

DE NOSOLOGISCHE FUNDERING EN IMPLICATIES VAN FREUDS EERSTE EN TWEEDE NEUROSENLEER

[THE NOSOLOGICAL FOUNDATION AND IMPLICATIONS
OF FREUD'S FIRST AND SECOND THEORY OF NEUROSES]

Hugo LIETAER
Centrum voor Dieptepsychologie
Katholieke Universiteit Leuven
Aspirant N.F.W.O.

Based on Jacques Schotte's plea for a revaluation of Freud as a general psychopathologist, the author investigates the nosological foundation and implications of some of Freud's most important clinical-theoretical writings on neuroses (1893-1912), and confronts them with the medical-psychiatric approach of Charcot. He demonstrates that Freud's approach of psychic dysfunctioning develops from a descriptive psychiatric one (Charcot) toward a „pathogenetic“ and „antropological“ point of view. It is shown that this new approach is one in which both psychic and somatic, exogenous and endogenous factors play equally an important role. Also, in this new perspective the boundaries between psychic pathology and psychic health fade away, while it considers the essentials of psychopathology as being the fundamental components of everybody's existence and personal development.

INLEIDING

Op 21 september 1897 schreef Freud in een brief aan Fließ: „Ich glaube an meine Neurotica nicht mehr“ (Masson, 1986, p. 283). Zowel theoretische overwegingen als klinische vaststellingen hadden hem er namelijk toe geleid de objectieve realiteit van de infantiele verleidings-scènes die zijn hysterische patiënten tijdens de therapie vertelden en die volgens hem — althans tot op dat ogenblik — de oorzaak waren van hysterie, in vraag te stellen. Als gevolg hiervan verliet Freud zijn verleidingstheorie die hij in de periode 1893-1896 stapsgewijze had opgebouwd. Het duurde echter tot 1906 vooraleer hij ook in een officiële publikatie toegaf niet meer in de traumatische etiologie van de hysterie te geloven. In de nieuwe theorie, de zogenaamde tweede neurosenleer, kwam de nadruk te liggen op de neurotische (hysterische of dwangneurotische) predispositie. Deze werd door Freud opgevat als een mogelijke uitkomst van de psychoseksuele ontwikkeling waarin zowel de seksuele aanleg als invloeden van de buitenwereld, vooral tijdens de eerste levensjaren, een rol speelden.

Hieronder zullen enkele representatieve teksten van Freud

betreffende zowel de eerste als de tweede neurosenleer nauwkeurig en kritisch-interpretatief (cfr. Laplanche, 1968, 1989) worden herlezen. Deze studie werd geïnspireerd door de colleges en publikaties van Schotte (bijv. 1986, 1988, 1989) die — met het oog op een coherente fundering van de psychiatrie en de klinische psychologie op fenomenologisch-antropologische gronden — herhaaldelijk gepleit heeft voor de herwaardering van Freud als algemeen psychopatholoog. Het gaat in die klinisch-theoretische geschriften inderdaad om meer dan alleen maar de vraag naar de mogelijke oorzaak van de hysterie en de dwangneurose. Zoals zal aangetoond worden, heeft Freud bij zijn opeenvolgende opvattingen over het ontstaan van de neurosen namelijk belangrijke „nosologische” en „nosografische” wijzigingen aangebracht in het domein van de psychopathologie. Met de term „nosologie” wordt hier in navolging van Schotte verwezen naar de (soms impliciete) basishypothesen van een bepaald psychopathologisch model over psychische ziekte en gezondheid, en over de aard van de factoren die het psychisch ziek-zijn hebben doen ontstaan. De „nosografie”, van haar kant, heeft betrekking op de wijze waarop de diverse ziekteverschijnselen moeten worden beschreven.

Vooraleer wij de nosologische en nosografische aspecten van Freuds eerste resp. tweede neurosenleer toelichten aan de hand van een aantal teksten van hem, zullen eerst Charcots opvattingen van de hysterie besproken worden - eveneens vanuit een algemeen psychopathologisch gezichtspunt. Het is bijzonder leerrijk Freuds tasten en zoeken naar een eigen benadering van de psychopathologische realiteit te bestuderen en te karakteriseren tegen de achtergrond van het medisch-psychiatrisch model van Charcot. De reden hiervoor is tweevoudig. Ten eerste waren Freuds klinisch onderzoek en zijn ontdekkingen onder meer gedreven door de beperkingen van de benadering die hij in Parijs had leren kennen. Ten tweede is het medisch-psychiatrisch model à la Charcot nog steeds dominant in de psychiatrie, waardoor de confrontatie Freud-Charcot relevant blijft met betrekking tot de huidige verhouding tussen de psychoanalyse en de klassieke biomedisch georiënteerde psychiatrie.

CHARCOT

De hysterie werd door Charcot ondergebracht in de categorie van de neurosen. Hiertoe behoorden toendertijd ziekten die vandaag zouden ondergebracht worden in één van de volgende drie categorieën: de

huidige neurosen (zoals de hysterie en de dwangneurose), de psychosomatiek en het geheel van neurologische stoornissen (zoals epilepsie, choreatische ziekten en de ziekte van Parkinson). Onder „neurose” verstond men toen een organische ziekte, en meer bepaald een niet-inflammatoire aandoening van het zenuwstelsel (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 268).

De zenuwaandoening waarvan de hysterische symptomen de uitdrukking zijn, werd volgens Charcot veroorzaakt door een algemene erfelijke predispositie (Freud, 1893a; Pichot, 1968; Roudinesco, 1986). De hysterie was een vorm van ontarding, de manifestatie van een accumulatie — in de loop van de familiegeschiedenis — van een degeneratieve factor. Zo’n familie noemde Charcot „une famille névropathique”. Andere etiologische momenten konden in het ontstaan van de hysterie wel een rol spelen, maar dan slechts als „agent provocateur” (uitlokkende factor of gelegenheidsoorzaak).

Men kent Charcots gevleugelde uitdrukking: „La théorie, c’est bon, mais ça n’empêche pas d’exister” (in Freud, 1893a, p. 24). Gezien het toenmalige stadium van het onderzoek beschouwde Charcot het fundamenteel onderzoek naar de aard en de mogelijke lokalisatie van de gepostuleerde neuropathologische verandering eerder als een project voor de toekomst (Corveleyn, 1988). Met de theorie was er in de praktijk voorlopig niet veel aan te vangen. Bijgevolg hield hij zich bezig met wat bestond, de ziekteverschijnselen, en met zijn lievelingsactiviteit, de nosografie. In zijn artikel ter nagedachtenis aan Charcot, beschrijft Freud (1893a) zijn meester als een klinisch kunstenaar, een ziener, „un visuel”. Als niet één verstond hij de kunst om de ziekteverschijnselen steeds opnieuw te observeren tot de chaos zich uiteindelijk ordende in een altijd terugkerende verknoping van symptomengroepen, in een nieuw ziektebeeld waaraan hij vervolgens een naam gaf (Schotte, 1987).

