk in de persoonlijkheid*. Koens psychotische deel staat onder de dominantie van de doodsdrijf. Vermoedelijk was hij seksueel erg opgewonden geraakt door iets op de afdeling of door de berichten die hij gelezen had op het internet. Het verdraagt geen frustratie of mentale pijn (afwijzing door zijn geliefde) en reageert hierop met omnipotentie, massale projectieve identificatie, evacuatie en fragmentatie van gedachten. Koen roept zijn omnipotentie uit via de woorden: «Ik ben de reïncarnatie van Hitler». Deze omnipotentie wordt aan banden gelegd door de dragende woorden van de verpleegkundige. Het niet-psychotische deel verdraagt wel frustratie en ontwikkelt een capaciteit tot denken. Via dit niet-psychotische deel kan de verpleegkundige Koen aansporen met haar mee te gaan naar de beveiligde kamer van de afdeling.
- 2 Het is van essentieel belang ons af te stemmen op de psychotische golf-lengte van onze patiënten: «tuning into the psychotic wavelength» (Lucas 2009). De verpleegkundige die Koen gedurende het hele incident begeleidt, verliest op geen enkel moment contact met hem. Ondanks zijn overweldigend inbeuken op haar psychisme, blijft ze overeind staan. Ze blijft hem geruststellende woorden toespreken en heeft er vertrouwen in dat dit aan-

houdend moment van geweld, dat maar niet lijkt over te gaan, toch zal stoppen. Door deze nabijheid slaagt Koen erin het gewelddadige in hem niet volledig tot escalatie te laten komen. Hij voelt zich veilig in de handen van de verpleegkundige die niet bezwijkt en de steun van de medepatiënten rondom haar in zich opneemt, wat haar een onnoemelijke kracht geeft.

- 3 Het risico van een dergelijke escalatie bestond erin dat de verpleegkundige vanuit haar eigen tegenoverdracht in een defensieve actie schiet door het toepassen van de klassieke repressieve triade die men jammer genoeg maar al te vaak toepast in psychiatrische afdelingen, met name: sederen, isoleren of separeren, of evacueren. Op die manier wordt elke kans op verandering afgesloten en de act van de patiënt is gedoemd zich te herhalen. De angst die de verpleegkundige zelf voelt in haar tegenoverdracht zet haar erg onder druk. Hierdoor wordt zij door de patiënt er bijna toe aangezet op een almachtige, intrusieve wijze de sterk geladen verwardheid van haar patiënt te couperen via een defensieve act. Dit zou haar sneller opluchting kunnen geven, maar ze identificeert zich dan met het gewelddadige agressieve stuk van de patiënt die hij in haar tracht te evacueren. Ze houdt echter stand in haar angst door te blijven denken en spreken met hem.

Haar tegenoverdrachtsgevoelens van angst, die ze onder controle heeft, houden haar in contact met de patiënt. Maar door haar gepaste manier van reageren, helpt zij Koens angst voor zijn ongetemde driften te overwinnen. *Het kunnen hanteren van de tegenoverdracht is de via regia naar het begrijpen van de psychose.* De verpleegkundige voelde de destructiviteit en de hiermee gepaard gaande angst van de patiënt. In de bespreking na het incident met de andere leden van het verpleegteam horen we uitspraken van haar verpleegkundige collega's: 'Kunnen we dit wel aan? Moeten we Koen niet overbrengen naar de gesloten dienst waar meer intensieve zorg kan worden aangeboden?' We interpreteren deze uitspraken als een uiting van de identificatie met Koens angst voor zijn eigen destructiviteit die geëvacueerd moet worden. Het spreken met Koen de uren na het gebeuren, waarin hij zijn spijt uitdrukt, zich erg schuldig voelt en waarbij men in contact komt met zijn psychische pijn maakt echter verwerking mogelijk, zowel bij de patiënt zelf als bij de verpleegkundigen die hem de intensieve zorgen aanbieden op de beveiligde kamer.

