

Agressie in de kliniek

Een ethische benadering vanuit enkele klinische fragmenten

De verhouding tussen hulpverlener en patiënt is een wanverhouding

Deze tekst is ontstaan vanuit een irritatie over het her-opvoedingsideaal dat de hulpverlening krampachtig poogt te installeren en waardoor de patiënt slechts een kleine bewegingsruimte rest om een eigen leven te leiden. Niet alleen gerechtelijke instanties, maar ook de gezondheidssector onderneemt sancties wanneer er “onaangepaste” gedragingen (o.a. agressie en geweld) gesteld worden. De term “onaangepast” verwijst steeds naar een gangbare, wel aangepaste norm. Veelal onderwerpt men de patiënt aan allerlei regels, afspraken en therapieën opdat hij op zekere termijn terug in de maatschappij zou kunnen functioneren. Wanneer echter een patiënt niet in het gareel loopt, wordt deze vaak bestraft op allerhande manieren: door verlenging van collocatie, isolatie, verhoging van medicatie, ... De bestraffende aanpak is wijd verspreid en wordt als onontbeerlijk geacht om onze kinderen een degelijke opvoeding te geven. Vanuit de praktijk blijkt echter dat deze aanpak niet altijd de vruchten afwerpt die men verwacht.

Elke afdeling hetzij in de psychiatrie, hetzij in de bijzondere jeugdzorg of in de gehandicaptensector, ... heeft haar eigen regels en afspraken om het dagdagelijkse leven in goede banen te leiden. We kunnen ervan uitgaan dat regels nodig zijn om de orde in een groep te bewaren. Regels scheppen een basis die elkeen aan elkaar gelijk stelt, althans wanneer we het hebben over de patiënten. Het probleem schuilt echter in het gegeven dat het invoeren van regels steeds een onderscheid creëert tussen degene die de regels oplegt en diegene die de regels moeten naleven. Op die manier

ontstaat er een ongelijkheid tussen twee groepen. Meer in het bijzonder kunnen we spreken over een machtsverhouding waarbij de hulpverlener vanuit zijn positie macht kan uitoefenen op de patiënt. Deze ongelijkheid wordt niet *per se* uitgebuit maar de mogelijkheid tot moeten we toch indachtig blijven.

Eerder werd gesteld dat regels noodzakelijk zijn. Vervolgens kunnen we ons afvragen hoe we best handelen wanneer er regels overtreden worden. Als hulpverlener zijn we nogal snel geneigd om in een pedagogisch discours te vervallen: “Dit mag niet, dus je moet gestraft worden.” Een belangrijk verschijnsel is dat het bestraffen van regelovertrading meestal niets uithaalt. Integendeel, veelal zal een bestraffend discours het tegenovergestelde effect hebben en zal het agressie aanwakkeren. Bij het sanctioneren en bestraffen stelt men zich bovendien meestal geen vragen over de onderliggende motivatie van regelovertrading.

De finaliteit van dit artikel is niet zozeer het pedagogische en het bestraffende discours te bevechten, veeleer proberen we het in vraag te stellen. Wanneer de hulpverlener geconfronteerd wordt met agressie en woede buien in de kliniek, barst de ordentelijke werking uit zijn voegen en zijn de afspraken die normaliter op een afdeling of in een wooneenheid gelden niet meer van tel. Meer nog, de bewoner of patiënt in crisis lijkt vaak de controle over het eigen lichaam te verliezen. Uit de kliniek blijkt dat op zo'n momenten het bestraffende discours niet veel meer oplevert. Maar hoe kunnen we als hulpverlener in zo'n situatie dan wel tussenkomen? Hoe kunnen we de agressie

doen afnemen zonder te vervallen in een bestraffend discours?

In eerste instantie stellen we ons de vraag wat agressie betekent en van waaruit ze ontstaat. Theoretisch gezien biedt Freuds' invulling over het zielenleven, meer in het bijzonder de werking van het psychisch apparaat, wat meer omkadering. Vanuit een freudiaanse benadering kunnen we stellen dat agressie jegens zichzelf of anderen – kortom een *crisis*situatie – ontstaat wanneer het psychisch apparaat er niet in slaagt om een teveel aan prikkels op te nemen en te elimineren. Immers, de taak van het psychisch apparaat bestaat erin om prikkels de baas te worden of te beheersen, door grote prikkelmassa's psychisch te binden ten einde ze daarna te elimineren (Freud, 1920g: 125). Wanneer deze prikkelwering niet lukt, zou dit gevolgen hebben op het zielenleven.