De nauwkeurige en geraffineerde observatie en beschrijving van de hysterische verschijnselen en van hun typische verloopswijze, lieten Charcot toe de hysterie louter nosografisch te definiëren als een geheel van typisch hysterische symptomen: de grote hysterische aanval (waarin hij vier fasen onderscheidde¹), motorische en sensorische stoornissen, alsook een aantal psychologische fenomenen zoals hallucinaties, een sterke suggestibiliteit en stemmingsveranderingen. Met behulp van dit

¹ Om een beeld te krijgen van de aard en de gedetailleerdheid van Charcots beschrijvingen in dit verband, kunnen we verwijzen naar Israël (1985a).

„tableau” werd het mogelijk om op grond van een louter uitwendige observatie van de symptomen de diagnose van hysterie te stellen.

Uitgerust met die nosografische omschrijving van de hysterie, deed Charcot een aantal verrassende ontdekkingen. Hij stelde onder meer vast dat sommige patiënten na een zwaar trauma (een ongeval bijvoorbeeld) typisch hysterische symptomen begonnen te vertonen (Freud, 1893a). Deze bevinding noopte hem ertoe om in de kliniek twee vormen van hysterie te onderscheiden: een traumatische of verworven vorm en een niet-traumatische of gepredisponeerde vorm. Op theoretisch-nosologisch vlak veranderde Charcot echter niets fundamenteels aan zijn basisopvatting. Ook al bleek de „agent provocateur” in sommige gevallen heel belangrijk te zijn in de pathogenese van de hysterie, een falsificatie van zijn erfelijkheidshypothese zag hij hier niet in.

Onderzoek met hypnose bij posttraumatische hysterische patiënten leidde hem vervolgens naar een nieuwe — nog meer fundamentele — ontdekking. Hij slaagde er bij deze patiënten namelijk in verlammingverschijnselen via hypnotische suggestie kunstmatig te beïnvloeden. Hieruit trok hij het besluit dat deze verlammingen het gevolg waren van voorstellingen die in een bijzondere bewustzijnstoestand de hersenen van de zieke hadden beheerst (Freud, 1893a). Aldus bewees Charcot de belangrijke rol van een psychische component in het ontstaan van de hysterie, maar de theoretische en nosologische stap die uit deze klinische vaststelling zou moeten volgen, heeft hij zelf niet gezet. Gehecht als hij was aan zijn erfelijkheidshypothese en aan zijn neurologische visie, beschouwde hij de sterke gevoeligheid van hysterische patiënten voor hypnotische suggestie immers louter als een ziekteken, als de uiting van een latente neurologische degeneratie. Hij kon de hysterie niet losrukken van haar organische sokkel en hield dogmatisch vast aan de louter neuropathologische apriori's uit die tijd (Freud, 1893a; Pichot, 1968; Roudinesco, 1986). Wat in het wetenschappelijk denken was buitengesloten, keerde bijgevolg terug in de praktijk, maar deze terugkeer raakte de vanzelfsprekendheid van het medisch betoog uiteindelijk niet. Wetenschap en praktijk lagen op die manier niet in elkaars verlengde (cfr. Mooij, 1988).

Deze kloof tussen praktisch handelen en wetenschappelijk denken is onder meer te verklaren door Charcots project de hysterie onder te brengen in het ziektesysteem van de moderne geneeskunde. Dit was maar mogelijk door haar te behandelen zoals gelijk welke andere ziekte, dit is door de hysterische verschijnselen — conform het medisch discours — te beschrijven volgens de zelfde methode als deze welke

gehanteerd wordt bij de beschrijving van alle andere ziektesoorten en door hen te beschouwen als de symptomen van een onderliggend somatisch, in casu neuropathologisch, proces. In historisch opzicht was dit een belangrijke stap, want zo werd de hysterie, die men vaak vereenzelvigde met simulatie en overdrijving, met bedrog en slechte wil, en die men daarom een klinische observatie onwaardig vond, bevrijd van deze beschuldigingen en van het hoongelach waarop zij steevast moest rekenen (Freud, 1893a). Maar, door aan de hysterische patiënt het „volwaardige” statuut van „zieke” te geven, kon een verklaring op grond van psychische mechanismen en factoren op straffe van zelf-opheffing niet echt in de ziekteopvatting worden opgenomen (Mooij, 1988; Roudinesco, 1986). En zelfs voor zover factoren van psychische aard in de praktijk mee in rekening werden gebracht, werd datgene wat de persoon zelf over zijn lijden ter sprake brengt, apriori uit het observatieveld uitgesloten. Door de hysterie op te vatten als een ziekte-eenheid die los van haar drager kan worden beschreven en onderzocht en door de erfelijk bepaalde neuropathologische veranderingen als een vreemde indringer in een gezond bestaan te beschouwen, gaf Charcot zich te weinig rekenschap van de fundamenteel menselijke dimensie van de hysterie (Schotte 1987 & 1988; Vergote, 1980).

Daarnaast is ook Charcots nosografische definitie van de hysterie sterk bekritiseerbaar. Die ging er van uit dat de hysterie een universele ziekte is die overal voorkomt en al altijd is voorgekomen, en dit steeds onder de zelfde verschijningsvorm. Ook deze stellingname was belangrijk in het kader van de medicalisering van de hysterie (Pichot, 1968). Om zijn mening kracht bij te zetten, putte Charcot rijkelijk bewijsstukken uit de bewaard gebleven documenten inzake hersenprocessen en duivelsbezetenheid (Freud, 1988/1953 & 1893a). In het bijzonder voor de hysterie geldt evenwel dat haar verschijningsvorm wel degelijk historisch en cultureel bepaald is (Israël, 1985a; Laplanche, 1974; Maleval, 1981; Pichot, 1968). Verder impliceerde Charcots nosografie dat de symptomen van een bepaald ziektebeeld een grote graad van specifieke coherentie en covariatie vertonen, terwijl de psychiatrische syndromen elkaar overlappen en de meeste patiënten tekenen vertonen die niet tot één, maar tot verscheidene syndromen behoren.

Tot slot van deze kritische bespreking van de basisopvattingen van Charcot over de hysterie, weze aangestipt dat zijn medische benadering nog steeds een dominerende denk- en handelwijze is in de psychiatrie. Ook nu nog wordt de geestesziekte vaak als een epifenomeen van onderliggende biochemische processen geconceptualiseerd, en worden

de psychopathologische verschijnselen naar het model van de botanica beschreven en los van de persoonlijke leefwereld en levensgeschiedenis van de zieke onderzocht. Een aantal recente biomedisch-therapeutische ontdekkingen hebben de dominante positie van deze medicaliserende psychiatrie alleen maar versterkt. De ten aanzien van Charcot geformuleerde kritieken worden tegenwoordig dan ook herhaald voor de huidige psychiatrie, zowel vanuit de klassiek psychiatrische als vanuit de psychoanalytische hoek (van den Hoofdakker, 1989; van Praag, 1989, resp. Clavreul, 1978; Israël, 1985b; Mooij, 1988; Schotte, 1989). In het licht van deze punten van overeenkomst tussen de psychiatrie vroeger en nu is de studie van Freuds tasten en zoeken naar een — in vergelijking met Charcot — nieuwe benadering van de psychopathologische realiteit, des te relevanter en bijzonder leerrijk.