Tijdens de afdelingsvergadering een dag later wordt, terwijl Koen op zijn kamer blijft, het incident ook met de medepatiënten besproken. Ze drukken hun angst en bekommernis uit, wetende dat in henzelf gelijkaardig geweld schuilt. De afdelingsdokter zegt dat Koen spijt heeft, zich schaamt en zich wil excuseren voor wat er gebeurde, dat hij dit zelf ook wenst te doen wanneer hij weer zal opkomen. Tevens wordt gesproken over de angst voor de seriemoordenaar, maar ook de angst zelf een seriemoordenaar te zijn. Dit alles komt verder aan bod in de psychotherapeutische groepssessies.

- 4 In de gesprekken met de familie na het incident wordt duidelijk dat Koen zich erg onzeker voelde rond de naderende ontslagplannen en dat hij zich nog niet capabel voelt een vorm van vrijwilligerswerk op zich te nemen. Tevens vertelt Koen dat hij recent zijn ex-vriendin weer had opgezocht. Het incident op de afdeling wordt gekaderd ten eerste in de verwachtingen die Koen op zich voelt wegen in de ontslagplanning en ten tweede in de moeilijkheden het verlies van zijn vriendin te verwerken. Ook het verlies van de broer van vader, die vijf jaar geleden door suïcide overleed, komt ter sprake in de familiesessie. Het is door de opname van Koen in het ziekenhuis dat de ouders voor het eerst sinds hun vechtscheiding kunnen spreken in de familiesessies over de spanningen in het gezin en over de moeilijkheden die ze in hun eigen leven ondervonden door de suïcide van de oom van Koen. Dit *supportieve betekenisverlenende exoskelet* voor zowel de patiënt zelf als zijn familie helpt hem vooruit te komen.

Dit voorbeeld illustreert dat een multidisciplinaire aanpak essentieel is, waarbij de verschillende teamleden een eigen bijdrage vervullen in de dragende, containende en betekenis gevende zorg naar de psychotische patiënt. Samen-gevat kunnen de volgende therapeutische handvatten worden gehanteerd (Lucas 2009):

- 1 Onderscheid tussen psychotisch en niet-psychotisch deel van de patiënt onderkennen.
- 2 Afstemmen op de psychotische golflengte van de patiënt.
- 3 Op zoek gaan naar de betekenis achter de psychotische fenomenen die een uiting zijn van de mentale pijn die niet werd verdragen, maar werd geëvacueerd.
- 4 De tegenoverdracht is de via regia tot de psychotische geest: hierbij is het van belang de destructiviteit en de hiermee gepaard gaande angsten te verdragen en reconstructieve arbeid te verrichten via ons waakdroom-denken.
- 5 Opbouwen van een exoskelet rondom de patiënt: een ondersteunende omgeving die betekenis geeft en mentale vertering toelaat, en ondersteuning van familie via een multidisciplinair team.

¶ *Ambulante behandeling van psychose*

In een voorbeeld uit de ambulante psychiatrische praktijk wordt geïllustreerd dat een dergelijke visie ook zinvol is in de behandeling van psychose buiten een residentiële context.

- ⋮ Ellen is een 32-jarige jonge vrouw die ik reeds geruime tijd ambulantly volg.
 ⋮ Ze maakte een eerste psychotische episode door in de vroege volwassenheid
 ⋮ tijdens haar studie rechten. Naar aanleiding van een verliefdheid en een

eerste seksueel contact was ze ervan overtuigd dat ze de maagd Maria was die de komst van de Messias moest voorbereiden. Deze psychose klaarde op in enkele weken. Na een korte residentiële opname volgde ze een tijdje een psychotherapeutisch dagprogramma op onze afdeling waarna ze de draad van het leven weer kon oppakken. Haar therapie zette ze op ambulante wijze voort. Ze maakte haar studie af en vond werk. Bovendien leerde ze een vriend kennen. De antipsychotica konden na twee jaar zonder noemenswaardige problemen worden afgebouwd tot een zeer lage onderhoudsdosis. Ook de psychotherapie werd afgerond.