Vervolgens komen we tot de vraag hoe we als hulpverleners reageren op die crisissituatie. Het is volgens mij in dit tweede element dat de kern van een ethische interventie zich verschuilt. Een *ethische* positie-inname betekent steeds een keuze die een hulpverlener al dan niet maakt. Bovendien pleit de ethiek steeds voor een benadering die het subject doet verschijnen. Een interventie is in die optiek pas geslaagd wanneer de agressie of crisissituatie luwt zonder dat het subject miskend wordt. Dit toont aan dat we onszelf, in het bijzonder het motief van een interventie kritisch dienen te bevragen. Wat een interventie tot een *ethische* interventie maakt, is te situeren bij de houding van de intervenant zelf. Zo blijkt dat wanneer het gedrag van een intervenant gestuurd wordt door zijn eigen genot, dit veelal een objectiverend effect heeft op de persoon waarmee hij in interactie treedt. In de kliniek betekent dit meer concreet dat de patiënt waartoe men zich richt, als subject verdwijnt. Van zodra het genot een interventie binnensluipt kan de vraag naar de *ethiek* geopperd worden. Wanneer we deze redenering volgen, zou een *ethische* houding niet zozeer afhangen van de vorm van interveniëren – hetzij via het woord, hetzij via het lichaam – maar is

deze veeleer te situeren bij de positie die de hulpverlener inneemt tegenover het eigen genot.

In deze tekst zal aan de hand van klinische fragmenten geschetst worden hoe interventies bindend kunnen werken. Bindend, in die zin dat agressie gecoupeerd wordt en dit zonder een autoritaire houding aan te nemen. Het klinisch materiaal wordt gepuurd uit het werk met twee verschillende doelgroepen. Enerzijds gaat het over kinderen die geplaatst zijn door het Comité van bijzondere jeugdzorg, anderzijds betreft het een groep mentaal gehandicapte volwassenen met gedragsproblemen. In wat volgt zullen we twee gevalsfragmenten beschrijven. Het eerste fragment gaat over een ruzie tussen twee meisjes die escaleert, waarbij het ene meisje agressief gedrag stelt jegens haar medebewoonster. Het tweede gevalsfragment betreft een jonge man met een verstandelijke – en motorische handicap die regelmatig in een woedebui zijn eigen lichaam beschadigt. We pogen deze fragmenten eveneens ruimer te kaderen binnen de freudiaans – lacaniaanse theorie.

Een talige interventie – het uitspreken van één betekenaar

Een tiental jongeren van 5 tot 16 jaar leven samen in een leefgroep. Het merendeel van hen zijn adoptiekinderen die op jonge leeftijd van hun biologische ouders en hun land van herkomst zijn weggehaald omdat de levensomstandigheden daar zeer bedroevend waren. Meestal omwille van financiële redenen konden de biologische ouders de opvoeding niet aan. De kinderen spreken daar in het algemeen zeer cynisch over. Ik hoor uitspraken als: “ze hebben ons gekocht omdat er hier in België wel genoeg geld is.” Bovendien hebben ze de idee dat de budgetten per kind variëren naargelang het land en de ouderdom van het kind. De onderliggende motivatie van opname ligt in het gegeven dat de adoptie-ouders er niet in slagen om de opvoeding tot een goed einde te brengen. De ouders worden overmand

met een paniecreactie die hen ertoe brengt om het geadopteerde kind weg te sturen. Ze voelen het aan als een falen en weigeren de verdere zorg en verantwoordelijkheid op zich te nemen. Als instelling luidt onze taak om het vertrouwen van de ouders opnieuw te winnen, wetende dat het opvoeden een opdracht blijft waar geen absolute garanties voor gegeven zijn. Hier een autoritaire en alwetende rol innemen, kan voor het herstel van de ouder-kindrelatie fataal zijn.