FREUD:

EERSTE NEUROSENLEER

De afweertheorie

Ondanks de driedeling die Freud aan het begin van *Die Abwehr-Neuropsychosen* (1894) aanneemt betreffende de hysterie, nl. het onderscheid — dat ook reeds in de *Vorläufige Mitteilung* (1893b) werd gemaakt — tussen hypnoïede, afweer- en retentiehysterie, is uit de tekst duidelijk af te leiden dat de afweershysterie in zijn opvattingen het model werd voor de hysterie en de afweer het gemeenschappelijk mechanisme van de „afweer-neuropsychosen” (hysterie, fobieën en dwangvoorstellingen, en hallucinatorische psychose).

Freuds formulering van het afweerproces in genoemd artikel is bekend: als er in het bewustzijnsleven van de persoon een voorstelling opduikt die zo onverdraaglijk (of conflictueus) is dat zij niet via denkbaarheid of via het afwenden van de aandacht kan worden verwerkt, dan wordt het affectquantum dat aan deze incompatiebele voorstelling verbonden is, hieraan onttrokken. De aldus sterk verzwakte voorstelling kan dan geen aanspraak meer maken op associatie-arbeid. Zij gaat niet verloren, maar vormt van dat ogenblik af de kern van een tweede psychische groep.

Het affectquantum moet echter een andere aanwending krijgen. In het geval van de hysterie wordt deze vrij gekomen energie omgezet in lichamelijke innervatie (conversie). De lichamelijke symptomen vormen

zo de herinneringssymbolen van de afgeweerde voorstellingen. De hysterische afweer is labiel: het geconverteerde affectquantum keert nu en dan terug naar de onverdraaglijke voorstelling. Dit nodigt de persoon opnieuw uit tot associatieve arbeid, maar kan ook aanleiding geven tot een hysterische aanval. Toch is het resultaat van afweer en conversie positief voor het afwerende ik dat door die operatie immers conflictvrij wordt.

Bij de fobieën en dwangvoorstellingen² wordt het vrijgekomen affect niet in het lichamelijke omgezet, maar verbindt het zich via een „falsche Verknüpfung” aan andere, niet-onverdraaglijke voorstellingen uit het bewustzijnsleven (verschuiving of substitutie). Aldus blijft het pijnlijk affect bewust aanwezig, waardoor er in tegenstelling tot de hysterie nauwelijks winst wordt geboekt voor het ik.

De seductietheorie

In 1894 bleven de volgende vragen nog onopgelost: Hoe is het te verklaren dat het willen vergeten van een pijnlijke voorstelling bij de ene persoon lukt zonder neurotisch te worden en dat dit bij de andere gebeurt ten koste van een pathologische reactie? En: Hoe komt het dat — in geval van een pathologische reactie — de ene persoon hysterisch wordt en de andere dwangneurotisch? Freud vermoedde wel een soort van pathologische (hysterische resp. dwangneurotische) predispositie die op het ogenblik van het trauma reeds aanwezig moest zijn, maar voorlopig was dit nog een open vraag in zijn opvattingen over de etiologie van de neurosen.

Twee jaar later, in de tekst *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen* (1896a), kon Freud deze nog ongekende factor wel specificeren: „An Stelle dieser unbestimmten Disposition kann nun ganz oder Teilweise die posthume Wirkung des sexuellen Kindertraumas treten” (p. 384). Dit seksueel kindert trauma werd door Freud (1896a & 1896b) factueel en accidenteel opgevat. In de hysterie ging het om een werkelijke irritatie van de genitaliën, een ervaring van seksuele verleiding door een andere, meestal oudere persoon. Bij de dwangneurose, daarentegen, was niet een ervaring van seksuele passiviteit de oorzaak, maar wel een met lust uitgevoerde seksuele handeling, dus een ervaring van seksuele activiteit, die weliswaar was vooraf gegaan door een verleidingsscène.

² De hallucinatorische psychose die Freud in dit artikel eveneens onderbrengt in de categorie van de afweerneuropsychosen, laten wij buiten beschouwing.

Het trauma voltrekt zich volgens de seductietheorie in twee tijden. Op het moment zelf produceert de seksuele verleiding door een volwassene nauwelijks een effect omdat het kind op die leeftijd nog niet seksueel rijp is en aan deze gebeurtenis nog niet de eigenlijke, seksuele betekenis kan toekennen. De ervaring wordt op het moment zelf dan ook niet verdrongen of afgeweerd. Wel laat zij een herinneringsspoor na dat echter onbewust blijft. Als er nu in een latere levensperiode (nl. na het begin van de puberteit) een voorstelling opduikt die een logische of associatieve band heeft met die infantiele seksuele ervaring, zal de onbewuste herinnering hieraan weer opleven. Nu echter met een traumatische kracht die de vroegere gebeurtenis oorspronkelijk niet had, en dit omdat het subject ondertussen seksueel rijp is geworden. De herinnering aan het vroegere trauma blijft ondanks die (her)opleving echter onbewust, zodat het in de ogen van het subject de actuele voorstelling is die zo pijnlijk en onverdraaglijk lijkt. Tegen dat affect zijn de normale afweermechanismen (zoals het afwenden van de aandacht) niet opgewassen waardoor het ik overgaat tot het pathologisch afweerproces van affectontbinding, verdringing en conversie. De traumatische herinnering en de (actuele) onverdraaglijke voorstelling worden verdrongen.

Nosografische aspecten

In tegenstelling tot zijn duitstalige collega's, maar in de lijn van Charcots werk, besteedde Freud heel wat aandacht aan het nauwkeurig beschrijven en afbakenen van de psychiatrische ziektebeelden. In tegenstelling tot zijn Parijse meester echter, werden die niet los van elkaar en louter symptomatologisch beschreven en geclassificeerd. Evenmin deed hij een beroep op (pseudo-wetenschappelijke) theoretische vooronderstellingen betreffende de etiologie ervan. Freud (1897) beoogde een „Gesamtdarstellung der Neurosen auf neuer Grundlage" (p. 481). De afweernotie en de seksuele etiologie vormden hierbij de twee leidinggevende gedachten die het mogelijk maakten de neurosen te begrijpen zowel in hun onderlinge samenhang als in hun aparte gestalte.

Een beknopte schets van Freuds nosografisch project van die tijd kan dit concretiseren. Uit de groep ziektebeelden die toen onder de noemer „neurasthenie" werden samengevat, lichtte Freud drie afzonderlijke ziektebeelden: de eigenlijke neurasthenie, de dwangneurose en de angstneurose (1895b, 1895c, 1895d, 1896b en 1895/1984). De laatste twee begrippen zijn overigens nosografische innovaties van hem. De neurasthenie (in strikte zin) en de angstneurose vormden samen

de „Aktual-Neurosen”, door Freud ook wel „eenvoudige neurosen” genoemd³. De dwangneurose werd gekoppeld aan de hysterie; beide vormden de „afweer-neuropsychosen” of „psychoneurosen”⁴.