Een viertal keren per jaar kwam Ellen bij me op consult. Ze hield erg vast aan deze gesprekken waarin ze zich liet kennen als een emotioneel rijke vrouw die op een constructieve manier over zichzelf kon reflecteren. Zo besloot ze na enkele jaren werk opnieuw te gaan studeren voor een baan in de hulpverlening. Bij de aanvang van het tweede jaar van haar nieuwe studie belde ze me op een avond laat met een vraag voor een spoedconsult. Omdat ze erg opgewonden was aan de telefoon gaf ik haar onmiddellijk een afspraak de dag daarop.

Ik zie haar samen met haar vriend, die zelf overdonderd was en Ellen nooit in dergelijke toestand had gezien. Ellen is erg psychotisch en in een droomachtige toestand doet ze haar verwarde verhaal, aangevuld door haar vriend. De laatste dagen had ze nauwelijks geslapen en was ze erg onrustig. Ze vertoefde in een vreemde wereld waarin alles een bijzondere betekenis had. Ze had een erg tumultueuze week achter de rug tijdens een studiereis naar Perugia, waar ze een intensieve zomercursus volgde en de slaap niet kon vatten. Plots had ze de ingeving gekregen dat een blonde medestudent een boodschapper van God was. Tijdens een concert in de kathedraal van Perugia raakte ze in trance door de schoonheid van de muziek. Een contratenor zong Mariavespers en Ellen was ervan overtuigd dat de zanger zich rechtstreeks tot haar richtte. De stem van de zanger, in wie ze een engel herkende, gaf haar de boodschap dat ze zonder seksueel contact een kind ter wereld zou brengen en de moeder van God zou worden. In de kathedraal — naar haar zeggen <een versteend orgasme van de katholieke kerk> — zou ze bevrucht worden. Ooit zou ze ten hemel worden opgenomen. Overal zag ze signalen die voor haar het bewijs betekenden dat ze Gods uitverkorene was. In psychotische toestand keerde ze onder begeleiding van haar studiegenoten terug naar België. Ze was ervan overtuigd dat ze over magische krachten beschikte en ze besloot soep te maken met bijzondere kruiden waardoor ze gezuiverd moest worden van het kwaad. Bij haar aankomst ging ze onmiddellijk naar de huisarts die haar antipsychotica voorschreef. Een dag later ontvang ik haar samen met haar vriend op consult. Ze heeft nauwelijks geslapen zodat slaapmedicatie wordt toegevoegd.

Haar vriend beslist enkele dagen bij haar thuis te blijven en Ellen belooft tweemaal per week op consult te komen. In deze consulten blijven psicho-

tische fenomenen aanwezig, maar kan ik uit haar verwarde verhalen toch enkele betekenisvolle elementen distilleren die het een en ander begrijpelijk maken. De maanden voor haar vertrek naar Italië waren erg ingrijpend geweest: het bezoek aan haar stervende grootmoeder, die aan darmkanker leed en aan wie ze erg gehecht was, had haar zeer van streek gebracht. Gedurende enkele dagen had Ellen zelf met enorme darmklachten het bed moeten houden. Een tweede, niet minder belangrijk element, waren haar recent opgedoken huwelijksplannen naar aanleiding van een sterke kinderwens. Wanneer ik haar vraag of ze in Perugia iets bijzonders had ervaren, vertelt ze — alsof ze het vergeten is — dat ze hevig verliefd is geworden op een blonde medestudent.

Wat is het psychisch lijden dat verborgen zit achter de waanideeën en de hallucinaties? Deze vraag moet telkens opnieuw worden gesteld bij een persoon in een psychotische toestand. In tegenstelling tot dromen bij neurotische mensen kunnen personen in een psychose niet associëren op hun waanideeën of hallucinaties: het zijn geen symbolische representaties, maar concrete stukken, geëvacueerd uit de mentale innerlijke wereld waar de contactbarrière is stukgemaakt. Hier is het de hulpverlener die door zijn eigen rêverie associaties legt, de gefragmenteerde stukken bij elkaar brengt, het reconstructieve werk verricht en zo de betekenis achter de waanideeën of hallucinaties ontcijfert.