Het volgende fragment geeft weer hoe een ruzie tussen twee meisjes escaleerde. Het ene meisje, dat ik hier Madou zal noemen, heeft in een vlaag van razernij het andere meisje met geweld aangevallen door te schoppen en in haar armen te knijpen tot deze begonnen te bloeden. Zo snel mogelijk ben ik tussen hen in gaan staan om Madou tot bedaren te brengen. Ik heb haar vervolgens vastgegrepen en ben met haar naar haar kamer gegaan. De woede was niet geluwd. Terwijl ik de schoppen incasseerde, gooide ze alles wat ze kon vastgrijpen tegen de grond. Alles moest kapot. Ze schreeuwde herhaaldelijk hetzelfde woord, *maniak*, een betekenaar waarmee ze haar 6-jarige broertje vaak benoemt. Het is hierbij belangrijk te weten dat de relatie tussen de moeder en haar broertje zich kenmerkt door het feit dat de moeder bij hem quasi geen grenzen stelt. De twee hebben een expliciet seksueel te noemen relatie. Zo staat de moeder toe dat hij aan haar borsten zuigt en haar tongzoent. Madou, die uit een Franstalig milieu komt, treitert vaak de moeders van anderen door hen uit te schelden als *putes*. Tot nu toe heeft ze wat er tussen haar moeder en haar broer gaande is nog niet kunnen verwoorden, maar dat het voor haar een ondraaglijke situatie is, blijkt uit haar woedebuien. Aangezien ze niet tot bedaren kwam, ging ik met haar naar buiten. Ook daar bleef ze kwaad. Ze bleef schoppen, slaan en knijpen. De open ruimte leek haar nog grenzelozer te maken. Vervolgens ging ik met haar naar de kelder waar ik opnieuw probeerde om een contact met haar te krijgen. Door te vragen wat er niet ging en hoe ze zich voelde,

probeerde ik haar tot kalmte te brengen. Alleen leek dit weinig invloed te hebben. De open vragen zorgden er waarschijnlijk voor dat ze zich nog meer verloor. In deze situatie verzeild zijnde, besloot ik toch om bij haar te blijven en op een bepaald moment speelde ik de betekenaar *maniak* naar haar terug, zij het dan in de vorm van een vraag. Wat betekent dat *maniak*? Op het moment dat ik het woord *maniak* uitsprak, bleef ze plots verbaasd stilstaan. Ze keek me aan en zweeg. Het leek alsof ze het woord plots hoorde omdat het door mij werd uitgesproken. Het terugspelen van de betekenaar *maniak* had als effect dat haar woedebui gecoupeerd werd. De exciterende bewegingen die ze met haar lichaam maakte, stopten. Toen ik geconfronteerd werd met haar woede zocht ik een manier om rust te brengen bij haar zonder te straffen of zelf geweld te gebruiken. De woede stopte, ze nam mijn hand en we gingen naar boven. Ze zei me dat ze alleen wou zijn.

Uit het voorgaande blijkt dat één betekenaar een accuraat effect kan hebben. Weliswaar is het niet zomaar een betekenaar. Het woord *maniak* duidt op iets particulier in Madou haar levensverhaal.

Daartegenover merken we dat agressie in vele gevallen op een andere manier wordt aangepakt. In de kliniek wordt agressie vaak bestreden met isolatietechnieken en fixatiemethoden. De zogenaamd op hol geslagen patiënt wordt dan in een klem vastgegrepen en vervolgens naar een isolatieruimte gebracht. Armen, benen en romp worden op vijf punten vastgemaakt zodat de persoon in kwestie niet meer kan bewegen. Het *aan banden leggen* van de agressie dient niet louter symbolisch opgevat te worden, maar dienen we zeer letterlijk te begrijpen: men legt het lichaam aan banden. Extern wordt er ingegrepen en de patiënt wordt in een passieve positie gedrukt. Vaak kunnen we bij de hulpverlener een genot bespeuren. Een genot om iemand te dwingen in een passieve positie. Het gaat over een fysieke, lijfelijke macht die het verlangen of de vraag van een patiënt

volledig de kop indrukt. Dit brengt ons bij de positie van de hulpverlener en de macht die men in deze positie kan uitoefenen. Wat we zien in de kliniek is dat wanneer een subject in een passieve positie gedrukt wordt en in sommige situaties ook platgelegd wordt met medicatie, er geen subject meer overblijft. Men wordt monddood gemaakt. Echter, de reactie nadien is meestal van die aard dat de patiënt nog kwader is. De agressie wordt op die manier juist aangewakkerd.

Zijn we ons bewust van de macht die we uitoefenen als hulpverlener? Hoe kunnen we – rekening houdend met de machtsverhouding tussen hulpverlener en patiënt – wel interveniëren bij momenten van crisis? Het meesterdiscours is vaak het meest voor de hand liggend om naar terug te grijpen omdat het ons de mogelijkheid biedt om onszelf te verschuilen achter onze woorden en als dusdanig ontwijken we de confrontatie met onze eigen machteloosheid en angst. Ethisch gezien gaat dit over de vraag of we het aankunnen om de verdeeldheid of crisis bij een subject te laten bestaan. De ethiek sluipt binnen langs alle mogelijke kieren die de eigen narcistische kwetsuren aangaan. Kunnen we het aan om de verdeeldheid bij onszelf te laten bestaan? Verdragen we dit wel?