De theorievorming omtrent de etiologische rol van de seksualiteit in de pathogenese van de neurosen begon niet bij de hysterie, maar bij de neurasthenie en de angstneurose. In zijn onderzoek naar de oorzaak van deze ziektebeelden belandde Freud bijna uitsluitend bij schadelijke factoren die het actuele seksuele leven betreffen. Deze factoren bleken echter verschillend te zijn naargelang de neurosenvorm (Freud, 1895b, 1896b & 1895/1984). Zo berustte de neurasthenie op een overrijke seksuele ontlading (masturbatie of „spontane polluties”); de angstneurose daarentegen, was het gevolg van een ophoping van seksuele stoffen (abstinentie, coïtus interruptus, „frustrane excitatie”).

Het inzicht dat Freud had verworven in de seksuele etiologie van de actuele neurosen en omtrent het constante verband tussen de aard van deze etiologische factor en de vorm van de neurose, bleek vervolgens ook vruchtbaar in het domein van de psychoneurosen (hysterie en dwangneurose). Deze werden niet veroorzaakt door actuele factoren van seksuele aard, maar door (passieve resp. actieve) seksuele ervaringen uit de eerste levensjaren (Freud, 1896a en 1896b). Deze groeperingswijze op grond van de seksuele etiologie voegde zich bij die van 1894 rond het concept van de afweer dat enerzijds het gemeenschappelijk mechanisme was van deze neurosen, maar anderzijds ook een differentiatie toeliet op grond van de verschillende afloop ervan: conversie in het geval van de hysterie, substitutie bij de dwangneurose.

Belangrijk is dat Freud een constante en specifieke relatie vaststelde tussen een bepaalde oorzaak van seksuele aard, een bepaald afweermechanisme (althans wat de psychoneurosen betreft) en een bepaald neurotisch effect, en dat hij hen op basis van hun symptomatologie, hun etiologie en hun pathologisch mechanisme zowel van elkaar kon differentiëren als met elkaar kon articuleren.

³ Als typische symptomen van neurasthenie onderkende Freud: lusteloosheid, falen van de zenuwprestaties, dyspepsie, spastische constipatie, hoofdpijn, spinale pijnen; de angstneurose werd gekenmerkt door overprikkeling, opgewondenheid, onrust, prikkelbaarheid van het gehoor, angst onder alle vormen, nl. acuut of chronisch, als begeleiding van parethesieën of samengaand met hartversnelling, slaapstoornissen, convulsies (1895b, 1896b, 1895/1984).

⁴ In deze categorie plaatste Freud afwisselend ook de hallucinatorische psychose (cfr. *Die Abwehr-Neuropsychosen*, 1894) en de paranoia (cfr. *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen*, 1896a). Deze ziektebeelden worden hier echter buiten beschouwing gelaten.

Nosologische aspecten

In tegenstelling tot Charcots somatogene visie op de hysterie, nam Freud in 1894 een duidelijk psychologisch standpunt in, en dit in drie opzichten. Ten eerste stelde hij dat de hysterische symptomen causaal samenhangen met een psychische oorzaak, namelijk een psychisch trauma of conflict, een incompatibiliteit in het voorstellingsleven van de patiënt waarbij de onverdraaglijke voorstelling meestal een seksuele inhoud heeft. Ten tweede trachtte Freud de hysterie verder te verklaren door eveneens de psychische processen aan te geven die verlopen tussen het psychisch conflict en het lichamelijk symptoom. Ten derde bracht Freud zijn psychogene verklaring van de hysterie in verband met een theorie omtrent de functioneringswijze van het psychisme in het algemeen. Bedoeld wordt hier zijn „Hilfsvorstellung” die zegt dat bij een voorstellingselement een bepaald affect hoort dat als het kwantitatief aspect ervan moet worden onderscheiden. Dankzij dit model van het psychisch functioneren werd het complexe verloop van het psychopathologisch proces meer inzichtelijk en bestudeerbaar.

Vergeleken met Charcot, werd het model van de traumatische hysterie verheven tot het model van de hysterie in het algemeen, en werd de etiologische rol van de erfelijke belasting teruggeschroefd. Volgens Freud was de degeneratieve erfelijke factor nooit een voldoende en was het trauma steeds een noodzakelijke voorwaarde voor het uitbreken van de hysterie (en van de dwangneurose). Bovendien ging het bij Freud om een psychisch trauma, terwijl Charcot veeleer een lichamelijk en levensbedreigend voorval voor ogen had.

Freuds verklaringspoging was op zich, dit is los van haar concrete, psychische inhoud, reeds vernieuwend vergeleken bij Charcot. Deze beperkte zich immers tot een beschrijving van de verschijnselen. Wanneer hij zich toch aan een theoretische verklaring waagde, verviel hij in de toen in zwang zijnde dogmatische apriori's. In de plaats van vage beweringen over mogelijke neuropathologische veranderingen te formuleren, gaf Freud op grond van klinische vaststellingen en theoretische reflectie een verklaring van de hysterie in termen van affectontbinding, afweer en conversie. Dankzij deze conceptualisatie werd voor de eerste keer de innerlijke samenhang duidelijk tussen het traumatiserend conflict en het fenomeen van de bewustzijnsplitsing, tussen de lichamelijke symptomen en hun psychische veroorzaking, en tussen de duurzame symptomen en de hysterische aanvallen.

Van deze psychologische samenhang van de hysterische symptomen

kon Charcots „regard anatomo-clinique” zich onvoldoende rekenschap geven. De psychische oorzaak is immers een onbewuste en bijgevolg „onzichtbare” voorstelling, die ook voor de patiënt zelf meestal verborgen blijft en pas na veel weerstand kan worden uitgesproken en doorgewerkt. Het feit dat Freud ophield naar zijn (hysterische) patiënten te kijken en ernaar begon te luisteren, wordt dan ook algemeen beschouwd als een van zijn meest fundamentele vernieuwingen, vaak zelfs als dé vernieuwing die de andere mogelijk maakte (Florence, 1988; Israël, 1985a; Schotte, 1987; Vergote, 1985).

In de periode 1895-96 werd de seksuele inhoud van het psychisch trauma bevestigd en verabsoluteerd. Bovendien werd de (seksuele) traumatische ervaring veel vroeger gesitueerd dan het moment waarop de ziekte uitbrak, en wel in de eerste kinderjaren. Men komt hier opnieuw de idee tegen die reeds vroeger werd geformuleerd, nl. dat de hysterica aan herinneringen lijdt en dat de hysterische symptomen herinneringssymbolen zijn. Alleen gaat het nu niet meer om herinneringen aan een min of meer recent psychisch trauma (zoals in de *Vorläufige Mitteilung*) of aan een eveneens min of meer recent afgeeerde onverdraaglijke voorstelling (zoals in *Die Abwehr-Neuropsychosen*), maar om herinneringen aan een seksuele ervaring die uit een ver verleden stamt en die „nachträglich” haar traumatische en pathogene werking uitoefent. Het verklaringsmodel van de hysterie werd hierdoor complexer.