Aangezien ik Ellen kende, was het ontcijferen van deze brokstukken van de mentale wereld geen al te grote opgave. Door de verliefdheid in Perugia werd haar driftleven sterk aangewakkerd en kwam ze in een slapeloze toestand. Dit alles veroorzaakte een opwinding die haar mentale apparaat en droomarbeid sterk had aangetast. Ook het dreigende verlies van haar zeer gelovige grootmoeder, die Ellen geregeld als kind had meegenomen naar Mariabedeplaatsen, had haar mentaal apparaat en droomcapaciteit sterk onder druk gezet. De identificatie met grootmoeder zien we eerst verschijnen in de darmklachten van Ellen na het ziekenbezoek, later in de psychotische waanbeleving van de onbevleete ontvangenis. In deze waan verknoopt haar kinderwens zich met de verboden seksualiteit met de blonde medestudent.

In de Mariahemelvaartwaan herkennen we eveneens de identificatie met de grootmoeder die stervende is. Het bereiden van een zuiverende soep heeft een bezwerend karakter om het kwaad in haar (de seksualiteit met haar vriend, maar ook de ontrouwfantasieën) te elimineren. Als Maagd Maria moest ze zuiver blijven. In de sessies werden deze betekenissen voorgelegd en doorgesproken. Haar mentale pijn moest worden geëvacueerd. In de plaats hiervan had ze een megalomane waanwereld gecreëerd waarin de brokstukken van haar innerlijke wereld verschijnen: het uitverkoren zijn tot maagd Maria, zonder seksualiteit toch zwanger raken, het zuiveren van zichzelf door de magische soep, het opgenomen worden ten hemel ...

Na twee weken kon Ellen de lessen hervatten. Haar vriend werd opnieuw uitgenodigd en kon door de toelichting worden gerustgesteld en dragend aanwezig zijn.

Rond de patiënte werd *een exoskelet gebouwd*, mede door de steun van haar vriend. Zo hielp hij haar in het herstel van haar dag-nachtritme en kon hij haar via de kleine huishoudelijke dagactiviteiten weer in contact brengen met een gedeelde realiteit. In de individuele therapeutische sessies werd een klimaat gecreëerd waarin door de droomcapaciteit van de therapeut haar eigen waak-droom-denken weer op gang kwam. Ellen besluit haar huwelijk en kinderwens nog wat uit te stellen. Enkele maanden na deze psychotische crisis overlijdt haar grootmoeder, van wie ze in alle sereniteit afscheid heeft genomen. Op dit moment, we zijn weer tien jaar verder, gaat het goed met haar. Ellen behaalde haar tweede universitaire diploma, vond een nieuwe baan, wat haar veel voldoening geeft. Met haar vriend woont ze nog steeds samen. Ze komt om de twee maanden op consult. De onderhoudsmedicatie en de anticonceptiepil staan beide op haar nachtkastje en neemt ze trouw in. Ondertussen tikt haar biologische klok verder. Over trouwen of kinderen krijgen zwijgt ze in alle stilte ...

¶ *Besluit*

In beide gevalsbesprekingen herkent men een affectieve storm die teweeggebracht werd door het overweldigende van het driftleven en door actuele levensgebeurtenissen die een bijkomende trigger vormden. In deze affectieve storm toch het roer vasthouden en overeind blijven door nabijheid, is het belangrijkste wat we een persoon in crisis kunnen bieden. Goede zorg voor een psychotische patiënt begint met het creëren van een plek en het maken van tijd waarbinnen een ware menselijke ontmoeting mogelijk wordt. Door het geven van de juiste woorden worden de angst en de destructiviteit in de psychose getransformeerd tot een draaglijke ervaring.