Ik kan alleen woorden ontmoeten, u niet meer
Maar hiermee houdt het groeten aan, zozeer;
Dat ik wel moet geloven, dat gij luistert;
Zoals ik omgekeerd uw stilte in mij hoor.
(Achterberg, 2000: 409)

Laten we onszelf toe om de stilte horen, de machteloosheid en angst te voelen? Wanneer we het erkennen kunnen we dit ofwel verdragen ofwel vluchten we weg in een absoluut weten dat onze eigen subjectiviteit verdoezelt, maar nog meer de particulariteit van de patiënt negeert. Onze eigen angst of machteloosheid erkennen is volgens mij een eerste belangrijke stap. En het aanreiken van een aantal woorden kan daaropvolgend een *bindende* functie hebben en kalmerend werken, dit in tegenstelling tot

het bestrijden van agressie met wederzijds geweld.

We gaan over naar het tweede gevalsfragment.

Scanderen in tijd en ruimte

In de leefgroep dubbeldiagnose (mentale handicap en gedragsproblemen) werken we niet louter met het woord, maar besteden we veel aandacht aan het structureren in ruimte en in tijd. Wat hiermee precies bedoeld wordt, zal verder duidelijk blijken. Het tweede gevalsfragment gaat over een jonge man, Wout, die op geregelde basis automutileert. In zijn woede verliest hij zichzelf. Dit gaat soms zover dat hij een stuk bijt uit zijn eigen arm. Wout spreekt niet en lijdt aan spastische quadriplegie. Door een operatie kan hij wel stappen, maar is daarin motorisch vrij beperkt. Een korte schets van een uit de hand gelopen situatie: Wout brengt om de 14 dagen het weekend door bij zijn ouders. De overgang van thuis naar de leefgroep verloopt over het algemeen vrij moeilijk. Een vaste routine bij het binnenkomen is daarom voor Wout zeer belangrijk. Meestal geeft hij zelf zijn zakje met medicatie – dat fungeert als transitioneel object – af door er eerst de medicatie ook zelf uit te halen en daarna wordt hij naar zijn zetel gebracht samen met de moeder, waar zijn moeder afscheid neemt en weggaat. Dit klein ritueel werd onlangs verstoord. De moeder was niet met hem meegegaan omdat ze in het teamlokaal nog een aantal praktische zaken te bespreken had. Het strikt gehouden ritueel van afscheid nemen was daardoor in de war gestuurd waarop Wout een woedeaanval kreeg. Dit ging gepaard met hevig roepen, bonken, kloppen op zichzelf en bijten in zijn eigen arm. Hoe gaan we als hulpverlener hiermee om? Het verschil met het vorige gevalsfragment is dat deze jonge man geen gebruik maakt van woorden om zich uit te drukken. Hetzelfde effect bekomen door een talige interventie, althans door het uitspreken van één betekenaar, lijkt hier op het eerste zicht minder plausibel. De woorden die ik

uitsprak, hadden als effect dat ze vooral kalmerend werkten voor mijzelf en niet voor hem. In het werken met deze doelgroep proberen we als team methoden uit te denken die structurerend of begrenzend werken, niet zozeer via de taal, veeleer door gebruik te maken van ruimte, tijd¹, ... We brengen structuur aan, begrenzen, door vaste momenten te installeren, te scanderen in tijd en ruimte. Dit biedt houvast en maakt het leven voor Wout en de andere bewoners draaglijker. Het werkt begrenzend, waardoor ze zichzelf beter bij elkaar houden. Ik bedoel daarmee letterlijk dat hun lichaamsbeleving op die manier een zekere consistentie verkrijgt. Van zodra er iets in hun vaste rituelen verandert, verliezen ze zichzelf ook in de ruimte. De begrenzing lijkt dan weg te vallen en het is op zo'n moment dat de zelfdestructie toeneemt. De vaste structuur die zich stelt in tijdstip, plaats, volgorde en het minimaal houden van prikkels in de leefruimte, biedt hun een begrenzing zodat ze zich toch kunnen standhouden.