Ondanks de nadruk die hij in de eerste neurosenleer legde op het infantiel trauma en op de uitlokkende onverdraaglijke voorstelling, wist Freud de rol van de externe gebeurtenissen toch te nuanceren (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 502). Zowel de onverdraaglijke voorstelling als het infantiel trauma waren in zijn ogen weliswaar een noodzakelijke, maar niet een voldoende voorwaarde voor het ontstaan van een neurose. De infantiele seksuele ervaring is immers op het moment zelf niet traumatisch, en kan haar pathogene werking maar uitoefenen vanaf de puberteit, op voorwaarde dat de herinnering eraan geactiveerd wordt door een actuele voorstelling. Deze onverdraaglijke voorstelling oefent op haar beurt haar traumatische werking niet uit op eigen kracht, maar slechts voor zover zij een excitatie van endogene oorsprong, die gebonden is aan de herinnering aan het infantiel trauma, opwekt.

Ondanks al deze enorme nosologische en nosografische vernieuwingen die Freuds ontdekkingen in het domein van de psychoneurosen met zich meebrachten, hanteerde hij toch nog steeds een min of meer

psychiatrisch ziekteschema. Zijn psychoseksueel verklaringsmodel was immers geformuleerd in termen van oorzaak en gevolg, en, daarmee gepaard gaande, maakte hij een duidelijk kwalitatief onderscheid tussen ziekte en gezondheid. Het seksueel trauma en het pathologisch afweermechanisme fungeerden hierbij als demarcatiecriterium: zij werden beschouwd als vreemde indringers in een gezonde ontwikkeling. Hierdoor was de psychoneurotische patiënt nog steeds iemand die via de wissel van een min of meer mechanisch en aan het normale leven vreemd gebeuren, op het spoor van de psychopathologie was terecht gekomen. Bijgevolg was Freuds eerste neurosenleer een „discours mixte” die de neurosen enerzijds wel van het medische veld loskoppelde, maar waarin anderzijds de medisch-psychiatrische denkwijze à la Chârcot bleef doorschemeren (Mooij, 1988; Schotte, 1988).

FREUD:

TWEDE NEUROSENLEER

Zoals in de inleiding reeds aangegeven, schreef Freud op 21 september 1897 aan Fliess dat hij zijn neurotica niet meer geloofde. Hij was tot de bevinding gekomen dat de infantiele verleidingsscènes die de hysterische patiënten op de divan vertelden, niet steeds echt gebeurd, maar vaak (onbewust) gefantaseerd waren. Dit en andere klinische vaststellingen en theoretische bezwaren, leidden — samen met de opkomst van zijn psychoseksuele ontwikkelingstheorie — tot het opgeven van zijn traumatheorie. Vanuit een algemeen psychopathologisch standpunt was deze herroeping van de seductietheorie zonder meer een belangrijk keerpunt in Freuds denken waardoor hij — vergeleken bij de eerste neurosenleer — nog verder afstand nam van het klassiek-psychiatrische ziekteconcept. Twee publikaties die deze evolutie terzake erg goed illustreren, zullen hier worden besproken, namelijk *Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen* (1906) en *Über neurotische Erkrankungstypen* (1912). Een samenvatting van de eerste tekst zal als concreet uitgangspunt dienen om vervolgens de nosologische aspecten van de tweede neurosenleer toe te lichten. Hierbij zal dan ook verwezen worden naar de publikatie van 1912.

Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen (1906)

In het eerste gedeelte van deze tekst vat Freud zijn vroegere opvattingen over de etiologie van de neurosen samen. Vervolgens schrijft hij dat hij zijn vroegere stellingname, nl. dat de etiologie van de psycho-neurosen moest worden gezocht in contingente seksuele ervaringen van de eerste levensjaren, ver achter zich heeft gelaten en dat hij zich nu in staat acht deze theorie te corrigeren. Hij had namelijk ontdekt dat de verleidingsscènes vaak (onbewust) gefantaseerd waren. Daarenboven kwam hij nog tot een andere bevinding: de seksuele gebeurtenissen in de kindertijd van normaal gebleven personen verschilden niet wezenlijk van het infantiele leven van neurotici en in het bijzonder de verleiding speelde bij die groep dezelfde rol. Deze vaststellingen dwongen Freud ertoe de seductietheorie te verlaten.

Met deze opheldering verloren zowel het traumatische als het accidentele karakter van de infantiele seksuele ervaringen aan belang. De klemtoon werd verlegd naar de seksuele constitutie, de infantiele seksualiteit en de verdringing die hierbij een spilfunctie kreeg toegewezen. De hysterie wordt bijgevolg niet veroorzaakt door een ongewone en dateerbare ervaring van seksuele verleiding, maar vindt haar voedingsbodem in een pathologische constellatie, die in de kinderjaren als het ware gecomponeerd werd door het samenspel van seksuele constitutie, infantiele ervaringen en het proces van verdringing. De vraag was niet meer of een bepaald individu in zijn vroege jeugd deze of gene seksuele prikkel heeft ondergaan, maar wel wat zijn reactie is geweest op de (aangeboren) infantiele seksualiteit en op de accidentele invloeden: in welke mate het op deze indrukken heeft gereageerd met verdringing.

Ter verduidelijking verwijst Freud hier naar zijn *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905), waarin hij een licht trachtte te werpen op de processen die de kern van de seksualiteit uitmaken. In dat boek zette hij uiteen dat de constitutionele seksuele aanleg van het kind veel rijker is geschakeerd dan men ooit had kunnen denken, dat deze aanleg „polymorf pervers” mag worden genoemd en dat hieruit — door verdringing van bepaalde componenten — het normale seksuele gedrag voortkomt. De neurose is dan terug te voeren tot een te radicale verdringing van de libidineuze strevingen en is te kwalificeren als het „negatief” van de perversie die gekenmerkt wordt door de al te machtige, dwangmatige ontwikkeling van enkele van deze partiële driften.

Zijn correctie van de seductietheorie dwong Freud er tevens toe zijn

opvatting over het vormingsmechanisme van de hysterische symptomen te wijzigen. Deze symptomen deden zich immers niet langer voor als de rechtstreekse derivaten van de verdrongen herinneringen aan seksuele ervaringen uit de kindertijd. Tussen de symptomen en de infantiele indrukken schoven zich nu de (meestal tijdens de puberteit geproduceerde) fantasieën („Erinnerungsdichtungen”) van de patiënten; fantasieën die enerzijds uit en bovenop de infantiele herinneringen worden opgebouwd en anderzijds rechtstreeks in de symptomen worden omgezet. Zelfs de meest gecompliceerde symptomen openbaren zich als de geconverteerde uitingen van fantasieën die een seksuele situatie als inhoud hebben. Hun bronnen worden gevormd door de verdrongen, partiële driften. De symptomen zijn het gevolg van het conflict tussen de libido en de „seksuele verdringing” en hebben de waarde van een compromis tussen beide psychische stromen.