De psychotische wereld is een diabolisch (ontbindend) gefragmenteerd universum ontstaan door de *‘attacks on linking’*: een oneindige wereld met waan-ideeën en hallucinaties waarin pijn niet verdragen wordt, maar massaal gefragmenteerd en geëvacueerd wordt, waar splitsing, projectieve identificatie en acting domineren. Het is een tijdloos universum waarin het altijd nu is en waarbinnen geen afgegrensde mentale ruimte bestaat: binnen- en buitenwereld, bewuste en onbewuste lopen door elkaar. De patiënt die gebukt gaat onder deze demonische wereld heeft recht op een dragende relatie: een plek waar bescherming geboden wordt, niet zozeer voor de bedreigende buitenwereld, maar voor de innerlijke destructieve krachten die zijn psychische wereld dreigen te vernietigen. Het interdisciplinaire team of de ambulante psychiater of psychotherapeut mét de familie bieden een dragende relatie waarbinnen de patiënt vastgehouden wordt.

De containment van de therapeut biedt een grens voor de angst en destructiviteit van de patiënt. Door zijn waakdroom-denken ontstaat bij de patiënt opnieuw een innerlijke wereld waarin kan worden gedroomd, zodat de ondraaglijke pijn verteerd wordt tot een draaglijke ervaring waarover symbolisch (verbindend) gedacht kan worden. Er komen woorden in de plaats van chaos en acting. Door deze dreamworkalfa ontstaat een hoopvolle wereld waarin niet destructiviteit, maar de levensdrift overheerst. Hier is wel sprake van een mentale ruimte omgeven door een mentale huid die bewuste en onbewuste processen gescheiden houdt van elkaar en de tijd installeert. De hoop is de centrale motor van de behandeling: hoop die doet leven en de levensdrift weer een kans geeft.

Literatuur

- ANZIEU, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris: Bordas.
- BICK, E. (1968). The experience of the skin in early objectrelations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-486.
- BION, W.R. (1957). Differentiation of the psychotic and the non-psychotic personalities. In *Second thoughts* (pp. 43-64). London: Karnac.
- BION, W.R. (1959). Attacks on linking. In *Second thoughts* (pp. 93-109). London: Karnac.
- BION, W.R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- FREUD, S. (1940). *Hoofdlijnen van de psychoanalyse*. Amsterdam: Boom, 1983.
- JACKSON, M., & WILLIAMS, P. (1994). *Unimaginable storms. A search for meaning in psychosis*. London: Karnac.
- KLEIN, M. (1957). Envy and gratitude. In *The writings of Melanie Klein. Vol III*. London: Karnac.
- LUCAS, R. (2009). *The psychotic wavelength*. London/New York: Routledge.
- MOYAERT, P. (2017). *Schizofrenie. Een filosofisch essay over de waanzin*. Nijmegen: Uitgeverij Vantilt.
- OGDEN, T. (1997). *Reverie and Interpretation. Sensing something human*. London: Karnac.
- OGDEN, T. (2001). *Conversations at the frontier of dreaming*. London: Karnac.
- OGDEN, T. (2003). On not being able to dream. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 17-30.
- OGDEN, T. (2004a). On holding, containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1347-1364.
- OGDEN, T. (2004b). This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted dreams. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 857-877.
- VERHAEGHE, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven: Acco.

SUMMARY

Affective storm and psychosis

People with a sensitivity for psychosis can be overwhelmed by their drives, whether or not triggered by current (traumatic) life events, which can cause a real affective storm. This can lead to a psychotic breakdown provoked by the 'attacks on linking', as described by Bion. Such a breakdown destroys the inner world, fragments of which appear in the delusions and hallucinations constructed by the person in crisis to avoid the internal mental pain. Bion's theory of the digestive function of the dream is here exemplified. Two examples illustrate how the dreamwork of the therapeutic team in a residential setting or of a psychiatrist in an outpatient setting temporarily takes over the dream capacity of the person in crisis, until that person can dream and think again independently.

Key words: affective storm, attacks on linking, dreamwork, drives, psychosis

Manuscript ontvangen 16 februari 2020

Definitieve versie 10 augustus 2020