Omdat we bij Wout de aanleiding van een woedebui niet altijd kennen en bijgevolg deze ook niet zo gemakkelijk in het woord kunnen brengen, zijn we tot een alternatieve oplossing gekomen. Als team zijn we tot de overeenkomst gekomen dat wanneer er zich bij Wout een woedeaanval voordoet, de hulpverlener een stoel haalt waar hij/zij omgekeerd op plaats neemt. De leuning van de stoel fungeert als scherm, creëert een afstand tussen Wout en de hulpverlener, maar maakt eveneens mogelijk dat de hulpverlener aanwezig blijft. Deze aanwezigheid zorgt ervoor dat hij zich niet verliest in zijn woedebui. Daarnaast is het eveneens belangrijk dat de hulpverlener de blik afwendt. Wanneer we hem aankijken,

escaleert zijn woede tot zelfverminking, dan bijt hij zichzelf tot bloedens toe. De 'truc met de stoel' fungeert als kapstok waar het team zich aan kan vasthouden. Met als gevolg dat het een middel wordt dat ertoe leidt dat de autodestructie gecoupeerd wordt. De woede blijft meestal nog eventjes aanhouden, maar bij het hanteren van de stoel, verliest Wout er zich minder in. Door tijdig te couperen blijft de intrusieve autodestructie uit.

Wat brengt het voorafgaand klinisch materiaal ons bij? Het toont ons in ieder geval aan dat daar waar het bestraffende discours geen vruchten afwerpt, er nog andere – weliswaar minder gemakkelijke – wegen te bewandelen zijn. Bij Freud lezen we dat de taak van het psychisch apparaat erin bestaat om prikkels de baas te worden of te beheersen, door grote prikkelmassa's psychisch te binden ten einde ze daarna te elimineren (Freud, 1920g: 125). Vanuit die optiek kan agressie begrepen worden als een overdreven excitatie van het zenuwstelsel en overtollige prikkels die niet meer gekanaliseerd kunnen worden. Uit voorgaande fragmenten werd duidelijk dat een interventie via het woord bindend kan werken. Daarnaast werd aangetoond dat de bindende functie niet noodzakelijk passeert via het inhoudelijke aspect van de taal, maar ook elders kan gelegen zijn. Het structureren in ruimte en tijd kan ook een bindend effect hebben. Bovendien lezen we bij Eliacheff dat het talige niet louter gereduceerd kan worden tot de inhoudelijke dimensie – de betekenis – van de woorden die we uitspreken (Eliacheff, 2000). De interpunctie tussen de woorden – *le langage poétique* waar Kristeva (Kristeva, 1974) over schrijft – blijkt eveneens van belang te zijn. De tonaliteit, het ritme en de kleur van de stem zijn naast de woorden die we uitspreken eveneens factoren die in de tegenoverdracht vervat zitten.²

Aansluitend bij het laatste gevalsfragment willen we in wat volgt de nadruk leggen op het opmerkelijke gegeven dat er bij personen

¹ Freud schrijft in 1920 in een voetnoot – en het werd later in *Het masochisme als economisch probleem* (Freud: 1924, 172) nog eens herhaald – dat de stijging van spanning niet noodzakelijk veroorzaakt wordt door het inhoudelijke. Volgens hem zou het ook te maken kunnen hebben met het temporele verloop van variaties. De temporele factor of het ritme zou ook stijgingen en dalingen van de prikkelkwantiteit kunnen veroorzaken.

² Deze denkpost wordt hier niet verder uitgewerkt.

met een handicap vaak veel agressie aanwezig is. Veelal gaat het over agressie die zich richt naar de eigen persoon.

Hoe kunnen we de (auto)destructie bij personen met een handicap begrijpen?

Een genuanceerd antwoord op deze vraag omvat hoogstwaarschijnlijk een uitgebreidere studie dan dit artikel. 'Men verliest zichzelf', ... 'is de controle kwijt over zijn lichaam', ...zo werd een woedebui eerder in de tekst omschreven. Het eigen lichaam en meer in het bijzonder de taal die ons toelaat dit lichaam te bewonen staat hierin centraal. Dit brengt ons tot de essentie, met name dat het leven met een handicap ingrijpende consequenties met zich meebrengt. In het geval van Wout gaat het zowel over een lichamelijke als een verstandelijke beperking. Wat we terugvinden bij Freud over de werking van het psychisch apparaat is precies dat de afvoer van overtollige spanning bij uitstek via de motoriek verloopt (Freud, 1900a: 621). Wout beschikt bovendien niet over de woorden om zijn lichaam en zijn omgeving meer consistentie te geven. Hij kan ons zowel verbaal als met zijn lichaam moeilijk duidelijk maken wat hij van ons verlangt of wat er hem niet zint. Door zijn spasticiteit heeft hij minder controle over zijn motoriek, zodat het aanpassen van zijn gedrag aan de werkelijkheid (zijn omgeving) niet zo vlot verloopt. Uit zijn woedeaanvallen blijkt dat de prikkelwering op een andere manier verloopt: de spanning hoopt zich sneller op en het psychisch apparaat dreigt sneller te overstromen omdat de wegen der spanningsreductie niet allemaal toegankelijk zijn.