Gelijkenissen en verschillen met de seductietheorie

Op het einde van zijn artikel merkt Freud op dat hij — ondanks zijn theoretische ontwikkelingen — de rol van de infantiele seksualiteit steeds heeft benadrukt. Er zijn daarnaast nog andere elementen uit het schema van de seductietheorie die in de nieuwe theorie terug te vinden zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor de idee dat het ik bij een tweede tijd een opstuwung van endogene excitatie ondergaat, die niet gebonden is aan externe gebeurtenissen, maar aan een psychische realiteit (de herinnering aan het seksuele kindertrauma in de eerste, het fantasme in de tweede neurosenleer). Tevens heeft deze psychische realiteit (herinnering resp. fantasme) zowel in de seductietheorie als in de tweede neurosenleer haar bronnen in de objectieve werkelijkheid. Tenslotte is ook de idee van de seksuele verleiding een constante, zij het dat deze verleiding nu als gefantaseerd, toen als echt gebeurd werd beschouwd (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 438-439).

Ondanks deze punten van overeenkomst tussen de eerste en de tweede neurosenleer, zijn beide qua nosologie toch sterk verschillend van elkaar. Het psychiatrisch ziekteconcept dat de eerste neurosenleer nog gedeeltelijk kenmerkte, maakte na het laten vallen van de verleidingstheorie plaats voor een nieuwe, met name antropologische, opvatting over de hysterie en de psychopathologie in het algemeen. Deze „antropologisering” — wij ontlene dit begrip aan Schotte (1986, 1988, 1989) — bestond in een overgang van een etiologisch naar een pathogenetisch denken waarbij de scheidingslijnen tussen psychopathologie en

psychische gezondheid vervaagden. Waar deze uitspraak op steunt en wat er mee wordt bedoeld, zal nu verder worden toegelicht.

Van etiologie naar pathogenese

Volgens de tweede neurosenleer wordt de hysterie niet meer veroorzaakt door de samenwerking tussen een min of meer recente ziekteaanleiding en een of enkele seksuele kindertrauma's, maar wordt zij begrepen vanuit de samenwerking tussen een min of meer recente ziekteaanleiding en een neurotische predispositie die in de eerste levensjaren gevormd wordt door het samenspel van de seksuele constitutie en invloeden van de buitenwereld. Terwijl in de publikatie van 1906 vooral de psychoseksuele ontwikkeling en de neurotische predispositie als mogelijk resultaat daarvan worden benadrukt, staan in *Über neurotische Erkrankungstypen* de pathogene aanleidingen (zoals „frustratie” [„Versagung”] of een door biologische processen bepaalde kwantitatieve toename van de libido) die de tot dan toe krachteloze dispositionele factoren tot gelding brengen, centraal. Veelbetekenend in deze tekst is het feit dat Freud hier steeds het woord „pathogenese” en nooit het begrip „etiologie” gebruikt. Onder meer om deze reden noemt Schotte (1987) de overgang van de eerste naar de tweede neurosenleer vanuit nosologisch oogpunt een overgang van „etiologisch” naar „pathogenetisch” denken.

Ten eerste betekent dit pathogenetisch denken dat dé oorzaak van een psychopathologie niet is aan te wijzen, dat er geen sprake is van een punt-voor-punt oorzakelijkheid. Dit impliceert, ten tweede, dat het een eenzijdige opvatting zou zijn één van beide factoren in de pathogenese van de neurosen — de constitutionele of de accidentele — te negeren (Freud, 1906). Of, zoals Freud in 1912 schrijft: de psychopathologie kan het probleem van de pathologische aanleiding bij de neurosen niet correct oplossen, zolang zij uitsluitend een antwoord tracht te vinden op de vraag of deze aandoeningen van endogene dan wel van exogene aard zijn. Immers, telkens wanneer het belang van frustratie (in de meest brede zin van het woord) als pathogene factor kan aangetoond worden, dient daar het bezwaar tegenovergesteld te worden dat anderen hetzelfde ondergaan zonder ziek te worden. Wordt daarentegen de eigenheid van het individu als essentiële factor voor ziekte en gezondheid benadrukt, dan moet men zich de terechtwijzing laten welgevalen dat personen met zo'n eigenheid zeer lange tijd gezond kunnen blijven.

Een derde pathogenetisch aspect van de tweede neurosenleer is dat

Freud deze pathogenese niet als een louter mechanisch maar ook als een betekenisgebeuren beschouwde. De hysterische symptomen bleken namelijk niet meer het rechtstreekse gevolg te zijn van de verdrongen herinneringen aan seksuele ervaringen uit de kindertijd; tussen de infantiele indrukken en de symptomen schoven zich immers de fantasieën van de patiënt die enerzijds uit en bovenop de infantiele herinneringen werden opgebouwd, en anderzijds in symptomen worden omgezet (Freud, 1906). De psychische realiteit (de onbewuste verlangens en de daaraan gekoppelde fantasmen) speelt een dominante rol in het ontstaan van neurosen. Het verleden is wel de wortel van het actuele ziek-zijn, maar er is niet een duidelijke, causaal determinerende band tussen welbepaalde verborgen herinneringen en de actuele symptomen.

Psychisch ziek en gezond worden

Aansluitend bij zijn slotbemerking dat de oorzaak van een psychopathologie niet is aan te wijzen en dat er steeds zowel constitutionele als accidentele factoren werkzaam zijn in het ontstaan van neurosen, stelt Freud in *Meine Ansichten* dat de toestand van neurotisch ziek-zijn niet sterk te scheiden is van die van gezondheid, omdat de neurose het resultaat is van een cumulatie van etiologische factoren die iedereen wel op zijn levensweg ontmoet. En in *Über neurotische Erkrankungstypen* schrijft hij dat er geen kwalitatief verschil bestaat tussen de voorwaarden van gezondheid en die van neurose. Gezonde mensen hebben met de zelfde problemen te kampen bij de beheersing van hun libido, alleen zijn zij daar beter in geslaagd. In die twee teksten reikt Freud elementen aan die deze stellingname vanuit een genetisch, dynamisch en economisch gezichtspunt verduidelijken.

Psychogenetisch. Volgens de tweede neurosenleer vindt de hysterie haar voedingsbodem in de infantiele seksualiteit, en meer bepaald in de te sterke verdringing van de partiële driften (Freud, 1906). De neuroticus is iemand die gestrand is op de klippen van de infantiele seksuele ontwikkeling. Daarmee betrad Freud het terrein van de algemene psychologie, en breder nog, dat van de antropologie (Schotte, 1987; van den Berg, 1971). Immers, elk kind komt — op erfelijke gronden — met een seksueel „programma” ter wereld dat het moet afwerken en waarbij een aantal hindernissen moeten worden genomen, wil het de zogenaamde volwassen seksualiteit bereiken. Elk kind doorloopt daarbij in zijn eerste levensjaren als het ware de gehele seksuele pathologie, in die zin dat alle perversies in de jaren van de vroegkinderlijke seksualiteit

aan de orde komen (met dien verstande dat dit een normale en gezonde ontwikkeling is). Het probleem van de neurosen is bijgevolg niet meer de vraag naar de oorzaak ervan, maar wel de vraag naar de wordingsgeschiedenis van het subject; een geschiedenis die wezenlijk verband houdt met de seksualiteit en waarvan de neurose een min of meer ziekelijke uitingsvorm is.