Wanneer we dit vanuit de freudiaanse theorie proberen begrijpen, lijkt het er op dat het realiteitsprincipe hier naar de achtergrond verschuift en dat het lustprincipe de bovenhand krijgt. Eigen aan het realiteitsprincipe is net dat de motorische afvoer passeert via het denken, wat wil zeggen dat een onmiddellijke motorische afvoer opgeschort wordt omdat

denkprocessen de ontlasting van het psychisch apparaat gaan bemiddelen. Omdat onze omgeving niet altijd de mogelijkheid biedt om tot een onmiddellijke bevrediging te komen, wordt onze denkactiviteit ingeschakeld ten einde bevrediging uit te stellen (Freud, 1911: 18-19). Het is vermoedelijk op deze wijze dat motorische bewegingen en denkprocessen op elkaar afgestemd worden en dat we bijgevolg een zekere controle verkrijgen over ons lichaam. Omwille van Wout zijn motorische en verstandelijke beperking is het voor hem onmogelijk die spanningsreductie uit te stellen. De overgang naar het realiteitsprincipe impliceert het zich eigen maken van handelingen die mogelijk maken dat men zijn omgeving kan controleren en manipuleren, wat in principe neerkomt op de *fort-da*³ problematiek beschreven door Freud (Freud, 1920g). Het is via deze beweging dat men probeert een actieve invloed te krijgen op het binnen/buiten, dat men zichzelf als subject probeert te onderscheiden van zijn omgeving. Het is precies deze wisselwerking die bij Wout blijkt mank te lopen. Door te bijten in zijn arm, opteert hij voor een onmiddellijke (motorische) prikkelafvoer die aanleunt bij het lustprincipe. Zoals Freud ook schrijft, brengt pijn steeds een ernstige verstoring in het energiebedrijf teweeg. "Bij lichamelijke pijn ontstaat een sterke, narcistisch te noemen bezetting van de pijnlijke lichaamsplek, die steeds meer toeneemt en

³ Volgend voorbeeld brengt dit in kaart. Zo is er een bewoner die overdag zijn deken herhaaldelijk binnen en buiten zijn huisje draagt. Het huisje, dat bestaat uit vier houten planken, werd gemaakt in onze leefruimte omdat de persoon in kwestie niet verloren zou lopen in de leefruimte. Nu is hij aanwezig samen met de andere bewoners, maar hij is tegelijkertijd ook een beetje afgezonderd. De brede spleten tussen de dwars gemonteerde planken, geven de bewoner de mogelijkheid om een overzicht te behouden over de leefruimte. Wat precies zijn handeling kenmerkt, is dat hij zijn deken binnen brengt langs de deur van zijn huisje om het nadien over de muur terug naar buiten te gooien. Dit lijkt een weergave te zijn van het *fort-da* spel.

die om zo te zeggen het Ik leeg maakt” (Freud, 1925 [1926]: 227). Opmerkelijk bij Wout is dat wanneer hij gebeten heeft en zijn arm bloedt, hij even later volledig uitgeput, ontladen is.

Ongetwijfeld zijn er ook buiten de gehandicaptensector talrijke voorbeelden van onmiddellijke prikkelbevrediging – denk maar aan automutilatie, toxicomanie – terug te vinden. Wat het geval van Wout helder weergeeft (omdat het bij hem in gebreke blijft) is dat de mogelijkheid tot uitstellen van afvoer en het manipuleren van zijn omgeving een cruciale rol spelen in de mate van prikkelbeheersing.

In *Jenseits des Lustprinzips* lezen we dat het weren van prikkels voor het levende organisme een belangrijker taak is dan de prikkelopname. “Het organisme is met een eigen energievoorraad – waarmee de inwendige driftprikkels bedoeld worden – uitgerust en moet in de eerste plaats de specifieke vormen van energieomzetting die zich erin afspelen voor de nivellerende en dus verwoestende invloed van de overgrote, in de buitenwereld werkzame energieën zien te vrijwaren” (Freud, 1920g: 123). Het lijkt logisch dat we daar niet altijd voor een keuze staan. Zo stelt Freud dat een extern trauma zeker een geweldige storing zal veroorzaken in het energiebedrijf. De overstroming van het psychisch apparaat zal desgevallend niet meer tegen te houden zijn en de taak bestaat er dan vooral uit om – niet zozeer de prikkels te weren – maar de binnengedrongen prikkels de baas te worden door ze psychisch te binden teneinde ze daarna te kunnen elimineren (Freud: 1920g: 125).