Psychodynamisch. In de infantiele seksuele ontwikkeling waarin de neuroticus vastloopt, hebben het psychisch conflict en de verdringing een spilfunctie (Freud, 1906). Ook het normale seksuele gedrag, echter, komt voort uit de verdringing van bepaalde componenten van de „polymorf perverse” infantiele seksualiteit. Bijgevolg is niet elk conflict en niet elke verdringing pathologisch. Wel integendeel, beide zijn inherent aan het psychisme-in-werking en constitutief voor het subject-in-wording, en daar waar zij ziek-makend werken, zijn zij meestal zeer nauw verbonden met een streven naar nieuwe gezondheid. In dit verband lijkt er in Freuds werk een intrinsieke band te bestaan tussen seksualiteit en conflict: of het nu gaat — naargelang de periode van zijn werk — om een conflict tussen instanties, subsystemen of driften, steeds behoort één van de twee conflictpolen tot de seksuele sfeer (Laplanche & Pontalis, 1988).

Economisch. Volgens Freud onderscheidt de neurose zich niet kwalitatief maar kwantitatief van de toestand van psychische gezondheid. Dit volgt reeds uit het vorige waar de neurose wordt opgevat als het gevolg van een teveel aan verdringing. Dit standpunt expliciteert hij echter het duidelijkst in de tekst van 1912. Freud benadrukt er dat zowel de dispositionele als de occasionele pathogenetische factoren zonder gevolg blijven, als zij niet aan een zekere hoeveelheid libido zijn gerelateerd en de libido niet tot op een bepaald niveau opstuwten. Deze hoeveelheid libido, die volgens hem noodzakelijk is voor een pathogene werking, is op zich niet meetbaar. Slechts in één opzicht kan zij nauwkeuriger bepaald worden: het gaat niet om een absolute kwantiteit, maar om de verhouding tussen enerzijds het werkzame libido-quantum en anderzijds de hoeveelheid libido die het individuele ik kan beheersen (d.i. in een toestand van spanning kan houden, kan sublimeren of rechtstreeks kan gebruiken). Van overmaat is er bijgevolg slechts sprake naargelang de persoonlijke gevoeligheid ervoor en de bekwaamheid om ermee om te gaan.

BESLUIT

Met betrekking tot de verhouding tussen psychiatrie en psychoanalyse had Freud in eerder inleidende teksten vaak een voortdurende en vruchtbare wisselwerking voor ogen tussen de klinisch-psychiatrische observatie en descriptie enerzijds en de psychoanalytische ontleding en structuurbeschrijving anderzijds. Volgens hem lag er in het wezen van de psychiatrische arbeid niets dat indruist tegen de psychoanalytische wijze van onderzoek, en stond de psychoanalyse tot de psychiatrie in ongeveer de zelfde verhouding als de histologie tot de anatomie (1916-17). Elders schreef hij dat de psychoanalyse ertoe geroepen is om aan de psychiatrie de onontbeerlijke onderbouw te leveren en mede haar beperkingen te verhelpen (1923).

Het is weinig waarschijnlijk dat de psychiatrie met een dergelijk werkvoorstel tevreden zou zijn. Immers, zoals voor elke wetenschappelijke discipline vormt de beschrijving ook voor haar slechts een eerste stap naar het uiteindelijke doel: de verklaring van de psychopathologische verschijnselen (Binswanger, 1921/1955). Bovendien zien anderen de verhouding wellicht eerder omgekeerd: de psychoanalyse die samen met de rest van de klinische psychologie instaat voor de psychodiagnostische beschrijving, terwijl de psychiatrie het onderzoek naar de ultieme wetenschappelijke verklaring uitvoert.

Als de onderliggende psychopathologische theorieën worden doorgeleefd, dan blijkt een complementariteit van beschrijving door de één en verklaring door de ander echter een verkeerde voorstelling van zaken te zijn. Beide disciplines beschrijven én verklaren, maar elk op een fundamenteel verschillende wijze. De psychiatrie richt haar observaties voornamelijk op objectieve, d.i. met behulp van gestandaardiseerde methodes te meten (of te schatten), parameters. De psychoanalyse, daarentegen, doet een beroep op het open interview en op de techniek van de vrije associatie om de psychische pathologie te beschrijven overeenkomstig de wijze waarop het subject deze in de context van zijn levensgeschiedenis en leefwereld ter sprake brengt. Via de psychoanalytische methode van interpreteren tracht zij vervolgens de psychische structuur hiervan bloot te leggen, terwijl de medische psychiatrie de psychopathologische realiteit zoekt te verklaren in biomedische en biogenetische termen.

Zolang psychogene en somatogene factoren inzake de veroorzaking van de geestesziekte als mutueel exclusief worden opgevat, sluiten psychoanalyse en klassieke psychiatrie mekaar dan ook uit en belandt men onvermijdelijk in de impasse van een hopeloze strijd tussen etio-

logische theorieën en tussen wetenschappelijke onderzoeksmethodes (Schotte, 1989; van den Hoofdakker, 1989; van Praag, 1989). Verbreedt men daarentegen zijn conceptueel kader door het psychische en het somatische te beschouwen als verschillende, op zijn minst even belangrijke dimensies van een zelfde werkelijkheid, dan vullen beide elkaar dankzij hun eigenheid juist aan, zonder dat de een als het ware gereduceerd wordt tot de voorbereidende fase van het echt wetenschappelijke werk van de ander.

Een dergelijke conceptualisatie convergeert nu juist met de algemeen psychopathologische theorie die in Freuds werk is terug te vinden (Schotte, 1989). Zoals hierboven werd aangetoond, is Freud immers geëvolueerd van een etiologische ziekteopvatting naar een pathogenetisch concept van psychisch ziek-worden en ziek-zijn, waarin psychogene en somatogene, exogene en endogene, accidentele en constitutionele factoren en momenten een rol spelen. Zo heeft hij het biologische nooit uitgesloten. Op het einde van de publikatie van 1906, bijvoorbeeld, schrijft hij dat het wezen van de neurosen gelegen is in de seksualiteit en dat deze in laatste instantie als een geheel van chemische processen moet worden gedacht; en in de tekst van 1912 krijgt de spontane toename van libido onder invloed van biologische processen een belangrijke plaats onder de neurose-uitlokkende factoren die hij daar bespreekt. Een somatische basis is bij Freud steeds voorondersteld als een noodzakelijke voorwaarde van het psychische, maar niet als de voldoende voorwaarde of oorzaak ervan. Beleving en gedrag, al dan niet gestoord, hebben een psychische zin die alleen met psychische mechanismen kan worden verklaard en met daartoe geëigende methodes moet worden onderzocht. De psychologische bovenbouw en het fysiologisch fundament kan men relatief zelfstandig onderzoeken, ook al zijn zij wederzijds afhankelijk van elkaar en moet ook de vraag naar hun onderlinge articulatie worden bestudeerd. Binnen een dergelijk conceptueel kader vormt de ontdekking van zogenaamde „biologische markers” van psychische stoornissen — hoe belangrijk ook vanuit theoretisch en therapeutisch oogpunt — geen bewijs voor de onaanvaardbaarheid van de psychoanalyse noch voor de ondeugdelijkheid van haar methode. Evenmin betekent een succesvolle psychotherapie dat somatische factoren geen rol zouden spelen in het ontstaan en de ontwikkeling van de betreffende stoornis.