Samengevat kunnen we stellen dat de taak van het psychisch apparaat eruit bestaat om een evenwichtige toestand van energiebezetting te bekomen of behouden door in eerste instantie uitwendige prikkels te weren. Echter, wanneer de grens van prikkelwering overschreden wordt, ontstaat er een andere taak, met name om de extra hoeveelheid binnenstromende energie psychisch te binden. Voorgaande klinische fragmenten zijn illustraties hoe we als

hulpverlener kunnen optreden en welke vorm van interventies (zowel via het woord als door te structureren in ruimte en tijd) we zoal kunnen hanteren om een bindend “effect” te bekomen.

We laten het theoretisch gedeelte even achter ons. De praktijk vertelt ons dat de psychische schade die de patiënt meedraagt over het algemeen berokkend werd in de vroege kinderjaren. Met een psychoanalytische visie als houvast zouden we kunnen stellen dat het in kaart brengen van de levensgeschiedenis, de compositie van het gezin en het verlangen van de ouders én bovendien het symboliseren daarvan, klaarheid kan brengen in de symptomatologie. Ook hier blijkt dat personen met een handicap zware insulten met zich meedragen. Hun levensgeschiedenis is veelal een puinhoop. Wat we hiermee bedoelen is dat specifiek de relatie met de ouders gekenmerkt wordt door teleurstelling en schuld. Het imaginaire beeld – de levensschets van het kind gecreëerd door de ouders die reeds vastligt nog voor de geboorte – werd aan diggelen geslagen. Het kind incarneert als het ware de angst en afkeer van de ouders (Niedecken in De Groef & Heinemann, 1999: 84). Niedecken beschouwt een mentale handicap als het product van een socialisatieproces waarbij de oorspronkelijke relatie tussen moeder en kind, meer in het bijzonder de onbewuste doodswensen die de moeder heeft voor haar pasgeboren kind een zeer cruciale rol spelen. “The mother in this scene was not able to see her newly born child as a magnificent product of an act of love” (Niedecken in De Groef & Heinemann, 1999: 84). Heel vaak betekent dit voor de ouders een rouwproces dat lang aansleept. Het is een rouw over een “gedroomd” kind en tegelijkertijd een aanvaardingsproces van de reële situatie. Mannoni verhaalt in haar boekje *l'enfant arriéré et sa mère* hoe kinderen met een fysieke of mentale handicap gemakkelijker als een object *blijven* beschouwd worden. De afhankelijke positie die elk kind heeft in een

zorgrelatie is bij kinderen met een handicap moeilijker te doorbreken omdat het afhankelijk blijft van die zorg. Het kind kan moeilijk ontsnappen uit de duele relatie met zijn moeder (Mannoni, 1964: 84). Het kind heeft een rol te vervullen die tegemoetkomt aan de onbewuste moederlijke wens zodat het op de plaats komt te staan van het tekort van de moeder, wat betekent dat het als een verlenging van de moeder wordt beschouwd en het subjectiveringsproces sterk in het gedrang komt. “Dès la conception, le sujet joue pour la mère un rôle très précis sur le plan fantasmatique; son destin est déjà tracé; il sera objet sans désirs propres dont le seul rôle sera de combler le vide maternel (Mannoni, 1964 : 84). Mannoni benadrukt eveneens het feit dat de schuld bij de moeder vaak blijft persisteren. Dit maakt dat deze ouders hun kind moeilijk los kunnen laten. Er heerst vaak weerstand om de zorg over te laten aan derden. Ouders zijn op zoek naar geruststelling en blijven vaak achter, beladen met veel schuldgevoelens die door hen moeilijk uitgesproken kunnen worden. Vanuit de instelling hebben we daar ook aandacht voor. Het is een precaire zaak juist omdat de schuldvraag steeds latent aanwezig is. De schuld waar de ouders mee blijven zitten is een bom die klaar staat om te ontploffen. Hoe kunnen we de bom ontmantelen? Mannoni stelt, gebaseerd op haar praktijkervaring, dat de kunst er precies in bestaat om de genese van moeilijkheden te bevragen zonder het schuldgevoel van de ouders te appelleren door hen integendeel te valoriseren in hun ouderrol. Dit kan leiden tot een mobilisering van de spanning tussen kind en ouders, een de-dramatisering van de bestaande situatie en de mogelijkheid tot het verwerven van een identiteit (Mannoni, 1964: 200).