Tot slot moet nog het specifiek menselijk karakter van Freuds benadering worden benadrukt. Reeds in zijn eerste psychoanalytische geschriften had Freud aangetoond dat de psychische stoornissen een

onbewuste psychische zin hebben, maar, zoals werd uiteengezet, is het pas later dat de „antropologische” dimensie van de geestesziekte duidelijk op de voorgrond trad. De wezenlijke elementen in het ontstaan van de mentale pathologie bleken namelijk fundamentele componenten te zijn van eenieders bestaan en persoonlijke ontwikkeling, zodat ook geen scherpe lijn meer te trekken was tussen psychische ziekte en psychische gezondheid. Zoals een gebroken kristal bepaalde lijnen en een bepaalde structuur laat zien die tevoren onzichtbaar waren, zo komen de fundamentele problemen van ons mens-zijn, die doorgaans min of meer latent blijven, in al hun complexiteit tot uiting in de psychopathologie. Verwijzend naar dit kristalprincipe (cfr. Freud, 1933), omschrijft Schotte (1989) de klinische praktijk als „pathoanalytisch”, omdat zij een licht tracht te werpen op de gemaskeerde structuur van het „normale” of het „gezonde” via de analyse van haar (partiële) desintegraties in het veld van de pathologie.

REFERENTIES

- Binswanger, L. (1955). Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. In W. Szilasi (Ed.), *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze von Ludwig Binswanger. Band II: Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie* (pp. 40-66). Bern: Francke Verlag. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1921.)
- Clavreul, J. (1978). *L'ordre médical*. Paris: Seuil.
- Corveleyn, J. (1988). Het onbewuste. In A. Vergote & P. Moyaert (Eds.), *Psychoanalyse. De mens en zijn lotgevallen* (pp. 125-170). Kapellen: De Nederlandsche Boekhandel/Uitgeverij Pelckmans.
- Florence, J. (1988). Psychoanalyse als psychotherapie. In A. Vergote & P. Moyaert (Eds.), *Psychoanalyse. De mens en zijn lotgevallen* (pp. 17-34). Kapellen: De Nederlandsche Boekhandel/Uitgeverij Pelckmans.
- Freud, S. (1893a). *Charcot*, GW I, 21-35.
- Freud, S. (1893b). *Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mitteilung*, GW I, 81-98.
- Freud, S. (1894). *Die Abwehr-Neuropsychosen. Versuch einer psychologischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen*, GW I, 59-74.
- Freud, S. (1895a [1894]). *Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose” abzutrennen*, GW I, 315-342.
- Freud, S. (1895b [1894]). *Obsessions et phobies. Leur mécanisme psychique et leur étiologie*, GW I, 345-353.
- Freud, S. (1895c). *Zur Kritik der „Angstneurose”*, GW I, 357-376.
- Freud, S. (1896a). *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen*, GW I, 379-403.

- Freud, S. (1896b). *L'hérédité et l'étiologie des névroses*, GW I, 407-422.
- Freud, S. (1896c). *Zur Ätiologie der Hysterie*, GW I, 425-459.
- Freud, S. (1897). *Inhaltsangaben der wissenschaftlichen Arbeiten des Privat-docenten Dr. Sigm. Freud (1877-1897)*, GW I, 463-488.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, GW V, 29-145.
- Freud, S. (1906). *Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*, GW V, 149-159.
- Freud, S. (1912). *Über neurotische Erkrankungstypen*, GW VIII, 322-330.
- Freud, S. (1916-17 [1915-7]). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, GW XI.
- Freud, S. (1923). *'Psychoanalyse' und Libidotheorie*, GW XIII, 209-233.
- Freud, S. (1933). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psycho-analyse*, GW XV.
- Freud, S. (1953). *Hysterie*. *Psyche*, 9, 486-500. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1888.)
- Freud, S. (1984). *Over hystérie*. *Psychoanalytische Perspektieven*, 6, 9-17. (Oorspronkelijk gepubliceerd in 1895.)
- Israël, L. (1985a). *L'hystérique, le sexe et le médecin* (6me éd.). Paris: Masson.
- Israël, L. (1985b). *Initiation à la psychiatrie* (2me éd.). Paris: Masson.
- Laplanche, J. (1968). *Interpréter [avec] Freud*. *L'Arc*, n° 34, 37-46.
- Laplanche, J. (1974). *Panel on 'Hysteria Today'*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 55, 459-469.
- Laplanche, J. (1989). *Vie et mort en psychanalyse* (nouv. éd. augm.). Paris: Flammarion.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse* (9me éd.). Paris: P.U.F..
- Maleval, J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris: Payot.
- Masson, J.M. (Ed.). (1986). *Sigmund Freud. Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904. Ungekürzte Ausgabe*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Mooij, A.W.M. (1988). *De psychische realiteit. Over psychiatrie als wetenschap*. Meppel: Boom.
- Pichot, P. (1968). *Histoire des idées sur l'hystérie. Confrontations psychiatriques (I): Hystérie* (pp. 9-28). Paris: Ed. Specia.
- Roudinesco, E. (1986). *Histoire de la psychanalyse en France. La bataille de cent ans. 1. 1885-1939*. Paris: Seuil.
- Schotte, J. (1986). *Bijzondere vraagstukken uit de seksuele psychologie: de hystérie in al haar staten*. Niet-gepubliceerde studentennota's, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, K.U.Leuven.
- Schotte, J. (1988). *Bijzondere vraagstukken uit de seksuele psychologie. Eigen collegenota's*, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, K.U.Leuven.
- Schotte, J. (1989). *From redefining depressions to reassessing „nosology” in present-day psychiatry. A three-fold post-script to the papers of van Praag and van den Hoofdakker*. In H. De Cuyper & G. Buyse (Eds.), *Biological psychiatry. Marching backwards into the future* (pp. 63-110). Leuven: University Press.
- Van den Berg, J.H. (1971). *Dieptepsychologie* (4e ed.). Nijkerk: Callenbach.

- Van den Hoofdakker, R.H. (1989). Changing concepts in psychiatry. On therapy and pathogenesis in biological psychiatry. In H. De Cuyper & G. Buyse (Eds.), *Biological psychiatry. Marching backwards into the future* (pp. 37-62). Leuven: University Press.
- Van Praag, H.M. (1989). The role of biological psychiatry in psychiatry. In H. De Cuyper & G. Buyse (Eds.), *Biological psychiatry. Marching backwards into the future* (pp. 13-35). Leuven: University Press.
- Vergote, A. (1980). *Bekentenis en begeerte in de religie. Psychoanalytische verkenning* (2e ed.). Antwerpen: De Nederlandsche Boekhandel.
- Vergote, A. (1985). De dieptedimensie van het psychische en het woord. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 15, 240-248.

Tiensestraat 102
3000 Leuven

Received February 1991