Besluitend

In de tekst werden twee gevalsfragmenten beschreven die beide weergeven hoe we als hulpverlener kunnen omgaan met agressie bij patiënten. Zowel in het eerste als in het tweede fragment kunnen

we agressie of destructie begrijpen als een overstroming van het psychisch apparaat, een instantie die instaat voor de beheersing en afvoer van prikkels. In het eerste gevalsfragment werd weergegeven dat de taal – het uitspreken van één betekenaar – *bindend* kan werken. Het woord brengt rust. Uit het tweede gevalsfragment blijkt dat er ook andere wegen zijn om agressie of (auto)destructie te temperen. Ongeacht de vorm van interveniëren, blijft het cruciaal dat we als hulpverlener de taak hebben om zoveel mogelijk het subject te laten verschijnen. Een aantal typische kenmerken voor mensen met een handicap hebben extra onze aandacht gekregen omdat ten eerste, omwille van een motorische en/of intellectuele beperking, het lustprincipe duidelijker persisteert bij hen. Ten tweede is de ouder-kindrelatie zeer vaak getekend door schuld waardoor het kind zich minder gemakkelijk kan losmaken van het object-zijn voor zijn ouders. Het subjectiverend proces komt in deze doelgroep later en stroever op gang. Deze twee kenmerken zijn mogelijke verklarende factoren die weergeven waarom er in deze doelgroep zoveel (auto)agressie aanwezig is. Opvallend was dat begrenzing zich niet a-priori via het woord voltrekt. Daarbij kunnen we opmerken dat het niet altijd een talige interventie is die de ethische code in zich draagt. De ethiek schuilt niet zozeer in de vorm van interveniëren, maar handelt veeleer over het genot dat bij de hulpverlener te repereren valt. Wanneer we raken aan het ethische aspect van interveniëren in crisissituaties, rest slechts als cruciale boodschap dat we het subject in zijn particulariteit moeten laten bestaan. Meer in het bijzonder is het noodzakelijk dat we als hulpverlener onze eigen narcistische wonden kennen. Op momenten van crisis hebben mensen zich meestal niet meer in de hand. De uitspraak “ik ben mezelf kwijt” heb ik meermaals gehoord op de crisisafdeling in Sleidinge. Ze zijn zichzelf ergens op hun levenspad verloren, waardoor ze niet meer spreken, niet goed meer weten wie ze zijn, wat ze willen,... Het erkennen van de

machteloosheid en angst die dit mogelijk bij de hulpverlener oproept is cruciaal. Het accentueren van een ethiek die elk subject laat zijn in zijn verdeeldheid, noopt ons vast te stellen dat (we als) hulpverleners soms handelen vanuit een ideaal van heropvoeding, waarbij we anderen beter pogen te maken volgens onze eigen ideeën. De notie van het onbewuste wordt echter op die manier van tafel geveegd. De kunst van een interventie bestaat er uit om – ook in een crisismoment – het subject te laten verschijnen.

E.V.

Bibliografie

Achterberg, G. (2000), *Verzamelde gedichten*, Amsterdam, Querido.

Eliacheff, C. (2000), *A corps et à cris. Etre psychanalyste avec les tout-petits*, Paris, Odile Jacob.

Freud, S. (1900a), De droomduiding, *Psychoanalytische duiding 2/3*, Meppel-Amsterdam, Boom (1987).

Freud, S. (1911), Formuleringen over de twee principes van het psychisch gebeuren, *Psychoanalytische theorie 1*, Meppel-Amsterdam, Boom, 1985.

Freud, S. (1920g), Aan gene zijde van het lustprincipe, *Psychoanalytische theorie 1*, Meppel-Amsterdam, Boom, 1985

Freud, S. (1925 – [1926]), Remming, symptoom en angst, *Psychoanalytische theorie 3*, Meppel-Amsterdam, Boom, 1988.

Kristeva, J. (1974), *La révolution du langage poétique. L' avant-garde à la fin du XIXe siècle : Lautremont et Mallarmé*, Paris : Editions du Seuil.

Mannoni, M. (1964), *L' enfant arriéré et sa mère*, Paris, Editions du Seuil.

De Groef, J. & Heinemann, E. (1999) *Psychoanalysis and Mental Handicap*. London/ New York: Free Association Books.